

Políticas sanitarias, desarrollo y comunidad en la Argentina de los años sesenta

Sanitary Policies, Development and Community in Argentina during the 60's

Políticas sanitarias, desenvolvimiento e comunidade na Argentina dos anos sessenta

Karina Inés Ramacciotti¹

Recibido: abril 8 de 2013 • Aceptado: noviembre 27 de 2013

Doi: [dx.doi.org/10.12804/revsalud12.1.2014.06](https://doi.org/10.12804/revsalud12.1.2014.06)

Para citar este artículo: Ramacciotti KI. Políticas sanitarias, desarrollo y comunidad en la Argentina de los años sesenta. Rev Cienc Salud 2014; 12 (1): 85-105. doi: [dx.doi.org/10.12804/revsalud12.1.2014.06](https://doi.org/10.12804/revsalud12.1.2014.06)

Resumen

Objetivo: Revisar las ideas provenientes de los saberes médicos en relación con el diseño y la implementación de las políticas sanitarias en los años sesenta en la Argentina. *Metodología:* Se propone un abordaje cualitativo de un corpus documental constituido por dos revistas de circulación médica: la *Revista de Salud Pública*, editada por el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires y el *Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública*. Ambas estaban ligadas al concepto de 'salud pública', que aludía al accionar técnico y a las acciones específicas para lograr una modificación de las condiciones medioambientales. *Resultados:* Las políticas sanitarias en los años sesenta estuvieron signadas por el horizonte planificador y la estadística cobró un protagonismo marcado como mecanismo de legitimación. A escala local, se puso en juego saberes ligados a la prevención y a la educación sanitaria en diversas experiencias de desarrollo comunitario.

Palabras clave: políticas sanitarias, acuerdos internacionales, planificación, comunidad, estadística.

Abstract

Objective: This article aims at reviewing the ideas resulting from the medical knowledge related to the design and implementation of the health policies prevailing in Argentina during the 60's. *Methodology:* Therefore, to the traditional preventive and curative role of epidemic and endemic diseases in the first half of the 20th century, the significance of re-evaluating the community was added. These ideas interacted, on the one side, in an international context marked by the increasing engagement with the international agencies in the purpose of stimulating the spaces for technical and/or financial cooperation

¹ Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires-Conicet y Licenciatura en Enfermería en la Universidad Nacional de Quilmes.

among the capitalist countries in order to limit the impact of Communism in the region. On the other side, they interacted within the local context characterized by the proscription of Peronism and the establishment of authoritarian governments. *Results:* This double influence marked the health policies in general: the emphasis was put in aspects connected with the importance of planning, in connection with which statistics achieved protagonism as a legitimizing mechanism. At local level, knowledge related to prevention and health education sprang into action in numerous experiences of community development.

Key Words: Health policies, international agreements, planning, community, statistics.

Resumo

Objetivo: revisar as ideias provenientes dos saberes médicos em relação com a criação e implementação das políticas sanitárias nos anos sessenta na Argentina. *Metodologia:* Propõe-se uma abordagem qualitativa de um corpus documental constituído por duas revistas de circulação médica: a Revista de Saúde Pública, editada pelo Ministério de Saúde Pública da Província de Buenos Aires e o Boletim da Associação Argentina da Saúde Pública. Ambas estavam ligadas ao conceito de “saúde pública”, que aludia ao acionar técnico e às ações específicas para lograr uma modificação das condições meio ambientais. *Resultados:* As políticas sanitárias nos anos sessenta estiveram assinadas pelo horizonte planejador e a estadística adquiriu um protagonismo marcado como mecanismo de legitimação. A escala local, puseram em jogo saberes ligados à prevenção e à educação sanitária em diversas experiências de desenvolvimento comunitário.

Palavras-chave: políticas sanitárias, acordos internacionais, planificação, comunidade, estadística.

Introducción

El objetivo de este artículo es revisar cuáles fueron las ideas provenientes de los saberes médicos en cuanto al diseño y la implementación de las políticas sanitarias en los años sesenta en la Argentina. Así pues, al tradicional rol de prevención y cura de enfermedades epidémicas y endémicas que marcó la primera mitad del siglo XX, se agregó el asignado a organizar un sistema de salud pública en cuya gestión la comunidad tuviera una mayor participación con el objetivo de mejorar las condiciones medioambientales y, como consecuencia de ello, potenciar el desarrollo económico. Si bien acordamos con Carlos Altamirano en que “la idea del desarrollo fue, en la Argentina como en el resto de los países latinoamericanos, el objeto de referencia común para argumentos,

análisis y prescripciones dentro del pensamiento social y económico” (1), este artículo pretende hacer un aporte al estudio de aquellas dimensiones que fueron centrales para el diseño de las políticas sanitarias.

Las contribuciones realizadas por la historiografía argentina al respecto, para el periodo considerado, se han basado en el estudio de las relaciones entre política, régimen y Estado desde la clave de la historia política (2-5). Por otra parte, la proscripción del peronismo y las relaciones entabladas con los sindicatos y sus burocracias fueron los temas prioritarios al regreso de la democracia en los años ochenta (6). Más recientemente han surgido indagaciones centradas en los cambios sociales y culturales de los años sesenta, tales como la explosión de

las revistas femeninas, las modificaciones de las pautas respecto de la concepción y en las relaciones familiares y en la moral sexual (7-9). No obstante esta renovación, los estudios de historia social de la salud y la enfermedad se mostraron más precavidos respecto de la exploración de nuevas fuentes o de la reformulación de preguntas que permitieran renovar las perspectivas sobre el período de estudio. Como solitaria excepción podemos resaltar el trabajo de Susana Belmartino, quien estudió las relaciones entre la corporación médica y el Estado desde el marco teórico del neoinstitucionalismo y abordó el recorrido de las profesiones médicas en Argentina y EE UU (10, 11). Recientemente han surgido investigaciones centradas en la preocupación de las lógicas políticas que atravesaron el gobierno del general Juan Carlos Onganía (1966-1969) y aportaron al estudio de las políticas sociales durante esta etapa y, en relación con esto, al análisis del peso del integrismo católico en la composición de los elencos gubernamentales. En este sentido, se ha estudiado la Secretaría de Promoción y Asistencia de la Comunidad en 1967 como una agencia estatal central, en la que se visualiza el intento de diseñar políticas enfocadas en la comunidad bajo el influjo de los sectores más tradicionales del catolicismo (12-17). Estos trabajos, al apuntar a las dinámicas signadas por la historia política, contribuyen a revisar las particularidades políticas, ideológicas e institucionales de los años sesenta para dejar de verlos meramente como un período de transición entre el peronismo y la instauración de la dictadura militar de 1976.

Nuestro trabajo dialoga con los anteriores aportes y se propone estudiar la relación establecida entre los saberes médicos y el Estado en un contexto local caracterizado por la debilidad de la legitimidad democrática, la proscripción del peronismo y la radicalización política impulsada por la Revolución Cubana. El corpus

documental está constituido por dos revistas de circulación médica durante esa época: la *Revista de salud pública*, editada por el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires y el *Boletín de la asociación argentina de la salud pública*. Ambas estaban ligadas al concepto de 'salud pública', que aludía al accionar técnico y a las acciones específicas para lograr una modificación de las condiciones medioambientales. La elección de este corpus obedece a que dichas publicaciones incluyeron en su equipo editorial a importantes médicos sanitaristas que tuvieron un papel destacado en la reflexión de la época y ocuparon cargos de gestión en la administración sanitaria tanto provincial como nacional. De hecho, la Revista de salud pública contó entre los autores de sus notas al destacado sanitarista Floreal Ferrara, quien en su gestión como ministro de Salud entre 1987 a 1988 impulsó un proyecto de medicina preventiva de salud en la provincia de Buenos Aires (Atamdos) con una destacada participación comunitaria. El *Boletín de la asociación argentina de la salud pública*, por su parte, tuvo como objetivo principal difundir, promover y orientar el desarrollo de la política sanitaria. En sus volúmenes se publicaban las "Actas de las Jornadas de Salud Pública" realizadas anualmente en diferentes lugares de la Argentina. Ambas publicaciones dan cuenta de las problemáticas que se consideraban importantes para el diseño y la implementación de las políticas sanitarias. Entre los aspectos relevantes, nos centraremos en revisar el influjo de los organismos internacionales de salud para el diseño de políticas, el lugar otorgado a la salud dentro del modelo económico desarrollista, el peso de la planificación en el diseño de las políticas sanitarias y la relación entre la medicina y la estadística y entre la medicina y otras ciencias sociales.

Asimismo, este análisis nos conduce a revisar el impacto del comunitarismo que, a tono con las ideas surgidas de los organismos inter-

nacionales, entendía a la salud pública como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y que preveía una participación activa de la comunidad en las cuestiones de salud. A tal efecto, nos centraremos en una experiencia de tipo comunitaria implementada en una villa miseria (espacios habitacionales precarios contruidos con lata, cartón, chapas, maderas y telas que estaban ubicados en terrenos fiscales cercanos a los ríos Matanza, Riachuelo y Reconquista). Su estudio no pretende dar cuenta de la complejidad del problema, pero nos permite revisar el papel de los diferentes organismos de la sociedad civil a partir de los años sesenta en la resolución de las cuestiones sanitarias y, al mismo tiempo, mostrar que existieron experiencias vinculadas a la prevención y a la educación sanitaria con anterioridad a los postulados enunciados en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata (1978). Si bien en este acuerdo internacional hubo consenso sobre la importancia de impulsar estrategias para alcanzar la atención primaria como primera medida en pos de elevar el nivel sanitario de los pueblos, consideramos que se sustentó en las múltiples experiencias comunitarias que ya se venían estimulando en diferentes latitudes y que deben ser rescatadas del olvido.

Este artículo tendrá cuatro apartados. En el primero se revisará el impacto de los acuerdos internacionales a partir de los años cincuenta en la circulación de ideas que legitimaron la política pública en general, pero particularmente la política sanitaria; en segundo lugar, revisaremos el papel que cumplió la planificación sanitaria dentro de los planes de gestión; en tercer lugar, estudiaremos cómo las ideas de desarrollo de la comunidad se implementaron en una experiencia concreta; y, por último, abordaremos la relación establecida entre la medicina y otras ciencias sociales.

Acuerdos internacionales

A partir del golpe de Estado de 1955 y la consecuente caída del gobierno de Juan Domingo Perón (1945-1955), se produjo un desplazamiento de los elencos burocráticos que habían tenido un papel activo durante los años peronistas. La autodenominada “Revolución Libertadora” inició un período signado por la alternancia de golpes militares y gobiernos civiles ilegítimos. Estos, con matices, estuvieron caracterizados por el autoritarismo, la censura, la violencia política, la exclusión y la marginación del peronismo —acerca del que se prohibió cualquier vestigio de expresión— y por un marcado interés en erradicar cualquier manifestación cultural y política asociada al comunismo. Según Guillermo O’Donnell, la política argentina llevó adelante un “juego imposible (4). Desde el derrocamiento de Juan Domingo Perón, los actores políticos enfrentaron el gran desafío de incorporar al electorado peronista al sistema político-institucional. Uno tras otro, los sucesivos gobiernos ensayaron diversas fórmulas, y todas fracasaron en el intento de correr a Perón del rol de gran elector nacional desde el exilio. Esto configuró un escenario de crisis de hegemonía en el que ningún actor logró imponer su dominación sobre el otro; en palabras de Juan Carlos Portantiero, un virtual “empate hegemónico” (3, 4).

Dentro de este contexto de proscripción y autoritarismo, el otorgamiento de los derechos sociales —a tono con lo que sucedía en otras latitudes— fue visto como el mecanismo para resolver muchas de las demandas sociales y como una vía para frenar el influjo del comunismo en la región. La señal más clara en este sentido fue la reforma constitucional de 1957, que si bien derogó la Constitución de 1949 y recuperó la carta magna de 1853 que adscribía a principios del liberalismo, sufrió una modificación: el agregado del artículo 14 bis, que se

inscribió en una tradición de reconocimiento y legitimación de los derechos sociales y expresó una ampliación del régimen de garantías y una limitación de las contingencias sociales producidas por los efectos del sistema capitalista en general, de la crisis a nivel mundial en particular, y de los temores sobre el surgimiento de movimientos políticos de izquierda (18).

A pesar del reconocimiento por parte del Estado de la necesidad de garantizar estos derechos, la política de salud del peronismo —que se había distinguido por la expansión de la estructura hospitalaria instalada y por la realización de diversas campañas sanitarias en diferentes lugares de la Argentina— fue objeto de duras críticas, que destacaban la excesiva intervención del Estado o el derroche de recursos utilizados para su implementación. En efecto, las ideas impulsadas por el primer ministro de Salud de la Argentina, Ramón Carrillo, que habían actuado como ordenadoras y legitimadoras del diseño sanitario, quedaron totalmente invisibilizadas cuando no fueron encarnizadamente criticadas (19). Muchas de las obras sanitarias iniciadas durante estos años fueron dejadas en el más absoluto abandono y el equipamiento con simbología peronista (cortinados, vajilla, sábanas, etc.) fue robado o destruido.

Frente a una estructura hospitalaria abandonada y a las demandas siempre presentes y crecientes (recordemos que en 1956 se produjo el brote epidémico de poliomielitis más fuerte y que continuaron los grandes problemas endémicos tales como el mal de chagas, el paludismo o la hidatidosis), se imponía la necesidad de recurrir a algún marco de ideas que legitimara el diseño de las políticas sanitarias.

Por el contrario, se promocionaron los conceptos de descentralización y de autogestión hospitalaria, en consonancia con los discursos provenientes de organismos internacionales. A su vez, en la Organización Mundial de la Salud

y los acuerdos internacionales cobraron, como nunca antes, una importancia troncal en el diseño de las políticas públicas. A continuación veremos algunos de estos antecedentes, más precisamente aquellos que impactaron en las discusiones locales, que se visibilizaron en las publicaciones estudiadas.

En 1960 un grupo de expertos de la Organización de Estados Americanos aprobó un documento conocido como Acta de Bogotá, en el que se indicó fortalecer y expandir los servicios nacionales y locales de salud —en particular, los destinados a reducir la mortalidad infantil—; desarrollar sistemas de seguro por enfermedad, maternidad, accidentes o invalidez, tanto en zonas urbanas como rurales; dotar de centros de salud, hospitales y puestos sanitarios a las zonas alejadas de los núcleos principales de la población; extender los servicios médicos públicos a las zonas más necesitadas; fortalecer las campañas para el control de las enfermedades transmisibles —con especial atención a la erradicación de la malaria—; planificar la instalación de servicios de suministro de agua potable; la formación y la capacitación de profesionales y auxiliares para funciones de salud y la acentuación de los programas de nutrición integral para los sectores populares (20).

El documento planteaba, además, la necesidad de generar un sistema de ayuda para las economías menos desarrolladas y se pautó la creación de un fondo especial de desarrollo social, que sería administrado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), habida cuenta del lugar que debería ocupar la salud si se tenía como objetivo lograr el crecimiento y el bienestar social. El director del BID, el chileno Felipe Herrera, creía que el organismo era un poderoso instrumento para el desarrollo y que apoyar la salud era una manera fundamental de invertir en recursos humanos que conducirían al crecimiento económico (21). En

línea con otros compromisos internacionales, como por ejemplo el llamado ‘cuarto punto’ del presidente norteamericano Harry Truman en 1949, se destacó la importancia de aumentar la ayuda técnica y financiera a los países subdesarrollados y se condensaba un gran optimismo en torno a la ciencia y a la tecnología en cuanto a las potencialidades de la asistencia técnica al desarrollo.

Para lograr este ambicioso plan, la intervención del Estado debería cambiar. Si en los años cincuenta la aspiración había sido centralizar y manejar los resortes legales, administrativos y financieros de las acciones sanitarias, en los sesenta, los roles del Estado serían los de asesorar, controlar y delegar la gestión en las comunidades y las iniciativas privadas; elaborar programas de desarrollo a corto, mediano y largo plazo; impulsar una serie de medidas económicas tales como reformas en los regímenes tributarios, estímulo a la formación de mercados de capitales, desarrollo de instituciones financieras y estabilidad monetaria. Otro de los ejes estaba constituido por el aporte de capitales extranjeros que debían fomentar el desarrollo del sector privado.

El segundo hito, promovido por EE UU para afianzar los vínculos económicos con los países latinoamericanos fue la Conferencia de la Organización de Estados Americanos que se realizó en Punta del Este, Uruguay, en agosto de 1961 y que dio forma a la llamada Alianza para el Progreso (22-24). Este programa preveía un importante apoyo económico para la realización de inversiones públicas —a partir de préstamos blandos a los gobiernos— y fomentaba la inversión privada para todos los países de América Latina, en especial aquellos más pobres. En la Carta de Punta del Este, la planificación de la salud pública se transformó en un punto sustancial de discusión, ya que se consideraba que era el medio para lograr el

desarrollo económico. El desafío radicaba en asignar prioridades internas y elegir medios adecuados y cuantificables que asegurasen el crecimiento económico y el bienestar social. Durante esta conferencia fueron declaradas las siguientes recomendaciones:

(...) suministrar en el próximo decenio agua potable y desagüe a no menos del 70 por ciento de la población urbana y del 50 por ciento de la rural; reducir la mortalidad de los menores de 5 años; controlar las enfermedades transmisibles más graves, de acuerdo con su importancia como causa de invalidez o muerte; erradicar aquellas enfermedades para las cuales se conocen técnicas eficaces, en particular la malaria y la viruela; mejorar la nutrición; perfeccionar y formar profesionales y auxiliares de salud en el mínimo indispensable; mejorar los servicios básicos de la salud a nivel nacional y local; intensificar la investigación científica y utilizar plena y más efectivamente los conocimientos derivados de ella para la prevención y la curación de enfermedades (25).

La Revolución cubana (1959) indujo a una política continental más activa desde la potencia dominante en la región, que procuró utilizar la programación de inversiones para canalizar eficazmente la llegada de fondos norteamericanos para estimular el desarrollo. No obstante, si bien Estados Unidos se comprometió a invertir 20.000 millones de dólares, la guerra de Vietnam (1955-1975) y el asesinato de John F. Kennedy (1963) hicieron que este proyecto perdiera fuerza en la región y que la estrategia virara a favor de la lucha anticomunista y de una acentuada vuelta al militarismo del cual la Doctrina de Seguridad Nacional fue su concreción más visible. Al igual que en otros países de América Latina, esta doctrina, elaborada en los Estados Unidos, fue adoptada por las fuer-

zas armadas e inició la formación de militares para la persecución y combate del denominado ‘enemigo interno comunista’.

Estos acuerdos internacionales —entre otros que aquí no abordamos porque no están estrictamente ligados a las políticas sanitarias y no fueron retomados en las discusiones locales— crearon un consenso en torno al desarrollismo como núcleo de pensamiento económico preocupado ante todo por el problema del subdesarrollo relativo de las periferias respecto de los centros; pero, a la vez, entendieron que el camino hacia su superación requería integración y cooperación entre las potencias capitalistas (18).

La planificación —idea central de la Carta de Punta del Este— fue vista como el instrumento de racionalidad científica más adecuado para poder establecer metas y prioridades que permitieran poner fin a la desigual distribución de recursos. Hernán de San Martín y Rolando Merino, integrantes del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad de Concepción (Chile), sostenían: “La administración sanitaria debería basarse en obtener el máximo de rendimiento en la solución de los problemas de salud de la población mediante una organización racional de los recursos” (26). De esto se desprende que las políticas sanitarias deberían estar programadas para medir y evaluar el rendimiento. La lógica del mundo empresarial, las herramientas de la matemática y la terminología de la economía debían ser puestas al servicio de la empresa sanitaria. Esto demandaría un adiestramiento específico en técnicas de planificación, evaluación y relevamiento cuantitativo por parte de los ministerios de Salud y llevaría a una reorganización de las unidades sanitarias en función de sus recursos (personal y herramientas cuantitativas y administrativas), que facilitaría la planificación en mayor escala (27).

En el plazo inmediato, los planes sanitarios estarían orientados a darle un sesgo preciso a la distribución de la ayuda norteamericana prevista en la Conferencia de Punta del Este aunque, en el más largo, buscaba darle un marco de certidumbre a la evolución de economías capitalistas sometidas a salvajes movimientos cíclicos. En la práctica, el basamento de la planificación era la necesidad de establecer programas gubernamentales plurianuales para orientar la actividad pública y privada y luego evaluar los resultados para una nueva reprogramación.

Sabido es que desde los años cuarenta, la planificación y el saber técnico habían adquirido un protagonismo acentuado en el diseño de las políticas públicas argentinas (28). No obstante, la diferencia central entre ambos períodos estuvo dada por el hecho de que a partir de los años sesenta la planificación constituyó la condición para lograr préstamos e inversiones extranjeras, en la medida en que los países de América Latina se involucraban cada vez más con los organismos internacionales. La sofisticación de las técnicas para diseñar, evaluar y medir resultados cubrió un gran abanico de estrategias tales como: cuadros, modelos de evaluación de planes, guías para realizar las entrevistas y terminología especializada cuyo significado se explicitaba en glosarios o diccionarios específicos, entre otras. Estas habilidades fueron consideradas centrales para detectar los elementos tradicionales que obstaculizaban el camino de los países subdesarrollados hacia su modernización (29).

Este nuevo enfoque señalaba como objetivos “racionalizar las actividades que se emprendan, someter al cálculo lo que estaba abandonado al azar, organizar lo que era inorgánico y reemplazar los ajustes espontáneos por la voluntad deliberada” (30). El documento también señala que la “planificación sanitaria debe integrarse

con la planificación integral, ya que los trabajos efectuados en compartimentos cerrados no son fecundos y la planificación en salud tiene que formar parte de cualquier proceso de movilización y utilización de recursos materiales y humanos” (30); es decir, de nada servirían indicadores económicos positivos si no se invertía en el bienestar de la población. Estas metas recompondrían años de inacción del Estado —en el caso de los países más pobres— o solucionarían los problemas generados por la excesiva centralización, característica de los gobiernos populistas que eran vistos en la época como los ‘culpables’ del estado sanitario.

La relevancia de la planificación se reflejará en el entramado político institucional de las políticas públicas de salud en la Argentina. Como veremos a escala local, las discusiones nada dirán en torno a los planes de salud implementados durante los años peronistas que, producto de la censura y el antiperonismo reinantes, estuvieron cubiertos por un manto de oscuridad e invisibilidad hasta bien avanzados los años setenta. Luego del golpe de Estado de 1955, la guía para pensar y diseñar las políticas sanitarias se basó en los acuerdos y en las recomendaciones internacionales y las huellas del pasado más reciente intentaron ser borradas, ya fuera por la fuerza o por la invisibilización.

Centralización normativa y descentralización comunitaria

Tal horizonte de lo deseable para América Latina por los organismos internacionales, a partir de los años cincuenta, contrastó con la evaluación de la estructura sanitaria argentina que había realizado la Comisión de Consultores Internacionales, dependiente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en junio de 1957. Allí se señaló el déficit que padecía Argentina y, como consecuencia de ello, se propuso la reestructuración de todo el sistema de

salud. Bajo su influencia, se produjo la primera transferencia de hospitales nacionales hacia las provincias, proceso que se prolongó en el tiempo por las ineludibles dificultades técnicas y financieras inherentes a la descentralización. Tanto en el gobierno de Pedro Aramburu (1955-1958) como en el de Arturo Frondizi (1958-1962) se impulsó una ley de transferencia que aconsejaba, para el nivel nacional, el establecimiento de normas y de asesoría técnica que implicaba la transferencia de la capacidad instalada a las provincias, municipios e incluso instituciones particulares. Debido a los problemas financieros que enfrentaban las provincias, la transferencia de los servicios se concretó en 1961 solo en las provincias de Santa Cruz y Formosa (31).

Tanto el diagnóstico como la puesta en ejecución estuvieron en sintonía con los objetivos de la Alianza para el Progreso que vimos anteriormente y que, en el ámbito local, tuvo en las II Jornadas Argentinas de Salud Pública en San Juan (1963), una caja de resonancia para estas ideas. Según las recomendaciones internacionales, los planes de salud tendrían que tener una planificación acorde con los requerimientos generales del desarrollo económico y social, y el Ministerio de Salud sería el encargado de lograr la centralización normativa y orientadora y de afianzar la descentralización operativa a nivel regional, provincial y comunal (31).

El informe, marcadamente antiperonista, destacaba que:

(...) la organización de los servicios sanitarios refleja una excesiva centralización, duplicidad de organismos, superposición de servicios, dispersión de labores en unidades especializadas, ausencia casi total de acciones preventivas de salud, sistemas administrativos complicados y faltos de flexibilidad, servicios de estadística vital y sanitaria que por la manera de compilar y analizar los

datos no merecen confianza en cuanto los aspectos cuantitativos y cualitativos de la información ofrecida: No se pudo encontrar en ninguna localidad un programa de salud pública debidamente planeado que se llevara a cabo con las normas en administración de salud pública... Es forzoso reconocer que el concepto de salud pública no se comprende en todo su significado y que, en consecuencia, las actividades sufren importantes limitaciones (32).

El ministro de Salud del gobierno de Arturo Illia (1962-1966), Arturo Oñativia, se hizo eco de este informe, y en el discurso inaugural en las II Jornadas de Argentinas de Salud Pública sostuvo: “contamos con un organismo de salud pública deformado y desarticulado en sus finalidades primordiales. Una administración desquiciada que enerva y paraliza su política sanitaria, originando una burocracia parásita que ha reemplazado su organización técnica; que no aumentó su plantel de sanitaristas y auxiliares técnicos, sino que se dio el lujo de perderlos, postergarlos o esterilizarlos” (31). Un año más tarde, en las III Jornadas Argentinas de Salud Pública, remarcó una vez más la negación del pasado cercano y la necesidad de empezar de cero en términos sanitarios. En la sesión inaugural sostuvo:

Cuando se consideran aspectos de la salud pública y se discuten los puntos esenciales del sanitarismo en función del diagnóstico y del tratamiento de los problemas médico-sociales de las poblaciones, nos parece que iniciáramos en Argentina el estudio y la investigación de estos problemas en un campo virgen, aún no explorado, dada la magnitud del tema que enfrentamos y la carencia o déficit de información y de medios materiales para resolverlos en amplitud y profundidad.

Es decir, se negaba el pasado cercano y solo se buscaba algún antecedente con la tradición higienista. Particularmente, se mencionaba a Guillermo Rawson y sus investigaciones sobre los estudios demográficos y la importancia que les otorgó a las estadísticas vitales. Según el ministro de Salud, luego de estos “Apóstoles (sic), el pensamiento sanitarista nacional se quebró y se abrieron en el campo de la salud pública las etapas de las postergaciones y frustraciones” (33). Frente a este desajuste entre lo deseable y lo posible, Noel Sbarra (34), reconocido pediatra de la Casa Cuna de La Plata, sostuvo la importancia de incorporar variables cuantitativas al estudio de la salud pública. De esta manera se pretendía quebrar el diseño de programas basados supuestamente en la intuición e improvisación. Así, a los tradicionales indicadores de recursos naturales, la fuerza de trabajo, la inversión de capitales y la técnica, se les deberían agregar indicadores específicos para medir la salud pública. Según Sbarra, “la salud individual y colectiva, la educación, la vivienda, el esfuerzo personal, el espíritu de cooperación y el sentido de responsabilidad social” (34) debían entrar en el horizonte de lo cuantificable. La salud, pues, era considerada como un componente del desarrollo económico social y, a la vez, se veían influenciadas por las condiciones económicas y sociales.

¿Cómo medir entonces las relaciones entre salud y crecimiento económico? Sbarra esbozó la importancia de agregar a los tradicionales indicadores económico-sociales (renta nacional, consumo de leche, alfabetismo, escolaridad) aquellos referidos a la expectativa de vida al nacer, la tasa de mortalidad general y la tasa de mortalidad infantil. Asimismo, postuló la importancia de computar los recursos destinados a la salud, tales como camas disponibles o el número de médicos en relación con la cantidad de población, así como también la cobertura del

agua potable que tenía una región determinada. Se iría perfilando así una ecuación central para los años sesenta en la que las mediciones del desarrollo económico comenzaron a incluir variables biomédicas y sociales a los tradicionales indicadores como el PIB per cápita.

Sin embargo, en ninguna de las intervenciones referidas a la necesidad de constituir recursos cuantitativos sanitarios más confiables se hacía referencia al primer relevamiento estadístico del sistema sanitario argentino realizado en 1954. El primer Censo Sanitario de la Argentina (1954), compuesto por dos tomos —que contenía información estadística sobre cantidad de hospitales, cantidad de camas disponibles por habitante, días de permanencia de enfermos por hospital, camas distribuidas por provincias— no se tomó en cuenta en ninguna planificación sanitaria de los años sesenta. Si bien la alusión a la ausencia de estadísticas era común en los discursos de la época, no encontramos mención alguna a dicho relevamiento, lo cual hubiera sido de mucha utilidad para planificar futuras acciones sanitarias.

En 1961 se lanzó el Plan Integral de Salud en las provincias de San Juan y Chaco, que fue considerado un modelo de planificación sanitaria. Este Plan, que fue implementado por autoridades locales pero contó con el asesoramiento del Ministerio de Salud y la cooperación técnica y financiera de la oficina Panamericana Sanitaria y de Unicef, se presentó en la XVIII Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra (30).

Así, mientras que en términos de políticas públicas la planificación sanitaria fue vista como la operación más viable para hacer convivir el desarrollo económico con el bienestar de las poblaciones, en términos prácticos, la unidad para operacionalizar los objetivos de la planificación fue la comunidad. El desafío de los técnicos radicaba en cómo conciliar el crecimiento económico con el bienestar sanitario

sin incrementar la intervención del Estado. La solución propuesta por estos grupos vino de la mano de la prestación de servicios por parte la comunidad y, en la medida de lo posible, gestionados y autofinanciados por ella misma. Para ello fue necesario estudiar las condiciones de los pacientes en el medio social en el que vivían y de esa manera dar respuestas inmediatas a sus necesidades. Tal como señala Belmartino (10), la participación de la comunidad fue la consigna promovida como panacea por el sanitarismo latinoamericano de aquellos años. La idea se centraba en una crítica a la intervención del Estado y se nutrió tanto de las recomendaciones de organismos internacionales —Cepal, OPS o OMS— como por el principio de subsidiaridad del Estado defendido por Juan XXIII en su encíclica *Pacem in Terris*, sumamente crítica de los partidos políticos, y en la que reclamaba su reemplazo por otras formas de organización de la sociedad civil. De este modo, entendía que el poder político se debía limitar a intervenir en la sociedad solo en subsidio de las debilidades de los cuerpos intermedios, mientras que proponía una acción más activa de la comunidad en la resolución de sus problemas. Esto conduciría al desarrollo y al fortalecimiento del poder social, conformado por distintas organizaciones territoriales y comunitarias que serían las encargadas de canalizar sus intereses (17).

En 1954, el concepto de desarrollo comunitario fue incorporado en el discurso de las Naciones Unidas y en 1955 apareció en su Resolución 585, según la cual las regiones económicamente más atrasadas podrían utilizar “la energía latente del pueblo en actividades orientadas a mejorar la situación de las comunidades a través de sus propios esfuerzos”. Al año siguiente, la ONU realizó el documento *Community development and services*, en el que se lo redefinió como “los procesos por los cuales los esfuerzos del pueblo se suman a los

de su gobierno para mejorar económica, social y estructuralmente la comunidad y contribuir al progreso nacional” (35). Pasado un año, la clave fue integrar a los marginados al desarrollo pero dependiendo de sus propias iniciativas. A poco tiempo de lanzarse este concepto, explotó su carácter ambivalente. Un análisis realizado por técnicos del BID enfatizó que el desarrollo comunitario portaba un mensaje ambivalente ya que, si no se podía controlar “la frustración de las aspiraciones del pueblo” ante la imposibilidad de concretar las expectativas crecientes y no se lograba alcanzar los resultados esperados, era factible que se llegara “a la inestabilidad política” (36).

En el discurso de las agencias internacionales, el desarrollo comunitario fue la forma de lograr la evolución de las sociedades tradicionales a las modernas por medio del fomento de las iniciativas locales. No obstante, se perfilaba una tensión irresoluble: cómo conciliar el mayor conocimiento con la docilidad política. Los espacios de participación debían ser organismos consultivos y no deliberativos, ya que esta última característica los podría convertir en reales espacios de empoderamiento popular. En línea con los postulados del liberalismo, se deberían limitar los espacios de participación política de los ciudadanos para no poner en riesgo el ‘buen’ funcionamiento del sistema de gobierno.

En las fuentes médicas de aquellos años se puede ver que la organización de la comunidad estuvo cargada de diferentes sentidos que no siempre fueron el reflejo de las recomendaciones de los organismos internacionales, sino que se produjo una reescritura con diferentes y complejas tradiciones con la cual se articuló. Francisco Menchaca, profesor de higiene materno-infantil de la Escuela de Sanidad de la Universidad del Litoral, en su *Diccionario médico social* definió la organización comunitaria como un “proceso espontáneo o provocado

que lleva a los miembros a realizar actividades de modo que sea posible alcanzar los objetivos propuestos con el menor número de interferencias y dificultades por parte de los diversos sectores de acción que integran el conjunto comunitario” (37).

A diferencia de los años previos, no solo el personal médico podía diseñar e implementar acciones sobre una determinada población. El mejoramiento y el desenvolvimiento de los grupos humanos iban a venir de la mano de la participación comunal local y de los planes regionales que explorasen las posibilidades. La idea de cooperación sin mayores interferencias y trabas estatales alimentaba la noción de lograr una sociedad con menores indicadores de conflictividad social y mejor predispuesta a “no esperar soluciones desde los niveles centrales” (38).

Una experiencia comunitaria

La preocupación por la pobreza y la promoción del desarrollo comunitario estuvo motorizada por la Alianza para el Progreso y organismos como el Banco Mundial (1944), el Banco Interamericano de Desarrollo (1959), la Organización de Estados Americanos (1948), la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica (1962), estos dos últimos dependientes de la ONU (39). Buena parte de ellos se encargaron de la planificación y la promoción del desarrollo económico y social, a partir de la promoción de reformas agrarias, el fomento al desarrollo local, la erradicación de las villas miseria, los programas de saneamiento comunitario, el estímulo a la recreación, al deporte y a la promoción cooperativa. En ese contexto se difundió la conformación de los consejos económicos y sociales tanto en los países centrales como en las naciones ‘en vías de desarrollo’. Asimismo, se crearon los consejos comunitarios,

como complemento de los órganos políticos de representación, que constituyeron nuevos canales de comunicación entre el gobierno municipal y la comunidad. Se consideró que los sectores marginales constituían cinturones de atraso y que las villas miseria eran su representación más clara. Sus poblaciones presentaban un bajo nivel de participación de beneficios sociales como educación, asistencia médica, seguridad social, vivienda; tampoco participaban en las decisiones sociales, ni siquiera de aquellas que los afectaban de manera directa. Entonces, en el contexto de los gobiernos desarrollistas, se promovió la idea de que el crecimiento socioeconómico no solo requería del esfuerzo del gobierno y de los técnicos, sino también el de la comunidad. En tal sentido, era necesario promover la participación social de los sectores marginales para superar los efectos negativos del desarrollo de los países periféricos (40).

La década de 1960 significó para Argentina, al igual que para la mayor parte del mundo desarrollado, el comienzo de un período de crecimiento económico sostenido de algo más de diez años. Entre 1960 y 1974, el PIB se incrementó a una tasa promedio del 6 % anual, dando la sensación de que al fin se abandonaba el ciclo de *stop and go* que había caracterizado al período previo (41). Este crecimiento económico se vio acompañado por un aumento de la población de las grandes ciudades, particularmente de Buenos Aires, como consecuencia de las corrientes migratorias internas y de los países limítrofes. Esta explosión poblacional trajo una modificación del tejido, tanto en su estructura social como en su fisonomía. Las ‘villas miseria’ fueron uno de los espacios habitacionales que surgieron desde finales de los años treinta y crecieron significativamente en la década siguiente. En este período, el número de habitantes en las villas miseria de Buenos Aires se duplicó, al pasar del 5 % de la pobla-

ción en 1960, al 11,24 % en 1970. El censo de la Comisión Nacional de la Vivienda de 1956 reportó que 112 350 habitantes estaban viviendo solo en villas del Gran Buenos Aires, cifra que representaba el 1,9 % del total de la población. Diez años más tarde se contabilizaban en medio millón (42, 43).

Estos espacios se convirtieron en laboratorios para los sueños de modernización, pero también respondieron a dos preocupaciones puntuales: el temor a la expansión del comunismo —en línea con el pensamiento de la Guerra Fría— y la mayoritaria adscripción que se suponía tenían los de las villas miseria al peronismo.

En este contexto, y a modo de experiencia piloto, en agosto de 1963, un grupo de profesionales del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (Cemic) —una entidad privada y con nutridos vínculos con la Universidad de Buenos Aires, fundada en 1958 con el propósito de realizar actividades de educación, de investigación y de asistencia médica— preparó un programa de medicina integrada en una villa miseria. Se pretendía trasladar los conocimientos de la salud pública al servicio de los conjuntos habitacionales marginales de las grandes ciudades, para lograr que las comunidades asumieran una mayor responsabilidad en relación con la satisfacción de sus necesidades básicas. En diálogo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se pensaba que era importante resolver tanto los problemas de salud como los de la pobreza extrema de los países en desarrollo para evitar que estos fueran tentados por el comunismo (44).

Como sostuvimos en la introducción, esta experiencia local nos permite dialogar con la bibliografía reciente que sostiene que la entrada del comunitarismo en la Argentina tuvo lugar en 1967 con la creación de la Secretaría de Promoción y Asistencia de la Comunidad bajo

la dictadura del general Onganía (1966-1970). Revisar esta propuesta realizada cuatro años antes de lo planteado en la literatura sobre el tema nos permite rastrear cómo estas ideas ya eran parte del horizonte de lo deseable por parte de diferentes organizaciones de la sociedad civil a principios de los años sesenta, y además nos brinda elementos para pensar en los antecedentes locales de lo que en los años setenta y ochenta la OMS llamó Atención Primaria en Salud (13). Habitualmente se toma la Declaración de Alma Ata (1978) como el punto de inicio de la atención primaria de salud, y en la Argentina se toma el proyecto Atamos —lanzado en la gestión de Floreal Ferrara a fines de los años ochenta— como el antecedente de la primera experiencia de medicina comunitaria descentralizada con una lógica de prevención y con un fuerte contenido interdisciplinario. La experiencia del Cemic, entre otras que aún quedan por relevar y estudiar, da cuenta de que dicho consenso internacional dialoga con una multiplicidad de experiencias locales (bajo iniciativa privada y pública) que deben ser rescatadas del olvido y que se pensaron en forma previa a los acuerdos internacionales.

En línea con los postulados emanados de los acuerdos internacionales, las villas miseria, al estar marcadas por la pobreza, el hacinamiento y la recurrencia de enfermedades endémicas y epidémicas, se convertían en centro de interés para la implementación de proyectos educativos que buscaran apuntalar la salud y limitar la influencia de las ideas comunistas y, en el caso argentino, eran asociadas también a lugares de militancia de la resistencia peronista. A partir de los años sesenta, a instancias de los postulados y las recomendaciones de la OMS, la educación médica debía incluir alguna experiencia en el manejo de la comunidad, ya que la práctica que los estudiantes de medicina adquirirían en la sala hospitalaria no se consideraba suficiente

en el marco de un creciente deterioro social de estos grupos (45). Dentro de este contexto, la propuesta del Cemic se centró en el entrenamiento de recursos humanos con el objetivo de resolver problemas sanitarios y sociales de arraigo local.

Nuestro interés es mostrar los diálogos fructíferos que los agentes y organizaciones locales establecieron con las líneas de acción propuestas por los organismos internacionales. Estas instituciones civiles estudiaban las propuestas, las analizaban y las redefinían para luego ponerlas en práctica en el espacio regional o local. Las organizaciones internacionales de salud a menudo pasan por alto o infravaloran los proyectos sanitarios implementados en América Latina, y quizás sea necesario explorar a futuro cuáles de estos proyectos locales marcaron tendencias en la agenda internacional.

En el Cemic se formó un grupo de 20 estudiantes de medicina. El propósito del programa era brindarles conocimientos acerca de medicina preventiva para que tomaran decisiones que abarcaran al individuo, la familia y la comunidad, teniendo como premisa que la enfermedad se debía ubicar en el marco de referencia sociocultural del paciente. La aspiración fue abordar los problemas médicos y sociales que se producían en una comunidad y tomarlos como áreas de estudio y demostración científica, al tiempo que se brindarían servicios de protección, fomento y recuperación de la salud. Este trabajo de coordinación con las instituciones preexistentes permitiría indagar acerca de las necesidades de las personas e integrar las acciones de salud a un plan general de promoción de la comunidad. La idea era no esperar que los enfermos asistieran a los centros sanitarios o a los dispensarios, sino que fueran los galenos y los profesionales de salud quienes salieran a buscar a aquellas personas que presentaran síntomas aparentes o inaparentes de alguna dolencia. Si bien la idea era consolidar un

diálogo con las instancias de asistencia existentes en la zona, no se percibe ningún intercambio concreto en la descripción de la experiencia. Este sería el límite político del desarrollo comunitario: el mayor involucramiento de la comunidad le brindaría a esta una mayor concientización de sus carencias y haría aflorar el deseo de cambiar su realidad. Estas sensaciones, enmarcadas en un clima de movilización popular y radicalización ideológica, eran vistas como una contradicción de difícil resolución.

El equipo —formado por un médico coordinador del programa, un internista, un obstetra ginecólogo, un pediatra, un psiquiatra con orientación en psicología social, un médico bioestadístico, un médico sanitarista con orientación en sociología médica, una trabajadora social, una enfermera y una educadora sanitaria— realizaba seminarios periódicos en los cuales, de manera rotativa, se presentaban los casos y las posibles soluciones. La propuesta era trabajar de manera conjunta entre las diferentes especialidades y en un marco de relaciones horizontales para llegar a una solución integral de los problemas de los pacientes. Es decir, se buscaba que no existieran jerarquías ni relaciones de poder entre los profesionales de la salud, y que esto se reprodujera en el vínculo con los pacientes en pos de estimular la organización comunitaria pero mediando el conocimiento del experto. El programa duró solo tres años (1963-1966). Durante el primer año los estudiantes recibieron un adiestramiento en salud pública, psicología social y bioestadística, y se realizó un seguimiento a un núcleo familiar determinado. Durante el segundo y el tercer año se contactaron con la comunidad y se creó un centro de salud en la villa miseria en 1965.

Esta experiencia se inscribió en un intervalo inaugurado a partir de 1958 de suspensión de las medidas de erradicación de las villas miseria. Recordemos que luego del derrocamiento del

peronismo, estos barrios fueron conceptualizados como un ‘problema social’ y se estipuló la necesidad de eliminarlos. Durante los gobiernos de Arturo Frondizi y Arturo Illia esta política se dejó de lado y se inició un breve período en el cual se puso en práctica un conjunto de políticas asistencialistas (42).

El proyecto del Cemic se vinculó con esta tendencia modernizadora y desarrollista de aquellos años. Si bien se remarcaba la importancia de la participación de los vecinos, el saber médico y sus instancias de intervención —asociadas a la moderna tecnología médica— mantuvieron su lugar privilegiado. Los conocimientos técnicos, a tono con la época, adquirieron un acentuado protagonismo, y las instancias de intervención estatal no aparecieron enunciadas en este proyecto.

En el relato de los médicos se insistió en que la “comunidad no mostró ningún tipo de resistencia” y que aceptó favorablemente los programas materno-infantiles, lo que quedó demostrado por indicadores cuantitativos: el “77% de la comunidad consintió las prácticas”; aunque las voces de las personas no fueron registradas, ni tampoco las instancias preexistentes en la comunidad respecto de la cura y la prevención, ni los mecanismos de expresión propios (46).

Entonces, si bien en términos discursivos se apuntaba a una mayor horizontalidad y a una redistribución del poder, estas experiencias de iniciativa privada, que intentaban dialogar de manera más igualitaria con la sociedad civil, no pudieron desprenderse del cientificismo biomédico y del preconcepto del lugar del profesional médico como agente transformador de las conductas de la población. En la evaluación nada se decía sobre el autofinanciamiento, tema central de los proyectos comunitarios. La aspiración era reducir los gastos del erario público

por medio de la concreción de mecanismos de autoabastecimiento local.

Puentes de comunicación entre la medicina, la estadística y las ciencias sociales

Pese al acentuado peso del cientificismo médico, la importancia otorgada a la planificación y la implementación de experiencias comunitarias inauguró antecedentes para pensar la interacción entre la medicina y las ciencias sociales. Las nuevas concepciones sobre salud pública compartieron un horizonte común: valorizar las cuestiones vinculares y socioeconómicas de las comunidades. Estas ideas propiciaron el ingreso de otros profesionales a los hospitales públicos y a la planificación sanitaria, tales como psicólogos, psicoanalistas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, cuya acción mancomunada se pensaba como la vía para lograr los cambios sociales deseados.

Si bien las resistencias fueron variadas, las facultades de medicina incorporaron en sus planes de estudio materias vinculadas a las ciencias sociales. El editorial de la *Revista de salud pública* hizo suyas las palabras del doctor Crew, de la Universidad de Edimburgo: “El joven médico que practica fuera de los hospitales descubrirá que el individuo no es meramente un organismo que vive en un medio físico externo (...), sino que forma parte de una sociedad particular y que es producto de una subcultura. Entonces advertirá su falta de preparación en los campos de sociología, la psicología social y la antropología” (47). Por lo menos en términos discursivos, algunas voces proclamaron la necesidad de que la medicina incorporase variables sociales en su formación para quebrar la fuerte tradición que la ligaba a las ciencias naturales. Durante la década del sesenta y debido a un mayor contacto con las comunidades, se produjo una apertura de la me-

dicina hacia la preocupación social, en general, y de los sectores pobres, en particular. Si bien desde el higienismo la medicina presentaba un interés por las condiciones medioambientales, la diferencia central por estos años se refiere a los diálogos interdisciplinarios y a la relevancia que tomó la estadística como insumo para la planificación sanitaria y como elemento determinante para lograr el financiamiento.

Estos diálogos entre la medicina y las ciencias sociales se pueden vincular con la cosmovisión desarrollista de la época. Para alcanzar los objetivos económicos, sociales y culturales que en el paradigma desarrollista se planteaban como integrados, el Estado debió apelar a nuevas formas de conocimiento científico sobre la sociedad, en la que habría lugar no solo para economistas —quienes empezaban a ser socialmente reconocidos como los encargados ‘naturales’ de la planificación—, sino también para sociólogos, antropólogos, psicólogos sociales, educadores y médicos (48).

Como señalan Diego Armus (49) y Claudia Daniel (50), desde fines del siglo XIX los médicos cumplieron un papel fundamental en la elaboración de estudios sociales de carácter cuantitativo realizados para buscar soluciones a los graves problemas de insalubridad de los espacios urbanos y rurales. No obstante, fue en la segunda mitad de siglo XX cuando la estadística se consolidó en la práctica como un instrumento de diagnóstico social e insumo del planeamiento sanitario. A tono con lo sucedido en otras latitudes, el escenario de la segunda posguerra promovió importantes modificaciones en las estructuras y las funciones de los sistemas estadísticos nacionales de los países capitalistas avanzados, y la medicina no estuvo al margen. Estos años se caracterizaron por las sustanciales modificaciones que se incorporaron a la elaboración de las estadísticas gubernamentales, ya que estas pasaron a ocupar un papel central en la producción de

información para la planificación del desarrollo (51). La línea en el área de la salud fue medir tanto el crecimiento en términos de producción bruta o renta per cápita, como de graficar, con sofisticados cuadros, las tendencias presentes y futuras de la salud pública. La necesidad de contar con elementos que brindaran uniformidad ante los organismos internacionales —y, de esta forma, facilitar la llegada de financiamiento internacional— fue el incentivo para motorizar las discusiones y la implementación de técnicas y metodologías de investigación en la formación y en el quehacer médico (52).

Si bien el peso de la estadística se hizo mayor en las discusiones médico-sociales, hubo voces que matizaron y reubicaron su influjo. Así, Atilio Báez Ponce de León, director de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires, señaló la importancia de no abusar en el uso de los números creía que: “las más de las veces, los estadísticos pierden lastimosamente el tiempo, cuando no llegan a conclusiones erróneas”. Sostuvo que la “estadística es una técnica al servicio de la medicina, y ella es tan útil como puede ser el bastón para el ciego. Pero ¿quién se atreverá a lanzarse por entre el tráfico vertiginoso de una gran ciudad, con los ojos y los oídos tapados, confiando solo en su bastón como guía?” (53).

Tampoco fue casual que durante estos años se incluyeran las áreas de sociología médica —aunque muy tímidamente en comparación con otros países de América Latina— en los programas de estudios la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires y en el Instituto de Sociología de la Universidad Católica Argentina. Según Jorge Segovia, jefe de la sección de Sociología Médica del Cemic, las mayores trabas para el trabajo interdisciplinario se vinculaban con las diferencias en torno a cómo pensar la ciencia. En la medicina primaba un saber empírico y en la sociología

se aspiraba a la abstracción: “El sociólogo debe entender que el médico siempre busca soluciones inmediatas y el médico debe saber que la sociología no está en condiciones de darle ‘recetas’ de aplicación universal. Esta apunta a la búsqueda de la complejidad y es allí en donde se tendría que dar el diálogo interdisciplinario” (54).

En función de pensar los vínculos entre la sociología y la medicina, la influencia en la Argentina de George Rosen y su conceptualización en torno a la búsqueda de la interacción de las ciencias sociales con la medicina y la salud pública fueron centrales y de amplia circulación entre los galenos. Al impacto provocado por estas ideas se le sumó el ocasionado por el pensamiento del sociólogo Gino Germani y, especialmente, el condensado en su libro *Sociología de la modernización en los ambientes médicos* (55). En la *Revista de salud pública*, Floreal Ferrara, en una enfática convocatoria para que los médicos comprendieran la importancia de la cultura y las relaciones sociales para el estudio de las enfermedades, realizó una reseña de la obra del sociólogo ítalo-argentino y remarcó la importancia de estas ideas para la formación médica (56, 57).

Cabe señalar que este vínculo entre la sociología y la medicina en proyectos de investigación enfocados en barrios marginales tuvo como antecedente una propuesta encabezada por el mismo Germani. Entre los primeros proyectos del Departamento de Sociología de la Universidad de Buenos Aires (1957) figuró el de una investigación en la Isla Maciel, partido de Avellaneda. Este proyecto estuvo coordinado entre el Departamento de Sociología, el Instituto de Nutrición, la cátedra de Medicina Social de la Universidad de Buenos Aires y el Centro de Desarrollo Integral del Departamento de Extensión Universitaria de la misma casa de altos estudios. Entre sus objetivos estuvo el de estudiar los niveles de adaptación de los

migrantes de diferentes períodos, las actitudes hacia el trabajo y las características de la participación social (58, 59). Este proyecto se originó por un encargo de la Unesco con el objetivo de ‘integrar’ a partir del fomento de un sistema de participación comunitaria de los sectores populares con bajos recursos, de origen urbano o rural. Desde esta perspectiva, la sociología aunada con la medicina podría alumbrar aquellos factores que obstaculizaban tales cambios y así idear planes para sortearlos.

Las encuestas, que constituyeron un hito en el tratamiento de la temática en América Latina, se proponían brindar un análisis empírico y científico sobre la problemática sociourbana. Entre la batería de encuestas existía una vinculada a cuestiones sanitarias y otra sobre alimentación. La primera estuvo coordinada por Guido Ruiz Moreno, de la cátedra de Medicina Social, y la segunda, por Boris Rotman, del Instituto Nacional de la Nutrición. Es probable que esta experiencia que cruzaba las herramientas de la sociología científica y los saberes de la medicina haya servido de estímulo para implementar experiencias como las que encaró el Cemic (59).

La antropología también fue objeto de interés en los planes de formación médica. Se creía en la utilidad de esta disciplina tanto para facilitar el conocimiento de la población sobre la que se proponía trabajar como para que pudiera brindar técnicas y métodos específicos para hallar soluciones concretas, teniendo en cuenta que el “individuo es producto de una determinada cultura y el conocimiento de esta estaría en relación directa a la aceptación de los programas de salud”. Quebrar las ‘resistencias’, las ‘hostilidades parciales’ y la ‘pasividad’ era una de las metas centrales propuestas para lograr los objetivos planificados (60). Este interés por otras culturas motivó la necesidad de pensar otras maneras de acercarse a las comunidades y de reflexionar sobre otras formas para

aproximarse a una parte de la sociedad considerada como atrasada.

Conclusiones

Los años peronistas en la Argentina se caracterizaron por la presencia del Estado en un lugar más protagónico en la gestión sanitaria. La expansión de la capacidad instalada y la realización de campañas sanitarias en diferentes lugares del país fueron dos de los aspectos más dinámicos durante estos años. Tras el derrocamiento del general Perón, en septiembre de 1955, se inauguró una etapa de inestabilidad política que en esta área se tradujo en una mayor presencia de los organismos internacionales de salud, tanto respecto del asesoramiento como del financiamiento en materia sanitaria. En línea con estas recomendaciones, el Estado tendría que ceder su lugar central e inaugurar formas de crecimiento comunitario y estimular a las iniciativas privadas.

Así pues, si durante los años peronistas la política sanitaria apuntó a lograr sistemas más universales de protección social, que ampliaran los resortes de la inclusión social y que posicionaran al Estado en un lugar central tanto en el diseño como en la implementación de dichos sistemas, a partir de los años sesenta se criticó la excesiva intervención del Estado y se aspiró a crear mecanismos de autogestión y autoabastecimiento entre las comunidades. Las autoridades estatales cumplirían la función de asesorar y agenciar los recursos técnicos y económicos para intervenir en lo local sin suplir los desarrollos endógenos. La posibilidad de conseguir financiamiento por parte de los organismos internacionales dependería, asimismo, de la demostración que —en términos cuantitativos— se hiciera de la instauración de nuevas políticas en materia de salud. Planificación y relevamientos estadísticos ganaban así un lugar preponderante como ins-

trumentos de conocimiento social y como saber ligado al Estado.

Tanto el modelo centrado en la mayor intervención del Estado como aquel que apelaría al desarrollo comunitario influyeron en la manera en que los galenos se relacionaron con la salud pública. Si en los años cincuenta el médico mantuvo un lugar jerárquico y central en la cura y prevención de dolencias, en los años sesenta debió, por lo menos en términos retóricos, buscar lazos de formación, interrelación e interdependencia con otras disciplinas sociales que le ayudaran a dimensionar el desarrollo local y esto condujo a un acercamiento entre la medicina y las otras ciencias sociales.

Si bien las brechas entre expectativas y posibilidades, y entre las demandas sociales y la capacidad de satisfacerlas terminaron dando un manto de sombra a muchas de las experiencias comunitarias implementadas, estas incidieron en un período que, aunque tumultuoso, provo-

có una modernización en la forma de pensar las políticas sanitarias y en la forma de ejercer la práctica profesional. Asimismo colaboraron en la creación de un consenso internacional vinculado a la importancia de afianzar los mecanismos de medicina preventiva y de educación sanitaria que se materializarían a fines de los años setenta en nuevos consensos internacionales.

Agradecimientos

Mis agradecimientos a la Biblioteca Utopía del Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini, quien me donó varios volúmenes de la *Revista de salud pública y del Boletín de la asociación argentina de la salud pública* y a quienes leyeron las múltiples versiones de este artículo: Elena Scirica, Guido Guidi, Claudia Daniel, Juan Manuel Cerdá, Daniela Testa, Adriana Valobra, Carolina Biernat, Milena Sésar; y a las pertinentes observaciones de los evaluadores anónimos de la revista.

Bibliografía

1. Altamirano C. Desarrollo y desarrollistas. *Prismas*. 1998;2:75-94.
2. Cavarozzi M. *Autoritarismo y democracia (1955-2006)*. Buenos Aires: Ariel; 2006.
3. Portantiero JC. Economía y política en la crisis argentina: 1958-1973. *Revista Mexicana de Sociología*. 1977; 39(2):528-63.
4. O'Donnell G. Estado y alianzas en la Argentina, 1956-1976. En *Contrapuntos. Ensayos escogidos sobre autoritarismo y democratización*. Buenos Aires: Paidós; 1997. p. 31-68.
5. O'Donnell G. *El Estado burocrático-autoritario. 1966-1973: Triunfos, derrotas y crisis*. Buenos Aires: Editorial de Belgrano; 1982.
6. Doyon L. La formación del sindicalismo peronista. En: Torre JC, director. *Los años peronistas (1943-1955)*. Nueva Historia Argentina, Tomo VIII. Buenos Aires: Sudamericana; 2002. p. 357-404.
7. Cosse I. *Pareja, sexualidad y familia en los años sesenta. Una revolución discreta en Buenos Aires*. Buenos Aires: Siglo XXI; 2010.
8. Felitti K. *La revolución de la píldora*. Buenos Aires: Edhasa; 2012.
9. Manzano V. Juventud y modernización sociocultural en la Argentina de los sesenta 1956-1966. *Desarrollo Económico*. Buenos Aires. 2010;50(199):363-90.
10. Belmartino S. *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno; 2005.
11. Belmartino S. *Historias comparadas de la profesión médica. Argentina y EE UU*. Buenos Aires: Miño y Dávila; 2011.

12. Laguado Duca A. La construcción de la cuestión social. El desarrollismo post-peronista. Buenos Aires: Espacio editorial; 2011.
13. Grondona A. Tradición y traducción: un estudio de las formas contemporáneas del gobierno de las poblaciones desempleadas en la Argentina, Tesis de Doctorado, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires; 2011.
14. Giorgi G. Redes católicas y Estado en la "Revolución Argentina". *Ciencias Sociales y Religión*. 2010;12(12):53-78.
15. Mallimaci F y Giorgi G. Catolicismos, nacionalismos y comunitarismos en política social. Redes católicas en la creación del Ministerio de Bienestar Social de la Argentina (1966-1970). *Cultura y Religión*. 2012;6(1):113-44.
16. Scirica E. Visión religiosa y acción política. El caso de Ciudad Católica. *Verbo en la Argentina de los años sesenta*. Prohal Monográfico. 2010;2(2):26-56.
17. Gómez G. El onganato y los sectores populares: funcionarios, ideas y políticas de la Secretaría de Promoción y Asistencia a la Comunidad (1966-1970). *Anuario del Centro de Estudios Históricos "Prof. Carlos S.A. Segreti"*. 2011;11(11):279-302.
18. Dvoskin N. Desarrollismo y nuevo desarrollismo en América Latina. Ponencia presentada a la Reunión de Historiadores del Pensamiento Económico de Europa y América Latina, Buenos Aires, 21-23 nov; 2012.
19. Ramacciotti K. La política sanitaria del peronismo. Buenos Aires: Biblos; 2009.
20. Acta de Bogotá. Medidas para el mejoramiento social y el desarrollo económico dentro del marco de la operación panamericana 1960. [citado 2012 nov] Disponible en: http://aleph.academica.mx/jspui/bitstream/56789/7006/1/DOCT2064807_ARTICULO_9.PDF.
21. Cueto M. El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2004.
22. OEA. Carta de la Organización de Estados Americanos. Washington, DC: OEA, 1961.
23. OEA. La Organización de los Estados Americanos: su estructura y funcionamiento. Washington, DC: OEA; 1962.
24. Morgenfeld, L. Desarrollismo, alianza para el progreso y revolución cubana. Frondizi y el Che en Punta del Este (1961-1962). *Ciclos hist. econ. soc.* [online] 2012; 20(40).
25. Organización Panamericana de la Salud. Administración de servicios de asistencia médica. Publicación Científica 129. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1966.
26. De San Martín H y Rolando Merino R. La atención médica en los programas de salud. *Rev Salud Pública*. 1966;7:67-73.
27. Planificación de la Salud. *Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública*. 1963;2:115-7.
28. Berrotarán P. Del plan a la planificación. El Estado durante la época peronista. Buenos Aires: Imago Mundi; 2003.
29. Menchaca F. Diccionario médico social Santa Fe: Imprenta Nacional del Litoral, 1967.
30. Baltar A. Planificación en el campo de la salud. *Rev Salud Publica*. 1967-1968;11 y 12:35-54.
31. Oñativia A. Política sanitaria nacional. Discurso central en las II Jornadas de Argentinas de Salud Pública. *Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública* 2; 1963.
32. Oficina Sanitaria Panamericana. Informe de la Comisión de Consultores. Oficina Sanitaria Panamericana: Buenos Aires; 1957.
33. Oñativia A. Conceptos del Dr. Arturo Oñativia. *Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública*; 1964.

34. Sbarra, N. La realidad sanitaria nacional. *Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública* 1; 1962.
35. Resolución 25 de las II Jornadas Argentinas de Salud Pública. *Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública* 1963; 56.
36. Banco Interamericano de Desarrollo. *Desarrollo de la comunidad: Teoría y Práctica* coordinado por el BID. México: Secretaría de Economía; 1966.
37. Menchaca F. *Diccionario Médico Social*. Santa Fe: Imprenta Nacional del Litoral; 1967.
38. II Jornadas Argentinas de Salud Pública. *Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública*; 1963.
39. Aguirre O. La alianza para el progreso y la promoción en América Latina. *Revista Afuera* [internet] 2010 [citado 2013, nov 1]. V(9). Disponible en: http://www.revistaafuera.com/autores_detalle.php?id=94.
40. Golbert L. *De la Sociedad de Beneficencia a los derechos sociales*. Buenos Aires: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; 2010.
41. Gerchunoff P y Llach L. *El ciclo de la ilusión y el desencanto. Un siglo de políticas económicas argentinas*. Buenos Aires: Ariel Sociedad Económica; 2003.
42. Auyero J y Hobert R. “¿Y esto es Buenos Aires?”. Los contrastes del proceso de urbanización. En: James D, director. *Violencia, proscripción y autoritarismo (1955-1976)*. Nueva Historia Argentina, Tomo IX. Buenos Aires: Sudamericana; 2003. p. 213-44.
43. Raiter H. *Villeros y villas miserias*. Buenos Aires: CEAL; 1971.
44. Brown T, Cueto M y Fee E. La organización Mundial de la salud y la transición de la “salud internacional” a la “salud global”. En: Cueto M y Zamora V, editores. *Historia, Salud y Globalización*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2006. p. 70-101.
45. Haynes A. El potencial de la comunidad en la enseñanza de la medicina social. *Rev Salud Pública*. 1967-1968; 11-12:93.
46. Experiencia de medicina integrada en una Villa de Emergencia. *Rev Salud Pública*. 1966-1967; 9-10:116-8.
47. La medicina y las ciencias sociales. *Rev Salud Pública*. 1964; 7:9-10.
48. Neiburg F y Plotkin M. Los economistas, el Instituto Torcuato Di Tella y las nuevas elites estatales en los años sesenta. En: Neiburg F y Plotkin M, compiladores. *Intelectuales y expertos. La constitución del conocimiento social en la Argentina*. Buenos Aires: Paidós; 2004.
49. Armus D. *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa; 2007.
50. Daniel C. Una escuela científica en el Estado. Los estadísticos oficiales en la Argentina de entreguerras. En: Plotkin M y Zimmermann E, editores. *Saberes de Estado*. Buenos Aires: Edhasa; 2012. p. 63-101.
51. Desrosières A. *La política de los grandes números. Historia de la razón estadística*. Barcelona: Melusina; 2004.
52. Ferrero C. Estadística, medicina y salud pública. *Rev Salud Pública* 1961; 1:26-39.
53. Báez Ponce de León A. Metodología epidemiológica. *Rev Salud Pública* 1962; 2:83-5.
54. Segovia J. Proyección de la sociología médica. *Rev Salud Pública* 1966-1967; 9-10: 69-77.
55. Rubinich L. La modernización cultural y la irrupción de la sociología. En: James D, director. *Violencia, proscripción y autoritarismo (1955-1976)*. Nueva Historia Argentina, Tomo IX. Buenos Aires: Sudamericana; 2003. p. 245-80.
56. Ferrara F. “... y un libro”. Reseña del libro de Gino Germani, *Sociología de la modernización*. *Rev Salud Pública*. 1968 jul-1969 jul; 13-14:133-7.
57. Credo del médico sociólogo. *Rev Salud Pública*. 1968-1969; 13-14:152.

58. Germani, G. Investigación sobre los efectos sociales de la urbanización en un área obrera del Gran Buenos Aires. En: Hauser P, editor. La urbanización en América Latina, Buenos Aires: Solar Hachette; 1967. p. 231-2.
59. Blanco, A. Las ciencias sociales en el cono sur y la génesis de una nueva elite intelectual (1940-1955). En: Altamirano C (edit). Historia de los intelectuales de la ciudad letrada del siglo XX, Buenos Aires: Katz, 2010. p. 606-29.
60. Lattes A. La migración en la obra de Germani. Boletín de Adepa. 2009; 17(42): 29-32.