

Sociologando

Saberes médicos y políticas sanitarias en la Argentina durante la Guerra Fría

Medical Knowledge and Public Health Policies during the Cold War

Karina-Inés Ramacciotti (1970, argentina, Universidad de Buenos Aires, Argentina)
karinaramacciotti@gmail.com

Resumen



El objetivo de este artículo será revisar cuáles fueron las ideas provenientes de los saberes médicos en cuanto al diseño e implementación de políticas sanitarias en la década de 1950-1960 en Argentina. Durante el período estudiado notamos, por un lado, un mayor involucramiento del Estado en la elaboración, financiamiento y puesta en marcha de políticas sanitarias durante los años del peronismo. Esta mayor ampliación en la participación del Estado condujo a una ampliación de la ciudadanía social. Luego del derrocamiento de Perón (1955), los argumentos liberales-conservadores se tradujeron en el área sanitaria en el abandono de las obras realizadas durante el período anterior y un acentuado intento de limitar lo que era visto como un estatismo asfixiante que limitaba la iniciativa privada. El diseño de los planes sanitarios tuvo como objetivo que el Estado tuviera un rol supletorio y que se lograra la mejora de las comunidades en función de crear las condiciones necesarias para promover el crecimiento económico, el autofinanciamiento y reducir la conflictividad social vista como una vía de entrada para el comunismo en la región. A tono con el clima de fuerte militarización y desconfianza que imponía la Guerra Fría, se fue consolidando una convicción que relacionaba la pobreza que rondaba en los espacios habitacionales precarios con la falta de oportunidades para alcanzar niveles aceptables de desarrollo.

Palabras clave: Argentina, Guerra Fría, peronismo, políticas sanitarias, saberes médicos.

Recibido: 25-11-2014 → **Aceptado:** 10-12-2014

Abstract

This article seeks to analyze the ideas emerging from the medical knowledge regarding the design and implementation of public health policies in the 50's and 60's in Argentina. During the period under study, we have noticed there was a higher level of government intervention in the introduction of such policies during Peron's administration. This wider role led to the widening nature of social citizenship. After Peron's ouster (1955), the liberal-conservative ideas gave way to the interruption of the public works which had been undertaken before, and to a deep attempt to curb that stifling government interference which was thought to limit private initiative. The government played a supplementary role, and communities developed to create the necessary conditions to spur economic growth, to achieve self-financing, and to put an end to social strife which was considered an entry to Communism in the region. As the Cold war imposed strong military power and an environment of mistrust, there was an increasing belief that poverty in slums was linked to the lack of opportunities to achieve acceptable levels of development.

Key words: Argentina, Cold War, Peronism, public health policies, medical knowledge.

Introducción

Los planes de seguridad social diseñados en la segunda posguerra en Europa, EEUU y Canadá impulsaron un debate en torno al rol del Estado y de los sistemas de prestaciones sociales vigentes en Argentina y en América Latina. El contexto internacional, caracterizado por una creciente intervención estatal con el objetivo de proveer servicios que tuvieran como finalidad la seguridad social, dialogó con un proceso histórico local cuyos hitos principales fueron el gobierno de Juan Domingo Perón (1946-1955), su derrocamiento y la instauración de gobiernos civiles y militares; los gobiernos de Arturo Frondizi (1958-1962); José María Guido (1962-1963) y Arturo Illia (1963-1966).

Así, el objetivo de esta propuesta será revisar cuáles fueron las ideas provenientes de los saberes médicos en cuanto al diseño e implementación de las políticas sanitarias en la década de 1950-1960 en Argentina. Cabe señalar, que nuestras observaciones parten de la base de la comprensión de la política social, y particularmente, las políticas sanitarias como el conjunto de concepciones ideológicas que se plasman en diseños normativos e institucionales que buscan limitar las consecuencias sociales producidas por el libre juego de las fuerzas del mercado; concepciones que, al mismo tiempo, son útiles para construir legitimidad política. Asimismo, están destinadas a obtener el histórico y cambiante significado atribuido al llamado "bienestar" de la población (Biernat, Ramacciotti 2012). Durante el período estudiado notamos, por un lado, un mayor involucramiento del Estado en el diseño, financiamiento e implementación de políticas sanitarias durante los años del peronismo. Esta mayor ampliación en la participación estatal condujo a una ampliación de la ciudadanía social, entendido este concepto en tanto las lógicas históricas y cambiantes de la inclusión como de exclusión de los mecanismos impulsados por el Estado o mediatizados por este (Castel, 1997; Rosanvallon, 1995). Luego del derrocamiento de Perón (1955), los argumentos liberales-conservadores predominantes se tradujeron en el área sanitaria en el abandono de gran parte de las obras realizadas durante el período anterior y un acentuado intento de limitar lo que era visto como un estatismo asfixiante que limitaba la iniciativa privada. El peronismo, y sus obras sanitarias, pasaron a ser visualizados como la representación más cercana del accionar del comunismo en la región y, por tal motivo, se imponía su total erradicación.

El corpus documental de esta propuesta está constituido por las memorias institucionales del Ministerio de Salud durante el peronismo y por dos de las revistas de circulación médica durante los '60: 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 publicaciones estaban ligadas al concepto de "Salud Pública", que aludía a los contenidos disciplinares de producción de conocimientos, al accionar

técnico y a las acciones específicas para lograr una modificación de las condiciones medioambientales. Las publicaciones escogidas permiten dar cuenta de las problemáticas que se consideraban importantes para el diseño y la implementación de las políticas sanitarias y de las modificaciones en torno a lo que se consideraba responsabilidad del Estado en materia sanitaria entre los años cincuenta y sesenta.

Este artículo tiene dos apartados. En el primero se revisan los planes sanitarios lanzados durante los años '50 y cómo estos potenciaron los mecanismos de salud preventiva bajo la órbita estatal para, de esta forma, intentar desplazar definitivamente a las instituciones de beneficencia y caridad. Este proceso supuso un incremento de la responsabilidad por parte del Estado en pos de que los habitantes pudieran mantener un nivel mínimo de vida; entendido este como derecho social y como un problema de responsabilidad colectiva. El segundo apartado se posiciona en la década siguiente, y en el cual se revisa el impacto que los acuerdos internacionales. El diseño de los planes sanitarios tuvo como objetivo que el Estado tuviera un rol supletorio y que se lograra la mejora de las comunidades en función de crear las condiciones necesarias para promover el crecimiento económico, el autofinanciamiento y reducir la conflictividad social vista como una vía de entrada para el comunismo en la región. A tono con el clima de fuerte militarización y desconfianza que imponía la Guerra Fría, se fue consolidando una convicción que relacionaba la pobreza que rondaba en los espacios habitacionales precarios con la falta de oportunidades para alcanzar niveles aceptables de desarrollo.

Salud, prevención y rehabilitación durante los tiempos del peronismo clásico

Durante la segunda posguerra, las propuestas en torno a la organización de los sistemas de seguridad social atravesaron la arena pública nacional e internacional. A la necesidad de cubrir las problemáticas de la población que había participado en el conflicto bélico se sumó el influjo de la planificación; acrecentado por la debacle del liberalismo poscrisis de los años '30. Ello, en el abierto clima de bipolaridad reinante, constituyó un poderoso estímulo para la programación económica y social en América Latina y en Argentina (Berrotarán, 2003). En Argentina, los referentes internacionales a la hora de diseñar las políticas sanitarias fueron el Informe de William Beveridge de Gran Bretaña (1941), el Plan March de Canadá, los planes Wagner-Murray-Dingell de la Junta de Seguridad Social y la Junta de Planificación de Estados Unidos (1945), así como la Ley del Servicio de Sanidad Pública de Inglaterra (1946) y, en menor medida, los planes de protección de la salud pública implementados en la Unión Soviética. Respecto de estos últimos se destacaba, por un lado, la casi nula práctica médica privada (en contraposición, la atención en clínicas, institutos científicos y hospitales) y por otro, el desarrollo de la sanidad rural a partir de la migración de médicos urbanos a zonas campesinas (Miterev y Shabanov, 1946).

A tono con el ideal de lograr un sistema de seguridad social universal, en 1944 se creó el Instituto Nacional de Previsión Social (INPS), primer paso hacia la constitución del proyecto del seguro social con el que se aspiraba a cubrir con recursos estatales los riesgos del individuo y de la familia. Sus objetivos eran realizar la unificación administrativa, la mejor distribución y aplicación de las prestaciones, la sistematización de los procedimientos y el estudio financiero de los regímenes de previsión social. Con su creación se proponía culminar con la consolidación de un sistema centralizado y uniforme, y para ello se hacía menester superar la variedad de situaciones

existentes, homogeneizar los requisitos para acceder a los beneficios y extender la cobertura tanto a los trabajadores como a sus familias. Con el INPS se pretendía ejercer un control preventivo sobre ciertos padecimientos que repercutían en la capacidad física y técnica del trabajador; además de focalizar en la detección de enfermedades que podrían causar severos problemas clínicos a futuro y limitar la capacidad para trabajar (Ministerio de Salud Pública de la Nación, 1952: 80).

Así, pues, se evidencia que la medicina preventiva tenía tanto un fin social (la prevención y rehabilitación del enfermo) como uno económico. En torno a este segundo objetivo, es interesante mencionar lo estipulado en el Segundo Plan Quinquenal (1952-1958), que quedó inconcluso debido al golpe militar que depuso al segundo gobierno peronista, en 1955. Allí se explicitaba que si el *“número de inválidos por enfermedades crónicas sigue aumentando, las cajas de jubilaciones no podrán afrontar la financiación de dichos inválidos que viven, consumen y no producen. La medicina con el perfeccionamiento técnico prolonga la vida de los inválidos por muchos años. Las cajas sufren la carga social por más tiempo que el esperado. La forma de evitar el déficit de las cajas y la pérdida de brazos es combatir y prevenir la invalidez prematura”* (Carrillo, 1975:25). Esta reflexión hacía eje en uno de los problemas para financiar las políticas sociales modernas: cómo combinar una mayor ampliación en las lógicas de inclusión y solidaridad social con mecanismos redistributivos más eficaces.

Bajo la jurisdicción del INPS se creó el Instituto Central de Medicina Preventiva (ICMP). El ICMP, guiado por el ideal de la medicina preventiva y bajo la dependencia de la Secretaría de Salud, pretendió ejercer el control sobre ciertos padecimientos que repercutían en la capacidad física y técnica del trabajador, focalizarse en la detección de enfermedades que podrían causar severos problemas clínicos a futuro y que podían limitar la capacidad para trabajar. Los controles que se realizaban en el ICMP contaban con un examen clínico, la investigación sobre alergias, la radiofotografía, el examen odontológico, y se pensaba incluir también la realización de estudios ligados a las diferentes patologías regionales. Para realizar estos exámenes se creó en Buenos Aires un Dispensario Nacional en el cual se revisó a los obreros provenientes del Frigorífico y del Matadero Municipal y de una empresa textil y población escolar. La utopía de la medicina preventiva era conservar la salud y, a futuro, desterrar otras enfermedades. En ese sentido, se consideraba que todo gasto en obras hospitalarias colaboraría en *“cuidar, moldear y vigilar al material humano”*. Buscar la afección en potencia y curarla podría evitar lo irreparable: un ejército de *“limosneros”* (Silva, Rocca, Bagnasco, Bonfante y Paitovi, 1947: 46), panorama frente al cual se consideraba necesaria la construcción de un Hospital Obrero que funcionara como centro de cura y prevención de las patologías de los trabajadores. El futuro hospital se construiría en el barrio fabril de Nueva Pompeya, para facilitar el acceso a los trabajadores, y estaría destinado a la atención de quienes sufrieran lesiones laborales y al estudio de enfermedades profesionales. Se planteó un optimista esquema en etapas que se iniciaría por los empleados públicos para luego cubrir a la población estudiantil y, en una fase más lejana en el tiempo, alcanzar las zonas más apartadas por medio de equipos móviles (Silva: 1947: 37).

Con respecto a la cobertura efectivamente alcanzada, si se toman en cuenta los exámenes periódicos de la población realizados entre 1948 a 1951, el cuadro claramente benefició a Capital Federal, donde se practicaron 764.716. En el interior, donde se efectuaban en equipos móviles, se

realizaron 250.493. A partir de 1951 (en paralelo con las crecientes dificultades económicas atravesadas en el país), la cifra de controles realizados en el interior comenzó a disminuir, hasta llegar a ser ocho veces menor (**Ministerio de Salud Pública de la Nación, 1952, 1952: 85**). En Buenos Aires también se redujo, pero el declive no fue tan abrupto (**Ramacciotti, 2009**). La comparación entre la planificación y el número de exámenes realizados muestra que no se alcanzó el objetivo, que en el Plan Analítico de Salud Pública (1952-1958) era de 1.250.000 controles para 1952 y de 3 millones para 1958 (**Carrillo, 1975: 23**). Es probable que esto haya sido consecuencia de la menor capacidad política y presupuestaria de la agencia sanitaria durante el segundo mandato de Perón. Asimismo, las prerrogativas de las obras médicas sindicales y el mayor protagonismo de la Fundación Eva Perón en este ámbito limitaron la concreción de la planificación sanitaria (**Ramacciotti, 2009**). Cabe señalar que, a partir de 1950, la Fundación Eva Perón, institución privada pero que contaba con aportes estatales y sindicales, tuvo dentro de su agenda de intervenciones una activa participación en la resolución de problemáticas sanitarias concretas. El magnetismo de Eva Duarte de Perón en las ceremonias de entrega de prótesis dentarias, ortopédicas y medicamentos tanto en Capital Federal como en el resto del país; como el impacto de su presencia en la inauguración de centros hospitalarios fue colocando en un lugar secundario a las acciones emanadas de la agencia sanitaria. Contradictoriamente, este borramiento de las acciones sanitarias oficiales se dieron en el momento que la Secretaría de Salud Pública se convirtió en Ministerio de Salud (1949). No obstante, este mayor peso en la estructura estatal no se tradujo en su mayor protagonismo en la efectivización de las políticas sanitarias.

En aquella práctica, el ideal de un sistema de seguridad social universal se vio atravesado por el peso que, en términos de interlocución e intervención política, iba ganando el movimiento sindical. A partir de los '40, algunos sindicatos fueron montando sus propios hospitales, destinados a sus afiliados y sus familias. Ejemplo de ello lo constituyó el Hospital Ferroviario, creado en 1954, financiado por aportes gremiales y estatales (**Belmartino, 2005: 116**). Si bien no se realizó la construcción de centros asistenciales destinados a los trabajadores, en el imaginario quedó marcado, como nunca antes, que el que debía plantear los lineamientos de las políticas sanitarias a partir de la construcción, el financiamiento de hospitales e instancias educativas y de prevención de enfermedades era el Estado. Como se verá para las décadas posteriores, los gobiernos eludieron toda referencia a la acción sanitaria llevada a cabo durante los gobiernos peronistas. Los informes de los organismos internacionales, más precisamente como se verá en el próximo apartado, el informe realizado por la Comisión de Consultores Internacionales dependiente de la Organización Panamericana de la Salud en 1957, destacó las ausencias y carencias, pero sin lugar a dudas fue durante los años peronistas que la salud pública quedó asociada a un derecho social cuyo financiamiento debería correr por cuenta del Estado.

Salud, desarrollo y comunidad en los años sesenta

A partir del golpe de Estado del 16 de septiembre 1955 y con la consecuente caída del gobierno de Perón, se produjo un desplazamiento de los elencos burocráticos. Los valores defendidos por la coalición antiperonista convergían con los postulados del mundo occidental que, en el marco de la Guerra Fría y la lucha contra el comunismo, realizaba las banderas de la democracia liberal. Pero la intención de fundar un régimen político basado en los partidos y en el fortalecimiento de los mecanismos parlamentarios resultaba ficticia en tanto se asentaba en la proscripción de la principal

fuerza electoral del país: el peronismo. La democracia restringida que se instaló en 1958 y continuó hasta 1966 definió, entonces, una escena política ilegítima e inestable. La autodenominada "Revolución Libertadora" inició un período signado por la alternancia de golpes militares y gobiernos civiles ilegítimos (**Cavarozzi, 2006: 15-35**). Estos, con matices, se caracterizaron por el autoritarismo, la censura, la violencia política, la exclusión y 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 (aunque su influjo real en el país era muy débil, el imaginario anticomunista fue muy fuerte y se acrecentó entre aquellos que lo asociaron con el peronismo). Los protagonistas de la insurrección cívico-militar calificaron de totalitario al régimen depuesto y aspiraron a borrarlo de la escena política como si se hubiera tratado de una aberración pasajera que era necesario desterrar. 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 (**Ramacciotti, 2014**).

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 campañas sanitarias) fue objeto de duras críticas, que destacaban la intervención del Estado o el derroche de recursos. En efecto, las ideas impulsadas por el primer ministro de Salud de la Argentina, Carrillo, que habían actuado como ordenadoras y legitimadoras del diseño sanitario, quedaron totalmente invisibilizadas, cuando no fueron criticadas. Muchas de las obras sanitarias iniciadas durante estos años fueron dejadas en el más absoluto abandono, y el equipamiento con simbología peronista fue robado o destruido. Frente a una estructura hospitalaria abandonada y ante demandas siempre presentes y crecientes se imponía la necesidad de recurrir a algún marco de ideas que legitimara el diseño de las políticas sanitarias (**Ramacciotti, 2009**). En oposición, se promocionaron los conceptos de descentralización y de autogestión hospitalaria y la Organización Mundial de la Salud y los acuerdos internacionales cobraron, como nunca antes, una importancia troncal en el diseño de las políticas públicas locales.

Acuerdos internacionales

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 (**Acta de Bogotá**). En el documento se 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, 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 (**de San Martín y Merino: 1966: 67-73**). Para lograr este ambicioso plan, la intervención del Estado debería cambiar. Si en los años '50 la aspiración había sido centralizar y manejar los resortes legales, administrativos y financieros de las acciones sanitarias, en los '60, los roles del Estado serían los de asesorar, controlar y delegar la gestión en las comunidades y/o en 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.

El segundo hito, promovido por EE.UU. para afianzar los vínculos económicos con los países latinoamericanos e intentar limitar el influjo del comunismo, 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 (Morgenfeld, 2012). Este programa preveía un importante apoyo económico para la realización de inversiones públicas y fomentaba la inversión privada para todos los países de América Latina, y en especial en aquellos más pobres. En la Carta de Punta del Este, la planificación de la salud pública fue central en la discusión, ya que se consideraba que era el medio para lograr el desarrollo económico y limitar los efectos nocivos que se asociaban al funcionamiento del libre mercado. El desafío radicaba en asignar prioridades internas y elegir medios adecuados y cuantificables que asegurasen el crecimiento económico y el bienestar social (Organización Panamericana de Salud, 1966: 49).

La Revolución Cubana (1959) indujo a una política continental más activa desde la potencia dominante en la región, por medio de la cual se 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 el militarismo, del cual la Doctrina de Seguridad Nacional fue su concreción más visible. Al igual que en otros países de América Latina, la Doctrina de Seguridad Nacional elaborada en los Estados Unidos fue adoptada por las Fuerzas Armadas e inició la formación de militares para la persecución y combate del denominado enemigo interno comunista. Estos acuerdos internacionales dieron lugar a un mayor 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, en estos se entendió que el camino hacia su superación requería de integración y cooperación entre las potencias capitalistas.

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. Sabido es que desde los años '40, la planificación y el saber técnico habían adquirido un protagonismo acentuado en el diseño de las políticas públicas argentinas (Berrotarán, 2003). No obstante, la diferencia central entre ambos períodos estuvo dada por el hecho de que a partir de los años '60 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 se consideraron centrales para detectar los elementos tradicionales que obstaculizaban el camino de los países subdesarrollados hacia su modernización (Menchaca, 1967).

Desde este nuevo enfoque se señalaban 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”* (Baltar, 1967-1968: 11). En el documento también se indicaba: 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”* (Baltar, 1967-1968: 12); es decir, de nada servían 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. Como se verá 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 '60. 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 contrastó con la evaluación de la estructura sanitaria local 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 se padecía y, como consecuencia, 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 (Oñativia, 1963: 73). Tanto el diagnóstico como la puesta en ejecución estuvieron en sintonía con los objetivos de la Alianza para el Progreso que fueron mencionados anteriormente y que, en el ámbito local, tuvo en las II Jornadas Argentinas de Salud Pública en la provincia de 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.

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” (Oficina Sanitaria Panamericana, 1957).

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 (1963) 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” (Oñativia, 1963: 73).* 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 por ser caracterizado por la desidia y el despilfarro y sólo se buscaba algún antecedente con la tradición higienista decimonónica (Oñativia, 1964: 35).

Así, mientras que en términos de políticas públicas la planificación 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 de la comunidad y, en la medida de lo posible, gestionados y autofinanciados por ella misma. Para ello se hizo 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 Susana Belmartino (2005: 116), 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 de las recomendaciones de organismos internacionales y del 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 se reclamaba su reemplazo por otras formas de organización de la sociedad civil. De este modo, se entendía que el poder político debía limitarse a intervenir en la sociedad sólo en subsidio de las debilidades de los cuerpos intermedios, mientras que se 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.

En el discurso de las agencias internacionales, el desarrollo comunitario fue la forma de lograr la transición de las sociedades tradicionales a las modernas por medio del fomento de las iniciativas locales (Scirica, 2008 y Laguardo Duca, 2010). 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 podría convertirlos 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. Este análisis nos conduce a revisar el impacto del comunitarismo que, a tono con las ideas surgidas de los organismos internacionales, 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 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 venían de la mano de la participación comunal local y de los planes regionales. La idea de cooperación sin mayores interferencias y trabas estatales alimentaba la noción de lograr una sociedad con menores indicadores de conflictividad y mejor predispuesta a *“no esperar soluciones desde los niveles centrales”* (Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública, 1963: 5625).

Una experiencia comunitaria

La preocupación por la pobreza y la promoción del desarrollo comunitario estuvo motorizada por la Alianza para el Progreso y por organismos internacionales tales como el Banco Mundial (1944) o el Banco Interamericano de Desarrollo (1959). 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 créditos para lograr el saneamiento comunitario, el estímulo a la recreación, al deporte y a la promoción cooperativa. Se consideró que los sectores marginales constituían cinturones de atraso y que las villas (espacios habitacionales precarios construidos con lata, cartón, chapas, maderas y telas ubicados en terrenos fiscales cercanos a los ríos Matanza, Riachuelo y Reconquista) eran su representación más clara. Sus poblaciones presentaban un bajo nivel de participación de beneficios sociales como educación, asistencia médica, seguridad social y 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 sólo requería del esfuerzo del gobierno y de los técnicos, sino también el de la comunidad (Auyero y Hobert, 2003: 233, 235; Raiter, 1971). En tal sentido, era necesario promover la participación social de los sectores marginales para superar los efectos negativos del desarrollo de los países periféricos (Golbert, 2010: 112).

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. Este crecimiento 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 '30 y crecieron significativamente en la década siguiente. En este período, el número de habitantes en las de Buenos Aires se duplicó, pasando de ser un 5% de la población en 1960, al 11,24% en 1970. El censo de la Comisión Nacional de la Vivienda (1956) reportó que 112.350 habitantes estaban viviendo sólo 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 (Auyero; Hobert, 2003: 233).

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 articulado con la mayoritaria adscripción que se suponía tenían al peronismo los habitantes de las villas miseria. En este contexto, 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, investigación y 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 (Brown, Cueto y Fee, 2006: 70-101).

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 '60, 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. La propuesta del CEMIC se centró en el entrenamiento de recursos humanos con el objetivo de resolver problemas sanitarios y sociales de arraigo local.

En el CEMIC se formó un grupo de veinte estudiantes de medicina. El propósito era brindar conocimientos acerca de medicina preventiva para que tomaran decisiones que abarcaran al individuo, a la familia y a la comunidad, teniendo como premisa que la enfermedad debía ubicarse 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 se intentaba 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 ésta 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 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 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. Luego del derrocamiento del peronismo, estos barrios fueron conceptualizados como un “problema social” y se estipuló la necesidad de eliminarlos. Durante los gobiernos de Frondizi y de 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.

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 sus propios mecanismos de expresión (Experiencia de medicina integrada en una Villa de Emergencia, 1967: 116-118).

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.

Conclusiones-discusión

Luego de la segunda posguerra dos fueron los referentes ideacionales que marcaron el diseño de la política sanitaria. Uno de ellos era el que apuntaba 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

y en la ligazón que vincularía a los médicos con el Estado como funcionarios públicos. Como ya se vio, la experiencia trunca del Instituto de Previsión Social y de su dispensario fueron intentos de ampliar los mecanismos de prevención entre la población obrera bajo iniciativa, gestión y financiamiento estatal. A diferencia de lo planificado se expandieron los servicios médicos sindicales y los servicios médicos y asistenciales suministrados por la Fundación Eva Perón. El otro, crítico de la intervención del Estado, 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 instrumentos de conocimiento social.

Los años peronistas se caracterizaron por la presencia del Estado en un lugar más protagónico en la gestión sanitaria. El derrocamiento de Perón 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 la iniciativa privada. A partir de la segunda posguerra se esbozarán formas de pensar la medicina y el Estado que, aun con tensiones, signarán todo el período. Mientras que por un lado primaba la idea de un mayor involucramiento de las agencias estatales en función de prevenir dolencias y curarlas, en oposición se planteaba un retiro del Estado en la resolución concreta de estas cuestiones. Este retiro marcó el inicio de formas de autogestión y autoabastecimiento comunitario que llevaron a un diálogo interdisciplinario más fluido entre la medicina y otras ciencias sociales. Las múltiples experiencias comunitarias implementadas en América Latina, si bien estuvieron en diálogo, en su origen, con el interés de limitar el impacto del comunismo en la región, potenciaron en algunos aspectos un mayor empoderamiento popular e inauguraron experiencias ligadas a la prevención y educación sanitaria que luego serán centrales en otros acuerdos internacionales y en la implementación de políticas sanitarias.

Este tipo de estudios, que se centran en el estudio de experiencias concretas ligadas a experiencias de intervención social que apuntaron a sistemas de salud más universales o de lo contrario con propuestas con base comunitaria, permitirá, a futuro, reflexionar sobre las líneas de continuidad y de ruptura con otras iniciativas políticas formuladas en décadas posteriores.

Reflexión de la editora de sección Angélica De Sena: Frecuentemente cometemos el error de no revisar los acontecimientos pasados y sus consecuencias presentes. En las cuestiones sociales, como en otras, revisar la historia es profundamente esclarecedora del presente y nos permite reflexionar sobre los intereses políticos que definen y marcan las políticas sanitarias y no necesariamente el bienestar de la sociedad. Pero también efectuar lecturas del pasado desde la óptica del presente puede llevar a conclusiones que pierden de vista el significado de las acciones en su tiempo y espacio. El artículo efectúa un recorrido histórico en el que, por un lado, muestra como en la década de 1950 en Argentina se considera la



salud pública como un derecho social cuyo financiamiento debía correr por cuenta del Estado, cuestión de carácter excepcional para la época. Y, por otro, efectúa una lectura no poco original al vincular la caída del peronismo a la lucha anticomunista, excusa perfecta para borrar derechos y enfatizar la lógica del mercado y las lógicas de las agencias internacionales. Las décadas siguientes muestran los resultados...

salud pública como un derecho social cuyo financiamiento debía correr por cuenta del Estado, cuestión de carácter excepcional para la época. Y, por otro, efectúa una lectura no poco original al vincular la caída del peronismo a la lucha anticomunista, excusa perfecta para borrar derechos y enfatizar la lógica del mercado y las lógicas de las agencias internacionales. Las décadas siguientes muestran los resultados...

Referencias bibliográficas

Acta de Bogotá. Medidas para el mejoramiento social y el desarrollo económico dentro del marco de la operación panamericana". Extraído el 25 de noviembre de 2014 a través de:

- http://aleph.academica.mx/jspui/bitstream/56789/7006/1/DOCT2064807_ARTICULO_9.PDF
- Auyero, J. y Hobert, R. (2003). 'Y esto es Buenos Aires'. Los contrastes del proceso de urbanización. Violencia, proscripción y autoritarismo (1955-1976), ed. Daniel James, pp. 213-244. Buenos Aires: Sudamericana.
- Baltar, A. (1967-1968). Planificación en el campo de la salud. Revista de Salud Pública, 11 -12.
- Belmartino, S. (2005). La atención médica argentina en el siglo X. Instituciones y procesos. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Berrotarán, P. (2003). Del plan a la planificación. El Estado durante la época peronista, Buenos Aires: Imago Mundi.
- Brown, T. Cueto, M y Fee, E. (2006). La organización Mundial de la salud y la transición de la 'salud internacional' a la 'salud global'. Historia, Salud y Globalización, ed. Cueto, M y Zamora, V. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Carrillo, R. (1975). Plan Esquemático de Salud Pública, 2da. ed., Buenos Aires: Eudeba.
- Castel, R. (1997). La metamorfosis de la cuestión Social. Una crónica del salariado. Buenos Aires: Paidós.
- Cavarozzi, M. (2006). Autoritarismo y democracia (1955-2006). Buenos Aires: Ariel.
- de San Martín, H. y Merino, R. (1966). La atención médica en los programas de salud. Revista de Salud Pública, (7), 67-73.
- Golbert, L. (2010). De la Sociedad de Beneficencia a los Derechos Sociales. Buenos Aires: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.
- Laguado Duca, A. (2010). Cuestión Social, Desarrollo y Hegemonía en la Argentina de los años sesenta. El Caso de Onganía. Universitas Humanística, (70).
- Menchaca, F. (1967). Diccionario médico social. Santa Fe: Imprenta Nacional del Litoral.
- Ministerio de Salud Pública de la Nación (1952). Memoria correspondiente al período junio 1946 a mayo 1952. Buenos Aires: Departamentos de Talleres Gráficos.
- Mitrev, G. y Shabanov, A. (1946). La Medicina Soviética. Buenos Aires. Lautaro.
- Morgenfeld, L. (2012). Desarrollismo, alianza para el progreso y revolución cubana. Frondizi y el Che en Punta del Este (1961-1962). Ciclos hist. Soc. econ. Soc. (on-line) 20 (40). Extraído el 20 de noviembre de 2014 a través de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-37352012000200001&lng=es&nrm=iso.
- Oficina Sanitaria Panamericana (1957). Informe de la Comisión de Consultores. Buenos Aires: Oficina Sanitaria Panamericana.
- Oñativia, A. (1963). 'Política sanitaria nacional'. Discurso central en las II Jornadas de Argentinas de Salud Pública". Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública, (2), 71-82.

----- (1964). Conceptos del Dr. Arturo Oñativia. Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública, Asociación Argentina de la Salud Pública, (3), 3-5.

Organización Panamericana de la Salud (1966). Administración de servicios de asistencia médica. Publicación Científica 129. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Ramacciotti, K. (2009). La política sanitaria del peronismo. Buenos Aires: Biblos, 2009.

----- (2014). Políticas sanitarias, desarrollo y comunidad en la Argentina de los años sesenta. Revista Ciencias de la Bogotá. (12), 93. Extraído el 19 de diciembre de 2014 a través de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732014000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Scirica, E. (2008) Proscripción, modernización capitalista y crisis. Argentina, 1955-1966. En Historia Argentina contemporánea. Pasados presentes de la política, la economía y el conflicto social, Et.al. Mabel Susana Scaltriti. Buenos Aires: Dialetik.

Silva, L. (1947). Discurso al inaugurarse el Instituto Central de Medicina Preventiva. Archivos de la Secretaría de Salud Pública II (8), 33-39.

Silva, L. Rocca, J. Bagnasco, F. Bonfante L y Paitovi, A. (1947). El examen periódico de salud. Su importancia en la lucha contra la tuberculosis. Archivos de la Secretaría de Salud Pública II (9), 20-52.

Experiencia de medicina integrada en una Villa de Emergencia (1966-1967). Revista de Salud Pública, 116-118.

Resolución 25 de las II Jornadas Argentinas de Salud Pública (1963). Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública, 47-56.