



Universidad de
San Andrés

Universidad de San Andrés
Programa de Posgrado en Historia
Doctorado en Historia

**MÁS ALLÁ DEL CONSULTORIO. REDES
INTERNACIONALES, INSTITUCIONES Y ACTORES EN
TORNO A LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE
BUENOS AIRES ENTRE 1958-1976**

Autor: Mg. Federico Ramón Rayez

DNI: 31.118.805

Directora: Dra. Karina I. Ramacciotti

Codirector: Dr. Eduardo A. Zimmermann

Buenos Aires, 10 de diciembre de 2020

Contenido

Resumen	1
Lista de siglas utilizadas	2
Índice de cuadros y diagramas	5
Índice de ilustraciones y fotografías	6
Agradecimientos	7
Introducción	9
1. Un punto de partida	9
2. Sanitaristas entre los años sesenta y setenta: las coordenadas de nuestro problema de estudio.....	12
2.1 El escenario local entre 1955-1976 y el “desarrollismo internacional”	13
2.2. Las políticas sanitarias entre la caída de Juan Domingo Perón en 1955 y su retorno en 1973	21
3. La Escuela de Salud Pública y el lugar de los expertos	28
4. Metodología y fuentes	34
4.1 Cuestiones de método.....	34
4.2 Las fuentes utilizadas	37
5. Plan de tesis	39
Capítulo Uno. Luces y sombras de la salud pública hacia 1960	41
Introducción.....	41
1. Los primeros pasos de la salud pública como saber experto (1940-1960).....	44
1.1 La salud pública en el campo universitario	45
Los médicos.....	45
Los ingenieros sanitarios	51
La Escuela Superior Técnica de Salud Pública	53
1.2 La salud pública se asoma a públicos masivos.....	58

2. Un renovado internacionalismo.....	64
2.1 La salud pública local y sus contactos con el extranjero.....	66
2.2 Las redes internacionales de asistencia técnica: el nuevo escenario de la Guerra Fría.....	73
3. Los gobiernos de la “Revolución Libertadora” y Arturo Frondizi frente a las redes internacionales.....	82
Conclusiones.....	86
Capítulo Dos. La formación de los sanitaristas y el escenario internacional... 88	
Introducción.....	88
1. La salud internacional y la construcción de nuevas burocracias especializadas.....	91
2. La creación de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.....	95
La antesala: la Universidad de Buenos Aires y la Facultad de Ciencias Médicas (1955-1962).....	95
1958, un año clave.....	101
El surgimiento de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.....	102
3. La propuesta de la Escuela de Salud Pública.....	106
El <i>staff</i>	107
La oferta académica.....	111
4. Fortalecimiento de la salud pública: la iniciativa estatal.....	114
La Escuela Nacional de Salud Pública.....	116
5. Los sanitaristas de la ESPUBA: entre los programas internacionales y el financiamiento local.....	119
5.1 La Organización Panamericana de la Salud y los otros organismos internacionales.....	120

5.2 Los lugares del saber sanitario: entre universidades norteamericanas y latinoamericanas	124
5.3 El rol de las agencias estatales locales	130
Conclusiones.....	132
Capítulo Tres. Salud y desarrollo. El saber experto de los sanitaristas	135
Introducción.....	135
1. El conocimiento experto de los sanitaristas. Libros y revistas de salud pública	138
2. Hacia el desarrollo por la vía de la salud pública	150
3. Economía y salud en el discurso de los sanitaristas	156
3.1. El par economía-salud aplicado a la “administración sanitaria”	162
3.2. El sujeto detrás de la economía y de la salud. Una ventana hacia las ciencias del comportamiento	167
4. El discurso sanitario en las producciones académicas de la Escuela de Salud Pública	171
Conclusiones.....	176
Capítulo Cuatro. Los sanitaristas en la administración de la salud, 1960-1976	179
Introducción.....	179
1. Expertos y burócratas en el desarrollo de capacidades estatales	182
2. La Asociación Argentina de Salud Pública y la búsqueda de un lugar dentro del aparato estatal	189
3. Los sanitaristas en la burocracia estatal.....	197
3.1 Los sanitaristas en la administración pública: entre el funcionariado de carrera y el asesoramiento	202
3.2 El experto en salud pública en las reformas de la atención médica	208
4. Retorno del peronismo al poder: actuación del grupo de sanitaristas de la ESPUBA.....	214

Conclusiones.....	223
Conclusiones. Interrogando el caso de la ESPUBA entre 1958-1976	225
1. Cambio de época y algunos balances	225
2. Higiene y salud pública en Buenos Aires entre 1940-1976	228
3. Los sanitaristas y las redes internacionales	231
4. Los sanitaristas y las agencias estatales.....	234
Bibliografía.....	240
Fuentes.....	257
Editadas	257
No editadas	271
Audiovisuales	273
Anexo N°1. Datos trayectoria de los profesores de la ESPUBA (1960-1976) .	274
Anexo N° 2. Legajos administrativos en Archivo Central Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires	311

Resumen

La presente tesis analiza la experiencia de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (ESPUBA), desde su creación en 1958 hasta 1976, y su doble vinculación con agencias estatales sanitarias y organismos internacionales especializados. En torno a este caso de estudio nos planteamos como objetivos: analizar las principales características del campo formado por médicos y otros profesionales expertos en higiene y salud pública entre los años 1940-1960 y las condiciones de recepción local de las propuestas e incentivos a la “asistencia técnica” internacional hacia fines de los años 1950; explorar los límites y alcances del proceso de internacionalización de la salud pública a través del caso de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Buenos Aires, entre 1958-1976; describir las características del discurso experto de los médicos de salud pública y sus aplicaciones particulares; examinar el accionar de estos sanitaristas en la burocracia estatal y sus vinculaciones con las políticas sanitarias. A partir de diversas fuentes de archivo (legajos administrativos, publicaciones periódicas, actas de congresos, libros), consultadas en la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA, el Archivo del Ministerio de Relaciones Exteriores de la Nación y diferentes bibliotecas de la ciudad de Buenos Aires analizamos las trayectorias, itinerarios profesionales, ideas y proyectos llevados adelante por diferentes sanitaristas, investigadores y profesores ligados a la ESPUBA. A partir de este análisis, centrado en el método del caso de estudio y de la prosopografía, pudimos establecer la relación que los sanitaristas de la ESPUBA concretaron con la Organización Panamericana de la Salud y con diferentes agencias estatales nacionales, provinciales y locales. A la luz de esta vinculación presentamos las principales ideas de estos agentes, alineadas en torno al par conceptual economía-salud y sus diferentes aplicaciones en el estudio e investigación de la administración sanitaria. En función de esto, completamos nuestro estudio indagando la participación de estos expertos en las reformas hospitalarias y proyectos de unificación del sistema sanitario entre las décadas de 1960 y 1970.

Lista de siglas utilizadas

AAH *Asociación Argentina de Higiene*

AASP *Asociación Argentina de Salud Pública*

ALPI *Asociación de Lucha contra la Parálisis Infantil*

ALPRO *Alianza para el Progreso*

BID *Banco Interamericano de Desarrollo*

BM *Banco Mundial*

BO *Boletín Oficial*

CAFADE *Comisión Nacional de Administración del Fondo de Apoyo al Desarrollo Económico*

CAI *Centro Argentino de Ingenieros*

CEM *Congreso de Educación Médica*

CEMIC *Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas*

CEPAL *Comisión Económica para América Latina y el Caribe*

CIASP *Centro de Investigaciones y Adiestramiento en Salud Pública*

CLAM *Centro Latinoamericano de Administración Médica*

CLES *Colegio Libre de Estudios Superiores*

COMRA *Confederación Médica de la República Argentina*

CONADE *Consejo Nacional de Desarrollo*

CONICET *Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas*

CTMNJ *Consejo Tecnológico del Movimiento Nacional Justicialista*

DIS-CAI *División Ingeniería Sanitaria del Centro Argentino de Ingenieros*

ENSP *Escuela Nacional de Salud Pública*

EPTA *Extended Programme for Technical Assistance*

ESPUBA *Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires*

ESTSP *Escuela Superior Técnica de Salud Pública*

EUDEBA *Editorial Universitaria de Buenos Aires*

ESSEM *Estudio sobre Salud y Educación Médica*

FAO *Food and Agriculture Organization*

FCMUBA *Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires*

FEMECA *Federación Médica Gremial de la Capital Federal*

FLACSO *Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales*

FMI *Fondo Monetario Internacional*

FR *Fundación Rockefeller*

IHD *International Health Division*

INOS *Instituto Nacional de Obras Sociales*

IOMA *Instituto de Obra Médico Asistencial*

JTP *Jefe/a de Trabajos Prácticos*

LSHTM *London School of Hygiene and Tropical Medicine*

MASySP *Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública (de la Nación)*

MBS *Ministerio de Bienestar Social*

MNJ *Movimiento Nacional Justicialista*

MREC *Ministerio de Relaciones Exteriores*

OEA *Organización de Estados Americanos*

OIT *Organización Internacional del Trabajo*

OMS *Organización Mundial de la Salud*

ONG *Organización No Gubernamental*

ONU *Organización de las Naciones Unidas*

OPS *Organización Panamericana de la Salud*

OSP *Oficina Sanitaria Panamericana*

SARS-COV *Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus*

SEPAC *Secretaría de Promoción y Asistencia a la Comunidad*

SNIS Sistema Nacional Integrado de Salud

SSP Secretaría de Salud Pública de la Nación

UBA Universidad de Buenos Aires

UCA Universidad Católica Argentina

UCL University of California

UCLA University of California

UDH Unidades Docentes Hospitalarias

UNC Universidad Nacional de Córdoba

UNESCO United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

UNL Universidad Nacional del Litoral

UNLP Universidad Nacional de La Plata

UNRRA United Nations Relief and Rehabilitation Administration



Universidad de
San Andrés

Índice de cuadros y diagramas

Cuadros

Cuadro N° 1. Escuelas de Salud Pública en funcionamiento en América hasta 1960.....	Pág. 64
Cuadro N° 2. Cursos ofrecidos por la ESPUBA ente 1960-1975.....	Pág. 112
Cuadro N° 3. Becarios de organismos internacionales (excepto OPS).....	Pág. 123
Cuadro N° 4. Egresados de la ESPUBA entre 1960-1986 según provincia.....	Pág. 130
Cuadro N° 5. Revistas especializadas en salud pública, 1961-1976.....	Pág. 139
Cuadro N° 6. Ministros, secretarios y subsecretarios de salud entre 1955-1976.....	Pág. 199
Cuadro N° 7. Proporción de consultas médicas según tipo de prestador. Área Metropolitana, años 1969 y 1980.....	Pág. 214
Cuadro N° 8. Proporción de consultas médicas según vía de financiamiento (asegurador). Área metropolitana, años 1969 y 1980.....	Pág. 215
Cuadro N° 9. Formación académica de las autoridades sanitarias 1983-2019.....	Pág. 236

Diagramas

Diagrama N° 1. Profesores de la ESPUBA entre 1960-1976 becados, según organismo.....	Pág. 119
Diagrama N° 2. Universidades visitadas por becarios argentinos.....	Pág. 124



Universidad de
San Andrés

Índice de ilustraciones y fotografías

Fig. N° 1. Portada folleto “Financiando la Alianza”.....	Pág. 18
Fig. N° 2. Portada folleto “Nosotros somos la Alianza para el Progreso”.....	Pág. 18
Fig. N° 3. Caricatura en <i>Cuaderno de Salud Pública</i>	Pág. 26
Fig. N° 4. Fotografía de Alberto Zwanck.....	Pág. 48
Fig. N° 5. Fotografía de Germinal Rodríguez.....	Pág. 48
Fig. N° 6. Portada revista <i>Hygieia</i>	Pág. 49
Fig. N° 7. Portada libro <i>La protección a la salud pública en la URSS</i>	Pág. 63
Fig. N° 8. Portada libro <i>Oswaldo Cruz. El Pasteur del Brasil</i>	Pág. 63
Fig. N° 9. Delegados y participantes del 1° Congreso Interamericano de Higiene, La Habana.....	Pág. 68
Fig. N° 10. Fotografía Enfermeras argentinas becadas en EE.UU.....	Pág. 71
Fig. N° 11. Fotografía Misión OMS a Etiopía.....	Pág. 76
Fig. N° 12. Fotografía Misión OMS a Etiopía.....	Pág. 76
Fig. N° 13. Fotografía Misión OMS a China.....	Pág. 77
Fig. N° 14. Infografía de la distribución global de becarios de la OMS en 1960.....	Pág. 78
Fig. N° 15. Fotografía en <i>El Correo de la UNESCO</i>	Pág. 79
Fig. N° 16. Fotografía de Carlos H. Canitrot en Berkeley, CA., EE.UU.....	Pág. 126
Fig. N° 17. Portada de Anuario de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Columbia.....	Pág. 127
Fig. N° 18. Fotografía de Enrique Malamud en Anuario de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Columbia.....	Pág. 128
Fig. N° 19. Retrato grabado de Guillermo Rawson.....	Pág. 145
Fig. N° 20. Portada <i>Revista de Salud Pública</i>	Pág. 147
Fig. N° 21. Portada <i>Boletín de la AASP</i>	Pág. 147
Fig. N° 22. Portada <i>Medicina Administrativa</i>	Pág. 147
Fig. N° 23. Portada libro <i>La salud en el mundo</i>	Pág. 147
Fig. N° 24. Portada libro <i>Salud, medicina y desarrollo económico social</i>	Pág. 147
Fig. N° 25. Ilustración revista <i>Salud Mundial</i>	Pág. 152
Fig. N° 26. Portada revista <i>Transformaciones</i>	Pág. 161
Fig. N° 27. Fotografía tomadas por alumnos de la ESPUBA.....	Pág. 172
Fig. N° 28. Fotografía tomada por alumnos de la ESPUBA.....	Pág. 172
Fig. N° 29. Fotografía tomada por alumnos de la ESPUBA.....	Pág. 172
Fig. N° 30. Fotografía tomada por alumnos de la ESPUBA.....	Pág. 173
Fig. N° 31. Fotografía Ministro Arturo Oñativia.....	Pág. 194
Fig. N° 32. Recorte periodístico sobre 2das Jornadas de la AASP.....	Pág. 194
Fig. N° 33. Fotografía de Saúl Biocca, presidente de la AASP.....	Pág. 195
Fig. N° 34. Fotografía del Hospital Regional de Mar del Plata.....	Pág. 211
Fig. N° 35. Ilustración centro de salud.....	Pág. 213

Agradecimientos

Este trabajo fue posible gracias al apoyo de muchas personas e instituciones, amigos, colegas, investigadores, archivos y archiveros, bibliotecas y bibliotecarios de Buenos Aires. La investigación y redacción de la tesis se realizó en el marco de una beca doctoral otorgada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas para el proyecto “La Organización Panamericana de la Salud y la formación de médicos sanitarios en Argentina. El caso de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (1958-1977)”. Deseo agradecer en este marco la dirección de Karina Ramacciotti y la importante tarea de revisión atenta e implacable de Claudia Daniel. En ese sentido, también deseo rescatar el apoyo brindado por Eduardo Zimmermann, otro de los pilares importantes para la realización de este proyecto.

La Universidad no sólo fue el objeto de mis indagaciones en este trabajo sino también el hogar de buena parte de mi tarea. El programa de Posgrado en Historia de la Universidad de San Andrés, en este sentido, ha sido el *alma mater* de esta investigación, así como sus profesores y compañeros han contribuido, con sus observaciones, objeciones y recomendaciones, a mejorar lo que empezó como un incierto proyecto. El Instituto de Desarrollo Económico Social, primero, y el Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Quilmes, luego, me permitieron contar con la estructura necesaria para hacer avanzar mi trabajo. Las bibliotecas de la Facultad de Medicina de la UBA y de la Escuela de Salud Pública, de la Facultad de Ciencias Sociales, así como el Archivo Histórico del Rectorado de la misma universidad, y sus respectivas bibliotecarias y archivistas, fueron fundamentales para acceder a los materiales aquí estudiados.

Las reuniones académicas fueron otro espacio de discusión en el que las ideas fueron germinando y los borradores comenzaron a exponerse a la crítica de colegas e investigadores de diferentes disciplinas. Avances de capítulos y fragmentos de capítulos fueron presentados en Jornadas y Congresos en Buenos Aires, Córdoba, Mar del Plata, La Plata, Santiago de Chile y en la virtualidad de un 2020 atravesado por el aislamiento y la pandemia de Coronavirus. Quiero agradecer los comentarios manifestados por diferentes investigadores en estos múltiples eventos: Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti, Daniela Testa, Adrián Cammarota, Carolina Biernat, Lucía Romero, José

Buschini, Juan Librandi, Juan Manuel Cerdá, Paula Lehner y Marisel Colautti. Para todos estos colegas mi sincero agradecimiento.



Universidad de
San Andrés

Introducción

1. Un punto de partida

La epidemia global de Coronavirus que azota sanitaria, social y económicamente a todos los países del mundo, trajo consigo la instalación de medidas preventivas como el “aislamiento obligatorio” y el “distanciamiento social” y puso en el centro de la escena, entre otros actores, a organismos sanitarios internacionales, laboratorios farmacéuticos y distintos tipos de expertos médicos (desde epidemiólogos, infectólogos, inmunólogos, sanitaristas, biólogos moleculares hasta neumonólogos, clínicos, psiquiatras, especialistas en terapia intensiva, etc.). En este retorno de las epidemias, del cual la pandemia de H1N1 y de las anteriores versiones de SARS-CoV (diseminadas en la década de 2000) fueron antecedentes importantes, han venido a repetirse antiguos temores, como los de un contagio incontrolado y de un sistema sanitario desbordado en su capacidad de ofrecer atención médica. Este panorama ha puesto de relieve sorpresivamente las opiniones de ciertos expertos médicos y ha actualizado un problema histórico y caro para la tradición sanitarista, a saber, cómo administrar racionalmente los recursos limitados de un sistema sanitario complejo.

En este escenario, el tema de nuestra investigación ha cobrado una visibilidad y una relevancia inesperada. El punto de partida de esta tesis fue el interés por las acciones, las ideas y aquello que Michel Foucault, en *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica* (2013 [1963]), llamaba la “conciencia política” de los médicos. Me interesaba poder analizar los modos en que estos profesionales, saliendo de su inscripción habitual en el consultorio, en la sala de hospital, en el laboratorio o el quirófano, podían incidir en el rumbo de políticas públicas, hablar en nombre de la “salud” o la “higiene”, señalar problemas sociales y sanitarios y aspirar al “tratamiento”, más que de pacientes individuales, de poblaciones enteras.

Al comienzo, se trataba de una idea vaga, general, imprecisa en cierta manera, pues todavía no veía con claridad qué período trabajar ni cuál de todas las posibilidades elegir entre las que esa primera intuición abría: indagar casos de médicos funcionarios; reconstruir trayectorias intelectuales, de catedráticos de higiene y salud pública; analizar realizaciones e ideas de médicos políticos, médicos “notables”, conferencistas,

periodistas, etc. Era un abanico muy amplio desde el punto de vista temático y temporal. Aunque con el correr del tiempo fui realizando algunas elecciones que me permitieron precisar el qué y el quiénes de una investigación ya en marcha, otras dimensiones vinieron a sumarse ampliando la complejidad de la idea inicial. A medida que revisaba la literatura especializada en procesos sociales de salud-enfermedad en América Latina (Birn, 2006; Cueto, 2013; Palmer y Cueto, 2015), me fui percatando que la actuación de los médicos y otros profesionales latinoamericanos en la administración de la atención médica, la dirección de campañas sanitarias y la planificación de la administración de los múltiples servicios de salud en el siglo XX, se había encontrado entrelazada a redes internacionales formadas por actores, organismos y otras instancias colectivas. En el caso argentino, estas tramas, que aparecían desde fines del siglo XIX, se habían estrechado e intensificado al terminar la Segunda Guerra Mundial.

A partir del acercamiento a las fuentes fui observando con mayor claridad un período, los años sesenta-setenta del siglo XX, en el que podían identificarse un personaje, el médico sanitarista, una institución académica encargada de formarlos y una articulación entre el ámbito forjado por estos agentes y las redes internacionales que integraron. Una primera incursión en el archivo me convenció de la idea de centrar mi atención en la Argentina de los años sesenta como punto de partida, tomando como eje principal a los médicos autodenominados “sanitaristas”. También me mostró la frecuencia con que las publicaciones locales de salud pública e higiene referían sus juicios y aseveraciones a la autoridad de la Organización Panamericana de la Salud. Quedé intrigado por la variedad de temas abordados por estos actores y plasmados en *papers* y libros. Algunos de estos, publicados por la editorial universitaria Eudeba durante la década de 1960 reunían características singulares que daban cuenta de una búsqueda intelectual colectiva, emparentada a otros proyectos modernizadores de la época, como el de la llamada sociología científica (Blanco, 2006), pero a la vez muy distante de discursos críticos aledaños a las experiencias de radicalización política (Gilman, 2003). Daban cuenta también de la búsqueda por lograr un lenguaje técnico propio y evidenciaban el despliegue de una *expertise* y de un tipo singular de expertos.

Mientras el material reunido sobre “los sanitaristas de los años sesenta” se iba haciendo más copioso y la montaña de legajos, documentos oficiales, publicaciones

periódicas y fuentes secundarias iba creciendo, mi interés respecto a estos personajes también fue incrementándose, pero mi atención finalmente se concentró en una experiencia institucional puntual, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (ESPUBA). Se trataba de un experimento nacido en el seno de los procesos de renovación y modernización de la Universidad entre 1955-1966; aparentemente había estado vinculada a las necesidades estatales de formar más y mejores especialistas en salud pública; una revisión de las memorias autobiográficas de algunos sanitaristas formados en esa década la señalaba como un semillero de expertos y una cantera de discursos e ideas; por último, su caso parecía confirmar los vínculos entre instancias expertas locales y agencias u organismos transnacionales, en la medida que aparentemente la Escuela había estado vinculada de varias maneras con la Organización Panamericana de la Salud.

La Escuela de Salud Pública surgía como un nodo particular en un entramado entre instituciones locales, individuos, grupos de expertos, saberes científicos, debates sanitarios, agencias estatales y organismos internacionales. Además, como caso de estudio, permitía un acercamiento novedoso en torno a la figura de los sanitaristas, un grupo profesional apenas insinuado por la historiografía local. Indagar la Escuela me permitiría, además, contrarrestar, una actitud bastante usual: el público universitario y la comunidad académica y no académica con conocimientos básicos sobre la historia argentina, sobre las profesiones existentes en el país y sobre las especialidades médicas, dan por sentado qué es un sanitarista y qué hace. Se da por supuesto y evidente que se trata de un médico con un perfil profesional poco frecuente, relacionado al gobierno, a las dependencias públicas de salud, vinculado a misiones médicas en territorios rurales o alejados de los grandes centros urbanos, como el médico Salvador Mazza, popularizado en las últimas décadas por el film *Casas de Fuego*; otros quizás agreguen a este impreciso perfil que se trata de una figura que se destaca durante epidemias o grandes catástrofes, imaginario acentuado por las novelas populares de Henry Denker o Frank Slaughter, por filmes como *Epidemia* (1995) o *Contagion* (2011), por las biografías heroicas de Albert Schweitzer y médicos misioneros similares; por último, surgirá también la identificación de que un sanitarista es alguien que adscribe a un modelo de medicina asistencial inspirado en la gestión de Ramón Carrillo, desarrollada durante las primeras presidencias de Juan D. Perón (1946-1955). Lejos de obturarlas, las

imágenes que acompañaron y acompañan la figura del sanitarista aún hoy, estimularon las preguntas que yo empezaba a plantearme sobre quiénes fueron, qué hacían, cómo se formaban, qué vínculos concretos tenían con el Estado y con organismos internacionales y qué tareas, acciones e iniciativas motorizaban desde ese lugar. Pero, por otro lado, esas representaciones resultaron indicios interesantes que a lo largo de la investigación fui incorporando, sea como imaginarios sociales, sea como formas en que la salud pública se ha “asomado” a públicos masivos o como antecedentes en el desarrollo de esta especialidad como saber experto.

Con muchas de estas preocupaciones en mente me propuse abordar una historia social y cultural de los sanitaristas de Buenos Aires, en un período rico en conflictos y expectativas modernizadoras, con el objetivo de conocer en profundidad a los actores, a sus acciones y saberes, así como la trama de relaciones institucionales y vínculos orgánicos relacionaron a estos agentes con organismos y agencias internacionales.

2. Sanitaristas entre los años sesenta y setenta: las coordenadas de nuestro problema de estudio

Si, tal como demostró Elizabeth Fee (2016), la emergencia de la primera Escuela de Higiene y Salud Pública de los Estados Unidos, hacia fines de la década de 1910, se asemejó a un nudo formado por preocupaciones académicas, intereses filantrópicos de la *Rockefeller Foundation* y la necesidad de contar con agentes sanitarios capacitados en el contexto de una ciudad de Baltimore crecientemente afectada por condiciones insalubres, el caso de la ESPUBA, 50 años posterior, también puede ser analizado en su relación con un medio social e histórico determinado, en el que confluyeron intereses, necesidades y puntos de vista. Sus primeras décadas de existencia, en este sentido, fueron la expresión institucional de una serie compleja de debates en torno al desarrollo económico-social así como de las acciones llevadas adelante por agencias estatales y organismos internacionales interesados en promover una formación en salud pública congruente con aquellas discusiones. Comprender ese contexto es un primer paso para ubicar históricamente la experiencia de la ESPUBA.

2.1 El escenario local entre 1955-1976 y el “desarrollismo internacional”

El período inaugurado con la llamada “Revolución Libertadora” en 1955 constituyó un escenario común para el inicio de muy diferentes proyectos políticos, institucionales y culturales. Los años posteriores a 1955 han sido frecuentemente analizados como un momento de alta inestabilidad política e institucional, caracterizado por la exclusión del peronismo de la competencia electoral, la emergencia de violencia política y la sucesión de gobiernos cívico-militares y democracias restringidas. (Cavarozzi, 2003; Palermo, 2012). Tanto los gobiernos de la “Revolución Libertadora” (1955-1958) y los truncados mandatos radicales (1958-1962 y 1963-1966) así como los diferentes momentos de la “Revolución Argentina” (1966-1970, 1970-1971, 1971-1973) ensayaron diferentes proyectos económicos y político-institucionales en medio de diversas turbulencias. Un objetivo subyacente de estas gestiones fue conjugar en una misma fórmula la gobernabilidad del sistema político, por medios semi-democráticos o autoritarios, el sostenimiento de un proyecto económico capitalista y una economía crecientemente transnacionalizada así como la conservación de un marco de relativo “orden social”.

De este modo, el gobierno de Pedro Eugenio Aramburu (1955-1958) llevó adelante una tarea de “normalización” y “desperonización” de la Argentina pos-peronista buscando mantener la marginación e intervención del partido y de los sindicatos peronistas, logradas con el Golpe de 1955. (Sáenz Quesada, 2011). Bajo una ideología “liberal conservadora”, el proyecto de la “Revolución Libertadora” recurrió a una ampliación considerable de los puntos de contacto económicos, políticos e institucionales del Estado nacional con el clima internacional de la Segunda Posguerra y con el marco de opciones ideológicas de la Guerra Fría (Osuna y Galván, 2018).

Considerados desde el punto de vista del proceso de internacionalización de ideas desarrollistas y la adopción de estrategias de “cooperación económica” y “asistencia técnica” en el sistema inter-americano, tanto la gestión *de facto* de Aramburu, como el gobierno democrático de su sucesor, Arturo Frondizi, siguieron una misma dirección. Éste último inició su mandato en 1958 con un ambicioso programa económico de desarrollo industrial, científico y tecnológico que incluyó el recurso a inversiones extranjeras y la creación de instancias estatales de promoción de la ciencia, la tecnología y el planeamiento económico. (Nosiglia, 1983; Sikkink, 2009; Rougier, 2012). La

búsqueda de apoyos internacionales para su proyecto fue una característica del momento desarrollista que se estaba viviendo en la región. Junto a su par brasileño, Frondizi acordó la incorporación de Argentina a la “Operación Panamericana”, un programa impulsado por el presidente brasileño Juscelino Kubitcheck, que reunió a los países sudamericanos como potenciales beneficiarios de un plan de financiación del desarrollo económico, solventado por EE.UU. a través una ayuda de 40.000 millones de dólares. (Deciancio y Tussie, 2012:101). Por iniciativa de la “Operación” se creó el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en 1959, con el fin de financiar el desarrollo de los países adherentes.

El gobierno instalado en 1966 luego del breve gobierno de Arturo U. Illia, intentó relanzar la cuestión del desarrollo con un fuerte acento en la planificación desde el Estado y bajo la tónica general de una “modernización reaccionaria” (Palermo, 2012: 49-51). En esta oportunidad, el relanzamiento de una agenda desarrollista se realizó en el marco de lo que Guillermo O’Donnell llamó un “Estado Burocrático Autoritario” (1982). Entre otras características que los gobiernos de Juan Carlos Onganía, Roberto M. Levingston y Alejandro A. Lanusse compartieron, O’Donnell menciona que estos buscaron mantener el predominio social, económico y político de los oligopolios transnacionalizados; dieron prioridad a las organizaciones estatales especializadas en la coacción política y en la “normalización de la economía” (1982:60); mantuvieron la “exclusión política [del] sector popular” así como la “supresión de la ciudadanía y de la democracia política”. Por último, suspendida la política de los partidos, estos gobiernos se propusieron “despolitizar el tratamiento de cuestiones sociales, sometiéndolas a los que se proclama son criterios neutros y objetivos de racionalidad técnica.” (1982:62).

Ahora bien, vistos en conjunto, tanto el proyecto desarrollista impulsado por Frondizi y sus asesores técnicos hasta su renuncia obligada en 1962, como sus continuaciones por vías autoritarias, hundían sus raíces en un clima internacional de ideas y proyectos promovidos desde los EE.UU. para América Latina, especialmente desde los años 1950, y que se prolongaría hasta mediados de los años 1970. Este conjunto de ideas afirmaba la relevancia de la planificación técnica en los llamados “países subdesarrollados” para alcanzar el “desarrollo económico y social” y la “modernización de las estructuras productivas” y propiciaba la creación de diferentes

tipos de instituciones para promover el crecimiento económico, la ampliación de las capacidades técnicas y el aumento de los recursos materiales y humanos al servicio de aquellas finalidades. Bajo diferentes lemas, en pos del progreso, contra la pobreza y a favor de una inclusión social progresiva, la situación latinoamericana fue vista por las agencias que promovieron la planificación del desarrollo como un laboratorio de experimentación, un territorio en el que se podían introducir reformas institucionales, nuevas políticas sociales y económicas, de reforma agraria y vivienda, bajo los supuestos de la participación privada, formas austeras de bienestar y un gasto público limitado. (Offner, 2019:9).

Como afirmó Florencia Osuna, el paradigma de intervención social que se predicaba para América Latina giraba en torno a conceptos como desarrollo, participación de la comunidad, modernización y planificación. (2017:29). Por medio de estas nociones se buscaba enriquecer la propuesta de un “desarrollo planificado”, involucrando a toda la población en la realización de programas de gran alcance, como la Alianza para el Progreso.

Los informes técnicos y los planes de reformas propuestos por la Organización de los Estados Americanos (OEA) (como el “Acta de Bogotá” de 1960 o la “Carta de Punta del Este” de 1961) contienen los puntos esenciales de lo que podemos llamar un “desarrollismo internacional”, es decir, un conjunto de discursos de circulación transnacional favorables a la consecución del desarrollo económico a través de la reforma institucional, entendiendo por esta transformaciones en la estructura económica, en el régimen de propiedad y explotación de la tierra, una mejora sustancial de la educación y la salud en sus diferentes niveles, en las capacidades administrativas, técnicas y científicas de cada nación. Los derroteros de la ESPUBA y de los médicos sanitaristas de Buenos Aires en las décadas de 1960 y 1970, como veremos más adelante en detalle, estuvieron ampliamente vinculados con estos planes y con este espíritu planificador.

El “Acta de Bogotá”, por ejemplo, fue uno de los documentos clave del desarrollismo internacional de la década de 1960. Fue firmada por los países miembros de la OEA en 1960 bajo la “Operación Panamericana”, de la que Argentina formó parte. Su título completo era “Medidas para el mejoramiento social y el desarrollo económico dentro del marco de la Operación Panamericana” y fue la antesala de la Alianza para el

Progreso (ALPRO), lanzada un año después. En la sección “Medidas para el mejoramiento social” se listaban una serie de objetivos a lograr como base para una política de desarrollo de largo aliento: mejorar las condiciones de vida en los ámbitos rurales, así como el régimen de tenencia de la tierra; desplegar políticas de vivienda popular y mejora de los servicios comunales, así como de la educación y la salud pública¹. Otras secciones del documento instaban a la creación de un “Fondo Especial de Desarrollo Social” y a intensificar la cooperación multilateral internacional para el “progreso económico y social”. (OEA, 1960: 168-173).

Continuando en esta dirección, en julio de 1961 se firmó la Carta de Punta del Este, con la presencia de representantes de todos los gobiernos americanos, incluidos los delegados de Cuba, en pleno proceso revolucionario. La célebre reunión dio como fruto la suscripción mayoritaria del documento de lanzamiento oficial de la ALPRO, unión destinada “a alcanzar un progreso económico más acelerado y una más amplia justicia social para sus pueblos, respetando la dignidad del hombre y la libertad política”. La resolución A2 anexa a la declaración de Punta del Este estableció un “Plan Decenal de Salud Pública” sobre la base de las “recíprocas relaciones que existen entre salud, desarrollo económico, nivel de vida y bienestar”. Entre las numerosas y ambiciosas medidas propuestas, se plantearon las siguientes metas:

- a) Preparar los planes nacionales para el próximo decenio.
- b) Crear unidades de planificación y evaluación en los Ministerios de Salud con la debida representación ante los organismos nacionales de planificación general del desarrollo económico y del progreso social para la correspondiente coordinación.
- c) Mejorar la recopilación y análisis de las estadísticas vitales y sanitarias como base para formular y evaluar los planes nacionales de salud.
- d) Dar particular importancia a la formación y capacitación de profesionales y auxiliares para las acciones de prevención y curación de las enfermedades.
- e) Perfeccionar la organización y administración de los servicios nacionales y locales de salud, integrando las

¹ En cuanto a las medidas que los países debían observar para el mejoramiento de la salud pública se enumeraban las que serían repetidas luego por otros documentos: creación de más y mejores centros de salud en las zonas más alejadas de los núcleos urbanos, organización de medidas de protección de la infancia para eliminar la mortalidad infantil, control de las enfermedades transmisibles, formación de los profesionales y auxiliares involucrados en las tareas del cuidado de la salud, intensificación de los “programas de nutrición integral para las clases populares”. (OEA, 1960: 170-171).

funciones de prevención y curación; lograr un mejor rendimiento de los servicios de asistencia médica; crear progresivamente los que sean indispensables y asegurar la accesibilidad económica de agentes terapéuticos y prevención de las enfermedades. f) Adoptar las disposiciones legales e institucionales que aseguren el cumplimiento de los principios y normas de la medicina individual y colectiva en la ejecución de proyectos de industrialización, urbanización, vivienda, desarrollo rural, educación, turismo y otros. g) Hacer el mejor uso posible de los conocimientos derivados de la investigación científica para la prevención y el tratamiento de las enfermedades. (ALPRO, 1961).

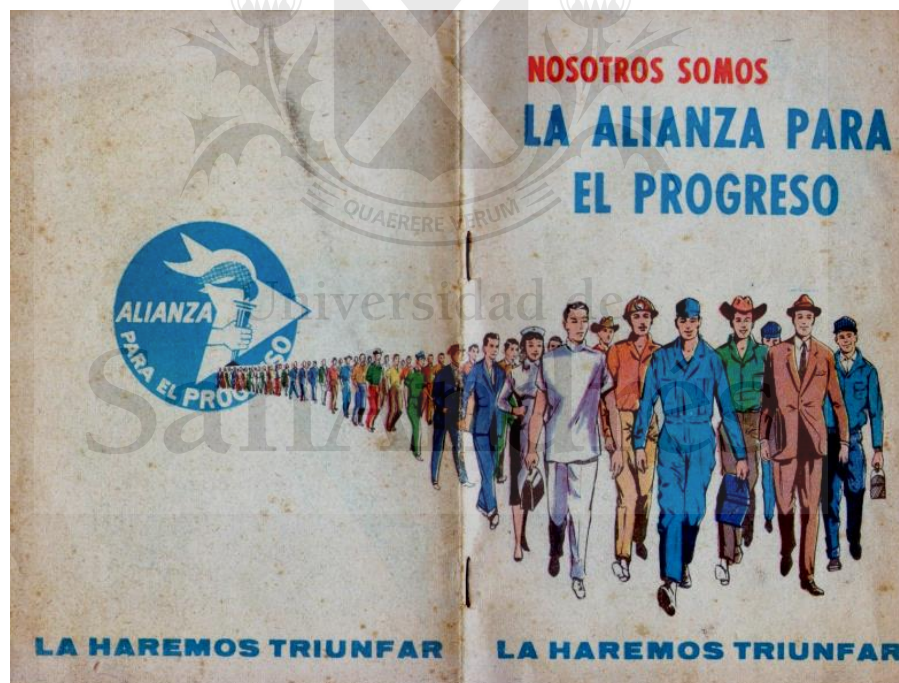
De esta manera, los gobiernos, los organismos internacionales de crédito y los representantes de la sociedad civil en cada país debían, según estos dos planes, coordinar sus esfuerzos para que las naciones “subdesarrolladas” alcanzaran un estado de mayor bienestar social, mediante el mejoramiento de las condiciones de vida, la modernización de los sistemas sanitarios, una mejor capacitación de sus recursos humanos, etc. Organismos como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud abrazaron estas metas sistemáticamente y las promovieron en la medida que se ajustaban a sus propias agendas temáticas, en proceso de expansión desde fines de los años cuarenta.

Las metas de la ALPRO y las medidas provisorias puestas en marcha a partir de 1961-1962 fueron publicitadas por diversos tipos de materiales impresos, lo que muestra el amplio radio de difusión de estas ideas, a nivel de los estados, los gobiernos y las sociedades latinoamericanas. *Financiando la Alianza*, por ejemplo, un folleto de alcance popular de principios de los años sesenta, presentaba la estrategia de la ALPRO como la revolución “más osada que ninguna otra en la historia del mundo” y explicaba en términos muy sencillos cómo era la arquitectura interna del programa y cuáles eran las agencias financieras que lo componían: el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Internacional para la Reconstrucción y Desarrollo (Banco Mundial), la “Asociación Internacional de Desarrollo”, la “Corporación Financiera Internacional”, el Fondo Monetario Internacional, el Fondo Especial de las Naciones Unidas, el Banco de Exportación e Importación, la “Agencia para el Desarrollo Internacional” y varias fundaciones, fondos y organizaciones privadas. Según el texto, la ingeniería financiera

del programa era bastante compleja, pero su objetivo era sencillo y consistía en alentar las actividades privadas, estatales o mixtas que tuvieran como fin acrecentar la base económica de los países prestatarios de algunos de los bancos afiliados a ALPRO. El Banco Mundial, según el documento, desde 1949 habría otorgado créditos para la construcción de carreteras, líneas telefónicas y eléctricas, ferrocarriles, industrias varias, modernización en agricultura, puertos, etc.



Universidad de
San Andrés



Figs. N° 1 y N° 2. Materiales de divulgación editados por la ALPRO. Dos imágenes representativas del “desarrollismo internacional”: la mesa de expertos, símbolo de la planificación y la racionalidad; la “legión” de beneficiarios y artífices de la ALPRO: obreros, campesinos, hombres de negocios, médicos, enfermeras, etc., es decir, la comunidad participando.

Otros materiales similares circularon en los mismos años con argumentos acerca de la urgencia y la factibilidad del desarrollo² y de la conveniencia de avanzar hacia este “por etapas”.³ En este caso se trató de libros orientados a un público instruido que buscaron reforzar bien con imágenes, bien con argumentos y datos, la adecuación y el carácter heurístico de la categoría de desarrollo frente a lectores no necesariamente alineados con la ideología de la ALPRO, o como en el caso argentino, quizás con lectores (expertos o legos) que no concordaban con el diagnóstico de los organismos internacionales que colocaban a la Argentina en el grupo de los países “subdesarrollados”.⁴

A grandes rasgos, este discurso desarrollista internacional puso una gran expectativa en la posibilidad de que los países considerados “en desarrollo” alcanzaran

² Un ejemplo de esto es el libro de Paul Hoffman, director ejecutivo del Fondo Especial de las Naciones Unidas, *Hacia un mundo sin necesidades* (1966 [1962]). Éste fue publicado en español en Argentina por Eudeba; la obra también contribuía a acercar al lector latinoamericano argumentos favorables a sostener un plan de desarrollo de manera urgente. El breve libro, comenzaba con la breve descripción de los “cuatro jinetes de nuestro tiempo”: la pobreza, el hambre, la ignorancia y las enfermedades crónicas. Los ejemplos eran globales y se presentaban sin solución de continuidad, como quien describe personajes de un mismo escenario: la choza del campesino nicaraguense, las tristes calles de las aldeas del Congo, la vida miserable y las enfermedades del campesino de la India, la pobreza de una familia brasileña analfabeta. Según este autor, exponente de esta perspectiva, las estrategias de la “Década del desarrollo” llevarían a estos países subdesarrollados a una etapa de mayor crecimiento y bienestar social para sus poblaciones. Otros ejemplos de esta frondosa literatura pueden verse en Walker Seegers (1966), Mason (1966), Gordon (1965) y Karen (1966).

³ Aquí podemos referirnos al historiador económico e intelectual estadounidense, miembro del Comité Interamericano de la ALPRO, W. W. Rostow, autor de *Las etapas del crecimiento económico, un manifiesto no comunista*. Su libro daba cuenta de la teoría elaborada por el autor en la que afirmaba que los países que no habían alcanzado el desarrollo económico y social debían seguir las etapas necesarias que las naciones desarrolladas habían transitado en el pasado: la “sociedad tradicional”, las “condiciones previas para el impulso inicial”, el “impulso inicial”, la “marcha hacia la madurez” y la “era del gran consumo en masa”. El paso de una etapa a la otra podía hacerse sin sobresaltos, lo que hacía de las revoluciones sociales y políticas algo evitable. Una de las claves del proceso histórico del desarrollo era, según el escritor, la remoción progresiva de las barreras a la innovación científica y tecnológica. El lugar asignado a la ciencia y la tecnología en su teoría era central, incluso más importante que la libertad de mercado.

⁴ En 1963, por ejemplo, el economista Federico Pinedo publicó una serie de artículos en el periódico *La Prensa* contra las propuestas de la CEPAL, criticando duramente entre otros aspectos, la equiparación de Argentina con otros países de América Latina. Se preguntaba entonces: “¿debemos los argentinos, con nuestro ingreso de 800 dólares anuales por cabeza –mucho más alto que el de toda la Europa meridional y que nos coloca holgadamente entre la cuarta parte más rica de la población del mundo-, considerarnos afectados como por un problema propio, porque por un cálculo aritmético, que no requiere gran esfuerzo mental, hayamos sido colocados junto a los que tienen un ingreso de 120 o 150 dólares por año, en un conjunto cuyo ingreso medio se calcula en 420 dólares si la Argentina está incluida y que sin la Argentina sería de 378, es decir, bastante inferior a la mitad de ingreso medio atribuido a los habitantes de esta tierra?” (Pinedo, 1963:22-23).

una fase de crecimiento inaudita y en las condiciones “de laboratorio” planteadas por los organismos internacionales. La cuestión del bienestar social, enmarcada en un proceso de crecimiento económico exponencial, permitió introducir en el mismo debate cuestiones como la salud y la educación de las poblaciones, como se evidenció ya desde 1960 con la firma del Acta de Bogotá. El espíritu general que animaba a estos discursos fue un punto de referencia importante para las políticas sociales y sanitarias en América Latina, lo cual se evidenció en las medidas y programas adoptados por los gobiernos argentinos al amparo de este “desarrollismo internacional”.

2.2. Las políticas sanitarias entre la caída de Juan Domingo Perón en 1955 y su retorno en 1973

El período peronista legó al gobierno *de facto* que lo sucedió en 1955 los resultados de una política sanitaria llevada adelante por el ministro Ramón Carrillo entre 1946-1954, mediante la cual se había buscado, primero a través de la Secretaría y luego del Ministerio de Salud Pública, la “unidad de comando” de un sistema sanitario complejo. Según Ramacciotti (2009), desde la Secretaría de Salud Pública, creada en 1946, se intentó lograr la sistematización administrativa de los servicios sanitarios, coordinar los organismos dispersos, la superposición de instancias similares, corregir el desequilibrio entre Buenos Aires y las provincias y modernizar la burocracia encargada de gestionar en materia sanitaria. Estas metas habían sido buscadas desde fines del siglo XIX por los funcionarios del Departamento Nacional de Higiene; desde 1943 esta cuestión fue relanzada desde la Dirección Nacional de Salud Pública. La gestión de Carrillo intentó cierta centralización administrativa pero chocó con varios obstáculos: la expansión de una red de hospitales sindicales, el accionar social y sanitario de la Fundación Eva Perón y la autonomía federal de las provincias para determinar sus propias. Asimismo, pudo desplegar una política sanitaria coherente, cuyos elementos representativos fueron la mejora de la atención hospitalaria, mediante la construcción de un denso entramado de hospitales, centros de salud, clínicas y sanatorios (generales, especializados, para niños, ancianos, etc.), así como la proyección de ciudades sanitarias. Otros elementos importantes de dicha gestión fueron las campañas sanitarias para combatir epidemias y las misiones sanitarias nacionales que organizaron la distribución de insumos y la

concreción de estudios de población; las políticas de control de la salud del trabajador en ámbitos fabriles y rurales; la educación sanitaria en las escuelas, centrada en la promoción de una "alimentación saludable". A esto hay que agregar algunas prácticas que se generalizaron en este período: la vacunación masiva, el uso de la penicilina como antibiótico, los rayos x como método de diagnóstico y la extensión de los controles oftalmológicos y odontológicos a gran parte de la población.

Por otra parte, la política sanitaria del peronismo fue una estrategia diseñada y puesta en práctica por médicos, en un ámbito institucional casi exclusivamente conformado por estos profesionales, lo que vino a fortalecer el rol de los galenos como asesores del Estado. De los 49 cargos directivos creados por Carrillo, 46 fueron ocupados por médicos. Para fortalecer al cuerpo administrativo sanitario se crearon nuevos puestos (de 1946 a 1947 se pasó de 8500 cargos a 22.400 y un año después a 28.000 puestos) y se duplicó el salario mínimo y hasta llegó a planificarse la construcción de un barrio modelo para los empleados de la Secretaría.⁵

Pese al espíritu centralizador de la política peronista, Carrillo no pudo avanzar en la una mayor centralización del sistema, lo que paulatinamente se tradujo en el aumento de la complejidad del sector salud. Merced al estilo político de Perón, y contra la política de Carrillo, los sindicatos alineados con el gobierno fueron autorizados a crear sus propios servicios sanitarios, hospitales y policlínicos, atribución que también le fue permitida a la Fundación Eva Perón, por razones más políticas que sanitarias. El resultado de esta incapacidad de lograr una verdadera "unidad de comando", hacia 1955, fue a) el crecimiento de la red de hospitales públicos, b) el incremento notable de los servicios asociados a los sindicatos (ya a mitad de camino entre las clásicas "mutualidades obreras" de principios del siglo XX y lo que a partir de la década de 1960 serán las obras sociales) y c) la permanencia de la medicina privada, compuesta por sanatorios y consultorios particulares, mal o escasamente integrados al mosaico heterogéneo así formado.

⁵ Según Belmartino, además, esta política, entre 1946-1952 "duplica el número de camas disponibles, sin descuidar el desarrollo de los servicios ambulatorios y el fortalecimiento de las actividades de investigación" (2005:114).

Como se ha afirmado en otros trabajos, el período posterior a 1955 se caracterizó por la profundización de la heterogeneidad del sistema sanitario y la declinación del sistema público (Belmartino, 2005:130-138) y los intentos de reforma del sub-sistema público por medio de la descentralización hospitalaria (Osuna, 2017:31-38). Se trató de un panorama contradictorio, a mitad de camino entre los postulados internacionales de la “década del desarrollo” y las necesidades locales de racionalizar el gasto público en salud. Esto dio como resultado un escenario signado por proyectos de reforma y racionalización del sector salud, con cierto interés por controlar un sistema sanitario crecientemente complejo (compuesto por los tres subsistemas, el de las obras sociales, el de la medicina privada y el sector estatal), afrontar el creciente costo del cuidado de la salud (provocado por el incremento constante del precio de los medicamentos, las nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento, el creciente valor de la capacitación de recursos humanos, etc.) y mejorar la cantidad y la calidad de los recursos humanos que se desempeñaban en el ámbito de la salud. El logro de estas pautas dependía de un equilibrio muy complejo y en las diferentes gestiones del período 1955-1976 se privilegiaron proyectos acotados que trataron de encuadrarse dentro de una política de “desarrollo planificado”.

El gobierno de la “Revolución Libertadora”, por ejemplo, tendió varias líneas que luego serían continuadas por los gobiernos posteriores, democráticos o no.⁶ La política sanitaria de los gobiernos de Lonardi y Aramburu discontinuó la construcción de hospitales de la gestión peronista y, basándose en recomendaciones de organismos internacionales, propuso la “descentralización hospitalaria” (decreto N° 1375/1957) por medio del traspaso de los hospitales nacionales a las jurisdicciones provinciales. (Belmartino, 2005:131; Ramacciotti, 2014). Esta propuesta sentó las bases de una tendencia que se prolongó en años posteriores: la preocupación por el déficit fiscal, como criterio para la toma de decisiones en materia sanitaria. Por otro lado, se trató de una propuesta que no llegó a realizarse (el decreto de Aramburu fue anulado por Arturo

⁶ En el período 1955-1976, la repartición gubernamental de salud osciló en la jerarquía estatal entre Secretaría y Subsecretaría, ocupando un lugar secundario en la política oficial. La primera degradación del rango ministerial se produjo en 1954, cuando el Ministerio de Salud pasa a denominarse Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Hasta 1966 retuvo esa denominación, cuando el gobierno de Juan Carlos Onganía lanzó el Ministerio de Bienestar Social, título conservado hasta 1976. En este marco ministerial la Secretaría de Salud Pública quedó en un lugar aún más marginal.

Fronidzi un año más tarde), pero que mostró la relevancia de las recomendaciones internacionales, en especial las emanadas por consultores de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quienes fueron citados como fuentes de autoridad y legitimidad técnica para fundamentar esta política.

La idea de reformular el funcionamiento técnico de los hospitales y sus fuentes de financiación tuvo diferentes versiones y aditamentos. Durante el gobierno de Frondizi primaron los proyectos de racionalización del sistema así como la búsqueda de mejorar las capacidades administrativas del personal sanitario. La gestión de su ministro de Salud, Héctor Noblía, reflató las recomendaciones realizadas por una misión técnica de la OPS, que visitó el país en 1956-1957. Hacia 1961 se volvió a plantear el tema de la descentralización de hospitales, propuesta que nuevamente fracasó pues sólo apoyaron la iniciativa las provincias de Santa Cruz y Formosa. Asimismo, se llegaron a implementar algunos proyectos de “descentralización comunitaria” inspirados en la misma idea. (Ramacciotti, 2014). La provincia de Buenos Aires fue el epicentro, a su vez, de un experimento “descentralizador” que consistió en la creación de una red de centros de salud locales y regionales. Como complemento de esta política fueron inaugurados, entre 1961-1962, dos grandes “Hospitales Piloto”, en las ciudades de Gonnet y Mar del Plata. (Belmartino, 2005: 133-134). Estos hospitales buscaron realizar un modelo de hospital moderno: regidos por el sistema de “hospital abierto”, semi arancelado, en el que los médicos percibieran pagos “por acto médico” y mantuvieran una dedicación *full-time*. (Dal Bo, 2008).

La idea que primó en estos emprendimientos gubernamentales fue la utilización racional y eficaz de los recursos públicos dispuestos para el cuidado sanitario de la población, descentralizando la administración de algunos hospitales (que quedaban bajo la administración de las provincias o municipios) o derivando pacientes de éstos a los centros de salud.

La política de recursos humanos fue otro elemento que empezaría a estar presente de modo permanente: durante el gobierno de Frondizi se creó la Escuela Nacional de Salud Pública, en 1959; comenzó a funcionar, entre 1958-1960, la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires (ESPUBA); se creó un “Bachillerato en Sanidad” para proveer formación sanitaria a

estudiantes secundarios que quisieran comenzar una carrera en salud pública y adelantar su ingreso a las carreras de medicina; por último, se crearon las Escuelas de Ingeniería Sanitaria, en la Facultad de Ingeniería de la UBA y de Enfermería Universitaria, en Ciencias Médicas de la misma universidad.

El gobierno de Arturo Illia (1963-1966) marcó otro momento sanitario importante. El principal objetivo de su ministro de salud, Arturo Oñativia, fue la implementación de una serie de reformas institucionales para contribuir a la racionalización de la estructura ministerial, como la creación de nuevas direcciones, la organización de un “Catastro Nacional de Recursos y Servicios de Salud”, y los intentos por mejorar el sistema de estadísticas vitales. (Veronelli, Veronelli Correch, 2004:607-610). La construcción de un sistema de estadísticas vitales confiable y moderno retomaba intentos previos (Daniel, 2012) y trataba de mejorar lo hecho hasta esos años. Además, se propusieron algunos proyectos concretos que apuntaron a mejorar el acceso a la salud por parte de la población enfrentando el aumento general de los costos de la atención médica. El más notable fue el caso de la “Ley de Medicamentos” promovida por el oficialismo. (Tcach, 2006; Ramacciotti y Romero, 2017). Según César Tcach,

La vocación médica de Illia reforzó su interés en mejorar la calidad de la salud pública. El 15 de enero [de 1964] ingresó al congreso el proyecto de Ley de Medicamentos. Este proyecto de ley había sido elaborado merced al estudio de dos comisiones. Una, formada por médicos, bioquímicos, y especialistas en farmacología, era presidida por un profesor de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Otra, formada por contadores y economistas, se centró en el estudio de los costos de los medicamentos. (...) la ley impulsada por el ministro Oñativia congeló el precio de los remedios, a los que definía como “bienes sociales”. (Tcach y Rodríguez. 2006:65)

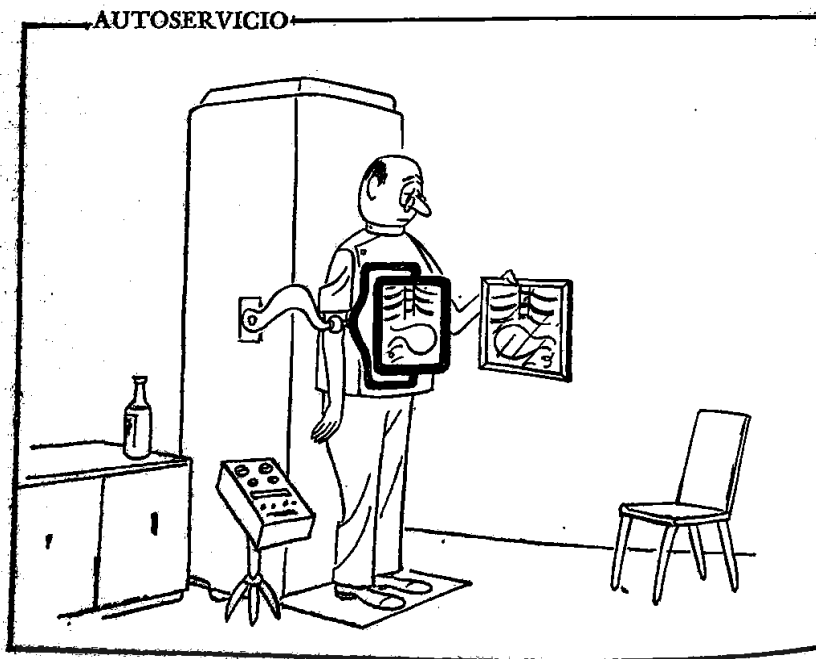
Si bien esta última política fue rápidamente cancelada por el gobierno de Onganía, las iniciativas racionalizadoras y la búsqueda de ampliar la base de recursos humanos técnicamente capacitados continuó durante el período 1966-1973. El Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública fue reconfigurado en el Ministerio de Bienestar

Social, que agrupó bajo su estructura la Secretaría de Salud Pública y la de Asistencia Social, así como las de Vivienda (que ya funcionaba en Obras Públicas) y Seguridad Social (del Ministerio de Trabajo) y se creó una nueva dependencia, la Secretaría de Promoción y Asistencia a la Comunidad (SEPAC).⁷ (Osuna, 2017:34).

La política llevada adelante por el secretario Ezequiel Holmberg y el subsecretario Alberto Mondet siguió la tónica “descentralizadora”, “comunitarista”, y volvió a insistir en la reforma hospitalaria. Por un lado, la Ley 17.102 del año 1967 generó la plataforma para crear una mayor cantidad de “hospitales de la comunidad”, financiados por municipios o incluso por los hospitales mismos. Por otro lado, la creación del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la sanción de la ley 18.610 (obligatoriedad de los trabajadores en relación de dependencia de afiliarse a las obras sociales) le dio más poder y recursos a las obras sociales, a los sindicatos y a los prestadores privados de salud que pronto proliferaron. (Iriart et Al, 1994:116). En ambos casos se trataba de alcanzar objetivos similares: reenviar a instancias de la sociedad civil la prestación y/o administración de servicios de salud, lo que, más allá de las intenciones, no hizo más que complejizar y fragmentar aún más el sistema sanitario.



⁷ Esta Secretaría tuvo como objetivo “generar las condiciones para [un] futuro modelo social, político, cultural y económico imaginado que reposaría sobre la base del orden municipal y que consistiría en la libre y armoniosa relación de las ‘organizaciones intermedias’, como las ligas de padres de familia, los gremios, las sociedades de fomento, las mutuales, las cooperativas, la empresa privada, entre otras asociaciones o ‘entidades de bien público’ sin la interferencia del Estado.” (Osuna, 2017:34).



Procedimiento aconsejado para disminuir los costos de la atención médica.

Fig. N° 3. *Cuaderno de Salud Pública*, 1 (1), julio-septiembre, 1968, p. 54

Las políticas sanitarias del período 1955-1976 se ordenaron en torno a ejes discursivamente compatibles con las ideas de “desarrollo planificado” que veíamos más arriba, tomando selectivamente algunos objetivos del “Acta de Bogotá”, como la creación de “más y mejores centros de salud” y el perfeccionamiento de la formación de profesionales y auxiliares de la salud; también siguiendo los postulados de “Punta del Este”: preparación de planes, creación de unidades de planeamiento en los ministerios de salud nacionales, mejoramiento de la formación y la capacitación de los profesionales involucrados en las tareas curativas y de prevención, y la modernización de las estructuras organizativas, de modo que integren armónicamente “las funciones de curación y prevención”. Estas metas estuvieron presentes en la política sanitaria argentina desde los últimos años cincuenta y no sólo en los intentos de reformar y mejorar los servicios públicos de salud, sino también en las estrategias de formación y entrenamiento de recursos humanos, constituyendo así una plataforma muy relevante para nuevos proyectos como el que desarrollaría la ESPUBA y los médicos sanitaristas que actuaron en torno a esta.

3. La Escuela de Salud Pública y el lugar de los expertos

El despliegue de ideas y proyectos desarrollistas se tradujo localmente en la adopción de algunas nociones y metas compartidas a nivel continental. La modernización de la economía y de la administración pública fueron algunos de estos objetivos. La reforma de las burocracias estatales hacia un horizonte de mayor eficiencia fue una finalidad establecida por varios gobiernos durante 1955-1976, y la gestión de la salud fue un ámbito rico en manifestaciones y ensayos orientados en esa dirección. En este sentido, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (ESPUBA) fue, a partir de la década de 1960, el proyecto de una institución especializada en la formación de cuadros técnicos y funcionarios estatales expertos en salud pública. Hacia los años sesenta la salud pública podía entenderse como

El estudio de la organización de los recursos y de los esfuerzos colectivos para promover la salud de la población y para evitar y reparar los efectos de la enfermedad, la apreciación de su costo y su relación con la economía nacional e individual, han constituido el núcleo básico al cual se ha denominado 'salud pública'. (García, 1972:120)

Esto significaba un cúmulo de saberes que, desde 1960 se enseñaron en la ESPUBA, en respuesta a una demanda formulada tanto desde el campo médico (a través de congresos, tanto nacionales como internacionales que exigían con urgencia el desarrollo de una escuela profesional para salubristas, higienistas, etc.) como desde la gestión estatal en materia sanitaria (por medio de funcionarios preocupados por el "déficit" del Estado argentino en la disponibilidad de agentes capacitados en salud pública).

El desenvolvimiento de esta Escuela, el proceso por el cual emergió y la trama social de su desarrollo posterior es interesante por varios motivos. Primero, se trata de un ejemplo frecuentemente referido, en la literatura historiográfica, pero que hasta el momento no ha sido estudiado en profundidad. La Escuela de Salud Pública es citada como un ejemplar de las innovaciones introducidas en la universidad en el período

1955-1966 (Barrutia, 2003:196; Buchbinder, 2009:182), como una experiencia de innovación en gestión de política sanitaria (Maceira, 2010:49-61) o como el ámbito de formación de la “tecnoburocracia sanitaria” de los años sesenta (Iriart et al, 1994). Otras veces es confundida con la Escuela Nacional de Salud Pública y emparentada con otras Escuelas e Institutos creados en la misma época, como intentos de los gobiernos que se sucedieron luego de 1955 por incrementar las capacidades estatales: el Instituto del Servicio Exterior de la Nación (1963), el Instituto Superior de Administración Pública (1957) o la Escuela Nacional de Aduanas (1961). (Sikkink, 1993:26). Más allá de estas menciones, muy poco se ha profundizado en el conocimiento de esta institución y menos aún en el análisis del tipo de expertos que la Escuela formó y continúa formando en la actualidad: profesionales capacitados en administración sanitaria, dirección de hospitales, estadísticas sanitarias, las distintas vertientes de la epidemiología y otros saberes relacionados con la gestión de la salud.

Esto último se relaciona con el segundo motivo por el cual creemos que es relevante explorar el desarrollo institucional de la ESPUBA en los años sesenta-setenta, y es que provee información que abona a la historia social de la salud y la enfermedad en América Latina y específicamente Argentina. En este sentido, contribuye a enriquecer un panorama que ya ha sido estudiado desde varios ángulos. Para comenzar, por ejemplo, las investigaciones que se concentraron en la enfermedad, en su historia social y en la construcción de ésta por parte de varios agentes sociales, no necesariamente médicos, así como las prácticas que entrañó y los mecanismos de problematización social que estos actores tejieron en torno a ella. (Bordi de Ragucci, 1992; Recalde, 1993; Armus, 2006 y 2007; Testa, 2018; Álvarez, 2010; Agnese, 2011 y 2013; Zabala, 2007; Molinari, 2016). Para estos trabajos, las enfermedades han sido objetos que permitieron la renovación de las agendas de investigación científica pero también grandes ejes organizadores de la acción política y social del Estado, en la medida que merecieron el desarrollo de campañas sanitarias, políticas estatales y narrativas médicas, morales e incluso literarias. El poder de intervención de los médicos, la formación de planteles de expertos en salud pública y su articulación con instancias públicas y privadas están presentes de manera tenue en estos trabajos, donde casi toda la atención está puesta en las tramas sociales de la enfermedad, incluso en algunos casos desviando la mirada desde los médicos a los pacientes (Armus, 2007).

El caso de la ESPUBA también dialoga con otros trabajos que han problematizado el sistema sanitario, como conjunto de instituciones, políticas y sectores prestadores de servicios de atención a la salud en los cuales se enraízan concepciones ideológicas e ideas divergentes. Algunos autores privilegiaron el análisis de la constitución institucional de los diferentes sectores de ese sistema (Belmartino y Bloch, 1993 y 1994; Belmartino, Bloch, Carmino y Persello, 1991; Belmartino, 2005). Estos trabajos explicaron cómo, desde principios del siglo XX, se fueron estructurando diferentes modalidades estatales, privadas y mixtas para proveer atención médica (crecientemente compleja y costosa) a una población en expansión, sin alcanzar a constituir instancias reguladoras estables ni la unificación del sistema, lo que dejó como consecuencia un sistema de difícil gobierno, desigual (social, económica y territorialmente) y centrado en el subsistema de seguridad social articulado con intereses privados. Desde un punto de vista conceptual, esta literatura ofrece una perspectiva de gran preocupación por los problemas organizacionales y administrativos del sistema. Esto nos ofrece algunas primeras pistas sobre el quehacer y a las obsesiones conceptuales de los médicos sanitaristas durante el período ya señalado. Sin embargo, la participación y el rol de los médicos en la conformación de este complejo sistema sólo es analizada considerando la incidencia de los gremios profesionales y su accionar desde las primeras décadas del siglo XX. El eje de estos trabajos lo constituyen las acciones corporativas, en la búsqueda por parte de la comunidad médica de conservar su autonomía, privilegios profesionales, nivel de ingresos económicos y el ejercicio liberal de la profesión (libertad de elección del paciente, pago por consulta, confidencialidad médico-paciente, también conocida como “coloquio singular”). Sin embargo, queda fuera de esta mirada un análisis sobre la formación de una burocracia médica o una historia social de médico como experto de Estado. Solo encontramos algunas pistas al respecto, comentarios dispersos, mas no un tratamiento sistemático de la cuestión.

La experiencia de la ESPUBA, como escuela formadora de agentes expertos, también se vincula con aquellas investigaciones que abordaron las políticas sanitarias como respuestas estatales frente a las problemáticas la salud de la población argentina (Zimmermann, 1995; Murillo, 2000; Ramacciotti, 2009). Esta mirada implicó una mayor atención al subsistema estatal, al entramado de acciones e instituciones que desde las décadas de 1870 y 1880 en adelante se implementaron desde las esferas estatales

para controlar las condiciones sanitarias de las ciudades y sus habitantes, para intervenir en la higiene urbana y en la salud individual. Desde estas propuestas cobraron relevancia los elencos de médicos-funcionarios, desde los higienistas, que dominaron la escena desde 1880 hasta mediados del siglo XX, hasta los profesionales de la medicina que se enrolaron en la Secretaría/Ministerio de Salud en el período peronista (1946-1955). Estas investigaciones subrayaron la performance estatal y social de los médicos en tanto agentes que buscaron alcanzar el monopolio de la administración sanitaria, de la dirección de hospitales y centros de atención, del diseño y conducción de campañas de prevención y cura de enfermedades, etc.

La cuestión del vínculo entre los médicos y las instancias estatales en el marco de la profesionalización de los primeros, ha sido puesta de relieve por Eliot Freidson (1978) y Paul Starr (1982) para el caso de la medicina en EE.UU. La historiografía local del problema también abordó esta relación a través de varios trabajos, demostrando cómo diferentes proyectos estatales institucionalizaron la relación entre la corporación médica y la función pública estatal. Esto implicó la consagración jurídica y legal de la medicina diplomada como única variante legítima del arte de curar (González Leandri, 1999), la regulación del ejercicio de la profesión y de su rol dentro de los subsistemas de atención a la salud (Belmartino, 2011) y también la creación de instancias de administración y gobierno en temas de higiene pública (Murillo, 2000; Sánchez, 2007; Ramacciotti, 2009; Biernat, 2015).

Algunas narrativas históricas construidas sobre estos procesos han resaltado los mecanismos de acumulación de poder institucional desplegados por los médicos, es decir, su constitución como corporación (Belmartino, 2011) y sus aportes discursivos específicamente en la década de 1960 (Belmartino y Bloch, 1994); otros autores, siguiendo una línea argumental foucaultiana, han señalado críticamente la participación de los higienistas y alienistas en la construcción de aparatos de gobierno de las poblaciones y control de las conductas consideradas desviadas (Salessi, 1995; Murillo, 2000). Por otro lado, algunos trabajos (Álvarez y Carbonetti, 2008; Di Liscia, 2017; Ramacciotti, 2018) han intentado ir más allá del rol de los médicos como autoridades, titulares de carteras ministeriales o legisladores, y rescatar desde enfoques biográficos la

performance de estos profesionales al nivel de las trayectorias, vínculos y realizaciones individuales.

En conjunto, este grupo de obras se acerca bastante a nuestro objeto de estudio, pese a lo cual no explora con profundidad un período posterior a los primeros gobiernos peronistas (1946-1955) y ha concentrado su mirada en “figuras notables” de fines del siglo XIX y principios del XX (Emilio Coni, José María Ramos Mejía, Gumersindo Sayago). Por otro lado, ha tendido a preocuparse por instancias superiores en las que los médicos ejercieron roles de conducción, descuidando parcialmente instancias intermedias e inferiores, donde los médicos de salud pública devinieron instrumentadores de políticas sanitarias implementando sus saberes técnicos y produciendo nuevos conocimientos. Por último, estas investigaciones han tendido a reponer datos e información biográfica sobre estos médicos, sin profundizar en los procesos de formación académica, de conformación de un espacio o campo profesional y de configuración de un colectivo de profesionales y sus particularidades históricas y sociológicas.

Si revisamos otros trabajos, fuera de este campo de la historia de la salud-enfermedad, podemos ver que el caso de la ESPUBA nos provee información valiosa sobre el rol de los expertos y agentes profesionales en los procesos de construcción de las burocracias especializadas y de “capacidades estatales” modernas. En este sentido, la bibliografía local e internacional reciente sobre la temática ha profundizado nuestro conocimiento sobre los procesos de construcción de estatalidad en América Latina y sobre la creciente “poder de los expertos” en el siglo XX (Centeno y Silva, 1998; Neiburg y Plotkin, 2004; Morresi y Vommaro, 2011; Zimmermann y Plotkin, 2012-a y 2012-b). Esta literatura subraya, por un lado, los procesos de *State Building* que en distintos países han transformado las dinámicas de funcionamiento de los estados nacionales y de sus sistemas administrativos, construyendo burocracias estatales con variables niveles de autonomía y eficiencia en el manejo de problemas públicos. Por otro lado, propone un análisis del experto como un agente portador de saberes legítimos, teorías, métodos y lenguajes técnicos acerca de “problemas sociales”, un actor que demanda ser escuchado por el Estado, la sociedad civil, la política y los medios de comunicación.

El tercer motivo para estudiar este caso es que la historia de la Escuela de Salud Pública nos provee coordenadas empíricas para profundizar nuestro conocimiento de este tipo de actores sociales y en especial de los expertos en salud pública. Creemos que las trayectorias socio-profesionales de estos agentes, el desarrollo institucional de la ESPUBA, la oferta académica diseñada por ésta, sus vinculaciones orgánicas e intelectuales con el clima de “desarrollismo internacional” al que hacíamos referencia y sus articulaciones con la gestión de las políticas sanitarias encaradas desde la burocracia sanitaria en los años sesenta y setenta, constituyen indicios de un notable proceso de renovación del campo social de los sanitarios.

En cuarto lugar, un acercamiento al mundo social de los expertos en salud pública nos plantea otra perspectiva de análisis acerca de un escenario cultural e intelectual que hacia los años sesenta supuso la renovación de disciplinas como la sociología (Blanco, 2006), la economía (Neiburg y Plotkin, 2004) y la psicología (Balán, 1994; Plotkin, 2003; Vezzetti, 2004). El proceso de renovación de la salud pública que tuvo a la ESPUBA como un núcleo importante, introduce en este panorama de transformaciones que encontramos en las universidades argentinas ente 1955-1966, una experiencia asentada en procesos locales, pero vinculada con organismos internacionales y redes intelectuales y académicas transnacionales. Esto ha sido puesto de relieve en varios casos, como el de la sociología científica en distintas universidades públicas y privadas desde fines de los años cincuenta, disciplina que recibió asistencia técnica y subsidios desde el extranjero y se benefició con intercambios intelectuales y materiales con actores y organizaciones de otras coordenadas globales. Una mirada al nacimiento y desarrollo de la Escuela nos muestra las vinculaciones que la institución sostuvo con un escenario inter-americano altamente propicio para proyectos modernizadores.

Por último (quinto motivo), una razón metodológica: esta institución nos ofrece una muestra de trayectorias socio-profesionales, la de los médicos y médicas y otros profesionales que le dieron vida a esta empresa, mediante las cuales es posible ir más allá de la Escuela misma para entrever la trama social del sanitarismo como campo de saber experto. Se hace posible entonces una prosopografía de esos perfiles expertos y un rico análisis de sus itinerarios qua expertos, intelectuales y funcionarios. Desde este punto de vista metodológico, la indagación de la historia de la Escuela nos permite ver,

a partir de un estudio de caso, propiedades y características de un campo social que claramente la excedía, pudiendo analizar así relaciones entre esferas locales e internacionales, entre la universidad y el campo del poder estatal y político y entre el mundo de los expertos y el mundo más amplio de las ideas y debates intelectuales.

En función de estas observaciones, nuestros objetivos serán:

- Analizar las principales características del campo formado por médicos y otros profesionales expertos en higiene y salud pública entre los años 1940-1960 y las condiciones de recepción local de las propuestas e incentivos a la “asistencia técnica” internacional hacia fines de los años 1950;
- Explorar los límites y alcances del proceso de internacionalización de la salud pública a través del caso de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Buenos Aires, entre 1958-1976;
- Describir las características del discurso experto de los médicos de salud pública, con especial énfasis en aquellos vinculados a la ESPUBA, y sus aplicaciones particulares;
- Examinar el accionar de estos sanitaristas en la burocracia estatal y sus vinculaciones con las políticas sanitarias.

4. Metodología y fuentes

4.1 Cuestiones de método

Para cumplir los objetivos señalados nos propusimos realizar un análisis de tipo cualitativo a partir de un *corpus* de documentos seleccionados con ese criterio. La estrategia de recolección y análisis estuvo gobernada por el estudio de caso (Stake, 1998; Ragin y Becker, 2000) a partir del cual tomamos la ESPUBA como un caso para observar procesos sociales e institucionales más amplios, referentes al mundo social y profesional de los médicos expertos en salud pública. Llevamos a cabo un análisis documental, que se concentró en reconocer en las fuentes focos problemáticos, actores sociales y discursos (Valles, 1997) de acuerdo con nuestros objetivos de investigación.

La selección de la ESPUBA, cuya zona de influencia fue la ciudad de Buenos Aires y el Área Metropolitana de Buenos Aires, hace que nuestros análisis, hallazgos y conclusiones no puedan extrapolarse a toda la Argentina. Por razones de factibilidad y acceso a las fuentes hemos preferido privilegiar el análisis de esta institución en lugar de otras similares en las ciudades de La Plata, Rosario, Córdoba y Tucumán.

La selección de la ESPUBA como caso de estudio nos permitió delimitar el conjunto de trayectorias profesionales e itinerarios sociales y restringirnos a quienes formaron parte de la institución como profesores y alumnos que luego fueron reclutados como docentes e investigadores de la casa.⁸ Entre 1960 (primer año lectivo de la Escuela) y 1976 (intervención del delegado militar en la institución) pasaron por la ESPUBA unos 140 profesores, ya sea como docentes honorarios, contratados, concursados o visitantes. El análisis de tal cantidad de información biográfica se realizó mediante la metodología propuesta por los estudios prosopográficos (Stone, 1971; Shapin y Thackray, 1974; Pyenson, 1977; Ferrari, 2010; Körndorfer, 2013). Retomando el concepto de prosopografía, Lawrence Stone propuso la adopción de dicho método, al que definía como una “investigación del *background* común de características de un grupo de actores en la historia por medio de un estudio colectivo de sus vidas” (1971:46). Como señalaba el autor, dicho método ha sido de gran relevancia para la historia política, en tanto su propósito es “encontrar sentido a la acción política, para explicar el cambio ideológico o cultural, para identificar la realidad social y para describir y analizar con precisión la estructura de la sociedad y el grado y naturaleza de los movimientos de esta”. (Stone, 1971:47). Para esto, el prosopógrafo “parte de la delimitación de un corpus de individuos” y somete a cada miembro del grupo “a un cuestionario común referido a sus características (v.g. edad, nacionalidad) y sus atributos (nivel educativo, título, ocupación, patrimonio, entre otros)” (Ferrari, 2010:530). Esta perspectiva estructural, social y demográfica constituía para Stone un intento por ir más allá de las retóricas políticas de los actores históricos, habilitar “una

⁸ Un criterio alternativo de selección de casos individuales podría privilegiar la pertenencia a la especialidad disciplinar (higiene o salud pública) antes que la filiación institucional, como en la muestra de un centenar de médicos higienistas confeccionada por Sánchez (2007). En dicho caso las conclusiones podrían variar sensiblemente por lo que a lo largo de nuestro trabajo limitaremos nuestras interpretaciones aclarando que hablamos de los sanitaristas de Buenos Aires o de la ESPUBA y no de la Argentina.

mejor comprensión de sus logros e interpretar más correctamente los documentos que produjeron” (1971:53).

Este método nos ha posibilitado reconocer figuras líderes,⁹ patrones profesionales, pautas de formación académica e itinerarios laborales, tanto a nivel local como internacional, así como conocer la organización interna de la Escuela¹⁰ y mapear los vínculos de ésta con otras instancias sociales.

Sobre las variables que ordenaron la recolección de información, nos concentramos en compilar la mayor cantidad de datos sobre los actores y sus trayectorias. Entre las variables “duras” utilizamos el año de nacimiento, el género, nacionalidad y provincia de nacimiento. Otras variables fueron: Formación de grado (categorías: médico/a, odontólogo/a, ingeniero, arquitecto/a, enfermera, sociólogo/a, antropólogo/a, contador/a, economista, estadístico/a, etc.); Especialización en salud pública (Doctorado, Maestría, Diplomado, Cursos y en qué universidad fueron cursados); Formación en el exterior (universidad y país de destino); Organismo patrocinador (qué agencia otorgó la beca, nacional o extranjera); Relación con organismos internacionales (como becario o como empleado-consultor); Desempeño profesional en el Estado (Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, Min. de Bienestar Social, otros ministerios o dependencias de menor jerarquía); Desempeño profesional otros ámbitos (en Obras sociales, ámbito empresarial, fundaciones e institutos de investigación en salud pública, como consultores o empleados permanentes).

Respecto a la trayectoria interna en la ESPUBA, las variables fueron “departamento de desempeño” y “cursos dictados” (en algunos casos fue posible especificar, en otros no), año de “ingreso” (como profesor/a) y de “egreso”.

⁹ En dicho período la Escuela tuvo tres directores: los médicos David Sevlever (1958-1966), Abraam Sonis (1966-1972) y Aldo Neri (1972-1976).

¹⁰ La estructura de la institución se organizó en departamentos, desde los que se dictaban las materias y cursos. Estos departamentos eran: Administración de la salud, Atención médica y administración hospitalaria, Epidemiología, Salud materno infantil, Bioestadística, Higiene y saneamiento ambiental, Odontología sanitaria, Educación sanitaria, Educación continuada, así como las materias de pre-grado que se dictaban en la Facultad de Medicina, como Introducción a la medicina sanitaria y Demografía.

4.2 Las fuentes utilizadas

Las tareas de relevamiento se llevaron a cabo en diferentes archivos, bibliotecas y repositorios digitales. Fueron consultados: el Archivo Central de la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA (Ver Anexo 2), la biblioteca “Montes de Oca” y la biblioteca “David Sevlever” del Departamento de Salud Pública de la misma Facultad; se consultaron materiales sobre ingeniería sanitaria en la biblioteca de la Facultad de Ingeniería de la UBA y diversos informes y publicaciones en el Archivo Histórico del Rectorado de la UBA. Las bibliotecas Nacional Mariano Moreno y del Congreso de la Nación, en Buenos Aires, así como la “Biblioteca Argentina” en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe fueron consultadas, pudiendo acceder a publicaciones periódicas y libros publicados en el período estudiado. El Archivo del Ministerio de Relaciones Exteriores de la Nación fue consultado en varias oportunidades para ver materiales sobre organismos internacionales de las Naciones Unidas, documentación de la Cancillería argentina y relativos a intercambios científicos.

Respecto a las fuentes podemos mencionar los legajos administrativos obrantes en el Archivo Central de la Facultad de Cs. Médicas de la UBA. Estos corresponden a los expedientes sobre la ESPUBA (desde la resolución de creación de la institución, contrataciones de profesores, altas y bajas de personal, etc.) y legajos de los profesores. De los 140 docentes que pasaron por la Escuela sólo 98 cuentan con legajo en el Archivo de Medicina. En algunos casos, la falta de legajo fue suplida con “Antecedentes, Títulos y Trabajos” que algunos profesores presentaron en el período estudiado ante la Facultad para concursar por algún cargo y que actualmente se conservan en la Biblioteca “Montes de Oca” (Ver Anexo 1). Basamos nuestra indagación en estos documentos disponibles y alcanzamos a completar información sobre 110 casos.

Otra fuente que nos sirvió para chequear datos fue el *Boletín Oficial de la República Argentina* del que relevamos algunas ediciones con información significativa entre 1958-1984 (Ver Anexo 2).

Adicionalmente se consultaron fuentes secundarias como *Los orígenes institucionales de la salud pública en la Argentina* (Veronelli, Veronelli Correch, 2004),

Vida de Sanitarista (Hamilton, 2010), *Hospitales de reforma. Crónicas para evitar el olvido* (Dal Bo, 2008), "From Medicine and Public Health to Medical Sociology in Argentina" (Segovia, 1978), *Experiencias de gestión en salud. Segundo ciclo* (Maceira, 2010).

Otro eje importante en nuestro relevamiento fueron las publicaciones periódicas, tanto las publicadas por los organismos internacionales especializados en temas sanitarios (como la OPS, pero también la Organización Mundial de la Salud) y culturales (como UNESCO) como las publicadas por los propios médicos sanitaristas. Entre las primeras consultamos números de: *Crónica de la OMS* (números publicados entre 1947-1961), el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* (1959-1961), *Salud Mundial* (1950-1960) y *El Correo de la UNESCO* (1955-1962). Otros documentos oficiales de la OPS se consultaron en su repositorio digital accesible en la web.

Entre las publicaciones del ámbito sanitario local, se hizo un relevamiento de todos los números publicados por la *Revista de Salud Pública* (1961-1969), el *Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública* (1962-1970), *Medicina Administrativa* (1967-1970) y los *Cuadernos de Salud Pública* (1969-1976). Otras "revistas médicas" fueron consultadas pero sólo números específicos: *La Semana Médica*, la *Revista de la Asociación Médica Argentina*, *Medicina* (publicada por la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA), la *Revista de la Confederación Médica de la República Argentina* (COMRA). Publicaciones de la Universidad de Buenos Aires se consultaron algunos números de la *Revista de la UBA* y el *Boletín Informativo de la UBA* (1958-1965).

Un complemento de las publicaciones periódicas fueron los libros publicados por médicos sanitaristas en este período. En dicho sentido, se consultaron los catálogos de la Editorial Universitaria de Buenos Aires (Eudeba), El Ateneo, Paidós, Fondo de Cultura Económica, Claridad, Americalee y Lautaro.

Por último, no nos fue posible hacer un relevamiento sistemático de materiales producidos por la autoridad sanitaria ministerial, en sus diferentes épocas, por no existir un archivo histórico unificado. Por este motivo, se rastrearon en diferentes bibliotecas y archivos materiales no editados, en general mimeografiados, como informes técnicos, memorias, programas y propuestas de reforma, etc.

5. Plan de tesis

La presente tesis consta de cuatro capítulos. En el capítulo 1 nos concentramos en tres ejes: en primer lugar analizamos el escenario previo a la instalación de la ESPUBA y demostramos que entre 1940-1960 es posible hallar muchos indicios sobre el interés por la salud pública en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires, tanto en el dispositivo pedagógico e institucional de las universidades, como en otros ámbitos de circulación. En segundo lugar, indagamos el accionar de los organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, que organizaron desde la Segunda Posguerra una estructura de agentes e instituciones de alcance global. En tercer lugar, describimos la articulación del ámbito local con ese clima internacional de ideas, recomendaciones, actores a partir de 1955.

El capítulo 2 explora el desarrollo de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires, creada en 1958, como un caso de internacionalización de la experiencia académica de un campo o disciplina. Nos interesa abordar el surgimiento de una institución que se volvería central dentro de la fisonomía del campo de expertos en salud pública en la Argentina de las décadas de 1960 y 1970, y preguntarnos por su relación con el ámbito complejo de la salud internacional que vemos en el capítulo anterior. ¿Cómo se articularon esas redes y actores internacionales avocados a la “asistencia técnica” con esta institución local?, ¿cuál fue el rol de los organismos internacionales, las redes interpersonales, los viajes formativos en dicha articulación?, ¿qué rol tuvieron las agencias estatales locales en el sostenimiento de esta experiencia y en la formación de sanitaristas y expertos en salud pública?

El capítulo 3 explora otro aspecto del mismo proceso de transformación, pero corre la perspectiva desde los itinerarios de formación, las acciones de la OPS y las agencias estatales como sponsors de la ESPUBA, hacia el saber experto, los discursos, las nociones teóricas fundamentales que los médicos sanitaristas, como grupo profesional y como consultores empezaron a desarrollar. Con la finalidad de desanudar esta trama de elaboraciones, en este capítulo nos concentraremos en el análisis de un amplio conjunto de trabajos, discursos y *papers*, al que contribuyeron médicos y profesionales del

sanitarismo, con el objeto de comprender el pensamiento de los sanitaristas en este período, qué vínculos establecían entre economía y salud, qué derivas tuvo esa relación conceptual en el ámbito local y cómo se relacionaron estos discursos con el renovado internacionalismo desarrollista de los años cincuenta y sesenta.

Por último, el capítulo 4 indaga un último aspecto de este mundo social que los sanitaristas forjaron hacia las décadas del sesenta y setenta: su participación, en calidad de funcionarios y consultores expertos de la gestión estatal de la política sanitaria en esos años. Para cumplir este objetivo, mostramos cómo estos especialistas realizaron acciones públicas y tendieron puentes asociativos entre ellos para constituirse como voces autorizadas y mostrarse como agentes portadores de una racionalidad científica y técnica. Veremos que la Asociación Argentina de Salud Pública tuvo esa finalidad, además de funcionar como vidriera y ámbito de sociabilidad entre los expertos y las autoridades sanitarias durante la década de 1960. El capítulo muestra también cuáles fueron las trayectorias laborales de esos sanitaristas, la vocación, mayoritariamente compartida, por la gestión estatal y los diferentes modos de inscripción en los espacios de la burocracia sanitaria del Estado argentino.

Finalizamos la tesis con las conclusiones, donde retomamos, a la luz de la información obtenida, los análisis propuestos en el “estado de la cuestión”, con el objetivo de proponer una caracterización final de este grupo de especialistas y de la experiencia de la ESPUBA desde su creación hasta el Golpe de Estado de 1976.

Capítulo Uno. Luces y sombras de la salud pública hacia 1960

Introducción

El año 1960 presentaba un panorama complejo en la Universidad y en el país. Si por un lado la presidencia de A. Frondizi tambaleaba entre presiones militares y un frente social y sindical conflictivo, por el otro, las universidades continuaban introduciendo reformas e innovaciones en sus dispositivos pedagógicos y académicos. El clima de efervescencia en las facultades de la Universidad de Buenos Aires no sólo abarcaba al núcleo de estudiantes que intervenían en las agrupaciones políticas de su claustro, sino también a un creciente mundo de investigadores y especialistas. El *Boletín de Informaciones de la UBA* informó en 1960 la creación de la carrera de Investigador Científico, en el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). (S/A, 1960-a:10). En otro número anunció que el Departamento de Sociología de la Facultad de Filosofía y Letras había recibido un subsidio de U\$S 210.000 de la Fundación Ford, para solventar la contratación de investigadores extranjeros, compra de materiales de investigación, organización de la biblioteca y financiamiento de viajes de estudio. (S/A. 1960-b:14). El catálogo de la Editorial de la UBA (EUDEBA), también presentaba un panorama promisorio para distintas especialidades científicas. Ese año se publicaron *Introducción a la bioestadística*, de H Bancroft, *La población, sus movimientos, sus leyes*, de A. Sauvy, *La herencia humana*, de J. Rostand y una docena de títulos de divulgación científica, literaria e histórica.

El año 1960 coincide también con el comienzo de las actividades de la Escuela de Salud Pública de la UBA (ESPUBA), en un clima que resultaba propicio para muchos cambios, para la inauguración de nuevos departamentos académicos, Escuelas e Institutos. Asimismo, para el ámbito de la salud pública, como especialidad académica, el año inicial de la ESPUBA también marcó en el encuentro entre un pasado extenso, rico en antecedentes, y un presente de promesas y nuevas oportunidades.

La hipótesis que estructura el presente capítulo es que, por un lado, hacia 1960 la salud pública en Argentina formaba un campo profesional, es decir, una compleja trama formada por los desarrollos académicos previos y por actores, redes institucionales locales y transnacionales; por otro lado, lejos de ser solamente un tópico de debates

entre médicos, el saber experto cultivado en este campo poseía una clara proyección hacia otras profesiones y ámbitos. Dicho crecimiento había sentado bases firmes para avanzar en experiencias de innovación en la formación y en el entrenamiento de agentes sanitarios, en articulación con la esfera internacional y con la gestión estatal en materia sanitaria.

Para ordenar la exposición en torno a esta hipótesis inicial nos concentraremos en tres dimensiones. En primer lugar, el creciente interés por la salud pública, principalmente, en el dispositivo pedagógico e institucional de las universidades argentinas entre los años 1940 y 1960, aunque también en ámbitos no especialistas. En segundo lugar, el accionar de los organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, que organizó desde la Segunda Posguerra una estructura de agentes e instituciones de alcance global, promoviendo la salud pública como especialidad. En tercer lugar, la articulación del ámbito local con ese clima internacional de ideas, recomendaciones, actores.

Diferentes circunstancias, a nivel local e internacional, se combinaron a partir de la década de 1960 dando origen a diversas innovaciones institucionales, como nuestro caso de estudio, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (ESPUBA). En primer lugar, los desarrollos locales en la materia tenían una historia extensa. En este sentido, creemos que sería un error inscribir la experiencia de la ESPUBA solamente en el clima de promoción científica y académica que caracterizó a la vida universitaria entre 1955-1966, en el que nacieron nuevas carreras (psicología, sociología, antropología, enfermería universitaria), Escuelas (como la propia ESPUBA, o la Escuela de Negocios de la Facultad de Ciencias Económicas) e institutos de investigación (como el Instituto de Investigaciones Médicas dirigido por Alfredo Lanari) (Rotunno y Díaz de Guíjarro, 2003; Buchbinder, 2005). Más allá de este polo modernizador, el proceso de renovación de la formación sanitaria tenía fuertes vínculos con el pasado, a través de los cuales la ESPUBA, entabló significativos académicos y personales. Estos precedentes incluían tempranas cátedras e institutos de higiene social e ingeniería sanitaria (Sánchez, 2007), las primeras asociaciones de higienistas, la celebración de congresos nacionales, la circulación de revistas especializadas y los primeros vínculos y tensiones entre este orbe académico y las políticas y agencias

estatales competentes en materia sanitaria. Por otro lado, abarcaron distintas modalidades de circulación de los saberes sanitarios en ámbitos no expertos.

En segundo lugar, las políticas de promoción científica, cultural y educativa encaradas por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) desde los inicios de la Guerra Fría, como veremos, abrieron ante los expertos locales la posibilidad de un acoplamiento a redes globales y condiciones materiales propicias para el desarrollo de proyectos de renovación de la educación médica.¹¹

Por último, veremos que el clima de ideas y propuestas internacionales tuvo una recepción y una reelaboración positiva en la Argentina de las décadas de 1940 y 1950, donde las nuevas iniciativas de colaboración transnacional obtuvieron ecos entre los sanitaristas locales, muchos de los cuales tomaron un papel activo como miembros de una creciente red global de expertos en salud pública. También los gobiernos de la “Revolución Libertadora” (1955-1958) y de Arturo Frondizi (1958-1962) se manifestaron favorables ante este clima internacional y propiciaron el arribo de misiones de expertos, el fortalecimiento de los proyectos de los organismos inter-americanos, la utilización de las oportunidades de formación académica en el exterior.

Universidad de
San Andrés

¹¹ En este sentido, nuestro planteo se aleja de una lectura instrumental que ve en las políticas sociales, educativas, culturales y sanitarias promovidas por los organismos internacionales desde 1945 en el espacio inter-americano, “como parte de una agenda imperialista más general” (Whitfield y Waitzkin, 2009:220). Esta interpretación tradicional del lugar de América Latina en la guerra fría supone un enfoque de “gran estrategia”, en el cual los EU.UU. y la U.R.S.S. se habrían enfrentado en un tablero de ajedrez global, siendo los demás países meros testigos o marionetas de las potencias mundiales (una distribución de roles según la cual existieron naciones “masters” y “proxys”). En cambio, siguiendo a Joseph (2008) y Saull (2005), proponemos una mirada que acentúa los usos y estrategias de diferentes gobiernos y actores locales, quienes buscaron explotar la rivalidad entre los bloques de acuerdo a sus propios intereses (Joseph, 2008:4-5), lo que rehabilita pensar la importancia del “sur global” no como campo de maniobras de las potencias del mundo bipolar sino como actores centrales en ese enfrentamiento. (Saull, 2005:254).

1. Los primeros pasos de la salud pública como saber experto (1940-1960)

“En nuestros días la sanidad no es tan sólo la profilaxis de enfermedades infectocontagiosas, sino que aborda temas tan ligados a la sociología, la bio-estadística, la psicopatología social, patología del trabajo, etc. que un médico sin cultura general sólo es una rémora para la administración pública.”
Archivos de la Secretaría de Salud Pública, 1947.

Una historia concisa de la salud pública en Argentina exigiría que la abordemos como una rama del conocimiento científico y presentáramos una lista de los desarrollos internos de la especialidad en los foros universitarios. Esta historia dejaría de lado las ramificaciones de ese saber hacia el Estado y hacia ámbitos legos, en reuniones de divulgación, conferencias, etc.¹² Sin embargo, algunos trabajos han presentado argumentos y ejemplos elocuentes sobre la necesidad de un análisis de los derroteros sociales de los saberes expertos, su “desborde” hacia otras esferas distintas de la conformada por especialistas, incluyendo el despliegue de estos conocimientos ante tribunas amplias. (Plotkin, 2003; Caimari, 2004; Plotkin, Caravaca, Daniel, 2018). En este sentido, puede ser útil la definición que ofrecieron Morresi y Vommaro (2011) sobre el saber experto y la *expertise* de agentes con educación universitaria y conocimientos acreditados por la posesión de títulos, como “un tipo de actividad de intervención sobre lo social que tiene la particularidad de unir varios espacios, de modo de construir consensos durables sobre la necesidad y la justeza de ese discurso y de los dispositivos e instituciones ligados a él” (2011:14). Esta perspectiva implica por tanto indagar la circulación universitaria de la salud pública como saber experto, pero también tener en cuenta su presencia en otros ámbitos.

¹² Como afirmó Kreimer, esta historia concisa coincide con la versión tradicional de la historia de la ciencia: “Se trata de una historia de la disciplina que se halla anclada en la idea de descubrimiento como articulador de un movimiento que, por regla general, implica un avance progresivo de los conocimientos.” (2002:23). Esta visión ha inspirado trabajos encarados por “los propios practicantes de la disciplina en cuestión” abrevando en la construcción “de una identidad, de un linaje, de una tradición. Tradición en la que el científico-historiador inscribe su propio nombre y constituye su propia identidad como investigador.” (Kreimer, 2002:24).

1.1 La salud pública en el campo universitario

Los médicos

El desarrollo de la salud pública como campo académico y como arena de intervención pública poseía, hacia 1960, antecedentes de diversa índole, siendo el principal de ellos el desarrollado en el campo universitario. Los espacios universitarios, como se ha sugerido en diversos trabajos, han funcionado como sitios de formación y reclutamiento de elites técnicas e intelectuales, de luchas internas por el poder y lugares tensamente relacionados con el poder político y la conducción del Estado. (Bourdieu, 2014 [1984] y 2015; Charle, 1980 y 2015; Sigal, 1991; Ringer, 1992 y 1995; Rothblatt y Wittrock, 1996). El campo universitario ha sido descrito como una arena de combates por tipos específicos de capital y como una institución vinculada casi orgánicamente con el poder del Estado y de las élites. Pierre Bourdieu hizo hincapié en ambas características, pero privilegió el análisis de las dinámicas internas y de las luchas por las posiciones de poder que enfrentaban a facultades, carreras, institutos, profesores e investigadores. (2014). Para Bourdieu,

el campo universitario es, como todo campo, el lugar de una lucha para determinar las condiciones y los criterios de la pertenencia y la jerarquía legítimas, es decir, las propiedades pertinentes, eficientes, apropiadas para producir, funcionando como capital los beneficios específicos que el campo provee. (2014:23).

Desde otro punto de vista, Silvia Sigal señaló las dificultades de conceptualizar la universidad y el campo de los intelectuales en Argentina como esferas independientes del poder político (1991:26-27, 58-63), dada la fragilidad de esos espacios sociales y su vulnerabilidad frente a los cambios (abruptos) del campo ideológico y político más vasto, característica reconocida por otros trabajos sobre los intelectuales en la Argentina de las décadas de 1940 a 1960 (cfr. Neiburg, 1998).

La universidad ha sido estudiada como un ámbito en el que se gestan individualidades, grupos y elencos de intelectuales, con orientaciones políticas, trayectorias sociales y actitudes diferentes frente a la esfera del poder político. Se trata de un espacio formativo y uno de los lugares principales de los expertos, donde las ideas, proyectos y nuevas instituciones se desenvuelven a partir de un escenario existente, con sus competencias y oportunidades y también en vinculación con el Estado, con las élites políticas y con la esfera del poder político.

Respecto a nuestro caso de estudio, la universidad fue uno de los epicentros desde los cuales el saber experto acerca de la administración y el cuidado de la salud de la población se fue elaborando y propagando y en el cual comenzaron a funcionar los primeros ámbitos de entrenamiento de esos expertos. Un ejemplo de esto lo encontramos en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, donde en 1941 se comenzó a otorgar el título de especialización de “Médico higienista” para los graduados del “Curso Superior de Higiene y Medicina Social”, de dos años de duración. La puesta en funcionamiento de este curso condensaba una extensa cadena de antecedentes que se remontan hasta la década de 1870, cuando fue creada la primera cátedra de Higiene en la Escuela de Medicina de Buenos Aires.¹³ El Curso no se trataba de una Escuela ni un Instituto autónomo, sino de un conjunto de materias de especialización para posgraduados, dentro de la cátedra de Higiene.¹⁴ En este sentido fue un espacio curricular novedoso que funcionó en el seno de un sector tradicional de la Facultad que daba continuidad a las propuestas de médicos “notables” como Emilio Coni¹⁵ a fines de la década de 1890 hasta Gregorio Aráoz Alfaro y Alberto Zwanck,

¹³ A la que le siguieron los cursos dictados en el Museo Social Argentino (1911), las actividades de la cátedra e Instituto de Higiene y Medicina Social (1922, en la UBA) y el Curso de Visitadoras de Higiene (1930, también en la UBA). (Sánchez, 2007). También podemos computar en esta lista, los cursos dictados fuera de Buenos Aires, en las Universidades del Litoral, La Plata y Tucumán, donde también se desarrollaron especializaciones en higiene, otorgando un total de 541 títulos de especialización entre principios de los cuarenta y 1960. (Sevlever; Canitrot; Kelmendi de Ustarán Viana, 1963: 97-103).

¹⁴ Esta distinción no es irrelevante. El nacimiento de las primeras escuelas de higiene y salud pública fue producto de un gran esfuerzo por independizar la formación de médicos especializados en higiene de las autoridades tradicionales del campo médico, como lo muestra el caso de la Escuela de Higiene y Salud Pública de la *Johns Hopkins University*, en Baltimore, EE.UU. (Fee, 2016).

¹⁵ Emilio Coni (1855-1928) fue discípulo de Guillermo Rawson, continuador de sus intereses en estadísticas vitales de Buenos Aires y luego de las provincias. Representó a la Argentina en congresos internacionales en América y Europa, ocupó cargos varias veces a lo largo de su vida, como Inspector de Higiene escolar en la Capital; organizó la Oficina Estadística prov. Bs. As. Así como la Oficina

activos propulsores de una mejor formación académica para higienistas y fundadores de varios espacios de capacitación.¹⁶

El Curso creado en 1941 concentró buena parte de estos intereses y conocimientos desarrollados en las décadas previas. Se trataba de una propuesta bi-anual: durante el primer año de cursada, los alumnos debían asistir a clases sobre “Bacteriología y Parasitología aplicadas a la Higiene”, “Fisiología, Química y Física aplicadas a la Higiene”, “Ingeniería sanitaria”, “Estadística” y “Nutrición”. En el segundo año, la capacitación se completaba con “Epidemiología y Profilaxis”, “Economía y Legislación Sociales”, “Higiene y Medicina Social” y “Administración sanitaria”. Eran materias teóricas representativas de otros planes de estudio en salud pública e higiene, en sintonía con experiencias tempranas y muy influyentes a lo largo del siglo XX como la Escuela de Higiene y Salud Pública de la *Johns Hopkins University*, de Baltimore, EE.UU. (Fee, 2016), en las que primaron los saberes médicos, biológicos y un inicial acercamiento hacia la estadística sanitaria y las cuestiones ambientales. El Curso se aprobaba con un trabajo final a modo de tesis, que debía reflejar una investigación original, como podemos ver en los legajos personales de algunos de sus egresados.

Los médicos Francisco Martone y Moisés Malamud fueron alumnos egresados de este curso en 1942 y 1944 respectivamente. (Martone, 1954; Legajo FCMUBA 23603 Francisco Martone; Legajo FCMUBA 18510 Moisés Malamud). Siguiendo sus trayectorias posteriores podemos ver algunos patrones: producción académica y de divulgación, tanto de libros como de artículos en revistas especializadas; ejercicio de roles directivos y de administración, en la burocracia sanitaria (en fuerte proceso de crecimiento en la década peronista) y en la dirección de hospitales; vínculo con organismos y expertos internacionales (Organización Panamericana de la Salud, Cruz

Demográfica del Departamento Nacional de Higiene; fue Director de la Asistencia Pública de la Capital. (Sánchez, 483-486; Álvarez, 2008).

¹⁶ Gregorio Aróz Alfaro (1870-1955), fue director del Departamento Nacional de Higiene entre 1923-1926 y entre 1930-1931), escribió diversos trabajos sobre higiene infantil y salud materno-infantil, lucha antituberculosa y asistencia social. (Sánchez, 2007: 515-516); Alberto Zwank (1884-1958) fue titular de la Cátedra de higiene social en la UBA entre 1931-1946, además fue organizador de la Escuela del Servicio Social del Museo Social Argentino; sus temas de interés fueron los acuerdos sanitarios, la calidad de las aguas y los métodos de potabilización por cloro, los problemas derivados del hacinamiento habitacional, las enfermedades profesionales, la profilaxis escolar y la enseñanza antialcohólica. (Sánchez, 2007:548-549).

Roja Internacional) y con asociaciones y actores de la sociedad civil. Entre los docentes de este curso se encontraban los médicos Alberto Zwanck (1884-1958), Germinal Rodríguez (1898-1960), Guido Ruíz Moreno (1910-?), Bruno Perversi (1914-?), Carlos Alberto Marchese (1906-?), Juan Kaplan (1909-1973) y el bioquímico Alfredo Sordelli (1891-1967). Estos perfiles pioneros tenían características diferentes entre sí: Ruíz Moreno y Kaplan, fueron profesores universitarios de carrera, con larga duración en sus cargos y permanencia en la cátedra de Higiene y Medicina social como docentes titulares; Rodríguez, en cambio, se orientó hacia la acción política y formó parte del gobierno peronista a partir de 1946, convirtiéndose en un funcionario de alto rango hasta el final de dicha experiencia política en 1955, momento a partir del cual su carrera continuó alejado de la Universidad de Buenos Aires. (Legajos FCMUBA 15799 Germinal Rodríguez; 23779 Guido Ruíz Moreno; 41840 Bruno Perversi; 22774 Carlos Alberto Marchese; 22346 Juan Kaplan).

Hasta principios de los años sesenta pasaron por este Curso unos 200 alumnos, según el relevamiento de Sevlever, Canitrot y Kelmendi de Ustarán Viana (1963: 97-103). Muchos de estos médicos auspiciaron la creación de instancias colectivas de pertenencia, con el objeto de afianzar la perspectiva de la salud o higiene pública y propiciar un mayor reconocimiento y visibilidad de la especialidad, como la Asociación Argentina de Higiene en 1941. A partir de un pequeño grupo de veinticinco médicos, egresados y estudiantes del Curso, la Asociación llegó a tener más de un centenar de socios y una revista propia, *Hygieia*, que se publicó entre 1946-1948. La agrupación organizó conferencias, ciclos de charlas sobre medicina social y dio difusión a los trabajos de los egresados del curso de la UBA. Algunos graduados del Curso se destacaron rápidamente como especialistas en temas como administración y legislación sanitaria o saneamiento ambiental como los médicos Francisco Martone y Luis Lepera respectivamente, quienes dieron a conocer sus trabajos en las páginas de *Hygieia*. (Legajo FCMUBA 23603 Francisco Martone; Legajo FCMUBA 51662 Luis Lepera).

La Asociación tuvo dos épocas. Una primera entre 1941-1946 en la que se buscó la consolidación de la especialidad profesional y la difusión de la *expertise*. La segunda época coincide con el lanzamiento de la revista *Hygieia* y con el ascenso del peronismo. La política llevada adelante por Ramón Carrillo desde la Secretaría de Salud Pública a

partir de 1946 era homenajeada por la publicación y en ocasiones se reproducían sus discursos. El número inicial, por ejemplo, informaba sobre la creación de un nuevo premio a la mejor investigación en medicina del trabajo, higiene pública o higiene industrial: el "Premio Juan Domingo Perón".¹⁷ Como los *Archivos de la Secretaría de Salud Pública* (la publicación oficial de la cartera estatal entre 1947-1951) la revista *Hygieia*, publicó la noticia de la inauguración del Instituto de Higiene Pública y Vivienda, felicitando a sus directores técnicos Carlos Alberto Marchese, Héctor O. Galli, Mauro Carbone y Serafín A. Frontini, miembros de la Asociación. (S/A, 1947-a).



Fig. N° 4. Alberto Zwanck (izq.). Revista *Hygieia*, 1946, N°1, p.7.

Fig. N° 5. Germinal Rodríguez (der.). Revista *Hygieia*, 1947, N° 3, p. 3.

La revista dio a publicidad tanto a figuras como a ideas y novedades en el mundo sanitario local e internacional

¹⁷ La existencia de premios como instancias de consagración es un dato relevante para la conformación de un campo intelectual o artístico, como ha sido analizado por Pierre Bourdieu (2002). Asimismo, la Facultad de Ciencias Médicas había creado el premio "Eduardo Wilde" para reconocer aportes en el campo de la salud pública y la higiene. Un egresado del Curso Superior, Francisco Martone, ganó ese premio en 1952 por su trabajo *Administración Sanitaria y Medicina Social*.

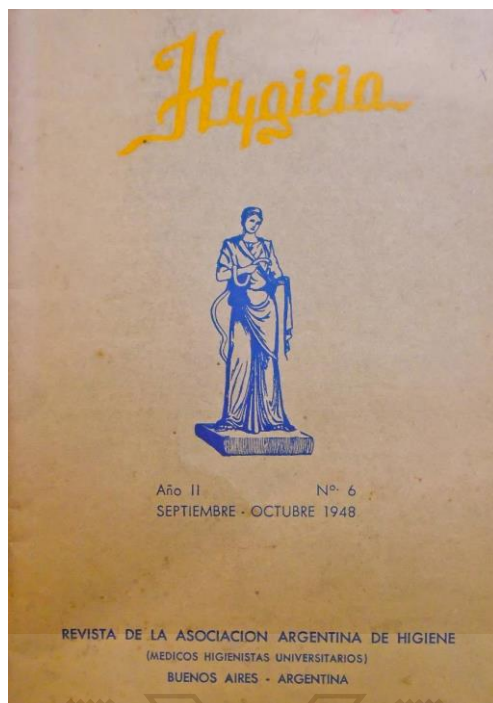


Fig. Nº 6. La revista oficial de la Asociación Argentina de Higiene se publicó entre 1947-1949

Entre los temas tratados por la publicación, tenían un lugar especial aquellos que se relacionaban directamente con la política social del gobierno, como la salud de los trabajadores (Peralta Bello, 1947; Montenegro, 1948) y el desarrollo de la especialidad “medicina laboral”¹⁸.

Los integrantes de la Asociación se mostraron interesados en intercambios internacionales de diversa índole, como puede verse en las páginas de *Hygieia*: visitantes ilustres de Europa, viajes de expertos locales a congresos en el exterior, comentarios sobre libros, etc. Todos estos elementos nos dan un primer indicio de las ramificaciones transnacionales que el incipiente campo de la salud pública local ya manifestaba en los años cuarenta.¹⁹ El tercer número de la publicación anunció en 1947 la realización de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, organizado por la Oficina homónima en Caracas, Venezuela, que contó con la participación de una numerosa

¹⁸ Era una especialización de la Facultad de Cs. Médicas de la UBA, que duraba un año y estaba destinada a médicos graduados. El título que otorgaba era el de "Superintendente de Higiene Industrial" y en esos años estaba a cargo de Germinal Rodríguez (al menos hasta 1955). Las materias que componían el curso eran "Higiene y medicina industrial", "Fisiopatología del trabajo", "Accidentes y enfermedades profesionales", "Legislación del trabajo y Economía social", y "Servicios sociales de la industria". Ver Legajo FCMUBA 23603 Francisco Martone.

¹⁹ Cfr. un número de 1948 celebraba la creación de la Organización Mundial de la Salud y reproducía artículos de sus principales expertos (Biraud, 1948; Goodman, 1948).

delegación argentina comandada por Alberto Zwanck y Carlos Alvarado entre otros médicos.²⁰ El vínculo con la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) es otro dato importante. Este incidió al parecer en los argumentos que la publicación esgrimió en pos de una mayor profesionalización de la especialidad. Inspirado en las discusiones de la Primera Conferencia Interamericana sobre Educación Profesional en Salud Pública realizada en 1943, una nota del primer número de la revista demandaba la ampliación de escuelas de higiene en todo el continente americano con "la cooperación espiritual y material de todos los gobiernos y organismos interamericanos de higiene, así como de las grandes fundaciones que tanto han realizado ya para el mejoramiento de la salud pública en este hemisferio". (S/A, 1946: 48). La misma nota recordaba que en dicha reunión científica los representantes argentinos votaron para que la OSP tuviera mayores atribuciones para acelerar el proceso de homogeneización técnica y terminológica de la higiene pública en el continente.

Los ingenieros sanitarios

Estos higienistas de la UBA, sin embargo, no fueron los únicos interesados en cultivar la salud pública como disciplina o área de especialidad. Fuera de la Facultad de Medicina, la salud pública y la higiene merecieron la atención de quienes, desde fines del siglo XIX, bregaban por mejorar las condiciones de saneamiento ambiental de las ciudades argentinas. (Ramacciotti y Rayez, 2018). Los químicos como Alfredo Sordelli y Rogelio Trelles y los ingenieros José Sagastume y Carlos Forn, en diferentes momentos y ámbitos sociales contribuyeron a establecer la ingeniería sanitaria como especialidad dentro de las carreras de ingeniería de Buenos Aires y La Plata, y a colocar la higiene ambiental urbana y rural como asuntos que requerían una atención urgente. (Trelles, 1976 y 1982). El primer curso de "Saneamientos urbanos y rurales" se comenzó a dictar en La Plata en 1914, a cargo José Sagastume y desde 1915 bajo la dirección de Evaristo Artaza, funcionario de Obras Sanitarias de la Nación. Ambos ingenieros, junto a otros expertos que se les unieron, publicaron libros y folletos fijando

²⁰ Carlos Alberto Alvarado (1904-1989), fue un médico especializado en la *Scuola Superiore di Malariologia* de Roma y en la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* en Londres, Inglaterra. Se interesó en la lucha contra la malaria y estuvo al frente de la Dirección Nacional de Paludismo desde 1937 hasta principios de los años cincuenta. (Sánchez, 2007: 577-578).

las metas a alcanzar en materia de saneamiento ambiental (Sagastume, 1919; Lozano y Paitoví, 1925; Trelles, Bengolea, Gaibrois, 1938; Artaza, 1943). Un punto de reunión importante para estos agentes fue la “División de Ingeniería Sanitaria” del Centro Argentino de Ingenieros (CAI). Desde su *Boletín*, que comenzó a editarse en 1938, presentaron proyectos de saneamiento, reseñaron libros y trabajos académicos traídos desde EE.UU. e Inglaterra, donde la disciplina estaba más desarrollada, e intentaron diseminar un lenguaje técnico común. Entre la década de 1920 y 1930 las demandas de estos ingenieros por una mayor institucionalización de la especialidad llevaron a la creación de las primeras y modestas cátedras de ingeniería sanitaria en las universidades de Córdoba (1923), Rosario (1924), Tucumán (1934) y finalmente Buenos Aires (1937), cuyo titular fue Ludovico Ivanissevich, funcionario de Obras Sanitarias de la Nación.

La propuesta de la División Ingeniería Sanitaria del CAI fue la creación de una Escuela de Ingeniería Sanitaria, lo que recién se concretaría a fines de los años 1950. Esta demanda de los ingenieros en la medida que se superaron algunos obstáculos en los años cuarenta y cincuenta. Un primer dilema tenía que ver con la disputa entre médicos e ingenieros por el monopolio del saber legítimo sobre la higiene pública y el saneamiento urbano. Los ingenieros estaban dispuestos a desarrollar una especialidad propia y promoverla desde sus espacios corporativos, prescindiendo incluso de la colaboración o el visto bueno de los médicos. La composición de la División de Ingeniería Sanitaria del CAI mostraba una clara inclinación hacia los ingenieros: de los 161 miembros hacia fines de los años treinta, 144 eran ingenieros, 2 eran arquitectos y 9 eran médicos o químicos (los miembros restantes eran colaboradores no especialistas). Varios ingenieros y químicos, como L. Ivanissevich o R. Trelles, eran además funcionarios de Obras Sanitarias de la Nación, espacio dentro del aparato estatal que los partidarios de la ingeniería sanitaria ya consideraban propio y a la vez distinto de los espacios ocupados por los médicos higienistas. La pregunta que flotaba en el aire en las primeras décadas del siglo XX era ¿qué roles tendrán médicos e ingenieros en las políticas sanitarias?, ¿a quién corresponden las funciones superiores de planificación y supervisión? ²¹

²¹ En términos de Bourdieu (2014), esto podría leerse como una disputa “entre Facultades”, por mayor reconocimiento y poder social. Asimismo no se trataría de un enfrentamiento entre una Facultad tradicional y poderosa y otra académicamente prestigiosa pero marginal, sino de dos casas igualmente

La disputa entre profesiones se zanjó mediante una estricta distribución de “territorios académicos” y delimitación de competencias técnicas respecto a los espacios ocupados por los médicos de salud pública, lo que era posible en la medida que ambas profesiones emplazaron sus propuestas formativas en sus propias Facultades. Por otro lado, la corporación de los ingenieros también debió superar obstáculos provenientes de la esfera del poder político, lo que fue posible recién luego de la experiencia peronista. Si bien durante el gobierno de Juan D. Perón, las cuestiones de saneamiento urbano y rural estuvieron presentes en distintas subsecretarías técnicas y direcciones nacionales (Ramacciotti, 2009:83-90), el Centro Argentino de Ingenieros fue intervenido desde 1945 y durante la gestión peronista mantuvo una relación conflictiva con el gobierno (Vaquer, 1968:428-442).

El conflicto de los ingenieros con la gestión peronista y su separación corporativa respecto a los médicos de salud pública nos provee algunas coordenadas sobre las tensiones que atravesaban y atravesarían el campo de la salud e higiene públicas en estos años centrales del siglo XX. Uno de ellos tendría que ver directamente con las pugnas entre el poder universitario, celoso de su autonomía frente a los elencos de gobierno, y el poder político, particularmente interesado durante los años del peronismo por alinear a los profesores, cooptar algunas de sus experiencias institucionales cuando no directamente intervenirlas.

Universidad de
San Andrés

La Escuela Superior Técnica de Salud Pública

En este sentido, si bien la gestión del ministro Ramón Carrillo mantuvo una buena relación con las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, no se privó de concretar su propia propuesta para formar agentes de salud pública, no ya en el plano universitario sino en el seno de la Secretaría de Salud Pública. Se trató de la Escuela Superior Técnica de Salud Pública, creada en 1947 y puesta en funciones en la ciudad de Buenos Aires, desde abril del mismo año. Según la Resolución de creación de la escuela, (S/A. 1947-b: 88) su director fue el médico

tradicionales y fundantes de la Universidad. Un ejemplo de disputas similares entre médicos e ingenieros en torno a la salud pública puede verse en la historia de la *School of Hygiene and Public Health* de la Johns Hopkins University entre 1915-1920 (Fee, 2016).

Adolfo A. Pozzo, también Director de Enseñanza Técnica e Investigación Científica de la agencia sanitaria. Desde los *Archivos...*, se justificó su creación afirmando que:

El concepto de que cualquier médico puede ser un oficial sanitario deriva de una época en la cual la pobreza de conocimientos que se tenía en materia de patología infecciosa y la ninguna intervención [que el] estado tenía en la defensa de la madre, del niño, del obrero, etc., hacía que con un mediano conocimiento de medicina se podía ser también un eficiente higienista. En nuestros días la sanidad no es tan sólo la profilaxis de enfermedades infectocontagiosas, sino que aborda temas tan ligados a la sociología, la bioestadística, la psicopatología social, patología del trabajo, etc. que un médico sin cultura general sólo es una rémora para la administración pública". (S/A. 1947-c: 1-5).

Desde la Secretaría se argumentaba por una "mayor eficiencia de[l] personal de sanidad", "una mejor preparación técnica" para lograr el desarrollo de "una cultura técnica en materia de higiene" entre los médicos. En la misma publicación, en agosto de 1948, Germinal Rodríguez, profesor del Curso Superior de la UBA, saludaba la creación de esta escuela como un acontecimiento que "sale del marco común de los hechos diarios" (Rodríguez, 1948: 127-138) e instaba a redoblar esfuerzos para superar las limitaciones del saber higiénico. Según su visión, la higiene, en tanto disciplina científica quedaba encerrada en los claustros universitarios y era vulnerable de "academismo" (sic): "el higienista puro, de libro, pierde contacto con la realidad social y, su ciencia se vuelve tan extraña al ambiente en que actúa que impresiona a los ojos de sus colegas como un ser venido de otro planeta" (Rodríguez, 1948:135); por otro lado, en las cátedras universitarias de higiene la disciplina "se reducía a la simple aplicación del poder de policía" en contraste con lo que debería ser una moderna "medicina social", basada "en la solidaridad y en los métodos preventivos". (1948:131).

A través de esta escuela se capacitaron 590 empleados del Ministerio en "medicina del trabajo", "medicina sanitaria", "gastroenterología clínica", "higiene pública y de la vivienda" y otras materias similares. (Ramacciotti, 2009:80). Aunque el ministro

Carrillo afirmó con vehemencia que la Escuela ministerial “no pretendía competir con la formación universitaria” (Veronelli, Veronelli Correch, 2004:513), es probable, por los argumentos esgrimidos por Rodríguez, que no considerara al “Curso Superior” u otras instancias de la universidad lo suficientemente adecuadas a los fines planteados por su gestión.

Esta divergencia nos habla de distintos criterios en la formación de lo que se consideraba un “agente de salud pública”: la universidad, a través de su “Curso Superior” formaba médicos capacitados desde el punto de vista académico, siguiendo los patrones didácticos, pedagógicos y de contenido acordes a sus tradiciones e intereses; la gestión estatal aspiraba a formarlos como cuadros técnicos al servicio del Estado y del proyecto político en el poder. Esta disparidad de criterios no escaló hasta convertirse en un conflicto abierto entre el “campo universitario” y el “campo del poder político”, siguiendo a Bourdieu (2014), pero sí nos habla de una tensión entre ambas esferas.

Es necesario ponderar varios datos que surgen de este análisis. Por un lado, la universidad se mostraba hacia 1960 como uno de los epicentros más importantes para la conformación de un campo de la salud pública. Hasta 1955 vemos varios desarrollos académicos, llevados adelante por médicos, ingenieros y otros profesionales; observamos también un despliegue de actividades asociativas y publicaciones especializadas, ambas conectadas con la gestión estatal en materia sanitaria y con incipientes ámbitos internacionales. Más allá de los conflictos y tensiones existentes en este campo en formación, podemos hablar de un “circuito profesional” en ciernes, observable al nivel de las trayectorias individuales y de actividades diversas desarrolladas por agentes portadores de este saber experto. Hacia los años peronistas este “circuito” podía incluir, como rasgos y posibilidades de posesión de capitales culturales adquiridos: 1) ser egresado del “Curso de Higiene”; 2) publicar en *Hygieia* o en los *Archivos*; 3) ocupar un cargo en la Secretaría de Salud Pública o ser asesor de la misma; y 4) el ejercicio de la docencia en las cátedras de Higiene o espacios similares.

Sin embargo, las competencias y las acciones concretadas desde la esfera estatal (sobre todo en el período 1946-1955) no fueron inocuas para el campo universitario, ni pasivamente aceptadas para las instituciones de formación. Por un lado, no todos los profesores y egresados del “Curso Superior” adhirieron al peronismo o colaboraron con la revista *Hygieia*; otros profesores de higiene pública y medicina social formados en otros ámbitos universitarios del país, tampoco apoyaron la gestión peronista y además fueron excluidos de la universidad por ese motivo (como David Sevelever en la Universidad Nacional del Litoral) (Salomón, 2015; Rayez, 2017); la Facultad de Medicina en Buenos Aires mantuvo sus propias instancias de consagración, otorgando 200 títulos de “médico higienista” entre 1941-c.1960 y estableciendo el Premio “Eduardo Wilde” al mejor trabajo sobre temas de medicina social e higiene pública.

Por último, el establecimiento de un “Curso Superior” para médicos, y de una División de Ingeniería Sanitaria dentro de la corporación de ingenieros de Buenos Aires, nos habla de una distribución de “territorios académicos” y de la posibilidad de resquebrajamiento internos en el campo universitario, hecho independiente de las pujas entre la universidad y el poder político.

Estos hallazgos confirman algunos patrones sociales postulados por los trabajos sociológicos e históricos centrados el proceso de construcción histórica de las profesiones en las sociedades modernas occidentales, como la abogacía, la economía, las ciencias sociales y la medicina y sus ramas y especialidades. (cfr. Elliott, 1972; Sarfatti Larson, 1977; Freidson, 1978; Abbott, 1988; Cocks y Jarausch, 1990; Jones, 1991; McLelland, 1991; Corfield, 1995; Dingwall, 2008; Haskell, 2000). Según Haskell (2000), en su estudio sobre la emergencia de las ciencias sociales como profesión en EE.UU. entre fines del siglo XIX y principios del XX, la

Profesionalización de las ciencias sociales debe ser definida como un proceso de tres partes en el cual una comunidad de investigadores es establecida, distinguiéndose a ella misma de otros grupos y de la sociedad en general, mejorando la comunicación entre sus miembros, organizando y disciplinándolos, y aun aumentando su credibilidad a

los ojos del público. Cualquier acto que contribuya a estas funciones, que fortalezca la solidaridad intelectual de este tipo especial de comunidad es un paso adelante hacia la profesionalización. (Haskell, 2000:19).

Ese esfuerzo por crear comunidades no es menor en ningún proceso de profesionalización, pero su efectividad es claramente limitada. Para Haskell, como para otros autores que trataron el tema, la emergencia de una profesión es el resultado de esfuerzos e intereses de individuos y conjuntos, pero también de condiciones cambiantes en la sociedad extensa, que pueden o no invocar la aparición de nuevas capacidades. Quienes han trabajado la historia de la profesión médica y su organización en la sociedad moderna reconocen el papel de la educación médica como motor del proceso de profesionalización de la medicina diplomada (Cartwright, 1977); así como la constitución de una élite médica vinculada al Estado (González Leandri, 1999) y el logro de una “autonomía y capacidad de regulación de la práctica”, “el control de su mercado” y un “estatus social privilegiado” (Belmartino, 2011:15-17).²²

La aparición de asociaciones profesionales y publicaciones especializadas ha sido señalada como un elemento característico en la institucionalización de la medicina o de una nueva rama o especialidad asociada a esta (Cartwright, 1977:40-57; González Leandri, 1999:188), por medio del cual un grupo profesional intenta visibilizarse y constituirse como una voz autorizada.²³ También se trata de un modo de constituir una

²² La conquista de una autonomía de criterios, de poder social y político así como la posesión del monopolio sobre un tema, actividad o práctica han sido señalados como elementos definitorios de las profesiones modernas. Los análisis de Freidson (1978, 1979) remarcaron la importancia de las regulaciones internas en la constitución del campo profesional y de la organización social y técnica de la práctica cotidiana. Según Freidson tanto quienes ven a la profesión "como un grupo de personas que busca una identidad compartiendo los valores y habilidades adquiridas en el curso de un entrenamiento intensivo", como quienes la ven "como un grupo de trabajadores reunidos al nivel más general en virtud de su común posición en la sociedad y de su coparticipación en una determinada división del trabajo", no lograron captar "la verdadera organización del trabajo" de los médicos. (Freidson, 1979:140). Para esto creía necesario no perder de vista la forma en que se organiza la práctica médica en los hospitales y otros espacios de trabajo, la creación de formas de regulación y disciplinamiento interno y la lucha por ocupar las especialidades y cargos con mayores cuotas de responsabilidad médica y experiencia clínica.

²³ En este sentido, la comunidad médica local había sido muy prolífica a la hora de organizar acciones colectivas por medio de círculos, sindicatos, asociaciones, sociedades, etc., desde el período de la organización de la profesión médica moderna en Argentina en la década de 1860. Comenzando por la Asociación Médica Bonaerense, la Sociedad Médico-Práctica y la Sociedad de Estudios Químicos

mayor “solidaridad intelectual”, mejorar la comunicación entre los integrantes de un colectivo y aumentar la credibilidad y coherencia del grupo. (Haskell, 2000:19). Las publicaciones de salud pública e higiene del período contribuían a hacer visible el área de estudio y al mismo tiempo dar a conocer las políticas sanitarias del gobierno peronista y la participación y los aportes de los expertos en esa materia dentro de la gestión pública. Esto hacía que *Hygieia* fuese una mixtura intermedia entre una publicación de expertos y una revista informativa sobre políticas sanitarias estatales, novedades legislativas e institutos y otras acciones de gobierno, como los *Archivos de la Secretaria de Salud Pública*, del *Boletín Informativo de Leyes de Trabajo* (Ramacciotti, 2011 y 2017) y de otros fascículos similares.

1.2 La salud pública se asoma a públicos masivos



“La peste bubónica tiene ahora sus días contados. Bajo aquellos tejados ennegrecidos, en un rincón lejano de la ciudad...un hombre de ciencia, enamorado de la ciencia, está luchando por ella.”

*Oswaldo Cruz, el Pasteur del Brasil.
Vencedor de la Fiebre amarilla.
Phoción Serpa, 1945:41-42.*

Universidad de

San Andrés

En paralelo a la universidad, la salud pública fue un tema de interés intelectual para un público educado, aunque no específicamente experto. Una tribuna más restringida, pero que igualmente le daba visibilidad y difusión a las cuestiones sanitarias, fueron los

fundadas en 1860, la corporación galénica fue afianzando su poder social creando grupos de presión y de divulgación científica, como la Sociedad Científica Argentina (1872), el Círculo Médico Argentino (1879) y la Asociación Médica Argentina (1891). (González Leandri, 1999; Sánchez, 2007). Durante la primera mitad del siglo XX, el accionar organizado de los médicos estuvo orientado también a la defensa de los intereses económicos y a la obtención de derechos laborales. (Belmartino, 2005) Algunas organizaciones fundadas con estos fines fueron la Asociación de Médicos de Hospitales (1917), el Sindicato Médico (1921), el Círculo Médico de Barracas (1923), los Círculos médicos del sudoeste, noroeste, centro y nordeste (de Buenos Aires), el Colegio de Médicos de la Capital (1932) y la Confederación Médica de la República Argentina (1941). Durante los años del peronismo, fueron creados la Agrupación de Médicos Peronistas, el Sindicato Argentino de Médicos y el Sindicato de Médicos y Afines de la República Argentina. Con el objeto de contribuir a visibilizar la salud pública y la higiene como ramas legítimas del saber médico, se organizó tempranamente una Sociedad Argentina de Higiene Pública, Microbiología y Patología (1907), la Liga Argentina de Profilaxis Social (1921), la Sociedad Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social (1932) y la Sociedad Argentina de Medicina Social (1938). (Sánchez, 2007).

cursos y conferencias del Colegio Libre de Estudios Superiores (CLES) entre 1931 y fines de los años cincuenta.²⁴ En ese período pasaron más de una decena de médicos para hablar de temas sanitarios, científicos o estrictamente bio-médicos; Alberto Zwanck (1931), Alfredo Sordelli (1931), Salvador Mazza (1934), Gregorio Aráoz Alfaro (1940), Bernardo Kandel (1947), Pedro Escudero (1950), Bernardo Houssay (1951), Antonio Vilches (1951) y otros, dieron cursos y charlas durante los casi treinta años de existencia del Colegio. (CLES, 1952). Siguiendo a Neiburg (1998), podemos recalcar que estas actividades sirvieron para formar núcleos de intelectuales y dirigentes políticos que luego tendrían gran importancia durante el período post-peronista. Además de estas charlas médicas e higiénicas, el CLES apoyó también nuevas corrientes artísticas y disciplinas científicas en ascenso como la sociología y la psicología, y varias manifestaciones intelectuales que luego hallarían su institucionalización en los años sesenta.

Desde las editoriales populares dedicadas a la distribución de libros baratos, también se retomaron muchas preocupaciones propias de la medicina social tendiendo un puente hacia un público masivo. En base a un creciente público alfabetizado estos libros se integraron dentro de prácticas de lectura y difusión de ideas entre sectores más amplios que los universitarios o profesionales. En los años 1940 y 1950, las editoriales Claridad, Tor, Lautaro, Americalee y otras, imprimían grandes cantidades de libros sobre diversos temas. Asimismo, estos editores tenían

en mayor o menor medida, un programa: ofrecen lo que juzgan adecuado para convertir al lector en un hombre culto, para entretenerlo adecuadamente, para ayudarlo a comprender y eventualmente ayudarlo a solucionar determinados problemas: los conflictos sociales y políticos, la paz y la guerra, la 'revolución sexual'... Aunque de fines culturales, son empresas que aspiran a vender lo que editan, de modo que seleccionan su material según los intereses de los potenciales lectores y los ofrecen con argumentos convincentes (Romero, 1995:54)

²⁴ Un análisis de la importancia del Colegio Libre en la vida intelectual de los años 1930-1955 puede consultarse en Neiburg (1998:137-182); sobre su rol como ámbito de formación para intelectuales y modernizadores culturales, ver Blanco (2006).

Más allá de las revistas especializadas, como *Hygieia* o *Archivos de la Secretaría de Salud de la Nación*, vemos a través de esta literatura que había indicios claros de interés por los temas y grandes figuras de la medicina social, por los adelantos tecnológicos de la biomedicina en su lucha contra las enfermedades, por los diferentes modelos extranjeros de atención a la salud y por los avances de la política social y sanitaria.

En este sentido, la editorial Claridad, por ejemplo, publicó entre fines de la década de 1930 y mediados de 1950 una gran cantidad de libros donde se abordaban los problemas de la salud pública, los avances de la medicina y la experiencia de los médicos que enfrentaban los más duros desafíos en los ámbitos urbanos y rurales.²⁵ Ya sea en clave laudatoria, autobiográfica o novelada, ciertos médicos eran presentados como poseedores de una gran sensibilidad social, virtud moral y capacidad científica fuera de lo común. Así por ejemplo *Cartas de un médico rural: médicos, medicina y enfermos* de 1936 (Bartolomé Bosio), *La Ciudadela: el drama de los médicos y de la medicina*, de 1939 (A. J. Cronin), *El triunfo sobre el dolor, biografía novelada del descubridor de la narcosis*, de 1943 (Adolfo Koelsch), *Oswaldo Cruz, el Pasteur del Brasil, vencedor de la fiebre amarilla*, de 1945 (Phocion Serpa), *El drama del hospital; documentos de un archivo profesional*, 1945 (Bartolomé Bosio). Estos libros analizaban vidas de grandes médicos consagrados, personajes reales como Oswaldo Cruz o ficticios como el joven Andrew Manson en *La Ciudadela*, del médico escocés Archibald J. Cronin (1896-1981).

El libro sobre Oswaldo Cruz, del brasileño Phocion Serpa, fue publicado en la colección "Biblioteca Hombres e Ideas" bajo el lema "El pensamiento y la acción puestos al servicio de la causa de un mundo mejor". Se trataba de una biografía del médico y bacteriólogo brasileño, egresado del Instituto Pasteur en París, fundador del

²⁵ Entre otras temáticas, sus libros trataron sobre el tratamiento de la tuberculosis (Hellborn, 1940), la utilidad de la eugenesia (Rubin, 1941), la necesidad de un seguro social (Onsari, 1941), la fatiga laboral (Palacios, 1944), la educación sexual de los adolescentes (Urcola, 1941). La "Biblioteca científica" de Claridad publicaba gran cantidad de libros sobre sexualidad, salud sexual y temas relacionados. Entre otros autores publicados en dicha colección figuraban Otto Schwartz (S/F), Climent (S/F) y August Forel (S/F).

primer laboratorio para la producción de sueros y vacunas contra la malaria y la fiebre amarilla que azotaban Río de Janeiro y San Pablo. En clave melodramática la vida del doctor Cruz era presentada como una sucesión de hechos heroicos "desde la más tierna infancia", desde "sus orígenes humildes" hasta su consagración como el "salvador" de la nación brasileña.

Por otro lado, *La Ciudadela: el drama de los médicos y de la medicina*, tuvo al menos dieciséis reimpresiones desde 1939 hasta 1950. Las desventuras del doctor Manson entre los obreros mineros de Gales evocaba una serie de imágenes dramáticas que pretendían, creemos, sensibilizar a un creciente público de lectores acerca de los males evitables que una buena atención médica podría subsanar. Como se ha señalado, la obra de Cronin fue su novela más exitosa, en términos de críticas y ventas, no sólo en su país natal sino en toda Europa y en países como EE.UU, e Italia, donde se hicieron películas y mini series televisivas con dicha historia. (McKibbin, 2008). La historia entretecía elementos de crítica social y sanitaria, presentaba el perfil de un médico heroico, incorporaba temáticas políticas como la lucha de clases y la emergencia de una nueva clase media inglesa, en los años treinta, a cuyos lectores el libro estaba dirigido. Como señala Romero (1995), los libros de Claridad, Tor, Americalee, Leoplán y otras editoriales populares, apuntaban a un lector aspiracional, integrante de un estrato social difuso, "vagamente popular", compuesto por obreros y nuevas clases medias. Las publicaciones de Claridad pretendieron enseñar a este público de qué modo la medicina podía curar los males que aquejaban a las personas si era aplicada con un sentido progresista, altruista y científico.

La cuestión de la salud en la experiencia soviética fue tema de varias publicaciones, donde se mezclaba la información con la propaganda política. En este sentido, Claridad publicó también textos que realzaban el poderío científico y sanitario de la Unión Soviética, como *La protección a la salud pública en la U.R.S.S. La organización sanitaria en la vieja y nueva Rusia* de un tal "Dr. A. Roubakine". En él, su autor afirmaba que

la medicina soviética se caracteriza principalmente por su acción preventiva. Es una medicina 'dirigida', que tiene un programa un plan general y un plan de acción

inmediata. El programa forma parte del programa general del Partido Comunista y propende al saneamiento físico y moral de la colectividad, secundando así los esfuerzos del Partido, tendientes a transformar la vieja sociedad burguesa, en plena descomposición económica y moral, en una sociedad colectivista, donde todo individuo pueda desarrollar al máximo sus aptitudes físicas e intelectuales. (Roubakine, 1933:19).

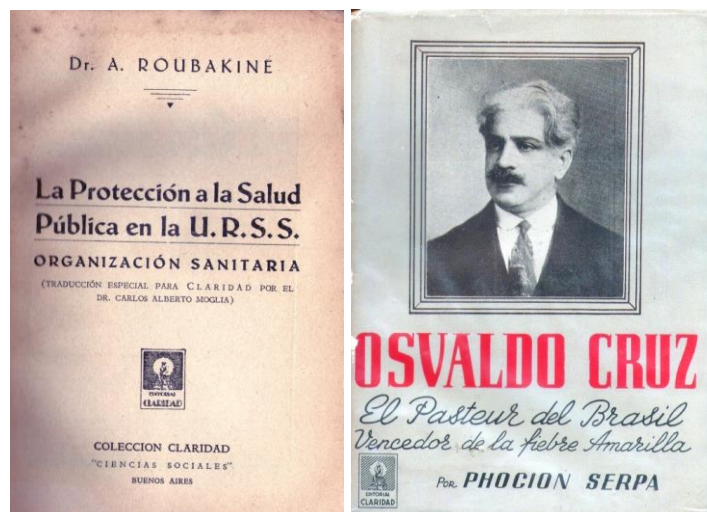
El médico soviético no ahorra críticas contra los médicos occidentales a quienes acusaba de “mercaderes de la salud” cuyo único interés consistía en el lucro y la defensa de sus privilegios. Según Roubakine, el gran error de los médicos del occidente capitalista era seguir defendiendo un sistema decadente y oponerse a la medicina social y a la construcción de un sistema inspirado en un “ideal social” de justicia. (1933: 29-31)

Aun cuando se tratara de traducciones dudosas de autores desconocidos o quizás hasta inexistentes, que exageraban propagandísticamente las conquistas del Estado soviético, la circulación de este tipo de trabajos ilustra el estado del debate sobre la atención de la salud entre mediados de los años treinta y comienzos de los cuarenta, momento en el que habían cristalizado las principales preocupaciones sobre el modelo (o falta de modelo) sanitario en el país, los problemas económicos de las mutualidades y el estado de los hospitales públicos. (Belmartino, 2005:71-85). Un clima general de malestar envolvía estas cuestiones que preocupaban a funcionarios y administradores del sub-sistema público de atención sanitaria. Observando la situación de los hospitales, se denunciaba por ejemplo el

aumento de la demanda poblacional y consiguiente presión sobre los servicios; encarecimiento de la atención por desarrollo de nuevos medios diagnósticos y terapéuticos; insuficiencia de los servicios en el interior del país, vuelco de la población sobre las instituciones capitalinas; mala distribución de los hospitales en el espacio urbano; arquitectura hospitalaria anacrónica; diferencias en la dotación de personal, recursos, instrumental y comodidades para la atención; carencias graves en algunos servicios, confort innecesario en otros; exacciones a la población

bajo la forma de “donaciones voluntarias”; (...) deficiente provisión de medicamentos; fallas en la cantidad y calidad del personal; severo déficit de enfermeras calificadas; insuficiente registro estadístico; excesiva centralización y formalización administrativa, desmesurada burocratización; régimen de licitaciones con excesivos trámites y controles (...); conflictiva articulación entre docencia y servicios; insatisfacción de los profesionales; fallas en las prácticas de gobierno: rotación política de cargos técnicos; desorden administrativo y corrupción política”. (Belmartino, 2005:85).

El interés por historias exitosas de médicos heroicos y por los logros de la medicina y de las políticas sanitarias en otros países tenía como trasfondo ese estado de malestar, pero también lo podríamos asociar al panorama de cambios de la política estatal de salud en Argentina desde el gobierno instaurado en 1943, profundizados durante el peronismo. La búsqueda de unidad y centralización administrativa fue una obsesión para los funcionarios del Departamento Nacional de Higiene desde fines del siglo XIX (Belmartino, 2005:21-52). La demanda de un ministerio de salud nacional, independiente de otras instancias como el Ministerio del Interior o de Guerra, comenzó a volverse un tema frecuente entre fines de los años 1930 y principios de 1940 (Ramacciotti, 2009: 31-41). Las referencias a otros modelos nacionales, la búsqueda y la exégesis de ejemplos a imitar, llenaban página tras páginas de informes, proyectos de ley, panfletos, artículos en revistas especializadas y libros populares también.



Figs. N° 7 y N° 8. Novedades, biografías e información sobre la salud pública en el extranjero a través de los libros editados por Claridad

La situación de la salud pública como campo disciplinar *circa* 1960 presentaba estos antecedentes en las esferas institucionales y en ámbitos abiertos a públicos no expertos. Desde el punto de vista universitario y profesional más estricto, en las dos décadas anteriores, los médicos de higiene y salud pública habían logrado erigir cátedras, asociaciones profesionales, revistas especializadas y vínculos con la administración pública. Fuera de estos ámbitos institucionales, existieron espacios de discusión y difusión cultural donde los temas, problemas y figuras de la salud pública circularon profusamente en las décadas anteriores a 1960. Sin embargo, como ya alcanzamos a atisbar en los contenidos de las revistas especializadas, como *Hygieia*, este escenario también tenía ramificaciones y contactos con esferas internacionales.

2. Un renovado internacionalismo

La formación de la salud pública como campo de saber experto es un proceso que supuso también el establecimiento e intensificación de relaciones internacionales, entre este ámbito local e instancias, actores y organismos del extranjero. Fuera de Argentina, el ámbito de la salud pública había alcanzado mayor desarrollo institucional. El siguiente cuadro muestra las escuelas de salud pública hacia 1960:

Cuadro N° 1. Escuelas de Salud Pública en funcionamiento en América hasta 1960

País	Universidad y/o Ciudad	Año de Fundación
EE.UU.	Yale University – New Haven	1915
EE.UU.	Johns Hopkins University - Baltimore	1916
EE.UU.	Harvard University - Boston	1922
EE.UU.	University of Columbia – New York City	1922
México	Ciudad de México	1922
Puerto Rico	San Juan de P. Rico	1924
Brasil	Universidad de São Paulo - São Paulo	1928
Chile	Universidad de Chile – Santiago de Chile	1944
Brasil	Belo Horizonte	1946
Colombia	Bogotá	1948
Puerto Rico	San Juan	1955
Brasil	Río de Janeiro	1959
Cuba	La Habana	1959
Venezuela	Caracas	1959

Fuente: elaboración propia en base a datos reproducidos en Santas (1976), Hevia (2006), Gudiño Cejudo et Al (2013) y Gudiño Cejudo y Magaña-Valladares (2013).

En EE.UU., país que muchas veces era visto como un modelo de desarrollo institucional y académico de la salud pública, ya existían escuelas especializadas desde la década de 1910, impulsadas por la Fundación Rockefeller y por un conjunto de figuras como Charles Winslow, William Welch y Wikliffe Rose. (Fee, 2016). Países como México y Brasil ya habían desarrollado sus primeras escuelas de formación en

materia sanitaria desde la década de 1920 y desde 1944 Chile contaba con la Escuela de Salubridad, el centro de formación más importante en Sudamérica luego de las escuelas brasileñas. (OPS, 1968; Hevia, 2006). Los médicos higienistas argentinos, durante las décadas de 1940 y 1950, estaban al corriente de la existencia de estas escuelas y las mismas eran citadas como ejemplos a seguir. (Zwanck y Sordelli, 1938). El contexto internacional, por tanto, era un escenario con el que los expertos locales trataban de vincularse de diversas maneras.

Estos vínculos facilitaron a muchos médicos argentinos la formación en medicina social o en salud pública en el exterior, por medio de becas y otras ayudas otorgadas por diferentes organismos. Desde un punto de vista institucional, el campo local de la salud pública se mostró permeable a las recomendaciones internacionales, las cuales operaron como diagnósticos sobre la situación local y como un pedestal desde el cual ver las luces y sombras del sistema sanitario argentino y medir el grado de desarrollo de la salud pública como disciplina. Esta mayor receptividad a nivel nacional coincidió con el despliegue de redes globales, burocracias transnacionales y grandes operaciones encarnadas por los organismos mundiales nacidos luego de 1945 (cfr. ONU, OMS, etc.), en el contexto de los primeros años de la Guerra Fría. Asimismo, desde un punto de vista político-estatal local, estos desarrollos internacionales fueron utilizados por los gobiernos de la “Revolución Libertadora” y de Arturo Frondizi. En ambos casos fueron vistos como oportunidades para mejorar capacidades técnicas y estatales a nivel nacional y proponer reformas en base a una “legitimidad internacional” que las sustentaba.

2.1 La salud pública local y sus contactos con el extranjero

Desde principios del siglo XX, el contacto de los médicos y otros profesionales argentinos con ámbitos internacionales se fue concretando a través de viajes de formación y asistencia a congresos. Distintos médicos “notables”, no sólo de Argentina sino de otros países latinoamericanos, se conectaron muy tempranamente con la Oficina Sanitaria Panamericana, el germen de la posterior Organización Panamericana de la Salud. El primer antecedente de esta agencia se remonta a 1902, al celebrarse la Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas en Washington,

EE.UU.²⁶ El organismo adoptó el nombre de Oficina Sanitaria Panamericana en 1923, con la presencia de representantes de veintisiete países entre los que se encontraban los delegados del gobierno argentino, los Dres. Gregorio Aráoz Alfaro, del Departamento Nacional de Higiene y Joaquín Llambías, presidente de la Cruz Roja Argentina. Un año antes, la organización había empezado la publicación de su *Boletín*, impreso en inglés, español, portugués y francés, que se publicó hasta fines de los años 1970. Desde principios de siglo se celebraron varias “Conferencias Sanitarias Internacionales” o “Panamericanas”, en Washington D. C. (1905), México (1907), San José de Costa Rica (1910), Santiago de Chile (1911), La Habana (1923), Lima (1927), Buenos Aires (1934), Bogotá (1938) y Caracas (1947).

Estos encuentros internacionales, aunque esporádicos, conectaron tempranamente a los médicos locales con un circuito de discusión, formación y establecimiento de lazos profesionales e inter-personales. Allí concurrieron médicos argentinos enviados por el gobierno nacional durante toda la primera mitad del siglo XX. Además de los ya mencionados, el químico Alfredo Sordelli y Nicolás Lozano fueron delegados argentinos en la VIIIª Conferencia Sanitaria Panamericana de 1927 celebrada en Lima. En esa reunión se aprobó la integración de la Oficina Sanitaria Panamericana a la *Office International d'Hygiène Publique*, de París. En 1934, la IXª Conferencia se celebró en Buenos Aires y los representantes argentinos fueron el fisiólogo Bernardo Houssay, los higienistas Alberto Zwanck, Raúl Vaccarezza y Miguel Susini (presidente del Departamento Nacional de Higiene) y otra vez G. Aráoz Alfaro (presidente de la Conferencia).

Estas reuniones cumplieron varios objetivos. Por un lado, constituyeron espacios de intercambio entre expertos médicos en torno a temas, técnicas, conceptos y nuevas perspectivas sanitarias, de higiene pública, epidemiología, etc. Por otro lado, permitían crear ámbitos de deliberación y elaboración de normativas sanitarias de alcance continental (como el Código Sanitario Panamericano de 1926) que eran puestos a consideración por la Oficina a los gobiernos miembros a fin de lograr homogeneizar métodos y estrategias de control sanitario de puertos y fronteras y agilizar los

²⁶ Para una historia socio-cultural de la OPS ver Cueto (2004). Una crónica ajustada de la historia de la relación entre la OPS y los gobiernos argentinos puede consultarse en Veronelli y Testa (2002).

mecanismos de vigilancia y alerta epidemiológica. Por último, también fueron espacios en los que se discutían y confeccionaban informes técnicos y recomendaciones para todos los países y se incentivaba a los gobiernos nacionales a que crearan Direcciones Nacionales o Ministerios de Salud así como mejorar la capacitación sanitaria de sus médicos.

Un ejemplo representativo lo constituyó el Primer Congreso Interamericano de Higiene celebrado en La Habana, Cuba, en septiembre de 1952, al cumplirse 50 años de la creación de la Oficina Sanitaria Panamericana.²⁷ A este Congreso acudieron representantes de veintitrés países, como Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, México, Nicaragua, Países Bajos, Panamá, Paraguay, Perú, Reino Unido, República Dominicana, Uruguay y Venezuela y delegados de la OMS y la OPS. (OSP, 1953:29-56). Entre otras personalidades médicas, la reunión contó con la presencia del ministro de salubridad de Cuba, Enrique Saldrigas y Sayas, Mario Pinotti de Brasil, Miguel Bustamante y Fred Soper, representando a la OPS, Carlos Alberto Alvarado por Argentina, Hernán Romero por Chile, James Steele por los EEUU y Pilar Hernández Lira por México. Una discusión relevante de este Congreso se desarrolló en el simposio “Educación en Salud Pública”, en el cual los participantes señalaron con diferentes argumentos que era necesario que las carreras de medicina de las escuelas universitarias en América incluyeran en la formación del médico nociones de salud pública. Los médicos Guillermo Lage (representante del Ministerio de Salud de Cuba) y Hernán Romero (director de la Escuela de Salubridad de Santiago de Chile) coincidieron en que no existían suficientes instituciones de formación de sanitaristas y como resultado de esto se podía constatar fácilmente un déficit del personal profesional para la gestión y administración sanitaria. (OSP, 1953:340-348). Ambos médicos insistieron en que debían crearse más escuelas de salud pública y aprovechar las oportunidades de colaboración internacional con la OPS, la OMS, la Fundación Rockefeller, el Instituto de Asuntos Interamericanos, la Fundación

²⁷ Para ese entonces y a partir de la XIIª Conferencia Sanitaria Panamericana que se había celebrado en Caracas en 1947, la Oficina había pasado a llamarse Organización Panamericana de la Salud (integrando a la Oficina Sanitaria Panamericana, la Conferencia Sanitaria y el Comité Directivo) y designando como presidente al epidemiólogo norteamericano Fred L. Soper (1893-1977). Bajo su dirección, entre 1947-1959, la Oficina, con sede en Washington D.C., ampliaría su presupuesto, sus funciones, su personal e infraestructura, incrementando la escala de sus operaciones a nivel continental (abriendo oficinas zonales en varios países).

Kellogg, etc. Decía Romero: “La condición más importante de éxito reside en la existencia de una política meditada y de largo alcance para el manejo de estas relaciones internacionales.”²⁸

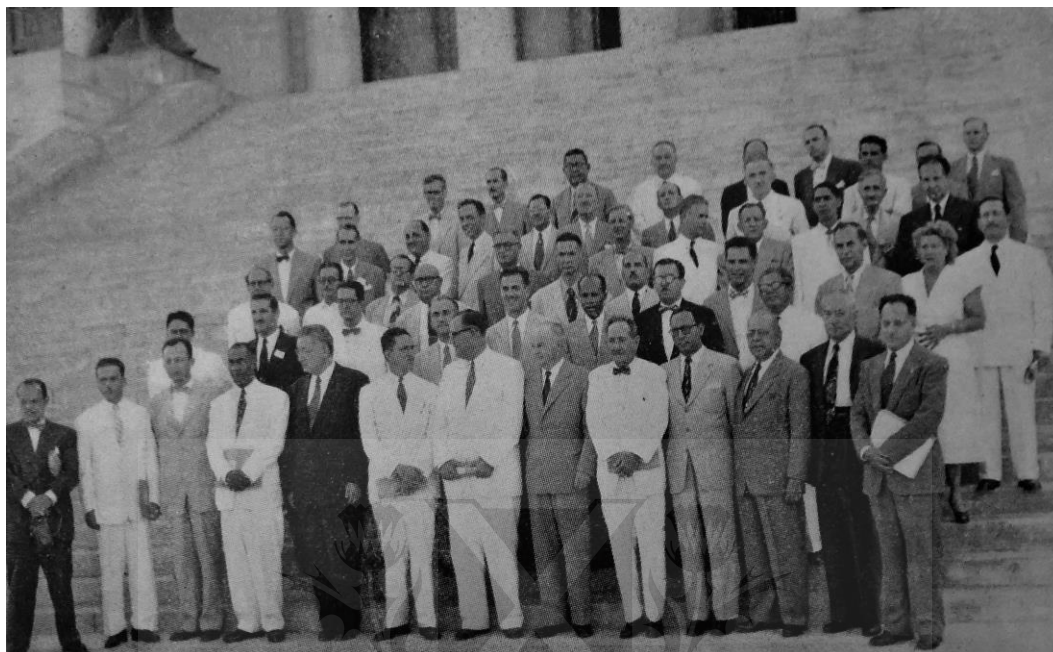


Fig. Nº 9. Delegados y participantes del 1º Congreso Interamericano de Higiene, La Habana, Cuba, 1952. (OPS, 1953:35).

La otra modalidad por la que los médicos argentinos habían comenzado a empaparse de las perspectivas y las agendas internacionales en materia de salud pública fueron los viajes de formación académica. Esta práctica no era extraordinaria hacia mediados del siglo XX, como puede verse a través de las biografías de varios médicos notables, como Emilio Coni (Álvarez, 2008), Salvador Mazza (Sánchez, 2007:533-546) y Carlos Alvarado (Sánchez, 2007:577-578), quienes habían viajado a distintos países de Europa para perfeccionarse. Según el relevamiento de Sánchez (2007), de 104

²⁸ Como señaló García (1972), la década de 1950 fue prolífica en reuniones internacionales que recomendaban diferentes reformas de la educación médica. Una de las principales demandas de estos congresos era que las escuelas de medicina incorporaran nociones de medicina social en sus programas. Así lo hicieron por ejemplo: en 1952, la Conferencia de Colorado Springs (Asociación Americana de Colegios Médicos); en 1953, la Conferencia de Nancy (Escuelas europeas); en 1953, Londres, Primer Congreso Mundial sobre Educación médica; en 1955, India, Conferencia de Educación Médica; en 1955, Viña del Mar.; en 1956, Tehuacán, México; en 1958, Conferencia regional del Pacífico, Manila. (García, 1972. En este sentido, la recomendación de la conferencia de Tehuacán, México: “La medicina preventiva debe enseñarse durante todo el período de formación del médico, tanto integrada con otras materias como en forma de cursos separados. La tendencia es ubicar las materias específicas al final del currículum, aunque algunos pensaron que no era recomendable ubicarlas en años determinados, ya que se ha insistido en la conveniencia de enseñarlas durante toda la carrera”. (García, 1972:91).

médicos destacados en higiene pública, bacteriología, microbiología y epidemiología que actuaron en Argentina entre c.1880-c.1940, 29 de ellos realizaron giras de formación profesional y especialización, la mayoría de ellos a Europa. Los destinos preferidos eran las clínicas y laboratorios de París, Viena, Londres, Roma. (Sánchez, 2007:466-582). Sin embargo, y por medio del accionar de fundaciones privadas norteamericanas, pioneras en la construcción de un ámbito de la “salud internacional”, las escuelas de medicina y salud pública de los EE.UU. comenzaron a atraer cada vez más visitantes extranjeros hasta tal punto que luego de 1945 se convirtieron un pasaje fundamental para el *cursus honorum* de diferentes especialidades médicas. En este viraje ayudó la Fundación Rockefeller, por ejemplo. Mucho antes que los congresos de la Oficina Sanitaria Panamericana, varios consejeros de la fundación, como Wickliffe Rose y el médico Richard Pearce pensaban que para controlar las epidemias y enfermedades endémicas que azotaban a los estados del sur en EE.UU. y a los países centroamericanos era necesario que estos mejoraran sus servicios de salud y contaran con instancias de gobierno sanitario, como ministerios o direcciones de salubridad. (Fosdick, 1957:131-132). Para lograr esto consideraban urgente formar mejores médicos, lo que derivó en una política de promoción de la medicina con la mira puesta en la mejora de la salud de las poblaciones que se desplegó mediante dos iniciativas paralelas. Esta política de la agencia se expresó en el programa de becas de formación para científicos y médicos de los más variados países. Entre 1914 y 1949 la Fundación Rockefeller entregó 10 mil becas, por sí misma o a través del Consejo Nacional de Investigación, el Consejo de Investigación en Ciencias Sociales o el Consejo Americano de Sociedades Culturales (todas instituciones del gobierno federal norteamericano). Las becas sumaron un monto de veintiocho millones de dólares destinados a becarios de setenta y cinco países distintos. (Fosdick, 1957:310). En América Latina la Fundación otorgó hasta 1942 unas 316 becas, mayormente a médicos y otros especialistas para formarse en administración sanitaria, higiene, medicina social, enfermería de salud pública, etc. Como señalan Cueto (2013) y Korndörfer, (2013) estas becas se otorgaban con la condición de que a su regreso el becado tuviera asegurado un puesto en la alta administración sanitaria nacional, pues el objetivo final del programa era fortalecer las capacidades estatales de sus países de origen. Esta política de la Fundación tuvo numerosas consecuencias y efectos sobre el desarrollo de actividades científicas y en las

trayectorias de médicos, enfermeras, ingenieros e investigadores científicos (Ramacciotti, 2018-b). Ese fue el caso del médico santafecino David Sevlever, por ejemplo, quien conoció varias Escuelas de Salud Pública en 1942 becado por la *International Health Division* de la Fundación Rockefeller (Sevlever, 1963). A su regreso formó parte del gobierno provincial de Santa Fe como asesor técnico ayudando a constituir el primer Ministerio de Salud de Argentina.²⁹

La Fundación construyó un andamiaje que se convertiría en un modelo a seguir para fundaciones y agencias similares que comenzaron su trayectoria institucional un tiempo después.³⁰ En otros casos similares al de Sevlever, vemos que el viaje a escuelas de formación en el extranjero, y particularmente en los EE.UU., implicaba una oportunidad para insertarse en distintas especialidades mediante la adquisición de un *metier* en escuelas de alto nivel académico. Así, el médico Joseba Kelmendi de Ustarán Viana obtuvo su *Master in Public Health* en la prestigiosa *Johns Hopkins SPH* en 1951.³¹ A su regreso encaró una carrera como epidemiólogo en el arma de sanidad del Ejército Argentino, entre otras instituciones (Kelmendi de Ustarán Viana: 1963). Un caso similar vemos en la trayectoria de Telma Reca quien también viajó en estos años a especializarse en psiquiatría infantil en el *Johns Hopkins Hospital*. (Ramacciotti, 2018-a:2). Entre principios de los años cuarenta y fines de los cincuenta los viajes de formación en temas sociales y sanitarios, patrocinados por diferentes fundaciones norteamericanas, aparecen frecuentemente en la literatura especializada como la revista

²⁹ Un complemento de esta política de becas fue la creación de escuelas médicas, de enfermería o de salud pública. En este sentido, la *International Health Division* (IHD) financió la creación de una Escuela de Salubridad en Santiago de Chile (Hevia, 2006) y de varias iniciativas para formar enfermeras universitarias tanto en Argentina como en Chile en la década de 1940 (Ramacciotti, 2018-b).

³⁰ Junto a la Fundación Rockefeller, actuaban desde la primera posguerra el *Institute of International Education* y *The Carnegie Edowment for International Peace*, con la misión de promover la llegada de extranjeros a los EE.UU. y financiar programas de entrenamiento profesional "para la paz mundial". En 1941 ambas instituciones publicaban una *Guía del estudiante hispanoamericano en los Estados Unidos*, con abundante información sobre el sistema académico y las costumbres universitarias norteamericanas. En uno de los capítulos explicaban al estudiante hispanohablante las opciones para estudiar salud pública en EE.UU.: "*Universities of California, Georgia, Michigan, Minnesota y Pennsylvania, Johns Hopkins University, Massachusetts Institute of Technology, Yale University, Columbia University (Delmar Institute of Public Health), y el Detroit College of Medicine and Surgery, Todas estas escuelas de sanidad pública conferían grados superiores (M. A. in P.H., M.S. in P.H., D.P.H.)*". (*Institute of International Education*, 1941:30-31).

³¹ Como muchos médicos que hemos tratado de localizar en el archivo, no se ha podido consultar el legajo personal de Kelmendi de Ustarán Viana en la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA. Para información sobre su paso por universidades norteamericanas, ver *Johns Hopkins University* (1951).

Hygieia y las revistas de las distintas filiales Cruz Roja, lo que nos indica la relevancia profesional de dicha práctica.



Fig. N° 10. Enfermeras argentinas becadas en EE.UU. por el *Memorial Center for Cancer and Allied Diseases* para realizar un curso de “Enfermería del cáncer”. *Revista de la Cruz Roja Argentina*, filial La Plata, I (3), Marzo, 1952.

El campo de la salud pública local iba configurándose, hacia los años centrales del siglo XX, en contacto con instituciones y actores internacionales. Si bien se ha señalado que los programas de becas y el apoyo a la educación médica concretados por la Fundación Rockefeller alcanzaron su punto máximo a fines de los años treinta y que la Segunda Guerra Mundial bloqueó muchas de los proyectos de la fundación en Europa (Cueto, 2013), no es menos cierto que, al menos para el caso argentino, el proceso de ampliación de la salud pública local en contacto con actores e instituciones internacionales no se detuvo. Este proceso continuó creciendo aun cuando las actividades de las fundaciones norteamericanas comenzaron a chocar con iniciativas gubernamentales locales, por superposición de intereses sobre los mismos temas o por diferencias político-ideológicos, como en el caso argentino, donde el golpe de Estado de junio de 1943 prácticamente marcó el fin de las actividades auspiciadas por la Fundación en territorio nacional.

2.2 Las redes internacionales de asistencia técnica: el nuevo escenario de la Guerra Fría

“ASISTENCIA TÉCNICA – Plan mundial para ayuda de expertos a los países insuficientemente desarrollados, a fin de que puedan progresar económicamente.”
“Abecedario de las Naciones Unidas”, en *El Correo de la Unesco*, 10 (8), p. 26

Desde fines de los años cuarenta, la discusión, los programas de formación y la actividad de los congresos de especialistas en la salud pública se emplazaría en el paradigma de la asistencia técnica y económica a los países no desarrollados, diseminado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y sus agencias especializadas desde la paz de la Segunda Guerra Mundial. Este no se trata de un cambio que funcione al nivel de las ideologías o relatos que envuelven a la salud pública, sino de una reorganización del escenario donde los campos locales-nacionales de médicos sanitaristas se vinculaban con varias agencias e instituciones internacionales.

En este sentido, el puntapié inicial para el nuevo paradigma fue el difundido “Punto IV” del discurso del presidente norteamericano Harry S. Truman, en enero de 1949, en el que afirmó que el gobierno de los Estados Unidos asumía como responsabilidad la ayuda a los países menos desarrollados, en un sentido económico y técnico. Además del auxilio económico y la reconstrucción de los países europeos afectados por la Segunda Guerra Mundial, el Punto IV, que pronto devino un lema, preveía la necesidad y urgencia de auxiliar a los países latinoamericanos a desarrollar sus capacidades técnicas, estatales, administrativas y científicas, como condición para el desarrollo y despegue de sus economías. A grandes rasgos, este discurso desarrollista de escala internacional puso una gran expectativa en la posibilidad de que los países considerados “en desarrollo” alcanzaran una fase de crecimiento inaudita en las condiciones de laboratorio planteadas por el paradigma de modernización. Según Marcos Cueto, esta noción indicaba un modelo de desarrollo que “dependía de la ayuda bilateral, promovía la creación de elites profesionales y la transferencia de tecnología, factores que supuestamente iban a superar la pobreza y la enfermedad” (2013:21). Este modelo,

elaborado por las universidades norteamericanas y difundido por el Departamento de Estado del gobierno de los EE.UU., “asumía que cualquier cambio debía venir de la elite, desde afuera y ser dirigido por un grupo de expertos técnicos” (Cueto, 2013:26).

Estas premisas se vieron reflejadas de distintas maneras por las iniciativas institucionales posteriores a la Guerra. La más explícita fue, desde 1949, el *Extended Programme of Technical Assistance* (EPTA) presentado, según Walter Sharp, "como un marco gracias al cual los conocimientos del mundo, las habilidades técnicas y los recursos pueden ser compartidos para el bienestar general." (1961:6). La existencia de este Programa se basaba en el capítulo nueve de la constitución de las Naciones Unidas, titulado "Cooperación internacional económica y social", que afirmaba como uno de los objetivos básicos de la Organización llevar asistencia técnica y recursos desde los organismos internacionales hacia Estados y comunidades que solicitaran su ayuda. La filosofía que sustentaba este programa sería luego explicitada por la Alianza para el Progreso a principio de los sesenta: el mantenimiento de la paz internacional requería un estado de bienestar generalizado, que sólo podía sostenerse con desarrollo económico, pero también con "buenas administraciones públicas", burocracias capacitadas y modernos equipos de planificación gubernamental. El EPTA fue, desde 1949 hasta 1966, la principal herramienta de articulación de las operaciones de campo llevadas a cabo por las agencias especializadas con el fin de dar asesoramiento a instituciones y gobiernos locales, formar personal técnico, proveer materiales de estudio, etc.³² Todos los organismos de la ONU, (como la OMS, la OIT, UNESCO, FAO, etc.) disponían de fondos especiales para operaciones en terreno, para financiar misiones técnicas e incluso para crear oficinas regionales y solventar sus gastos durante tiempos prolongados sin la ayuda de los Estados huéspedes.

En conjunto con el EPTA, que era un programa transversal, la Organización Mundial de la Salud (OMS) también se encargó de crear planes de asistencia técnica a los países que pasaron a estar bajo su órbita. La OMS fue la agencia que más fondos y personal destinó a las intervenciones directas en terreno. (Sharp, 1961:37-43). Creada en 1946, esta organización retomó las actividades de compilación de información

³² Luego de 1966, el EPTA se fusionó con el Fondo Especial de las Naciones Unidas para crear el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

estadística y epidemiológica que hasta el estallido de la Segunda Guerra Mundial había desarrollado la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones, la *Office International d'Hygiène Publique*, y servicios de ayuda sanitaria como la *United Nations Relief and Rehabilitation Administration* (UNRRA). (Cueto, Brown, Fee. 2011; Cueto, 2013). El organismo global no tardó en organizar desde 1946 un programa de asistencia técnica a administraciones sanitarias nacionales, como también campañas para el control de enfermedades transmisibles y en apadrinar varios tipos de instituciones para el entrenamiento de administradores e ingenieros sanitarios, enfermeras y técnicos de laboratorio. En 1960, por ejemplo, el presupuesto de la OMS fue el más elevado, unos U\$S 16.919.000, incluso más que la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), cuyos montos siempre fueron superiores. Entre 1951 y 1960 el presupuesto de la OMS fue también uno de los que más creció en términos porcentuales, un 174%. En cuanto al concepto de estos gastos anuales, en 1958 la OMS era la organización que más dinero destinaba a las operaciones de campo: el 80% de su presupuesto. (Sharp, 1961:24-25).

La OMS puso en pie en sus primeros diez años de vida, la más grande estructura de técnicos alrededor del planeta asignados a distintos países. En 1958 contaba con 2461 postas en países de América, Asia, Europa y África con un total de 1900 empleados asignados a tareas en territorio (el 77% de su personal). (Sharp, 1960:37-43). En el caso del continente americano hay que agregar las oficinas regionales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que desde 1948-49 había iniciado el proceso de fusión con la OMS. (Cueto, 2004). Como vimos más arriba, el organismo panamericano era pionero, junto a las fundaciones filantrópicas norteamericanas, en la preocupación por la formación médica, como medio de ampliar las capacidades técnicas de los países.

Desde su sede en Ginebra, la OMS publicó en varios idiomas la *Crónica de la OMS*, una revista donde informaba mes a mes las acciones llevadas adelante por el organismo en los distintos países donde tenía presencia. El "nuevo internacionalismo" que reflejaban y construían sus páginas mostraba el conjunto de actividades que la organización concretaba: las misiones técnicas, los programas de becas para médicos, ingenieros, enfermeras y técnicos de laboratorio y la ayuda a los países más pobres y atrasados en materia científica y sanitaria. En un contexto de creciente enfrentamiento

que va a ser característico del mundo bipolar, las acciones del organismo apuntaron a controlar algunos focos de peligro sanitario de manera rápida y, sobre todo, visible.

Para la *Crónica*, ni la enfermedad ni la salud debían respetar fronteras y esto es observable sobre todo en su estrategia de difusión fotográfica. Las imágenes de la revista mostraban frecuentemente campañas médicas en el medio del desierto, de la selva o de territorios en guerra. O grupos de médicos aplicando vacunas a niños y mujeres embarazadas, operando a pacientes en quirófanos de emergencia, o enseñando higiene y técnicas de cuidado de la salud en improvisadas escuelas de formación para enfermeras, obstetras y otros auxiliares. Otras veces se concentraban en la cobertura de las reuniones de expertos. El común denominador de este despliegue es la figura novedosa de un tipo de médico que va al campo de acción, donde suceden la enfermedad y la muerte, que actúa en grupo con otros médicos, enfermeras y asistentes técnicos, que expone sus conocimientos, opiniones y recomendaciones en reuniones internacionales, un agente global y más allá de la figura tradicional de médico en su consultorio. Estas fotografías plasmaban representaciones gráficas de la enfermedad, salud y la salud pública. Como afirmó Peter Burke, la traducción de ideas abstractas al idioma de las imágenes es un obstáculo que las diferentes culturas en distintos tiempos históricos han superado apelando a formas creativas de representación. (2006: 77-83). La utilización de íconos representando valores abstractos como libertad, victoria o justicia se remonta a la cultura clásica griega, donde esas ideas eran concretadas en figuras femeninas (Burke, 2006:78). Según Cueto, refiriéndose a las fotografías tomadas y utilizadas por la Fundación Rockefeller para dar a conocer su obra, “[a] veces, estas imágenes nos revelan los supuestos, las prioridades, las obsesiones, las virtudes, los defectos, los anhelos, los estigmas y hasta las ideas del bienestar físico, el orden y desarrollo que imperaron en cierta época o entre ciertas personas” (1999:1).



Escuela de la OMS para ingenieros sanitarios

Fig. Nº 11. *Crónica de la OMS*, 1948, 2 (5). Pág. 95



Enfermeras y practicantes preparados con el programa establecido con ayuda de la OMS

Fig. Nº 12. *Crónica de la OMS*, 1949, 3 (4). Pág. 91



Fig. Nº 13. *Crónica de la OMS*, 1948, 2 (5). Pág. 99.

Misiones en Asia y África. El internacionalismo sanitario de las agencias de Naciones Unidas se expresaba a través de estas imágenes-postales

Estas acciones de ayuda sanitaria y asistencia técnica no sólo eran retratadas en revistas especialistas para el público cautivo compuesto de expertos y profesionales interesados académicamente en la materia. Publicaciones con un alcance más “popular”, como las revistas *Salud Mundial* y *El Correo de la UNESCO*, editadas y distribuidas la OMS y UNESCO respectivamente, otorgaron una mayor cobertura visual a un proceso de internacionalización de la salud pública que se exhibía de esta manera ante un público masivo. Un punto frecuente sobre el que insistía *Salud Mundial* era la distribución y alcance global del apoyo a la salud pública que el organismo patrocinaba y el rol asignado a sus agentes y becarios.

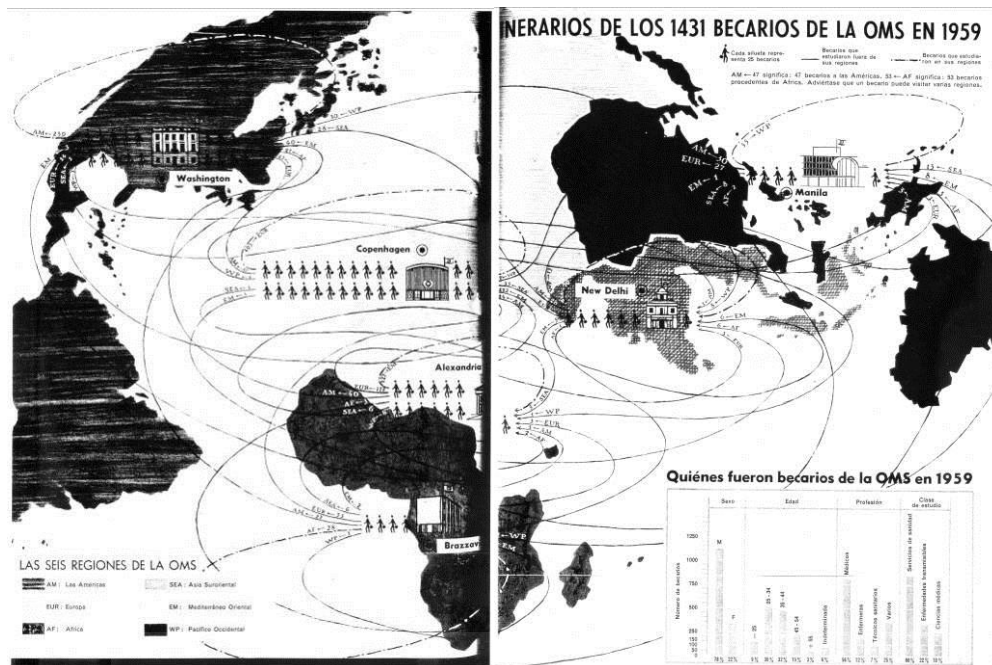


Fig. N° 14. *Salud Mundial*, Vol. XIII. Año IV, julio-agosto de 1960. pp. 8-9.

Este “internacionalismo” sanitario también ocupaba un lugar frecuentemente en *El Correo de la UNESCO*, un magazine de interés general, publicado en inglés, español y francés desde 1948. Abarcaba temas relacionados al arte, la literatura, la investigación científica, la medicina, la salud pública y las acciones encaradas por la UNESCO alrededor del mundo. El número de febrero de 1956 por ejemplo, desmenuzaba ante el público general el problema de la asistencia técnica, "gran promesa de nuestro siglo". Se afirmaba que la asistencia del EPTA permitía

asesorar y ayudar a los países menos desarrollados, estudiar sus recursos potenciales, formular planes generales de desarrollo y crear la estructura institucional, es decir, servicios administrativos eficaces, legislación, administración en materia de trabajo agricultura y educación, higiene, aviación civil así como los servicios meteorológicos y de telecomunicaciones. (S/A, 1956).

La publicación le dio un espacio importante a los temas sanitarios. En abril de 1956 por ejemplo, se publicó un número especial sobre la salud en el mundo, con una nota editorial de Marcolino Gomes Candau, director de la OMS, quien argumentaba sobre la

vigencia de las enfermedades transmisibles alrededor del globo, frente a las cuales exigía “una vigilancia permanente”. Una nota de este número aseguraba también que la escasez de médicos en el mundo era otro problema de envergadura. Según estadísticas de la OMS, se contaba con “un ejército de salubridad” de 1 millón doscientos mil médicos y 595 escuelas de medicina, para una población de 2500 millones de habitantes. La cantidad de médicos por número de habitantes era desigual según el continente: en América del Norte y Centro América, había novecientos cuarenta y seis habitantes por cada médico, mientras que en África por cada médico se contaban más de nueve mil y en Asia casi siete mil. Por otra parte, dentro de cada país la mayoría de los médicos ejercía su profesión en las ciudades, dejando a las zonas rurales casi sin atención médica.



Foto OMS tomada durante un cursillo de estudios oftalmológicos en el Cairo.

EL EJÉRCITO DE SALUBRIDAD : 1.200.000 MÉDICOS

Fig. Nº 15. *El Correo de la UNESCO*, 1956, 9 (4), pág. 4. Otra imagen para representar el derrotero global de la medicina: el equipo médico.

Las imágenes de *El Correo* también reforzaban un imaginario internacionalista que proveía a la asistencia técnica y a la cooperación internacional de una estética modernizante y de la certeza de que la salud era una cuestión mundial, no sólo local.

Si bien hay varios ejemplos de colaboración internacional, de asistencia a congresos y viajes de formación a los centros de excelencia académica, y algunos ejemplos de distribución de material impreso, como el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, desde principios del siglo XX, todos estos elementos se presentaron de

manera esporádica, dispersa y asistemática, por lo que no cristalizaron en un entramado institucional estable y de alcance internacional. Entre fines del siglo XIX y mediados del XX, no requirieron ni aspiraron a obtener grandes presupuestos ni grandes cantidades de recursos humanos a su servicio formando una red mundial o continental. A diferencia de estos antecedentes el entramado que se fue construyendo desde la segunda mitad de la década de 1940, se caracterizó por la creación de organismos internacionales cuyo funcionamiento no sólo se basaría en eventuales reuniones, sino varios factores novedosos. Primero, la organización de una “estructura compleja, con pluralidad de órganos permanentes y una gran actividad administrativa propia, que requieren para su funcionamiento la plena dedicación de millares de funcionarios” (Medina, 1976:53)³³. Segundo, por la formación de una “burocracia internacional”, distribuida globalmente y distinta de las burocracias de los Estados nacionales (Sharp, 1970). Tercero, por la circulación internacional de funcionarios y consultores especializados en la materia, contratados para realizar informes, visitas técnicas o trabajar temporalmente para la organización. Estos expertos se podrían definir por la portación de saberes legítimos especializados, a diferencia de invitados honoríficos, notables y embajadores y consulares de carrera, característicos del período anterior; y también por el hecho de operar como bisagras entre sus países de origen y los organismos internacionales (Zimmermann y Plotkin, 2012-b:23) o entre estas agencias y otros países en los que actuaron como consultores visitantes o en “misiones técnicas”. El alto nivel de institucionalización de estos entramados internacionales constituye un esquema novedoso de la Segunda Posguerra, apenas insinuado hasta ese momento, que encontraría ecos en la Argentina de mediados de los años 1950.

³³ Según Medina (1976), la estructura característica de los organismos inter-gubernamentales se compone de 1) Órgano representativo (Asamblea general, Conferencia, Consejo); 2) Un órgano más reducido, integrado por algunos miembros cualificados, ya elegidos, ya sobre la base de ciertos criterios de importancia relativa o potencial económico (Consejo de Seguridad de ONU, Consejo de Administración del Banco Mundial, etc.); 3) Secretaría General u Oficina a cuyo frente se encuentra el secretario general o director administrativo de la Organización y de la que dependen los servicios administrativos y el personal.

3. Los gobiernos de la “Revolución Libertadora” y Arturo Frondizi frente a las redes internacionales

“Argentina se halla en muchísimos aspectos de su vivir, en estado de retardo, retardo atribuible en parte a nuestra insuficiente comunicación intelectual y técnica con el exterior.”
Diputado nacional Fernández de Monjardín,
Proyecto de Ley 2473/59

Las actitudes de las autoridades políticas nacionales entre 1955-1962 frente a este entramado de la asistencia técnica proveniente del exterior, se inscribieron en el realineamiento geopolítico operado por Argentina desde los gobiernos de Lonardi y Aramburu, caracterizado por la adhesión a la política exterior norteamericana (Galván, 2018) y la colaboración plena con las agencias interamericanas (Morgenfeld, 2010) y con el sistema de organismos de las Naciones Unidas.

A mediados de 1957, durante la presidencia provisional de Pedro E. Aramburu, se iniciaron tratativas sustanciales en varios niveles administrativos para contar con la asistencia de los organismos internacionales. En economía, el director de la Conferencia Económica para América Latina (CEPAL), Raúl Prebisch, fue convocado a realizar un informe sobre el estado económico del país. (Altamirano, 1998). En temas sociales y sanitarios fue invitada una comisión de técnicos provenientes de EE.UU., Brasil y Chile enviados por la Oficina Sanitaria Panamericana. (Cfr. Pedroso, 1957. Henríquez Frödden, 1958). Ya en 1956 Argentina entabló relaciones con el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial. (Deciancio y Tussie, 2012). Estos vínculos venían de la mano con compromisos internacionales, firma de tratados y recepción por parte del país de misiones técnicas de inspección, evaluación y redacción de informes. Aunque no es el caso argentino, en otras latitudes (Honduras, por ejemplo), representantes de estas agencias internacionales ocupaban cargos directamente en el gobierno, asesorando de manera permanente a las autoridades ministeriales en modernización de la administración pública, economía y finanzas, salud pública y política educativa, etc.³⁴

³⁴ El caso de Honduras es interesante: entre principios de 1950 y fines de esa década recibió visitas del FMI (cuyo diagnóstico quedó plasmado en un “Estudio sobre la economía de Honduras”, de 1951) y de UNESCO; la Organización Internacional del Trabajo envió expertos para el Ministerio de Trabajo, como el uruguayo Julio Sanguinetti, el francés Serge Mignonneau y la cubana Guillermina Llanusa y Montes; ésta última estuvo a cargo de dirigir la primera Escuela de Servicio Social del país; John Kassenbaum, representó a la *Food and Agriculture Organization* (FAO), y cumplió funciones en el Banco Nacional de

La mayor apertura frente a las agencias de la ONU cristalizó de muy variadas maneras. El ministro de trabajo del presidente Aramburu fue Raúl Migone (1898-1978), abogado de la UBA, representante argentino en la OIT desde los años treinta. (Sáenz Quesada, 2007:156). Años más tarde Migone sería presidente de la Asociación Argentina Pro-Naciones Unidas, ligado a la Federación de Asociaciones Pro-Naciones Unidas y a la Universidad del Museo Social Argentino donde dictaría cursos sobre organismos internacionales. (Argentina, 1975).

Otra muestra de buena disposición se verificó con las visitas de misiones técnicas. En 1956 una comitiva de expertos de la OPS visitó la Argentina por solicitud del gobierno nacional. La comisión estuvo integrada por Odair P. Pedroso (1909-1981), consultor especial en materia de organización hospitalaria, Paulo Antunes, profesor de Parasitología aplicada e Higiene Rural, de Brasil, Palmer Dearing (1905-1994), cirujano general adjunto del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, Carlos Luis González, subdirector de la OPS, Abel Wolman (1901-1989), profesor de Ingeniería Sanitaria. (Veronelli y Testa, 2002: 91). Acompañó la comitiva también el experto chileno Hugo Henríquez Frödden, especialista en organización hospitalaria. Recorrieron hospitales y dependencias sanitarias de la Capital, Chaco, Jujuy, Catamarca, San Juan, Mendoza, La Rioja y San Luis. La misión redactó luego dos informes, "Estudio de los Servicios de Salud de la Argentina. Informe presentado por el Consultor en Administración Hospitalaria Dr. Odair P. Pedroso" (1956)³⁵ y el "Estudio de los Servicios de Salud Pública en la República Argentina" (presentado el 15 de junio de 1957). Se arribó por medio de estos diagnósticos a la conclusión de que el gobierno debía encarar reformas en el sub-sistema público de atención a la salud, al que caracterizaba como desbordado hacia las funciones curativas, antes que las preventivas, y dirigido por agentes que carecían de capacidades administrativas modernas. "Resulta imprescindible que se forme una mentalidad de administración hospitalaria", decía Pacheco en su informe y precisaba que "los hospitales [debían] adoptar los principios modernos de la administración de negocios". (1968:25). Esto sólo se lograría con una

Fomento y en el Consejo Nacional de Economía; la OMS envió varios expertos para asesorar al Ministerio de Sanidad; Carlos Urquijo, argentino, epidemiólogo de la UBA, coordinó la "Gran Cruzada Nacional de Vacunación Antituberculosa de Honduras" en representación de la OMS. (Argentina, 1957:1-5).

³⁵ No hemos podido acceder a la impresión original del informe sino a una reedición de 1968.

reforma de la educación médica, una “campaña educativa de largo alcance” que apuntara al “nivel superior de la organización para que, con la catequesis de los dirigentes puedan difundirse por el hospital las nuevas ideas y los responsables de la dirección se imbuyan de la necesidad de racionalizar el desempeño de sus tareas”. (Pedroso, 1968:26).

La reforma planteada por los consultores apuntaba a un nervio específico del sub-sistema de salud público: la modernización de la organización y las prácticas administrativas, en pos de alcanzar la mayor eficiencia posible con los recursos disponibles. La ya antigua preocupación “administrativista”, presente en el debate local sobre los servicios de salud desde los años 1920-1940 (Belmartino, 2005:21-52), era de esta manera re-lanzada. Para Pedroso, por ejemplo, era fundamental que el sistema sanitario nacional contara con información confiable y un lenguaje uniforme para conducir análisis sobre cantidad de médicos, cantidades de enfermos ingresados y fallecidos, causas de muerte adecuadas a una nomenclatura pre-definida de categorías, procedencia geográfica de los enfermos (zona de influencia del hospital) y costos de los hospitales. (1968:9). Las recomendaciones finales del experto retomaban el espíritu de estas observaciones: “la administración de los hospitales debe ser confiada a profesionales debidamente preparados”, “debe estimularse la preparación de técnicos en administración de hospitales”, “debe crearse una carrera de administrador de hospitales (Director) para los hospitales oficiales y exigirse que haya profesionales así en los hospitales ayudados por el Gobierno” (Pedroso, 1968:31).

Otra de las recomendaciones del experto consistió en la descentralización administrativa de los hospitales nacionales, como base para un proceso de modernización de gran escala. Como afirmó Ramacciotti, siguiendo esa recomendación tanto en los gobiernos de Aramburu como Frondizi, “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”. (2014:92). Esto se hizo por medio de leyes “de transferencia que aconsejaba[n], para el nivel nacional, el establecimiento de normas y de asesoría técnica” lo que implicaba el pasaje “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” (Ramacciotti, 2014:92).

El clima de concordia con la asistencia técnica de los organismos internacionales continuó durante el gobierno de Arturo Frondizi y fue un elemento central, tanto de su discurso como del proyecto político y económico del desarrollismo. Como es sabido, este último propuso la utilización de inversiones y apoyo técnico extranjero para potenciar un desarrollo económico autónomo desplegado en base al incremento de la base industrial del país. Para esto era necesario establecer los acuerdos internacionales y orientar la política pública y las instituciones educativas superiores en la dirección de esas metas. (Sikkink, 2009). En este sentido, en su primer viaje a los EE.UU. en 1959, el presidente Frondizi firmó acuerdos para la creación de la Comisión Nacional de Administración del Fondo de Apoyo al Desarrollo Económico (CAFADE), con el fin de regular la ayuda norteamericana a la investigación y la educación superior. (Sigal, 1991:93-94). La orientación de los proyectos del gobierno de Frondizi coincidía también con los nuevos intereses desplegados en las universidades desde 1955. Este proyecto gubernamental,

reconocía en el desarrollo de la ciencia un instrumento fundamental para asegurar el progreso y la independencia económica. Esto se verificaba en un contexto internacional signado por la idea de que el conocimiento científico cumplía un papel estratégico en el desenvolvimiento económico de los Estados. La investigación pasó a ocupar un lugar central en la agenda de los gobiernos y se produjo un aumento notable de los recursos otorgados para el desarrollo científico y tecnológico. (Buchbinder, 2005: 179).

El mismo año, un proyecto de ley presentado por el diputado nacional radical Federico Fernández de Monjardín demandaba al Congreso el financiamiento de un programa de veinte becas anuales para especializaciones en el exterior en "las diversas ramas de la ciencia, la técnica, las bellas artes, la artesanía". Fundamentaba el proyecto de ley con estadísticas de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) sobre "Estudiantes en el extranjero por país de origen". Según estos números Argentina tenía una de las proporciones más bajas de becarios en

el extranjero/población total (179 contra los 20.258.000 habitantes), muy por debajo de Colombia, México y Venezuela y todavía más que países europeos. El texto afirmaba además que era urgente "posibilitar a estudiosos, a artistas, a obreros, su acceso con fines de perfeccionamiento, a fuentes de estudio, de trabajo, en el exterior para que, retornados al país puedan dar a éste el fruto de sus observaciones, estudios, experiencias." (Argentina, 1959).

Las actitudes de los gobiernos de Aramburu y Frondizi, más allá de sus grandes diferencias ideológicas, políticas e institucionales, fueron de una gran apertura ante las acciones planteadas por el entramado de agencias y organismos internacionales que describíamos en el apartado anterior.

Conclusiones

En este primer acercamiento pudimos ver que la salud pública constituía hacia 1960 un prolífico conjunto de experiencias institucionales y pedagógicas y un tópico de discusiones y publicaciones orientadas hacia públicos expertos y legos a nivel local. El entramado de la salud pública en Buenos Aires incluía desarrollos universitarios, de capacitación técnica y profesional específica a través de un Curso Superior desde 1941. Implicaba también intentos asociativos profesionales (Asociación Argentina de Higiene) y la emergencia de publicaciones especializadas (*Hygieia*). Estos desarrollos no se desarrollaron en condiciones "de laboratorio" al resguardo de las luchas políticas, sino justamente en la tensión entre el ámbito universitario y la esfera del poder político. La creación de una Escuela Superior Técnica de Salud Pública (1947-1951) por parte del gobierno peronista así como el intento exitoso de cooptar la Asociación Argentina de Higiene y su publicación oficial, haciendo de ésta un órgano adicto a la línea oficial, fueron dos caras de la misma moneda.

Por fuera de este ámbito oficial y universitario, la celebración de charlas y conferencias, así como la circulación de literatura popular y de imágenes de la salud y de una medicina interesada en lo social ayudó a fijar una serie de temas, de descontentos y problemas y a identificar una serie de personajes implicados en la "lucha contra las enfermedades". Médicos heroicos, reales o ficticios, políticas estatales de cuidado

sanitario, historias de la evolución histórica de la lucha epidemiológica, eran elementos de una literatura popular que intentaba captar la atención de públicos legos alfabetizados y nuevas clases medias.

La promoción de ámbitos específicos de discusión y formación en salud pública no fue un proceso “puertas adentro” en la escena local sino que contó con conexiones con actores e instituciones internacionales desde principios del siglo XX. Primero mediante la asistencia a congresos y viajes formativos y a partir de la Segunda Posguerra a través de un entramado de organizaciones transnacionales como OMS-OPS. En este sentido, entre 1945-1960, la salud pública era parte de un despliegue, llevado adelante por esas agencias, centrado en la asistencia técnica, la colaboración para el desarrollo, la promoción de la medicina, la ciencia y la educación como engranajes fundamentales para mejorar las capacidades administrativas de los países no desarrollados. La propuesta de este “renovado internacionalismo” se basaba en la extensión global y continental de redes de funcionarios, consultores y agentes becados y contratados por estos organismos para intervenir directamente en el mejoramiento de su *expertise* técnica.

Tanto los gobiernos de Pedro E. Aramburu (1955-1958) y Arturo Frondizi (1958-1962) se mostraron dispuestos a valerse de los recursos de este escenario internacional, solicitando la visita de técnicos, incorporando sus recomendaciones y estableciendo acuerdos y programas de becas con el objeto de concretar reformas institucionales, legitimar sus propias políticas y dar un marco ideológico renovado a las políticas estatales en la Argentina del post-peronismo.

Capítulo Dos. La formación de los sanitaristas y el escenario internacional

Introducción

Corre el año 1965. Nueva York atraviesa una huelga de recolectores de residuos, las temperaturas se mantienen altas y el clima es húmedo. Un barco proveniente de Camerún cumple una cuarentena en el puerto. De la nave logran bajar, clandestinamente, su capitán quien decide realizar una visita a su novia, y una docena de ratas, que ganan el muelle y huyen en la noche. Sin que nadie lo sospeche, estos recién llegados cargan en sus cuerpos miles de ejemplares de *Pateurella Pestis*, causante de la célebre “Peste Negra”. Muy pronto, la ciudad se convierte en un caldo de cultivo: ha llegado la epidemia, con sus muertes, sus hospitales saturados, sus grandes titulares en la prensa. La mirada pública apunta a los médicos del servicio de salud pública de la ciudad, a los directores de hospital y a los jefes de planta, al alcalde y al secretario de salud pública local, a las enfermeras y al personal sanitario, pero el peso de la atención se concentra en el Dr. Eric Stowe, especialista en inmunología y bacteriología, egresado de la Escuela de Salud Pública de la Johns Hopkins University y consultor estable de la Organización Mundial de la Salud. En los años anteriores, ha combatido el paludismo en Indochina, las fiebres selváticas en la cuenca del Amazonas, el pian en Haití y el tifus en Corea.

Esta es una historia ficticia, creada por el escritor estadounidense Frank G. Slaughter, en 1961, en su popular novela *Epidemia*, publicada en español y distribuida en Argentina desde 1967. Su tema principal consistía en mostrar a los lectores un experimento: qué sucedería si regresara una antigua enfermedad, si de pronto fallaran los controles sanitarios, las cuarentenas obligatorias para ciertas embarcaciones, si la ciudad, por algún motivo, no pudiera mantener un mínimo de higiene urbana y si además no se contara con una vacuna fácilmente disponible. El revés de esta trama, y la salvación de esta Nueva York literaria, era la figura de un experto, un médico de la OMS, un especialista en campañas de combate contra las enfermedades, quien asumía en la novela el principal lugar de mando para poner la ciudad bajo control y procurar la llegada de un cargamento de vacunas.

Este *thriller* enaltecía la figura de un médico heroico, tema frecuente en muchas novelas, pero también daba por sentada con naturalidad la relación entre medicina, gobierno sanitario y organismos internacionales. Su trama constituye un ejemplo de lo que queremos tratar en este capítulo.

El mismo tiene como objetivo analizar el caso de la ESPUBA como una caja de resonancia de las estrategias de formación de agentes de salud pública desplegadas por agencias estatales de Argentina y por los organismos internacionales que comenzamos a describir en el capítulo anterior. Si la Escuela de Salud Pública pudo emerger y ocupar un lugar en el entramado social de los médicos expertos en temas sanitarios, lo hizo basándose en condiciones, ventajas y recursos que la excedían y venían desarrollándose en aquel circuito. Por un lado, el interés del Estado nacional por incrementar la cantidad de expertos sanitarios y mejorar la calidad de su formación, anhelo que encontraría un clima propicio en los procesos de renovación de las instituciones universitarias desde 1955, pero que estaba vinculado a la necesidad de contar con personal técnico para las tareas de planificación y modernización administrativa del sistema sanitario. Por otro lado, una creciente internacionalización de la salud pública, abonada por la colaboración entre el Estado y agencias como la Organización Panamericana de la salud. Desde 1951, las relaciones del gobierno argentino con la OPS habían empezado a hacerse más sólidas. Ese año, por ejemplo, luego de varios esfuerzos de coordinación entre ambas instancias, se logró acordar el establecimiento de una oficina regional del organismo en Buenos Aires. El entonces ministro de salud pública Ramón Carrillo, aprobó la firma de un convenio con la organización, con el objetivo de instalar en Argentina una oficina regional del organismo, con el aval del presidente Juan D. Perón. En 1952 se estableció oficialmente la Oficina de la Zona VI de la OPS en Buenos Aires bajo la dirección del médico chileno Emilio Budnik. (Veronelli y Testa, 2002). La relación del gobierno nacional con el organismo panamericano no fue más allá de un cordial entendimiento hasta el golpe de Estado de 1955, momento en el que se operó un giro político e ideológico que alentó la ejecución de más proyectos conjuntos con la OPS y otras agencias nucleadas en el sistema de Naciones Unidas.

El estrechamiento de estas relaciones con el organismo panamericano vino a completar un escenario de internacionalización de la especialidad ya anticipado por la

participación de médicos argentinos en congresos y actividades de la especialidad en el extranjero y mediante viajes de capacitación y entrenamiento profesional a otros países, no pocas veces patrocinados por organismos filantrópicos, como las fundaciones Rockefeller, Carnegie, la *International Red Cross*, etc.

La emergencia de la ESPUBA vino a capitalizar estas tendencias, a “poner en valor” los desarrollos parciales previos, pero fundamentalmente vino a representar el encuentro entre un escenario local complejo y uno internacional no menos heterogéneo. Estas dos realidades alcanzarían un alto grado de imbricación en la experiencia de la ESPUBA, dejando huellas en su configuración institucional, en las trayectorias formativas de sus miembros, en los discursos desarrollados por estos y en su quehacer profesional. El caso de la ESPUBA constituyó la institucionalización de un diálogo con la salud internacional, una mixtura de lo nacional y lo transnacional que respondió a las características señaladas en otros casos similares donde organismos internacionales y estados locales de América Latina establecieron experiencias de cooperación para combatir enfermedades, formar personal médico, construir instalaciones sanitarias, financiar investigación y modernizar capacidades estatales. (Farley, 2004; Birn, 2006; Cueto, 2004 y 2013).

Nos interesa poner bajo análisis el vínculo de la Escuela con las organizaciones transnacionales y con las agencias estatales locales en el marco de un proceso complejo de internacionalización, no en el sentido de una “colonización” promovida por un “imperialismo cultural”, ni como el arribo de bienes culturales a un escenario de bajo desarrollo (en el sentido de una transferencia centro-periferia), sino como una transacción, un intercambio, un “arreglo de mutua conveniencia” entre actores en pie de igualdad, que buscaban obtener beneficios, cumplimentar agendas propias, alcanzar propósitos y metas, promoviendo proyectos culturales y académicos conjuntos. Veremos de qué manera la colaboración de la OPS fue importante para el inicio de la experiencia, pero analizaremos también de qué maneras la formación de sanitaristas fue promovida también por el Estado nacional, desde cuyas agencias se planteaba la necesidad de contar con agentes capacitados, con saberes y técnicas útiles para el diseño de las nuevas políticas sanitarias. Este requerimiento de los sucesivos gobiernos desde 1955 se expresó mediante la creación de una Escuela propia (en el estilo de la Escuela

Superior Técnica de los tiempos peronistas, una escuela de agentes burocráticos) y a través del sostenimiento de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.

1. La salud internacional y la construcción de nuevas burocracias especializadas

El camino hacia la internacionalización de la salud pública en América Latina se encontraba en plena marcha hacia mediados del siglo XX. Como hemos visto, varias agencias, imbuidas de un “nuevo internacionalismo” relanzado al terminar la Segunda Guerra Mundial, buscaban institucionalizar el vínculo entre actores colectivos e individuales, nacionales y extranjeros en torno a la asistencia técnica, la colaboración para el desarrollo, la promoción de la medicina, la ciencia y la educación como engranajes fundamentales para mejorar la situación económica y las capacidades administrativas de los países “no desarrollados”. Ahora bien, desde principios del siglo XX, la transnacionalización de la salud pública como disciplina se venía realizando mediante el involucramiento de organismos sanitarios internacionales en procesos nacionales/locales de construcción de nuevas capacidades estatales, en el despliegue de nuevas políticas públicas y otros emprendimientos de mayor o menor escala.

La creación de una “salud internacional”, más que una extranjerización de la salud pública había implicado en varios casos una creciente cooperación entre países y organismos, “en pie de igualdad” y la formación de un ámbito internacional complejo donde actores colectivos, gobiernos nacionales, fundaciones filantrópicas venían llevando adelante actividades en común, como campañas de erradicación o contención de enfermedades transmisibles. Estas operaciones han sido el eje de varias obras, desde diferentes enfoques (Birn, 2006; Cueto, 1990, 1992, 1997, 1999, 2004, 2013; Farley, 2004, 2008; Silva Magalhães, 2016; Wilkinson, 2000; Chadarevian, 2015; Korndörfer, 2013; Biernat, 2016). Estos trabajos describieron acciones e ideas que fueron formando este escenario de “salud internacional” de mediados del siglo XX. Marcos Cueto (2013) la definió como un complejo de estrategias y discursos, pero también de herramientas conceptuales, recursos humanos y modelos institucionales que se fueron estructurando a lo largo del siglo XX para atacar los problemas de salud en una escala internacional. Durante la Guerra Fría, la “salud internacional” abarcó un ámbito político, técnico y también militar, de intervención a través de campañas de control o erradicación de

enfermedades, pero también de misiones sanitarias para la formación de personal y la educación popular de normas higiénicas. Como indica el autor, las dinámicas y acciones de esta salud internacional requerían “un planeamiento detallado, un grupo de expertos que ejecutara una acción y un presupuesto claro con metas definidas”. (Cueto, 2013:43). Entre la década de 1940 y 1990 podemos entender por salud internacional a un ámbito formado por las “enfermedades, programas y organizaciones mundiales vinculadas a la sanidad y que tuvo hegemonía con la creación de agencias multilaterales como las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud”. (Cueto, 2020:4).³⁶

Asimismo, antes de la Guerra Fría, el accionar de la Fundación Rockefeller en América Latina y su interés por lograr reformas permanentes en los países latinoamericanos había constituido un antecedente importante de este espacio internacional en torno a la salud (Cueto, 2000; Birn, 2006; Farley, 2004, 2008; Korndörfer, 2013). Sus esfuerzos acompañaron procesos de locales de modernización estatal, en oposición a entes locales, élites rurales e incluso élites médicas que temían verse desplazadas por la intrusión extranjera de la Fundación. Birn (2006), por ejemplo, analizó la relación de colaboración entre los gobiernos mexicanos posteriores a la Revolución y la *International Health Division* de la Fundación Rockefeller para la organización de campañas contra la fiebre amarilla y otras enfermedades contagiosas. Aunque no fue el centro de sus observaciones más importantes, su trabajo y el de otros autores, demuestra que el control global/regional de epidemias en muchos casos fue de la mano con la formación de cuadros técnicos locales y de la búsqueda de institucionalizar diferentes áreas disciplinares relativas al bienestar de las poblaciones más humildes, por eso la educación, medicina y ciencia estuvieron presentes desde el primer momento en su agenda internacional. Marcos Cueto (2000) extendió el análisis del accionar de la Fundación Rockefeller a los casos de Brasil, Perú, Colombia y

³⁶ Hablamos aquí de salud internacional y no de “salud global” en la medida que ésta última designación se adecúa y describe mejor el escenario de imperante a partir de los años 1990, cuando el ámbito internacional de la salud, antes ocupado por organismos multilaterales especializados en la materia, abre sus puertas a fundaciones privadas, laboratorios farmacéuticos, agencias de crédito internacional (como el Banco Mundial), entes gubernamentales norteamericanos (como la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional), ONGs (como Socios en Salud, Médicos sin Frontera, *Save the Children*, etc.), y a las “alianzas público-privadas”, que promueven un modelo de salud crecientemente privatizado, bajo principios capitalistas estrictos. (Cueto, 2020:5-6). Esta “salud global” implicó “una revisión profunda del Estado de bienestar, supuestamente ineficaz y burocrático”. (Di Liscia y Palma, 2020:3).

México, reconstruyendo los programas formativos de la agencia.³⁷ Con eje en las campañas contra enfermedades como la anquilostomiasis, la fiebre amarilla y la malaria, Cueto revisó la actuación *in situ* de la Fundación en Brasil y Colombia, por ejemplo. En el primero, la agencia contribuyó hacia 1917, a la enseñanza de Higiene a la población rural y la de Patología en la Universidad de Sao Paulo, donde un funcionario de la FR ocupó el cargo de Director en el Departamento de Uncinariasis. Esta presencia temprana estimuló la creación del Departamento Nacional de Salubridad en 1920, con una división rural destinada a combatir el anquilostoma, la malaria y el mal de Chagas. Cuando la FR se retira de Brasil en 1924 deja 122 postas sanitarias en diecisiete de los veinte estados brasileños. (Cueto. 2000:188).³⁸

El fin de la Segunda Guerra Mundial y el comienzo de la Guerra Fría, coincidió con el declive de la Fundación Rockefeller en su rol de *sponsor* internacional de la salud pública, y al mismo tiempo, con el ascenso de otros organismos, multilaterales, formados por estados nacionales. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud, a partir de este período, fue un gran propulsor del perfeccionamiento de los médicos sanitarios de América Latina, mediante su programa de becas de formación. Según Cueto, la OPS habría otorgado 2098 becas entre 1958-1961. (2004:89-98). El lanzamiento de la Alianza para el Progreso en 1961 le dio un marco de continuidad a las políticas de la agencia, apoyando y ampliando diversos tipos de nuevos emprendimientos, de formación e investigación. Santiago de Chile, por ejemplo, se convirtió en sede del Centro Panamericano de Planificación de Salud, un instituto de alcance continental donde se enseñaron métodos de planificación sanitaria y se intentó diseminar la filosofía planificadora a toda la región. (Barrancos y Mendes, 1992:37). En Argentina, lo que había comenzado como una relación tibia entre la oficina local de la

³⁷ Un análisis detallado de esta temática puede consultarse en Korndörfer (2013), quien estudió la formación de profesionales de la salud pública por medio de becas otorgadas por esta Fundación en Brasil entre 1917-1951.

³⁸ Los ejemplos abundan en este sentido. Desde 1920 en Colombia, por ejemplo, la Fundación destinó fondos para organizar un Departamento de Anquilostomiasis y ofreció becas para formación en salud pública en EE.UU. La *International Health Division* de la FR, creía que en los países latinoamericanos faltaban médicos y sanitarios formados según normas estadounidenses y veía un “negativo predominio” de la medicina clínica en perjuicio del trabajo en laboratorio en las ciencias básicas. El programa de becas de la FR se extendió desde 1917 por casi todos los países de América Latina. La División Internacional de Salud otorgó hasta 1942 unas 316 becas, mayormente a médicos y otros especialistas de Brasil. Como señala Korndörfer, (2013) estas becas se otorgaban con la condición de que a su regreso el becado tuviera asegurado un puesto en la alta administración sanitaria nacional.

OPS y el gobierno nacional fue creciendo en la medida que empezaron a incorporarse en la agenda local las nociones de “comunidad” y “desarrollo” (Ramacciotti, 2014). Un ejemplo de esto fue el establecimiento en la ciudad de Azul, provincia de Buenos Aires, de un Centro Panamericano de Zoonosis. Este fue pensado como un instituto dedicado al control de las enfermedades que se transmiten de los animales al ser humano, es decir las zoonosis, y fue apoyado por el gobierno nacional, el Programa de Asistencia Técnica de Naciones Unidas y por la OPS desde 1956-1957 cuando fue erigido. Su experiencia estuvo enfocada en la investigación y en la formación de investigadores médicos y bioquímicos con una clara proyección hacia la salud pública, retomando a la vez una serie de problemas que tanto Argentina como otros países de la región acarreaban desde varias décadas atrás. Enfermedades como la rabia, brucelosis, tuberculosis bovina, hidatidosis, leptospirosis, carbunco, psitacosis, triquinosis y salmonelosis, eran muy comunes en diferentes zonas rurales de las Américas y ocasionaban grandes pérdidas materiales y humanas. (Cabello, de Alzaá, s/f:2).³⁹

Los ejemplos de la intervención de la OPS en América Latina desde fines de los años cincuenta y en especial luego del lanzamiento de la Alianza para el Progreso son numerosos. Asimismo, fue una política del organismo que se solapó en varios casos nacionales con esfuerzos locales por desarrollar nuevas divisiones y dependencias estatales y promover nuevos perfiles profesionales, juzgados como necesarios para encarar reformas sanitarias, mejorar la administración de los servicios de atención a la salud, etc. En la Argentina de principios de los años sesenta, las estrategias de la OPS

³⁹ Los servicios prestados por el Centro fueron varios y estaba pensado como un instituto de alcance continental que pudiera detectar, tratar y controlar brotes de zoonosis desde localidades de la Patagonia hasta remotas zonas rurales de Alaska y Canadá. Estos servicios eran de asesoramiento (mediante el envío de consultores a estudiar problemas in situ, a solicitud de los gobiernos), laboratorio (envío de preparados biológicos, reactivos y animales para demostración/experimentación), recopilación de datos (por medio de un Boletín Informativo) e investigación (evaluación de vacunas, diagnóstico, verificación de leptospiras, búsqueda de endo y ecto parásitos como el E. Granulosis). El Centro estaba dirigido por un especialista norteamericano, Benjamin Blood, Director, secundado por Víctor Moya como Jefe de Laboratorio. (Cabello, de Alzaá, s/f:19). En 1968 fueron reemplazados por Alfonso Trejos, de El Salvador, como asesor principal, Merle Lee Kuns, ecólogo de EE.UU., J. Frederick Bell, virólogo norteamericano y Joe Held, epizootiólogo. (Acompañaban a estos equipos personal administrativo y auxiliar contratado por el gobierno argentino). El principal curso fue un seminario anual de Perfeccionamiento en Zoonosis, que comenzó a dictarse en 1958 y contó en los primeros cuatro años con alrededor de sesenta alumnos becados por la OPS, la OEA y el gobierno argentino, provenientes de México, Jamaica, El Salvador, Guatemala, Costa Rica, Panamá, Colombia, Venezuela, Ecuador, Brasil, Bolivia, Chile, Argentina, Perú y Uruguay. El Centro desarrolló sus actividades hasta 1986 cuando fue cerrado por el gobierno nacional por una aparente fuga de material contaminante que afectó a la población local.

encontrarían en el país condiciones propicias para diversos tipos de proyectos innovadores. Una de ellas sería el nuevo clima universitario.

2. La creación de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires

La emergencia de la Escuela de Salud Pública reunió esfuerzos individuales, discusiones institucionales en la Universidad de Buenos Aires y en la Facultad de Ciencias Médicas, el asesoramiento de expertos internacionales, así como el apoyo del gobierno nacional y de la Organización Panamericana de la Salud. El análisis de su constitución y organización como Escuela universitaria otorga pistas para comprender la combinación de lo local y lo internacional y el rol de cada tipo de institución en el nacimiento del proyecto.

La antesala: la Universidad de Buenos Aires y la Facultad de Ciencias Médicas (1955-1962)

“La Medicina en Argentina tenía fuerte tradición francesa, clásica, en un momento en el que ésta ya no estaba a la vanguardia de los adelantos científicos y tecnológicos. Nuestro objetivo era una Universidad actualizada y científica y consecuentemente cambiar el modelo de enseñanza con clases magistrales como manera de transmitir los conocimientos. Queríamos transformar las aulas en talleres y laboratorios.”
Antonio Barrutia (2003:190-191).

El ciclo político que se abrió en 1955 ha sido señalado como el de una profunda renovación en el campo universitario (Buchbinder. 2005:169-190; Sigal. 1991; Terán. 1991; Neiburg, 1998:215-251), que se caracterizó en los primeros años por el restablecimiento de la autonomía y el gobierno por tres claustros (profesores, graduados y estudiantes) de la universidad (Rotunno y Díaz de guijarro. 2003:31-35) y por la emergencia de las primeras universidades privadas del país. (Buchbinder, 2005:173-178). En la Universidad de Buenos Aires, los rectorados de José Luis Romero (1909-1977), Alejandro Ceballos y Risieri Frondizi (1910-1985), encararon un programa de

desarrollo científico, técnico y cultural de gran escala, acompañados por un grupo de intelectuales inscriptos en la tradición reformista. Según Buchbinder, estos impulsaron un proceso de modernización “caracterizado por la transformación de las estructuras curriculares” y legitimado por “el prestigio adquirido por sus docentes e investigadores”. (2005:178).

En este marco fue promovida la creación de la figura del investigador *full-time*, se ofrecieron nuevas carreras (sociología, psicología, antropología, ciencias de la educación) y se abrieron departamentos mediante la reunión de materias y cátedras en estructuras conjuntas. Además, la universidad financió un amplio programa de becas y la creación de cargos docentes rentados. Este llegó a tener 2.570 becarios de grado entre 1958 y 1962 y solventó estudios de posgrado para 220 alumnos en el exterior. (Sigal, 1991:84-85). Por otro lado, en 1957 se creó el Consejo Nacional de Investigaciones en Ciencia y Técnica (CONICET), que en sus primeros años otorgó 118 becas internas y 60 externas. Hasta 1961 la agencia había financiado la creación de 214 puestos de investigadores de tiempo completo, y para 1966 ya eran 297. (Sigal, 1991:85). Con el apoyo combinado del CONICET y de las universidades, hacia 1962 ya existían 200 profesores rentados y 524 asistentes con dedicación exclusiva a la docencia. Esta política implicó un fuerte apoyo a las ciencias básicas (física y matemáticas) y aplicadas (como la creación del Instituto de Investigaciones Médicas dirigido por Alfredo Lanari - 1910-1985). (Rotunno y Díaz de Guijarro. 2003: 50-55).

La formación en saberes biomédicos y en salud pública fue uno de los objetivos estratégicos del CONICET. Sólo en 1961 la agencia otorgó becas a sesenta y siete médicos enrolados en distintas dependencias estatales, siete ingenieros sanitarios, dos odontólogos de salud pública, un arquitecto, un inspector sanitario y un veterinario, para completar estudios en el exterior, realizar posgrados y visitas técnicas a países de Europa y Norteamérica. Ese año se concedieron veinte permisos de ausentarse de sus lugares de trabajo a becarios para especializarse en alguna de las ramas de la salud pública. La mayoría de estos eran médicos, como Saúl Biocca (becario de la OPS, viajó a la Facultad de Higiene de San Pablo, Brasil a estudiar Salud Ocupacional y a la

Escuela de Salud Pública de Puerto Rico, Educación Sanitaria)⁴⁰, Arnaldo Torrents (también becario OPS, viajó a EE.UU. para formarse en "Ciencias de Higiene con especialización en Estadísticas Biológicas") y Mario Desio de la Vega (becario de la OPS, viajó a EE.UU. a estudiar el Bocio endémico). También hubo ingenieros como Oscar Miguel Kohan (becario del gobierno holandés, fue a Amsterdam a especializarse en Ingeniería Sanitaria), Juan C. B. Méndez y Enzo Gioioso (ambos a EE.UU. como becarios de la Junta de Asistencia Técnica de Naciones Unidas). (Argentina, 1961). La ingeniería sanitaria, las estadísticas vitales, la educación sanitaria, y otros saberes técnicos eran de vital importancia para la diagramación de las políticas públicas que se empezaban a gestar en los primeros años sesenta y se prolongarían toda la década, lo cual vinculaba los esfuerzos de la agencia científica nacional, la universidad y los programas de becas extranjeros.

En este sentido, el proceso de renovación en el mundo universitario y científico abrió un amplio arco de oportunidades de formación en el extranjero y en el país, promocionado por las universidades y por los sucesivos gobiernos locales por medio del CONICET, pero también por organizaciones y entidades internacionales, con recursos materiales y humanos, programas de pasantías, etc. El caso de la carrera y Departamento de Sociología en la UBA es paradigmático. Sobre este tema Alejandro Blanco señaló la importancia de la División Ciencias Sociales de la Unión Panamericana, el Departamento de Ciencias Sociales de la UNESCO, el *International Social Science Council*, las Fundaciones Rockefeller y Ford, que subsidiaron la organización del Departamento de Sociología en la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA y ofrecieron becas de formación en investigación en el extranjero. (2006: 197-202).

En la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA fueron creados nuevos institutos y centros de investigación, aprovechando las nuevas condiciones generales. Por ejemplo, la política de becas de la universidad benefició a la Facultad de Ciencias Médicas en mayor medida que a otras facultades. En 1961, por caso, la carrera de Medicina recibió

⁴⁰ Luego sería profesor de la Escuela de Salud Pública a principios de los setenta, presidente de la Asociación Argentina de Salud Pública y funcionario de la Secretaría de Salud hasta la década de 1980 ejerciendo la especialidad de educación sanitaria.

387 becas para alumnos de grado.⁴¹ Por otro lado, las contribuciones y donaciones de gobiernos y fundaciones del exterior, así como las visitas de expertos y profesores del extranjero, fueron otras de las notas características del período. En 1960 se recibió una donación de 50 mil dólares de las Fuerzas Aéreas de EE.UU. para el Instituto de Anatomía General y Embriología (UBA, 1960:62). El mismo año, la Fundación Rockefeller otorgó 15 mil dólares para “adquirir material científico para el instituto de Microbiología y Parasitología y 11 mil dólares y “materiales científicos” para el Instituto de Química Biológica. (UBA, 1960:63). A su vez, la *National Multiple Sclerosis Society* donó 39 mil dólares “para trabajos sobre ultraestructura del sistema nervioso”. (UBA, 1960:122-123).

Las visitas extranjeras fueron muy frecuentes y recibidas con interés por las autoridades. Visitaron la Facultad Jean Louis Portat-Jacob, profesor de clínica quirúrgica de París, el patólogo barcelonés Pedro Pons, los otorrinolaringólogos de París Bernard Vallancier y J. R. Fournier, el miembro de la Academia de Medicina de París y el nefrólogo Jean Hamburger. (UBA, 1960:57). El Instituto de Investigación Médica albergó reiteradamente a investigadores extranjeros, como Eugenia Rosemberg, de la *Worcester Foundation*, quien disertó en 1960 sobre “Organización y funcionamiento de una sala metabólica”, o el doctor Hecaen de la Facultad de París, quien dictó una conferencia sobre “Apraxias y agnosias”, el mismo año. (UBA, 1960:130).

Desde el punto de vista académico e institucional, se creó la figura del investigador médico de tiempo completo y se instauraron las Unidades Docentes Hospitalarias a partir de 1961 y las prácticas médicas obligatorias para los estudiantes de medicina. (Romero, 2010).⁴² Estas medidas apuntaron a una renovación de la investigación y la

⁴¹ Ese mismo año, Ingeniería se llevó el segundo lugar con 198 becas de grado, Cs. Económicas, 132, Exactas, 123, Filosofía y Letras, 116, Arquitectura y Urbanismo, 101, Derecho y Ciencias Sociales, 105, Farmacia y Bioquímica, 63, Odontología, 58 y Agronomía y Veterinaria, 39. (S/A, 1961:13).

⁴² El médico Alberto Dal Bó, recuerda que, con la instauración de las residencias médicas “[d]esaparecería el gobierno absoluto del territorio, según criterios tradicionales oportunamente conocidos y heredados. Debería cambiarse el estilo de conducción. La autoridad ejercida -científica o de gestión- exigiría una suerte de revalidación permanente, producto de la demanda de los jóvenes profesionales en formación; jóvenes aves de paso que responderían a un programa institucional sujeto a evaluaciones de los organismos de control hospitalarios o ministeriales. No había duda de que la propuesta de residencia médica tendría un impacto considerable sobre la vida institucional. Pocos eran los que creían ganar algo con el cambio, y muchos los que se oponían, ya que temían sufrir pérdidas de importancia si se concretaba” (2008:46).

pedagogía en la disciplina, a las que podemos agregar nuevos cursos y carreras, como la de Enfermería Universitaria, el curso de Especialización en Radiología y Fisioterapia para médicos y el de Asistentes Sociales (en el Instituto de Higiene y Medicina Social). (UBA, 1960:35).

Estas innovaciones enfrentarían algunos límites. Sigal por ejemplo ha resaltado las “fisuras en el campo universitario” (1991:89-98), no sólo en referencia a los clivajes políticos e identitarios de los actores de la universidad en el período 1955-1966 sino en especial a la oposición entre docencia (ligada a las tradiciones de la educación superior) e investigación (asociada a la figura novedosa del investigador *full-time*), una dinámica de las instituciones universitarias que se extendió durante toda la década. La emergencia de nuevos institutos de investigación y agencias del Estado destinadas a promover el desarrollo científico (como el CONICET) mediante la provisión de recursos, becas y posiciones rentadas, era visto por los planteles tradicionales de profesores como una intromisión de criterios extra-universitarios y como una alteración de los equilibrios institucionales, en la medida que otorgaba poder universitario (de designación de nuevos cargos y asignación de recursos económicos) a nuevos agentes, vinculados con el poder político. Romero (2010) ha analizado esta tensión en el caso de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, en la que un grupo modernizador de profesores, como Alfredo Lanari, encaró un proceso de renovación de la investigación médica⁴³ en oposición a los sectores más tradicionales centrados en la clínica y otras especialidades con mayor poder universitario y menor desarrollo técnico-científico.⁴⁴

Las innovaciones pedagógicas, la primacía de la enseñanza práctica y la creación de instancias de enseñanza y aprendizaje en el hospital, respondían a la observación del

⁴³ Descripciones muy detalladas y memorias sobre este proceso de crecimiento de la investigación científica en los años sesenta en las universidades públicas puede consultarse en Rotunno y Díaz de Guijarro (2003). Un análisis de largo plazo sobre el desarrollo del sistema científico se puede hallar en Hurtado (2010).

⁴⁴ Para un análisis de otros aspectos conflictivos de la historia universitaria argentina en el periodo, puede consultarse: sobre experiencias de radicalización política en las universidades entre los años 1960 y 1970, Julián Gil (2010-a, 2010-b y 2011); un estudio sobre las dinámicas políticas del movimiento estudiantil entre los años 1950 y 1960 se encuentra en Califfa (2007); las disputas ideológicas enmarcadas en el proceso de “des-peronización” y “re-peronización” de la intelectualidad universitaria y no universitaria puede verse retratada en el ya citado Neiburg (1998) y en Terán (1991).

modelo estadounidense (Dal Bó, 2008; Romero, 2010), como un proceso de emulación de las instituciones hospitalares y educativas norteamericanas que veremos reaparecer con frecuencia. Pero, por otro lado, también se vinculaban a discusiones locales, como la efectuada en el I Congreso de Educación Médica (CEM) organizado por la Asociación Médica Argentina en noviembre de 1957. (Romero, 2010: 663-677).

Este encuentro se realizó en Buenos Aires y tuvo por objeto discutir integralmente la formación del médico en la Argentina: la enseñanza pre-médica, el ingreso a la Facultad, la formación de los profesores, la organización de las especialidades, la situación de los estudiantes y de los graduados, así como el ejercicio profesional y la distribución de médicos en el país. Una de las intervenciones en este Congreso fue la de Guido Ruíz Moreno, titular de la cátedra de Higiene de la UBA. En su discurso se refirió a la situación del Departamento de Medicina Preventiva y Social. Retomando recomendaciones de una Conferencia sobre Medicina Social organizada por la OPS en Viña del Mar, Chile, en 1955, Ruíz Moreno (1957) abogaba por la incorporación de temas de higiene en la currícula de las carreras de medicina, con el objetivo de mejorar y ampliar la sensibilidad y competencia de los futuros médicos hacia problemas médico-sociales y formar “médicos integrales con mentalidad social y preventiva, curativa y constructiva”, lo que podía significar la reforma integral de los planes de estudios médicos. Dado que este plan no le parecía viable, por varios motivos (entre otros porque no se contaba con profesores suficientes), no existía otra opción que ofrecer cursos para graduados, como el Curso Superior de Higiene y Medicina Social de la UBA, cuyo titular era el propio Ruíz Moreno. Esto tenía un aspecto positivo en tanto podía complementar la formación de los médicos y mejorar sus saberes higiénicos, pero no alcanzaba los estándares internacionales. Afirmaba entonces Moreno que

[t]eniendo en cuenta el número de horas destinado a las clases teóricas y a las prácticas en laboratorios, instituciones y centros de sanidad, este curso no provee de una enseñanza que permita decir que el título de Médico Higienista equivale al de “*Master of Public Health*” de los EE.UU., por ejemplo, o el de “sanitarista”, “Especialista en salubridad” de Chile. Implica un complemento a la enseñanza dada durante la carrera de médico”. (Ruíz Moreno, 1957:434).

La Facultad de Ciencias Médicas de la UBA se mostraba hacia fines de los cincuenta y principios de los sesenta como un centro de formación que alentaba nuevas propuestas de enseñanza, un nodo institucional conectado con actores y agencias internacionales, y con un clima de ideas y propuestas de colaboración transnacional y “asistencia técnica”, que venía suscitando aprobación por parte de gobiernos, legisladores, etc.

1958, un año clave

“El bienestar de la población no podrá pasar a un nivel superior mientras no se extiendan a todos sus sectores los beneficios de la atención médica –preventiva y curativa–, y no se forme entre nosotros una clara conciencia sanitaria.”
Boletín Informativo de la UBA,
6 (1), pág. 5

En 1958 las ventajas y oportunidades que aparecían en este escenario fueron aprovechadas por varios actores interesados en la renovación de la formación sanitaria. El *Boletín Informativo de la UBA* correspondiente a mayo de 1958 dio a conocer a la comunidad universitaria que el Consejo Superior de la UBA comenzó las tratativas para crear un organismo que entendiera en “problemas de salubridad”. Por este motivo se creó una “Comisión de Estudio” para analizar antecedentes y realizar un informe técnico. (S/A, 1958:7). El Decano Florencio Escardó (1904-1992) impulsó la resolución Nro. 46/1958 del 5 de febrero de 1958 que había promovido la creación de dicha Comisión. Escardó ocupó el máximo cargo en la Facultad entre 1957-1958 acompañado de un grupo de médicos de alto prestigio: Bernardo Houssay, Eduardo Braun Menéndez, Alfredo Lanari, Mario Brea, Eduardo de Robertis, Eduardo Manzini. También fue vicerector de la UBA en ese período, durante el rectorado de Risieri Frondizi. En febrero de 1958, el Decano afirmó que la tarea de una futura escuela o instituto de salubridad sería fortalecer “la conciencia sanitaria” de los médicos y de la población. Entre los motivos que citaba para fundamentar esta resolución, se refería a la epidemia de casos de

poliomielitis, desatada en 1956, y las falencias en los controles sanitarios en la ciudad de Buenos Aires. Los argumentos de Escardó ponían bajo la lupa la calidad de la política sanitaria y retomaba algo que había tenido un gran impacto en la sociedad: entre 1955 y 1956 se registraron 6500 casos de polio (Veronelli, Veronelli Correch, 2004: 547; Testa, 2018), una cantidad inaudita; entre 1906 y 1932 se habían registrado 2680 casos, en 1932-1943, 2425 casos, sólo en 1943 los casos habían ascendido a 2280, en tanto que en 1952 se habían registrado 2579 casos, en lo que parecía un rebrote mundial de la enfermedad, dado que en 1947 se habían registrado casos en Inglaterra, Austria, Alemania y Checoslovaquia. (Ramacciotti, 2009:143). Escardó, en su intervención, menciona la falta de medidas sanitarias en la Capital Federal, donde se han hecho conocidas las falencias en los controles higiénicos de la leche. La situación ameritaba que la intervención de los médicos como administradores y “racionalizadores” del sistema sanitario fuera profesionalizada, por lo que la resolución citada preveía la conformación de una comisión “encargada de reunir los antecedentes y datos de interés” para la creación en un plazo de tres meses de una Escuela de salubridad.

El surgimiento de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires

A diferencia de otros proyectos surgidos en esta época, como el Instituto de Sociología de la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA, la Escuela de Salud Pública no emergió por obra de un grupo renovador compacto o un “héroe modernizador”, que, luchando contra sectores tradicionales logra imponer un proyecto de gran prestigio académico. Como veremos más adelante, la emergencia de un grupo con aspiraciones profesionalizantes y modernizadoras se formaría después de la creación de la Escuela, no antes. Tampoco se trató de un proyecto netamente estatal, asociado a la política del gobierno, una escuela para agentes burocráticos, similar a lo que fue la Escuela Superior Técnica de Salud Pública del peronismo. Más bien se puede afirmar que combinó elementos locales e internacionales en una urdimbre original.

Este origen mixto de la ESPUBA se transparentó en la composición misma de la Comisión de expertos que estuvieron a cargo de los informes iniciales encargados por el decano Florencio Escardó. Entre esos especialistas se contaban Benjamín Viel (1913-

1998) médico chileno representante de la OPS; David Sevlever (1904-1982), antiguo colaborador de la Fundación Rockefeller y becario de la OPS en 1959, representando a la Universidad Nacional del Litoral; Humberto R. Ruggiero (1903-1968), epidemiólogo; Guido Ruíz Moreno, titular de la cátedra de Higiene y Medicina Social entre 1955-1973; Isaac Wolaj, por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. (UBA, s/f). Esta comisión además tuvo una comunicación directa con Emilio Budnik, médico chileno, jefe de la oficina de la Zona VI de la OPS, instalada en Buenos Aires en 1952.

La composición de la Comisión condensaba varios elementos representativos del campo médico y de la salud pública hacia fines de los años cincuenta, tal como intentamos retratar en el capítulo anterior. El decano Florencio Escardó gozaba de cierto liderazgo local en los ambientes médicos porteños tras tres décadas de ejercicio profesional. Entre 1946-1955 fue excluido de la universidad y del Hospital de Niños de Buenos Aires, donde era un referente en la enseñanza de la pediatría. Según Wasertreguer y Raizman (2009:13-30), durante esos años formó varios grupos de estudio en su domicilio, por los que pasaron jóvenes discípulos como César Pepa, Mario Waissman y Mario Allavia. Durante las décadas que siguieron a 1955, Escardó vio crecer su prestigio en el campo médico y fuera de él como escritor, columnista de *Primera Plana* y como voz pública de la medicina y la salud pública. Su presencia fue fundamental en la medida que fue el rostro visible del proyecto y que era un médico respetado por sus colegas de la UBA.

El apoyo de Benjamín Viel también fue importante, como asesor, veedor externo y consultor enviado por la OPS. Viel fue director de la Escuela de Salubridad de Chile, creada a principios de los años cuarenta, con apoyo de la Fundación Rockefeller, y doctorado en Salud Pública en la *School of Hygiene and Public Health* de la *Johns Hopkins University*. Junto a Hernán Romero y Hugo Henríquez Frödden, quien además fue uno de los consultores visitantes de la OPS en 1956-1957, fueron expertos viajeros de gran relevancia para todo el proyecto de la naciente ESPUBA. La presencia de estos expertos es evidencia del interés de la OPS por inspeccionar el proceso de creación de una nueva escuela de sanitaristas, pero también es un primer indicio de colaboraciones e

intercambios y redes interpersonales latinoamericanas, entre médicos argentinos y chilenos en torno a la salud pública.⁴⁵

Las participaciones de Guido Ruíz Moreno y David Sevlever obedecían en principio a su *expertise* académica en higiene y salud pública. El primero como titular de la cátedra de Higiene de la UBA y docente “de carrera” en dicha unidad; el segundo, como representante de la cátedra de higiene y medicina social de la Universidad Nacional del Litoral, pero también por su experiencia personal como colaborador en la organización del primer Ministerio de Salud del país, en la provincia de Santa Fe, ex becario de la Fundación Rockefeller y asesor local de la misma, además de poseer un amplio conocimiento del ámbito internacional y dominio de varios idiomas. (Rayez, 2017).

Los otros miembros, Ruggiero y Wolaj, daban participación a la Facultad de Ciencias Médicas y al Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, completando el acuerdo institucional que haría marchar el proyecto con representantes de las cátedras de higiene y salud pública, de la Facultad, de la OPS y del Estado nacional. Asimismo, la presencia del Estado en este proyecto se ampliaría mucho más en el futuro.

La contribución económica y logística de la OPS fue importante para sostener el funcionamiento de la Comisión, mientras esta se mantuvo en funciones, durante el bienio 1958- 1959. Con el apoyo del organismo, Sevlever, Ruíz Moreno y los demás miembros del grupo viajaron a la Facultad de Higiene de San Pablo y a la Escuela de Salubridad de Santiago de Chile, con el objeto de observar la organización de dichos centros de alto prestigio. (UBA, s/f). El perfil de estos expertos en cierta manera anticipa las características que desarrollarían los sanitarios formados en esta Escuela: agentes dinámicos, “multiposicionales”, con un pie en la arena política y otro en la universidad, actores que se distinguen por su

⁴⁵ No se trató de un interés pasajero. Entre 1950-1990, la educación médica, la formación de sanitarios y la difusión de la medicina social, así como la evolución institucional de las escuelas de salud pública latinoamericanas fueron objeto de informes (OPS, 1968; García, 1972), reuniones y simposios de expertos, conferencias, congresos y jornadas (como las Conferencias de Directores de Escuelas de Salud Pública), editoriales del *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, varias entregas de la serie “Publicaciones científicas de la OPS” y hasta una revista especializada desde fines de los años sesenta, *Educación Médica*, distribuida por el organismo en todo el continente.

capacidad de funcionar como sujetos capaces no sólo de presentar credenciales universitarias propias del mundo académico (diplomas de grado y posgrado, éstos últimos muchas veces en prestigiosas universidades del exterior, publicaciones científicas) sino de movilizar ese capital simbólico de forma tal de legitimar sus discursos, sus visiones del mundo y sus recomendaciones específicas fuera del ámbito académico y científico. (Morresi y Vommaro, 2011:18).

Este perfil de experto sería recurrente en quienes llevaron adelante el proyecto de la Escuela, comenzando por su organizador, David Sevlever, quien fue nombrado por resolución de la UBA como “Director Organizador”, cargo que detentaría hasta 1966. Entre 1958-1959 Sevlever repitió la experiencia viajera que ya había realizado en los años cuarenta, pero esta vez patrocinado por la OPS, para cursar el *Master of Science in Hygiene en la School of Public Health* de la Universidad de Harvard. Producto de ese viaje fue su informe “Algunas observaciones sobre la enseñanza de la Salud Pública y la medicina en los Estados Unidos” (Sevlever, s/f). El texto explicaba el funcionamiento de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, resumía los principales contenidos y debates de la Segunda Conferencia Mundial sobre Educación Médica, realizada en septiembre de 1959 en Chicago (donde expuso un discurso titulado “Entrenamiento clínico básico común para todos los médicos de la sociedad actual”), hacía algunas observaciones sobre la Asociación Americana de Salud Pública, sobre el Departamento de Salud Preventiva y Salud Pública de la Escuela de Medicina de Harvard, sobre la situación de los estudiantes extranjeros en Estados Unidos y otros temas que considera relevante. Las pequeñas observaciones “etnográficas” sobre la vida, la historia y la cultura estadounidenses enriquecían la redacción del informe. Tras asistir a la Reunión Anual de la *American Public Health Association* entre el 27 y 31 de octubre de 1958, Sevlever se maravillaba de la “potencialidad de la Industria (sic) al servicio de la vida habitual de los norteamericanos” y de que los beneficios de la salud pública y la investigación científica tuvieron una oportunidad de ser expuestos en los variados “quioscos de exhibición del Congreso, en un derroche de afiches, carteles de propaganda y folletos. Para el visitante extranjero resulta impresionante el despliegue de la potencialidad científica e industrial de un Congreso de esta naturaleza” (Sevlever, s/f:40). Y agregaba: “Un latinoamericano puede constatar que las discusiones típicas de

nuestros ambientes científicos, ardorosas y creadoras de tensiones no aparecen en las reuniones de las asociaciones norteamericanas”. Sevlever mostraba en este informe su conocimiento de la disciplina y de las tendencias actuales de la misma, las cuales veía encarnadas en las universidades norteamericanas. Varios profesores de la ESPUBA seguirían el mismo camino durante las décadas siguientes ampliando con cada viaje de formación los puntos de contacto entre el campo local de la salud pública y las redes universitarias del extranjero, no sólo de los Estados Unidos sino de América Latina.

Un último aspecto de la organización que estuvo bajo la supervisión de Sevlever fue la designación profesores y de un espacio físico para el nuevo proyecto. Bajo la coordinación del “Director Organizador”, entre 1959 y principios de 1960 se tomaron las medidas necesarias para inaugurar la ya denominada oficialmente Escuela de Salud Pública, que quedó establecida en el piso décimo de la Facultad de Ciencias Médicas (Maceira, 2010:49).

Hacia 1960 se cerró el período de organización con el comienzo del primer curso del Diplomado en Salud Pública. La ESPUBA iniciaba así sus actividades, impulsada por un puñado de figuras, con apoyo del Estado nacional, en un clima de renovación universitaria y con el apoyo y supervisión de la OPS.

3. La propuesta de la Escuela de Salud Pública

La ESPUBA fue una institución renovadora, construyó a partir de los años sesenta un lugar propio en la universidad, manteniendo vínculos con las cátedras de higiene tradicionales; fue una institución formada por una mayoría de profesores médicos (más que ingenieros, enfermeras, científicos sociales, etc.), entrenados en salud pública, tanto en la institución como en otros centros profesionales; su propuesta estuvo ampliamente ligada a las concepciones de salud pública vigentes en su época y compartidas por la mayoría de las escuelas de salud pública del continente.

La Escuela comenzó a funcionar en 1960 en un espacio académico que poseía ya una serie de desarrollos previos, por lo que sus impulsores intentaron mostrarla como una experiencia modernizadora. Según un artículo firmado por Sevlever y otros dos profesores de la ESPUBA, publicado por la *Revista de Salud Pública* en 1963, era

necesario mejorar cualitativamente la formación de los médicos sanitaristas y superar las propuestas que se habían sucedido hasta ese entonces. Se referían al Curso Superior de Higiene de la UBA pero también al “Curso de Higiene y Medicina Regional de la Universidad de Tucumán” (1946), al “Curso de Higiene de la Universidad Nacional de La Plata” (1949-1952), al “Curso de Médico Higienista de la Universidad Nacional del Litoral” (1947-1956), a la “Escuela Superior de Sanidad” (1957-1961) de la misma Universidad y a otras alternativas similares. A través de estas experiencias nacionales y por medio de los viajes realizados por médicos argentinos a universidades extranjeras (EE.UU., Chile, Brasil, Puerto Rico, Inglaterra) la cantidad de sanitaristas ascendía a 411 egresados. Siguiendo los estándares internacionales de la OPS "un administrador sanitario sería necesario para cada área de 50.000 habitantes y un administrador hospitalario para cada hospital con una capacidad mayor a 100 camas". Según los autores, "para 1972 sería necesario contar con 550 administradores sanitarios para cubrir el nivel mínimo fijado". Esto implicaba un déficit de 400 especialistas en salud pública y 300 administradores de hospitales. (Sevlever, Canitrot, Kelmendi de Ustarán Viana, 1963:102). En su informe, los sanitaristas Odair Pacheco Pedroso y Hugo Henríquez Frödden, consultores de la OPS, también habían criticado la formación académica en salud pública e higiene que se impartía en las universidades argentinas por medio de sus cursos de especialización. (Henríquez Frödden, 1958; Pedroso, 1968). Entre otros argumentos, señalaron que dichos cursos de higiene ofrecían un tipo de educación médica excesivamente teórica, centrada en “clases magistrales”, sin que los alumnos tuvieran contacto con la práctica sanitaria, administrativa y de planificación. La experiencia de campo y el ejercicio de la salud pública como una actividad en contacto con la comunidad serían temas importantes en la década del sesenta. La opinión repetida una y otra vez era que se necesitaban no sólo más sanitaristas, sino que éstos debían entrenarse en y para la práctica, en la resolución de problemas complejos directamente en el campo, lo cual también era congruente con las metas del desarrollo que establecieron a partir de los principios de los sesenta.

El staff

Con la premisa de una capacitación más completa para los futuros sanitaristas, la Escuela comenzó sus actividades en 1960 apuntando a presentarse como una

experiencia renovadora. Según nuestro relevamiento, al menos 140 docentes fueron contratados en la ESPUBA desde 1960 hasta 1976.⁴⁶ Estos se desempeñaron en los once departamentos que compusieron la estructura académica de la institución. Los mismos fueron “Epidemiología”, “Estadística” (o bioestadística), “Higiene y saneamiento ambiental”, “Administración sanitaria” (o de la salud), “Administración hospitalaria”, “Higiene/salud materno infantil”, “Odontología sanitaria”, “Educación sanitaria”, “Nutrición”, “Teoría y práctica de la salud” y “Educación permanente/continuada”.

Según nuestra pesquisa, de 110 trayectorias de profesores de la ESPUBA, 76 se habían formado como especialistas en salud pública y poseían títulos académicos en tal especialidad. Los otros 34 de nuestra muestra provenían de varios campos ligados al ejercicio de la medicina curativa, pero con fuertes vínculos con los problemas de salud pública, como la salud materno-infantil, la pediatría, el saneamiento urbano, cardiología, psicología clínica, psiquiatría, etc. De los 76 docentes con títulos en salud pública, 47 profesores se especializaron en salud pública en la misma ESPUBA donde luego fueron contratados como docentes e investigadores. En su gran mayoría eran egresados del curso “Diplomado en Salud Pública” y otros del curso “Administración y Organización hospitalaria”. Otros profesores (6), eran egresados del “Curso Superior de Higiene” de la UBA, de “Ingeniería de salud pública” de la Escuela Superior del Ministerio de Salud o del curso de “Médicos de Fábrica” de la UBA. Moisés Malamud (Legajo FCMUBA N° 18510) y Luis Lepera (Legajo FCMUBA N° 51662) egresaron del “Curso Superior de Higiene” de la UBA en los años cuarenta. El ingeniero Nemo Tommasi y el inspector sanitario Juan Manuel Wendt (Legajo ESPUBA Tomo III) se habían especializado en saneamiento urbano en la Escuela Superior Técnica de Salud Pública durante los años del peronismo. Carlos Abel Ray, Jefe del Departamento de Educación Permanente de la ESPUBA entre 1968-1973 era médico de fábrica, una especialidad que la Facultad ofrecía desde los años 1950.

⁴⁶ En el Anexo N° 2 se encuentra la lista completa de los legajos de profesores consultados. En total pudimos consultar 99, y reconstruir 11 trayectorias más en base a distintas fuentes. De los treinta casos restantes pudimos hallar escasa información. Es probable que haya habido más de 140 profesores en este periodo, en condiciones más irregulares. Nuestra investigación se basa en aquellas trayectorias que dejaron alguna huella en los archivos de la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA.

Estos casos son indicativos de los vínculos entre la ESPUBA y los antecedentes institucionales de la salud pública en las décadas previas, como el Curso Superior de Higiene. De aquel Curso egresaron 200 médicos entre 1941-1960, algunos de los cuales, como vemos, contribuyeron al desarrollo de la ESPUBA. El propio director organizador de la primera etapa, David Sevlever, tuvo su primer acercamiento a la salud pública a través de la cátedra de Higiene y Medicina Preventiva de la Universidad Nacional del Litoral. (Rayez, 2017). Luis Lepera y José Abel Landa, profesores de los departamentos de saneamiento ambiental y administración de la salud respectivamente, además integraban la Cátedra e Instituto de Higiene de la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA. Se trataba de un tenue pero concreto vínculo de la ESPUBA con los antecedentes académicos de formación higienista desarrollados hasta ese momento.

Asimismo, la experiencia de la ESPUBA funcionó en un canal paralelo y distante de la cátedra de Higiene emplazada en la misma universidad. Por un lado, porque aquella continuó siendo, incluso hasta avanzada la década de 1970, un espacio tradicional, prestigioso en el interior del campo médico y una vía de acceso garantizada a la carrera docente. A diferencia de este espacio tradicional, la ESPUBA reclutó a sus docentes, al menos durante el período 1958-1976, mediante contrataciones directas, sin concursos. Varios profesores de la ESPUBA fueron simultáneamente adscriptos a la cátedra de Higiene y buscaron iniciar la carrera profesoral en dicho espacio. El hecho de que la Escuela no haya sido fundada como reemplazo de la cátedra de Higiene, explica que ésta continuara funcionando en las décadas posteriores sin entrar en mayores conflictos con la nueva propuesta: simplemente no competían por los mismos “bienes culturales” o “especies de capital cultural”. Las características de la ESPUBA fueron similares en este sentido a lo señalado por Pierre Bourdieu en su análisis acerca de la *École des hautes études en sciences sociale* (Sección VI). Según Bourdieu, ésta se trató de una institución caracterizada por su marginalidad dentro del campo universitario, por su excelencia académica y su espíritu innovador. (2014:147-150). Esta *École* mostró desde fines de los años sesenta, en París, una gran apertura a disciplinas olvidadas y lo extranjero, siendo ampliamente “receptiva a los maestros, las influencias, las innovaciones e incluso a los créditos provenientes de otros países”, convirtiéndose en un “polo hiper-académico”, modernista y herético (Bourdieu, 2014:147).

Ahora bien, según la reconstrucción que pudimos realizar de las trayectorias de 110 profesores e investigadores, 75 de ellos fueron médicos, seis odontólogos, seis científicos sociales (sociólogos, antropólogos, etc.), cuatro ingenieros, un estadístico, dos matemáticos, dos arquitectos, dos enfermeras y doce profesores con otras profesiones. La presencia de los médicos fue mayoritaria durante todo el período aunque también fue en aumento el personal contratado especializado en investigación social "en terreno", como antropólogos y sociólogos así como especialistas en procesamiento de datos estadísticos. La Escuela concretó un modelo institucional eminentemente médico, en detrimento de una potencial orientación hacia las ciencias sociales o al saneamiento urbano. Esto nos remite a la relación de la medicina y la salud pública y al intento de la comunidad médica local por incorporar los saberes sanitarios y las instituciones formadoras como elementos subordinados al poder médico tradicional, proceso que se ha observado en otros campos académicos. Como señaló Elizabeth Fee (2016), durante la organización de la primera escuela de salud pública de los Estados Unidos en la *Johns Hopkins University* hacia 1916, el dominio sobre la salud pública como saber fue disputado por bacteriólogos, ingenieros sanitarios y médicos "sociales" y "ambientales". Los primeros, como Charles Chapin (1856-1941) y Hilbert Winslow Hill, representaban el enfoque bacteriológico, según el cual las enfermedades debían combatirse mediante la identificación de los gérmenes y bacterias que enfermaban a los pacientes, atacando los focos del contagio. Los doctores Alice Hamilton, Joseph Goldberger, Edgar Sydenhicker y Charles E. Winslow al contrario, sostenían una perspectiva ambiental y social, centrada en el mejoramiento de las condiciones de vida, saneamiento de las aguas, mejoras laborales, política de vivienda. Opuestos a ambos bandos, los ingenieros sanitarios se adjudicaban como una victoria propia el descenso de las tasas de mortalidad en los EE.UU. entre 1860-1900, que interpretaban como una consecuencia de la construcción de modernos sistemas de drenaje urbanos propuestos por ellos. Esta disputa se resolvió a favor de los médicos y de una corriente sanitaria y social más que bacteriológica. En la ESPUBA, la mayoría médica del plantel inclinó la balanza a favor de la medicina como la profesión rectora de la salud pública, lo que también se vio asegurado por la presencia mayoritaria de médicos entre los alumnos de la institución: en el período 1960-1985, según Iriat, Nervi, Testa y Olivier, éstos fueron el 78% de los alumnos (1994:201).

Esta mayoría médica era también una tendencia continental. Según el relevamiento de escuelas de salud pública de América Latina, publicado por la OPS en 1968, todos los establecimientos que ofrecían cursos de posgrado en salud pública tenían una mayor proporción de profesores médicos que de otras profesiones. Así, de los 60 docentes contratados por la ESPUBA en 1968, 43 eran médicos; de los 110 de la Escuela de Sao Paulo (Brasil), había 63 médicos; en Santiago, en la Escuela de Salubridad, la proporción era de 49 médicos/100 docentes. (OPS, 1968:182). La presencia de otras profesiones, más allá de este predominio médico, era variable según el caso nacional: Sao Paulo tenía la mayor cantidad de ingenieros en su plantel; Puerto Rico era la escuela con mayor cantidad de enfermeras y Santiago de Chile la de especialistas en pedagogía.

La oferta académica

El plantel de la ESPUBA dictó diferentes a lo largo de las décadas de 1960 y 1970, comenzando por el “Diplomado en Salud Pública”, que constituyó la principal oferta académica. Este curso anual estaba destinado a médicos, odontólogos e incluso veterinarios. (Sevlever, 1962:127). Según el director de la Escuela el "curso [de Diplomado en Salud Pública], al igual que los que se dictan en la mayor parte de los países americanos (Estados Unidos, Brasil, Chile, México) est[aba] planeado para desarrollarse en el término de un año lectivo (diez meses)", lo que equivalía a 1.400 horas anuales, y una cursada de 6 días a la semana, 7 horas diarias. (Sevlever, 1962:127).

Durante los años sesenta y setenta el Diplomado fue el corazón de la formación académica de los sanitaristas en Buenos Aires. Las materias correspondían a la estructura departamental de la Escuela: Teoría y Práctica de la Salud Pública, Epidemiología, Bioestadística, Administración Sanitaria, Salud Materno Infantil, Nutrición, Organización y Administración hospitalaria, Higiene y saneamiento ambiental, Organización de la comunidad y educación sanitaria, Odontología sanitaria, Planificación Sanitaria, Educación sanitaria, Ciencias del comportamiento, Salud mental y Salud ocupacional. (UBA, 1968:64). Estos contenidos eran comunes a la mayoría de

las escuelas latinoamericanas; materias como administración de la salud, administración de hospitales, epidemiología, bioestadística, saneamiento ambiental y salud materno-infantil eran obligatorias en la mayoría de los cursos, diplomados, maestrías y doctorados para formación de sanitarios en Chile, Venezuela, Brasil, México, Perú, Cuba y Puerto Rico. Otras materias eran menos comunes como las relacionadas con las ciencias sociales. En la ESPUBA se dictaba “Ciencias del comportamiento” o “de la Conducta”, pero sólo en Venezuela, México y Brasil era posible encontrar ofertas académicas similares (como “Ciencias sociales” o “Ciencias sociales aplicadas”). (OPS, 1968:199-201).

Según la *Guía del Estudiante* que publicaba Eudeba, fueron ofreciéndose más cursos a lo largo de la década, como vemos en cuadro más abajo. Uno de estos cursos fue el de “Técnicos en Estadísticas de Salud Pública”, ofrecido principalmente a bachilleres, enfermeras y visitadoras de higiene, con el objetivo de “formar técnicos de nivel intermedio para mejorar e incrementar la producción y utilización de informaciones estadísticas necesarias en la programación y administración de los servicios de Salud” (UBA, 1968:65). Los alumnos, en este caso, debían aprobar las materias Administración, Elementos de Salud Pública, Metodología Estadística, Estadística de Salud Pública, Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y causas de defunción. La carga horaria de este curso era de 40 horas semanales, durante un año lectivo.⁴⁷

Otros cursos importantes fueron “Administración hospitalaria para directores de Hospital” y “Administración pública y sanitaria para funcionarios administrativos en servicios de salud” y los Cursos de Extensión⁴⁸ destinados a médicos de otras especialidades, funcionarios estatales y profesionales que aspiraran a la dirección de hospitales.

⁴⁷ Cinco de las técnicas egresadas permanecieron en la Escuela como profesoras del departamento de Estadística, como Cécica Tula Rattner, Norma María Zottola Nicchiarelli, Zulema Eleonor Díaz, Ethel Beatriz Escudero y Juana Guillermina Garzón.

⁴⁸ Entre estos se ofrecían el “Curso de Estadística aplicada a la investigación médica. Para médicos y otros profesionales que se dediquen a la investigación”, un “Curso de epidemiología para médicos fisiólogos”, “Curso de orientación en Salud Pública para médicos” y “Curso de orientación en Salud Pública para odontólogos”. (UBA, 1966:61-62).

Cuadro N° 2. Cursos ofrecidos por la ESPUBA ente 1960-1975

	1960	1966	1969	1975
Cursos ofrecidos por la ESPUBA y duración	Diplomado en salud pública (1 año)	Diplomado en salud pública (1 año)	Diplomado en salud pública (1 año)	Diplomado en salud pública (1 año)
		Curso “Técnicos en Estadísticas de Salud Pública” (1 año)	Curso “Técnicos en Estadísticas de Salud Pública” (1 año)	Curso “Estadística sanitaria” (6 meses)
		Curso “Administración hospitalaria para directores de hospital”	Curso “Administración pública y sanitaria para funcionarios en servicios de salud” (4 meses)	
		Cursos de extensión	Cursos de extensión	
			Posgrado en Salud Materno-Infantil	

Fuente: Elaboración propia en base a UBA (1960, 1966, 1968, 1969, 1975) y OPS (1968).

El lugar otorgado a la administración, la bioestadística, la dirección de hospitales, la planificación sanitaria y la “práctica de la salud pública”, es un dato crucial para comprender la experiencia de la Escuela y su doble relación con las recomendaciones y discursos desarrollistas de circulación internacional y con su relación con las agencias estatales. En la discursividad de los organismos internacionales (cfr. Acta de Bogotá y Carta de Punta del Este, entre otros documentos) el mejoramiento de las condiciones de vida, el desarrollo económico y la ampliación de las capacidades estatales-técnicas eran objetivos primordiales que los países latinoamericanos debían alcanzar en la década del sesenta. Tanto la Organización Panamericana de la Salud como las diferentes gestiones y gobiernos locales en Argentina durante este período compartieron estas premisas y dieron su apoyo a distintas iniciativas que iban en esa dirección.

La propuesta de la ESPUBA fue ofrecer una formación lo más completa posible en materias que consideraba centrales para la formación de los sanitaristas; se orientó a un

público mayormente compuesto por médicos que acudieron en calidad de profesores y alumnos; a diferencia del “Curso Superior de Higiene” de la UBA, fue variando durante la década de 1960 la oferta de cursos de diferentes temáticas y duración. A continuación, veremos otra característica del experimento de la ESPUBA: su rol de nexo entre las necesidades de la gestión estatal de sanitaristas entrenados profesionalmente y el accionar de la Organización Panamericana de la Salud como *sponsor* internacional.

4. Fortalecimiento de la salud pública: la iniciativa estatal

La formación de recursos humanos capacitados para llevar adelante políticas de desarrollo, modernización y racionalización fue una preocupación gubernamental en los tiempos de las primeras gestiones peronistas y volvió a ocupar un lugar en la agenda estatal desde fines de la década del cincuenta y durante la década siguiente, sin perjuicio de profundas diferencias políticas e ideológicas entre estas experiencias gubernamentales. Las gestiones de los ministros de salud Héctor Noblía (1958-1962) y Arturo Oñativia (1966-1963-1966) fueron particularmente afines a las recomendaciones que los consultores de la OPS habían realizado en su visita al país en 1956-1957. La racionalización en el uso de recursos y la búsqueda de una mayor eficiencia en la administración de las unidades sanitarias que estaban bajo la órbita de los estados nacional y provinciales, fueron consignas aceptadas y puestas en práctica, por lo que aquellas recomendaciones de los informes de Hugo Henríquez Frödden y Odair Pacheco Pedroso mantuvieron su vigencia en las gestiones de estos ministros. En 1961 se volvió a plantear la descentralización de hospitales, el traspaso de los mismos a las provincias, una propuesta que nuevamente fracasó pues sólo adhirieron a la propuesta las provincias de Santa Cruz y Formosa. Asimismo, se llegaron a implementar algunos proyectos de “descentralización comunitaria”, mediante la creación de “hospitales de la comunidad”, una política que sería retomada por la gestión de Alberto Mondet como subsecretario de salud luego del Golpe de Estado de 1966. En la provincia de Buenos Aires, siguiendo este espíritu general orientado a administrar los recursos disponibles del modo más eficiente se creó una red de Centros de Salud locales y regionales. Éstos, como veremos más adelante, tenían la misión de atender pacientes en determinadas zonas aliviando los

ingresos e internaciones a los hospitales provinciales. El Centro de Salud, por otra parte, se trataba de una instalación muy sencilla y de rápida construcción, pero debía ser conducida por médicos, enfermeras, asistentes sociales y otros profesionales auxiliares, quienes tenían a su cargo atender los problemas sanitarios de la región, realizar tareas de prevención (lo que más tarde se llamaría “Atención Primaria de la Salud”) y contribuir a la recopilación de información sanitaria sobre la población.

Por otro lado, en la misma tónica, fueron inaugurados, entre 1961-1962, dos grandes “Hospitales Piloto”, uno en Gonnet y otro en Mar del Plata. (Belmartino, 2005: 133-134). Estos hospitales, especialmente el marplatense, se regían por un sistema de “hospital abierto”, semi arancelado, ofrecía a los médicos el pago “por acto médico” y dedicación *full-time*. (Dal Bo, 2008). El Hospital de Mar del Plata era un centro novedoso que incorporaba las nuevas tendencias, como el sistema de residencias médicas, e incorporaba personal para capacitarlo a imagen y semejanza de la novedosa institución.

Durante el gobierno de Arturo Illia (1963-1966) también se buscó patrocinar desde el Estado la modernización de la atención a la salud y la administración de los servicios estatales. El principal objetivo de su ministro de salud, Arturo Oñativia, fue la implementación de una serie de reformas institucionales para contribuir a la racionalización de la estructura ministerial: creación de nuevas direcciones, organización de un Catastro Nacional de Recursos y Servicios de Salud (un inventario de aparatos, laboratorios, depósitos y capacidad hospitalaria del país), la mejora del sistema de estadísticas vitales y otras medidas para aumentar la capacidad de planificación y la eficiencia en el uso de recursos de la repartición. (Veronelli, Veronelli Correch, 2004:607-610).

Siguiendo esta política y por medio de la coordinación de esfuerzos entre la Secretaría de Salud Pública nacional y el sector salud del Concejo Nacional de Desarrollo (CONADE), la gestión de Oñativia realizó estudios para conocer el estado de los recursos humanos en salud con los que contaba el país. El resultado de dichos estudios arrojó que la Capital Federal contaba hacia 1964 con 12.113 médicos para una población de 3.071.219 millones de habitantes, lo que significa unos 39,4 médicos por cada 10.000 habitantes y unos 253 habitantes por médico. En cuando a odontólogos:

4.541, que equivalen a 14,7 por cada 10000 habitantes y un odontólogo por cada 676 porteños. (Argentina, 1964:3). En cuanto a la provincia de Buenos Aires, hacia el mismo año existían 10.321 médicos y 1.746 odontólogos para 9.050.900 habitantes. (Argentina, 1964: 4-7). Sin embargo, la mayor concentración de habitantes se encontraba en los 19 municipios del Área Metropolitana, sumando 3.921.845 habitantes con 4092 médicos residentes, 1963 médicos no residentes (a razón de 15.6 por cada 10000 hab.) y 1537 odontólogos (3.9 por cada 10.000 hab.).⁴⁹ El número más relevante era la cantidad de médicos, que según parámetros de la OMS, debía ser de 1 médico por cada 1.000 habitantes, lo que colocaba a algunas regiones de Argentina, como Buenos Aires y el AMBA, en excelentes condiciones para iniciar la mejora de sus capacidades sanitarias en otros aspectos. Esto sin embargo no podía proyectarse al resto del país, donde los resultados del relevamiento no eran tan positivos.

La idea que primaba en estos emprendimientos gubernamentales era contar con la información suficiente para garantizar la utilización racional y eficaz de los recursos disponibles para el cuidado sanitario de la población, tanto materiales como humanos. En este sentido la política de recursos humanos fue un elemento presente durante todo el período bajo la consigna general de formar más y mejores cuadros técnicos, patrocinar la creación de nuevas instituciones y la modernización de las existentes. En cuanto a la formación de sanitaristas, en 1959, antes que la ESPUBA comenzara a dictar sus cursos regularmente, desde las agencias estatales nacionales se propuso reflatar la idea de una escuela dependiente del Ministerio de salud para formar o mejorar la formación de agentes del Estado. Esta propuesta se concretó a través de la creación de una Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP). (Biernat, Ramacciotti, Rayez, 2018).

La Escuela Nacional de Salud Pública

La ENSP fue creada por la Secretaría de Salud Pública de la Nación por Resolución Ministerial N° 1580/59 para “satisfacer la imperiosa necesidad de contar con personal

⁴⁹ Bajo la gestión de Alberto Mondet (1966-1970), la Secretaría nacional impulsaría varios relevamientos que intentaron completar esta información, por ejemplo un registro de las Escuelas de Enfermería en Argentina. Según ese estudio, hacia 1966 había 303 escuelas en todo el país: 90 escuelas dependientes del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, 50 de la Cruz Roja, 17 de otros ministerios, 46 de los gobiernos provinciales, 10 municipales, 41 privadas y 49 de otro tipo. (Argentina, 1966-a: 3).

capacitado para la prevención, promoción y fomento de la salud". (Argentina, 1966-b:296). Al igual que la Escuela Superior Técnica en Salud Pública de los tiempos del peronismo, la ENSP perseguía el objeto de mejorar las capacidades técnicas de los empleados del ministerio nacional y otras dependencias, fuera de los claustros universitarios y en contacto con problemas prácticos de la gestión.⁵⁰ Así se organizó, por ejemplo, un "Curso de Expertos en Salud Pública" con materias como "Administración Sanitaria", "Administración hospitalaria", "Estadísticas", "Epidemiología" y "Sanidad del Trabajo". Fue un curso *full-time*, con una duración prevista de 10 meses, 890 horas anuales y actividades de campo en el interior del país. (Argentina, 1961-a: 21). Médicos como Enrique Grande⁵¹, Abraam Sonis (egresado de la *London School of Hygiene and Tropical Medicine*) y Juan José Barrenechea (experto en estadística)⁵² fueron profesores en esta Escuela, así como Adolfo Chorny y otros jóvenes expertos en matemática y estadística que se vincularían a la salud pública por medio de esta experiencia.

La Escuela Nacional ofrecía cursos de 3 años para enfermeras y otro para dietistas, de la misma duración, así como un curso corto de 6 meses para "Inspectores de sanidad". En cuanto al adiestramiento de campo, se comenzó a organizar un Centro de Salud "cercano a la Capital para servir a un público de 100.000 a 200.000 personas". (OPS, 1962:25).

Asociado a la ENSP, también se organizó un "Bachillerato en sanidad", desde 1961, para formar auxiliares no profesionales para las labores sanitarias, integrando la formación en salud a la educación secundaria. (Argentina, 1961-a: 23-24). La propuesta era dar a los jóvenes una capacitación técnica, una formación cultural y algunos elementos de psicología, y que sus egresados tuvieran "prioridad para ingresar en los

⁵⁰ Según un relevamiento del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS realizado en 1968 existían 4 escuelas de salud pública en América Latina cuyo funcionamiento no dependía de las universidades sino de los respectivos ministerios de salud nacionales: eran las escuelas de La Habana, Lima, México y Río de Janeiro. (OPS, 1968: 174-175).

⁵¹ Grande nació en 1917, egresó de Medicina de la UBA en 1944 y realizó una Maestría en salud pública en la Johns Hopkins University en 1946, fue profesor de biología en el Colegio Carlos Pellegrini de Buenos Aires, integrante de la cátedra de Higiene de la Facultad de Medicina de la UBA y profesor de la Escuela Nacional de Salud Pública. (Depalma, 2004).

⁵² Ver, Galeano, D. (2015). Entrevista a Adolfo Chorny. Tomada de: <https://www.youtube.com/watch?v=-ielf5JuOC0>

servicios del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública que, además, facilita sus estudios con el otorgamiento de becas”. Estos Bachilleratos se extendieron (hasta 1965) a La Plata, Córdoba, Mendoza, Tucumán, Rosario y Corrientes y según Veronelli y Veronelli Correch (2004:586) fueron publicitados en televisión por el propio ministro Noblía. Sus egresados recibían títulos de “Asistentes Técnicos” en Hemoterapia, en Radiología, en Laboratorio y en Clínica.

La ENSP, de todos modos, fue una experiencia breve que desde 1962 comenzó a desarticularse hasta fusionarse con la ESPUBA. (Argentina, 1966: 296-197). Durante 1961-1962 siguió dictando los cursos de “Cardiología para Posgraduados”, “Médicos Residentes”, “Enfermería” (en Santiago del Estero), “Inspectores Sanitarios”, “Trabajadores Sociales”, “Enfermería básica” (en la Escuela Piloto de Ramos Mejía, Buenos Aires), “Supervisión, Administración y Enseñanza de Enfermería” y “Auxiliares de Enfermería”. (Argentina, 1966-b: 296). Pero, poco a poco, la iniciativa fue agotándose. El argumento utilizado por el ministro de salud Arturo Oñativia para el cierre definitivo de la ENSP, ya durante la presidencia de Arturo Illia, fue a la preeminencia de la universidad, como ámbito de formación privilegiado, ante el cual el Estado debía colaborar, estimular, ayudar, pero no suplantar. En base a un convenio de colaboración firmado en junio de 1962 entre el Ministerio y la Universidad de Buenos Aires, en diciembre del mismo año ya se había decidido transferir los alumnos del "Curso superior de médicos en Salud Pública" a la Escuela de la UBA y se determinó también que el Ministerio dispondría del 50% de las plazas del curso cada año y aportaría para el año siguiente la suma de 5 millones de pesos, más 600 mil pesos.⁵³ El convenio también dejó establecido que la autoridad ministerial tendría un representante en la Dirección o en el Consejo Asesor de la ESPUBA, y que "facilitará a la Escuela la realización de experiencias y trabajos prácticos en sus distintos servicios permanentes y campañas sanitarias que realice y permitirá la actuación, en calidad de asesores o en tareas docentes que siguiera la Escuela, de técnicos que integran su dotación de personal" (Argentina, 1966-b: 300).

⁵³ El convenio se firmó el 6 de junio de 1962 y fue ratificado por Decreto N° 13.560 del M.A.S. y S. P., del 7 de diciembre del mismo año. Ver Argentina (1965:299-300).

Durante 1963, por Resolución N° 981 del Ministerio se dispuso la formación de una Comisión Investigadora. Los resultados de la misma determinaron la intervención de la institución. Los argumentos expuestos fueron: que faltaba “el arqueo de fondos y valores”, que había existido “un uso indebido de fondos en los ejercicios de 1960 a 1963”, “tenencia indebida de fondos”, “atrasos en los pagos al personal”, “desconocimiento del verdadero y real patrimonio de la Escuela”, “falta de fiscalización del personal, de las actividades docentes, etc. (Argentina, 1966-b:296-297).

Paralelamente a la ESPUBA, el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública intentó, entre 1959-1963, formar su propia escuela, con los mismos objetivos sostenidos por la gestión de Ramón Carrillo en los años 1940-1950: entrenar agentes estatales en técnicas de administración modernas y complementar una educación médica universitaria no totalmente apta para los fines perseguidos desde las agencias gubernamentales. Estos objetivos se mantendrían durante todo el período pero los medios elegidos serían otros así como las modalidades de colaboración con agencias internacionales.

5. Los sanitaristas de la ESPUBA: entre los programas internacionales y el financiamiento local

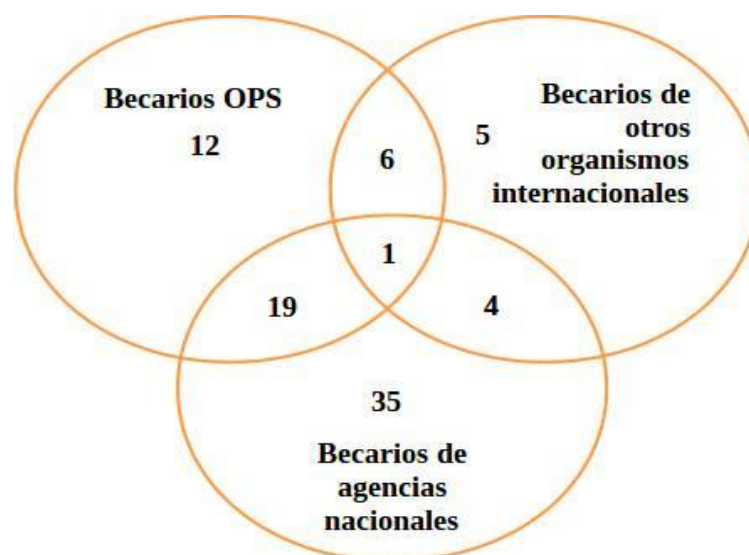
La cooperación entre el gobierno nacional y la Organización Panamericana de la Salud adquirió características específicas en el caso de la ESPUBA. Esta imbricación implicó que a) la OPS fuera un patrocinador importante para la experiencia formativa de los profesores de la ESPUBA, compartiendo este rol de *sponsor* con otros organismos internacionales y con agencias estatales locales; b) que el sistema de becas de estas organizaciones llevara a 48 profesores (casi la mitad de nuestra selección) a formarse en universidades de América Latina, EE.UU. y Europa, con especial énfasis en las dos primeras; y c) que pese al despliegue internacionalista de redes institucionales e intelectuales de la salud pública que podemos constatar a través del caso de la ESPUBA, ésta fue una experiencia enraizada en el país, orientada a la formación de sanitaristas argentinos y ampliamente apoyada por el Estado nacional, que,

abandonando otros proyectos, como la ENSP, volcó sobre la Escuela el suficiente apoyo para sostener su funcionamiento.

5.1 La Organización Panamericana de la Salud y los otros organismos internacionales

En primer lugar, como vemos en el Diagrama N° 1, la formación académica del plantel docente de la institución estuvo claramente determinada tanto por el programa de becas estatales como por el apoyo desde el exterior, principalmente de la OPS. Las trayectorias de los profesores e investigadores de la Escuela muestran las huellas de esta compleja imbricación en la que varios organismos intervinieron en el entrenamiento profesional incluso en una misma trayectoria individual.

Diagrama N° 1. Profesores de la ESPUBA entre 1960-1976 becados, según organismo



Como vemos en el diagrama del Diagrama N° 1, en primer lugar, de los 110 profesores de la ESPUBA, al menos 82 recibieron becas para formarse como sanitarios. Respecto al resto del *staff* (28 docentes) no pudimos acceder a esta información: en algunos casos no figuraba este dato en los Legajos, aunque sí hallamos constancias estudios de posgrados en salud pública en el exterior; en otros casos se

trataba de profesores formados en el “Curso Superior de Higiene” de la UBA en los años cuarenta y cincuenta, y, por último, otros profesores no contaban con una especialización en salud pública.

En segundo lugar, el patrocinio de la OPS a la ESPUBA fue mucho más allá de los inicios de la institución, acompañándola en el desarrollo profesional de su *staff* de profesores, por medio de un programa de subsidios: podemos notar que 38 docentes recibieron becas de la OPS para formarse como especialistas en salud pública, desde 1959 hasta principios de los años setenta. Mabel Munist, por ejemplo, era una joven egresada de la carrera de Medicina de la UBA, cuando Florencio Escardó le propuso viajar a realizar un curso anual a la Escuela de Salubridad de Santiago de Chile, en 1959, con vistas a que ocupara un lugar en la futura Escuela de Salud Pública que la universidad estaba organizando. (Legajo N° 71854). Juan Pablo Abadie también formó parte de la misma camada lo mismo que Vicente Enrique Mazzáfero; al año siguiente repitieron el mismo viaje a Chile Aldo Milic y Carlos Alberto Urquijo. (Legajos N° 50863; 64446; 61866; Abadie, 1985). Otros profesores seguirán sendas similares a lo largo de las décadas siguientes (cfr. Elbio Suarez Ojeda, Mario Hamilton, Víctor Penchaszadeh, etc.).

Es notable que solo 12 profesores se especializaron en salud pública exclusivamente gracias a la OPS, mientras que los 26 restantes también se valieron del apoyo de otros organismos internacionales (como en el caso de D. Sevlever, becario de la Fundación Rockefeller y de la OPS en momentos diferentes de su trayectoria), o de organismos nacionales (como Mario Hamilton o José Carlos Escudero, becarios de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, alumnos de la ESPUBA y luego profesores, ambos marcharon hacia Ann Arbor, Michigan, con becas de la OPS). La superposición de patrocinadores, que podemos ver con claridad en el diagrama, afectó a treinta profesores, que recibieron distintos apoyos para solventar sus estudios.

El costo de formar un sanitarista era particularmente alto. Si el “Curso Superior de Higiene” de la UBA era una instancia curricular bi-anual y a tiempo parcial, la permanencia en cualquier Escuela de Salud Pública implicaba una cursada intensiva de un año, de lunes a sábado, desde marzo a diciembre, con viajes de estudio y otras actividades “en territorio”. Esto implicaba que los estudiantes que concurrían a estas

escuelas debían poder ausentarse de su trabajo por lo menos un año. Lo mismo, obviamente, cuando se trataba de un viaje de formación a universidades del extranjero. La financiación era un tema crucial y las trayectorias de los docentes de la ESPUBA muestran la coexistencia de varios órganos, nacionales e internacionales, interesados en formar o ayudar a entrenar profesionalmente a aspirantes a sanitaristas. Según nuestro relevamiento sólo un profesor se valió de ayudas provenientes de los tres tipos de organismos: David León Palais, nacido en 1930, docente del Departamento de Epidemiología de la ESPUBA entre 1966-1967; en 1957 obtuvo una beca de la Asociación de Lucha contra la Parálisis Infantil (ALPI) para viajar a Nueva York y otra del Centro Internacional de la Infancia para visitar Brasil; en estos viajes adquirió su primera especialización en rehabilitación de enfermos de poliomielitis; en 1962 cursó el Diplomado en Salud Pública en la ESPUBA con una beca de la misma universidad; en 1965, con una beca conjunta de la OMS-OPS se especializó en epidemiología. (Legajo N° 60.411).

Los centros de formación más visitados, con la asistencia de la OPS, fueron los de EE.UU. y Chile principalmente, seguidos por viajes de estudio a Guatemala y Puerto Rico, giras de observación y estudio a Brasil y Venezuela, y estancias más prolongadas en Francia e Inglaterra. Estos viajes implicaban una permanencia que podía durar desde tres meses a dos años, abriendo la puerta a una vinculación profesional de cada becado con la OPS que podía durar varias décadas.

Si al número de becarios (38) sumamos los profesores que se vincularon al organismo panamericano como consultores (es decir, que dado su expertise o conocimiento sobre un tema fueron contratados por la OPS para viajar a otros países a realizar misiones técnicas), la suma asciende a 47, lo que equivale a decir que el 42% del staff de la ESPUBA tuvo en el período estudiado relación con la agencia internacional. Entre estos 47 profesores, 16 fueron contratados por la organización como consultores en Uruguay, Nicaragua, Brasil, Paraguay, Chile, Senegal y EE.UU.

Una variante de las becas de formación fueron los subsidios para participar de congresos, reuniones de técnicos o experiencias de demostración breves. Los tres directores de la Escuela, en el período que estudiamos, mantuvieron este tipo de vínculo con la organización. David Sevlever fue becario en 1959 y consultor en varias

oportunidades durante los sesenta. (Rayez, 2017). Junto a Abraam Sonis asistieron a todas las “Conferencias de Directores de Escuelas de Salud Pública” organizadas por la OPS entre 1959-1968. (OPS, 1960; 1962; 1963; 1966; 1968-a; Sevelever, 1963; Legajo FCMUBA N° 71.211). Aldo Neri, fue invitado en al menos dos oportunidades (1973 y 1976) a las Conferencias de la Asociación de Escuelas de Salud Pública de América Latina, patrocinadas por la OPS. (Legajo N° 61930).

Profesores como Aldo Milic (Legajo FCMUBA N° 64446), José Abel Landa (Legajo FCMUBA N° 41431), Cécica Rattner (Legajo FCMUBA N° 98324), Irma Buchholz (Legajo FCMUBA N° 58020), Enrique Rozenblat (Legajo N° 98919) y Alberto Osores Soler (Legajo N° 74557) fueron invitados por la OPS para participar de seminarios internacionales o visitas a centros de salud.

Otro elemento importante de la relación entre la OPS y la ESPUBA fueron las visitas de investigadores y profesores patrocinadas por el organismo internacional. Expertos como Hugo Bhem Rosas, Hugo Henríquez Frödden y Raúl Vargas fueron visitantes frecuentes en Buenos Aires. En 1960, el año inaugural de la Escuela, se recibieron las visitas del director de la OMS Marcelino Candau y de su par de la OPS Abraham Horwitz, así como los doctores Fraser Brockington (Universidad de Manchester) y Gordon M. Fair (Universidad de Harvard). (UBA, 1960:224-225). Los cursos dictados por reconocidos médicos también eran frecuentes, aunque se trataba de cursos de extensión, como el celebrado por John Fortig de la Universidad de Columbia en 1963.

Como vemos, la OPS cumplió un rol importante en el proceso de internacionalización de la salud pública. Este rol de patrocinador exterior apenas será balanceado por otros organismos internacionales. Según observamos en el Diagrama N° 1, en 16 casos es posible observar el accionar de otras agencias internacionales. En el cuadro siguiente vemos esta información en detalle.

Cuadro N° 3. Becarios de organismos internacionales (excepto OPS)

Organismo internacional	Cantidad de becarios
Organización de los Estados Americanos	2
<i>Council of Population</i>	2
<i>Millbank Memorial Fund</i>	1
Fundación Rockefeller	1
Fundación Kellogg	1
<i>Eisenhower Exchange Fellowship</i>	1
<i>Control Disease Center</i> (EE.UU.)	1
Gobierno de la República de Francia	2
Universidad de Gottemburgo, Suecia	1
Centro Internacional de la Infancia	1
<i>British Council</i>	3
Total	16

Fuente: Elaboración propia en base a Legajos FCMUBA

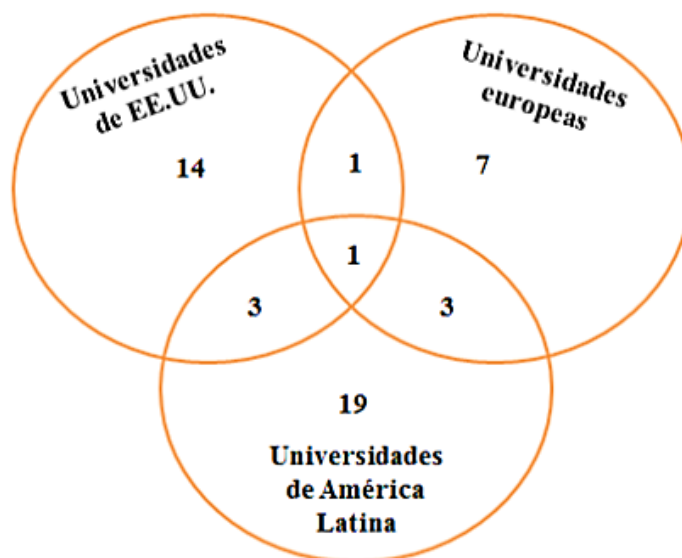
La gravitación de actores internacionales en la emergencia y desarrollo de la ESPUBA, siendo la OPS el más importante, repite un patrón conocido en otras experiencias similares. La Escuela de Salubridad de Santiago de Chile, creada en los años 1940, recibió un apoyo similar de la Fundación Rockefeller (Hevia, 2016), al igual que su par británica, la *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, como producto de una campaña global de la Fundación en pos de la mejora de la educación médica (Moulin, 2006). Como mencionamos en el capítulo uno, ya sea en la emergencia de la investigación bacteriológica en Brasil a principios del siglo XX (Stepan, 1981) o de la experimentación en fisiología en Perú en los años 1930 (Cueto, 1989), la presencia de agencias internacionales fue un factor relevante.

5.2 Los lugares del saber sanitario: entre universidades norteamericanas y latinoamericanas

La formación de sanitaristas en el extranjero fue el aspecto más claro del proceso de internacionalización de la salud pública, estimulado por agencias internacionales, pero también por las instancias estatales locales. El sistema de becas de estas organizaciones

llevó a 48 profesores, de los 110 que estudiamos, a formarse en universidades de América Latina, EE.UU. y Europa, con especial énfasis en las dos primeras, como vemos en el Diagrama N° 2. Estas experiencias educativas dieron continuidad a una tendencia que ya vemos insinuada entre los años 1940-1960, a saber, que los viajes al exterior eran un medio para los médicos locales para formarse y adquirir una especialización más desarrollada e institucionalizada en otros países que en Argentina. Pero entre 1945-1960 hubo varios cambios importantes en los destinos preferidos por los médicos para realizar ese tramo de su formación y en el marco geopolítico internacional que contenía al circuito académico-universitario de los sanitaristas.

Diagrama N° 2. Universidades visitadas por becarios argentinos



Al analizar las trayectorias de los 48 becarios argentinos vemos que desde fines de los años cincuenta, se operó un cambio en el destino privilegiado para concretar esa capacitación en el extranjero. En la selección de perfiles de higienistas destacados entre c.1880-c.1940 que encontramos en Sánchez (2007:466-582), de 104 médicos, 29 realizaron viajes de estudio y especialización: 26 a Europa (principalmente a París, Viena y Roma, en menor medida Londres) y 3 a Estados Unidos. Estos viajes eran financiados por el Estado nacional, facilitados por las embajadas argentinas en los

países de destino y estaban orientados a mejorar la formación bio-médica, la investigación en laboratorio y la formación en epidemiología.

Como vemos en el Diagrama N° 2, en los años sesenta y setenta, de los 48 profesores de la ESPUBA que realizaron viajes de estudio al exterior, 26 visitaron universidades y centros formativos de América Latina: la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile y centros de formación en Guatemala, Puerto Rico, Brasil, Venezuela. Las escuelas de Puerto Rico, Brasil y Chile eran a fines de los años sesenta centros de alta internacionalización, junto a la Escuela de Salud Pública de México. En total, a estas instituciones acudieron hasta 1968 el 90% de todos los alumnos latinoamericanos formados en el exterior. (OPS, 1968:207). Desde 1945, la Escuela de Salubridad de Santiago, por ejemplo, recibió a 290 alumnos provenientes de otros países latinoamericanos y desde 1948 su par de Sao Paulo formó a 166 sanitaristas. Según la OPS, hacia fines de los años sesenta, unos 81 argentinos habían concurrido a escuelas de salud pública latinoamericanas: 42 a Santiago de Chile, 23 a Sao Paulo, 15 a Puerto Rico y uno a Caracas, Venezuela. (1968:208).

Este circuito de formación latinoamericano se explica por la proliferación de nuevas Escuelas de Salud Pública a partir de los años cuarenta en países como Chile y Brasil, y constituye también un complemento o contrapartida del proceso de “norteamericanización” de la educación médica luego de la 2da Guerra Mundial. Como afirmó Marcos Cueto, se constató en la Segunda Posguerra “una explosión del número de becas, sobre todo de instituciones estadounidenses”, lo que produjo

una verdadera “norteamericanización” de la educación médica y de la salud pública en la región [...]. Sólo en 1953, la Oficina Sanitaria (Panamericana) concedió un total de 415 becas, de las cuales 60 fueron para estudios de administración sanitaria y 32 para enfermería. En 1958 el número de becarios subió a 560, un crecimiento de más de 30% con respecto al año anterior; gran parte de las becas se orientaron a saneamiento y educación médica (Cueto, 2004: 94).

Esto también se constata a través del relevamiento de trayectorias de profesores de la ESPUBA: por las escuelas de salud pública norteamericanas pasaron 19 profesores de la Escuela. Mario Dalton Hamilton (1932-2008) y José Carlos Escudero (n. 1938) se especializaron en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Michigan en la ciudad de Ann Arbor (EE.UU.), en el *Institute for Social Research*, (Legajo FCMUBA N° 89805). Becados por la OPS pasaron una temporada en Ann Arbor participando en distintas investigaciones en demografía, sociología y salud pública. Otro ejemplo fue el de Carlos H. Canitrot, quien no recibió una beca de la OPS como muchos de sus colegas, sino de la UBA y el CONICET, la cual le fue otorgada para capacitarse en salud pública y nutrir el plantel de la Escuela de la UBA con un profesor experto en administración sanitaria. A su regreso en 1962 tomó un puesto en dicha institución. (Legajo FCMUBA N° 60780). Jorge Segovia, un joven médico egresado en 1959 fue discípulo de Canitrot en la materia Administración de Salud Pública. En su autobiografía señala que fue precisamente Canitrot quien lo introdujo en los problemas y conceptos de las ciencias sociales y su relación con la administración de la salud. (Segovia, 1978:251).



Fig. N° 16. Carlos H. Canitrot en Berkeley, CA., EE.UU. 1961. (Traje gris corbata a rayas).En el otro extremo del sillón el sociólogo Darío Cantón. (Cantón, 2004).

Segovia había empezado su propio camino hacia las ciencias sociales desde la medicina. Primero como alumno del Diplomado en Salud Pública en 1962-1963 y luego como lector de libros de sociología médica y como alumno de cursos de extensión en el Instituto de Sociología dirigido por Gino Germani. En su autobiografía recordaba en

1978 que en su búsqueda de conocimientos en sociología, psicología y psicología social descubrió la “sociología médica” por medio del libro de Samuel Bloom *The Doctor and his Patient*. Hacia 1963 por medio de David Sevlever y Carlos Canitrot tomó contacto con Alexander Robertson, presidente del *Millbank Memorial Fund*, una fundación norteamericana que durante los años 1960 y 1970 promovió la formación sociológica entre los médicos de las Américas. Robertson lo convenció de aplicar a una beca del programa que él dirigía. Con esta beca, concedida en 1965, Segovia se formó entre 1967-1968 en la Universidad de Pittsburg, en los Departamentos de Salud Pública y Sociología, con el apoyo de Ray Elling y otros "médicos sociólogos". En 1971 emigró definitivamente a EE.UU. para desempeñarse en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Columbia, NYC.

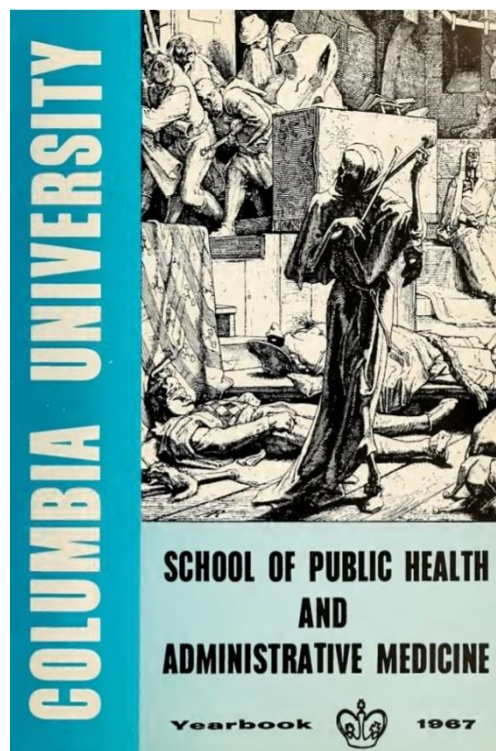


Fig. N° 17. Anuario de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Columbia (1967)



Fig. N° 18. Enrique Malamud en el *Anuario 1967* de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Columbia, New York, EE.UU., *Yearbook 1967*, p. 42.

Las experiencias de los 19 becarios argentinos en EE.UU. fueron disímiles pero dan cuenta de la importancia de las universidades norteamericanas en el circuito internacional de formación en salud pública y su gravitación intelectual alrededor de experiencias nuevas como la ESPUBA. También expresan la relevancia de los sujetos en los procesos de intercambio intelectual. En este sentido podríamos pensar que estos becarios operaban como intermediarios culturales (Charle, 2006: 176-177), es decir, sujetos con el triple papel de a) importar conocimientos, nociones y métodos, b) enseñarlos en cátedras, escuelas, sociedades cultas o universidades por ellos mismos establecidas y c) adaptar esos saberes a la cultura local. Los ejemplos citados más arriba abonan esta posible lectura.

Por otro lado, los derroteros de estos médicos argentinos entre EE.UU. y América Latina en los años sesenta y setenta nos permiten matizar el rol de la educación médica y de experiencias institucionales nuevas como la ESPUBA en tanto procesos atravesados por la Guerra Fría. Como ha sido afirmado por varios autores, la cultura, la educación y la ciencia no fueron temas ajenos a la conflictividad del mundo bipolar entre 1945-c.1990. (Hixon, 1998; Stonor Saunders, 2001; Von Eschen, 2004; Reisch, 2005; Calandra y Franco, 2012; Cueto, 2013). Asimismo, la formación de médicos sanitaristas no se trató de un proceso teledirigido desde agencias norteamericanas y, como vimos, ni siquiera tuvo a las universidades de dicho país como principales centros de atención para los médicos latinoamericanos, mayoritariamente formados en escuelas de su misma región e idioma. La inmersión de la experiencia de los sanitaristas en el clima de la Guerra Fría fue más bien tangencial e indirecta, aprovechando en cada caso

particular de manera selectiva las ventajas ofrecidas por el nuevo marco político de la Segunda Posguerra. En el caso de la ESPUBA, además, la relación con este panorama fue aún más tenue, en la medida que se trató también de una experiencia profundamente ligada a esfuerzos estatales locales.

5.3 El rol de las agencias estatales locales

Como también se desprende del Diagrama N° 1, entre la OPS y otros organismos internacionales dieron su apoyo a la formación de 47 profesores de la ESPUBA. Asimismo, los organismos nacionales (principalmente la UBA, el CONICET y la Secretaría de Salud Pública de la Nación), patrocinaron el entrenamiento profesional de 35 docentes y de 24 más en conjunto con la OPS y otros organismos: en total, las agencias del Estado financiaron la formación de 59 sanitaristas de los estudiados en la muestra.

Las agencias estatales fueron un contrapeso frente a los organismos internacionales en el sostenimiento del proyecto de la ESPUBA. Según Iriart, Nervi, Olivier y Testa (1994), entre 1960-1986, egresaron de la Escuela, 835 sanitaristas. De estos

hay un 62% de profesionales presentados por organismos estatales; un 22% auto presentados que, en general, debieron adjuntar la carta de un sanitarista reconocido en el ámbito de la ESPUBA; un 6% presentado por las fuerzas armadas; el 4% por obras sociales; el 2% por organismos internacionales y el 2% por el sector privado. Estos datos nos muestran el interés predominante en la formación de sanitaristas, en consecuencia con el sentido otorgado a su profesionalización, se encuentra en el aparato de Estado. (1994: 203).

Es decir que, en conjunto, los organismos estatales civiles y las fuerzas armadas, patrocinaron la formación del 68% de los egresados de la ESPUBA, frente a un 32% presentado por otras instituciones. La gran mayoría los alumnos que pasaron por la institución fueron de nacionalidad argentina, lo que también nos habla de otro

contrapeso para el proceso de la “internacionalización” del campo de la salud pública local: a diferencia de su par chilena o de otras escuelas, de EE.UU y Europa, la ESPUBA no fue un centro de formación receptor, abierto a la llegada de alumnos de otros países. La enorme mayoría de los sanitaristas de la ESPUBA vivían en la Capital Federal, la provincia de Buenos Aires y otras provincias argentinas, como vemos en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 4. Egresados de la ESPUBA entre 1960-1986 según provincia

Provincia	Cantidad de egresados de la ESPUBA
Capital Federal	362
Gran Buenos Aires	120
Resto de la prov. de Buenos Aires	51
Córdoba	29
Tucumán	26
Santa Fe	22
Salta	20
Corrientes	17
Jujuy	16
Misiones	15
San Juan	15
Mendoza	14
La Pampa	13
Catamarca	12
Chubut	11
Neuquén	11
Chaco	8
Formosa	7
San Luis	7
Entre Ríos	6
La Rioja	5
Santa Cruz	4
Santiago del Estero	3
Total de egresados argentinos	794

Elaboración propia basada en datos de Iriart et Al, (1994:204).

Aldo Neri, por ejemplo, fue enviado a la ESPUBA por el gobierno de Río Negro, mientras era consultor para la provincia. Lo mismo que Alberto Osorez Soler respecto al gobierno de Mendoza y Jorge Segovia desde San Juan, etc. (Legajo FCMUBA N° 61930 Aldo Carlos Neri; Legajo FCMUBA N° 74557 Alberto Osorez Soler; Segovia, 1978). Los gobiernos provinciales apoyaron la formación de sus propios cuadros.

Alberto Dal Bó, era médico en el Hospital Regional de Comodoro Rivadavia, Chubut, y entre agosto y noviembre de 1970 realizó de manera intensiva el curso de “Administración sanitaria y Organización Hospitalaria”, con una beca de la Secretaría de salud provincial. Producto de esa experiencia fue su trabajo “Mortalidad infantil en el Departamento de Escalante, Chubut”. (Dal Bo, 2008:95).

Esta información confirma la relevancia del Estado nacional y sus contrapartes provinciales como actores que ayudaron a solventar la formación de sucesivas camadas de sanitaristas egresados de la ESPUBA, superando el apoyo que la institución recibió desde otras coordenadas o al menos equiparándola.

Conclusiones

Como vimos en este capítulo la experiencia de la ESPUBA fue un emprendimiento universitario innovador, asociado al clima de modernización de la Universidad, de promoción de las ciencias y de profesionalización de nuevos roles académicos de los años sesenta argentinos. Al mismo tiempo fue una empresa conectada con varios intentos estatales de mejorar formar cuadros técnicos en salud pública. En este sentido dio continuidad a las políticas de formación de recursos humanos de las gestiones de Ramón Carrillo (entre 1946-1954) y Héctor Noblía (entre 1958-1962). Como vimos, la Escuela Nacional de Salud Pública, creada durante el gobierno de A. Frondizi, ofreció cursos para entrenar al personal empleado en el Ministerio de Salud nacional, en un intento por mejorar las capacidades técnicas estatales y profesionalizar funciones administrativas y ejecutivas. Este era un objetivo estratégico de cara al sostenimiento de políticas sanitarias de descentralización hospitalaria, construcción de Centros de Salud y nuevos hospitales y otros emprendimientos. En cierto sentido continuaba la experiencia de la Escuela Superior Técnica de Salud Pública de los años peronistas. Ahora bien, al igual que esta Escuela para técnicos, la ENSP acabó retirándose y dejando a la Universidad la responsabilidad de formar a dichos cuadros. Esto sería luego ratificado por las gestiones posteriores, como la del ministro Arturo Oñativia (1963-1966) y determinaría el apoyo de las agencias estatales y de la Secretaría de Salud a la ESPUBA.

Es importante situar el emprendimiento de la ESPUBA entre dos polos: el accionar y la agenda de las agencias estatales, con sus necesidades técnicas y metas, por un lado, y organismos internacionales, con la OPS a la cabeza, con su propia estrategia, por otro lado. No es posible soslayar la influencia de ambos factores en la emergencia, sostenimiento y desarrollo de la Escuela. Lo vemos claramente en la reconstrucción de trayectorias que presentamos: la OPS fue un patrocinador importante para la experiencia formativa de los profesores de la ESPUBA aun cuando compartió este rol de *sponsor* con otros organismos internacionales. Un sistema de reclutamiento y apoyo a la formación en salud pública dirigido por el organismo fue un factor importante en el desarrollo profesional de varios sanitaristas de la ESPUBA: para los directores David Sevelever (becario en 1959), Abraam Sonis (invitado a congresos y consultor en varias oportunidades, llegó a ser director del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud), Aldo Neri (también invitado frecuentemente a congresos internacionales del organismo); y para varios profesores de la primera camada de contratados por la ESPUBA, como la especialista en salud materno infantil Mabel Munist, el epidemiólogo Vicente Mazzáfero, la educadora sanitaria Elsa Massolo y el bio-estadístico Juan Pablo Abadie, quienes se formaron en la Escuela de Salubridad de Santiago de Chile y desarrollaron extensas carreras como sanitaristas en la ESPUBA, en oficinas del Ministerio de Salud y en la propia OPS como consultores.

El apoyo internacional de organizaciones como la OPS pero también las fundaciones Rockefeller, Millbank y Kellogg, el *Council of Population* y gobiernos de otros países permitieron a casi la mitad de los profesores formarse en universidades de América Latina, EE.UU. y Europa. La participación de los sanitaristas de la ESPUBA en redes internacionales puede ser un factor para comprender la importación de teorías y enfoques, el arribo de nuevas perspectivas al ámbito de la salud pública local y la producción de un mundo de ideas y proyectos que analizaremos en el capítulo siguiente.

Junto a este despliegue “internacionalista” de redes institucionales de la salud pública que podemos constatar a través del caso de la ESPUBA, ésta también fue una experiencia enraizada en el país, orientada a la formación de sanitaristas argentinos y ampliamente apoyada por el Estado nacional, que, abandonando otros proyectos, como la ENSP, volcó sobre la Escuela el suficiente apoyo para sostener su funcionamiento.

Esto también se constata cuando analizamos las trayectorias tanto de profesores como de estudiantes que pasaron por la ESPUBA.

Capítulo Tres. Salud y desarrollo. El saber experto de los sanitaristas

Introducción

Basta con hojear algunas de las revistas editadas por los sanitaristas de los años sesenta-setenta o leer algunos de sus libros o monografías académicas, para apreciar el amplio arco de temas que los preocupaban. Estos podían oscilar entre propuestas globales de reformas del sistema sanitario (Bello, 1970) y detallados estudios de caso sobre los costos y la estimación de capacidad de un hospital (Roza de Mera y Etchegoyen, 1969); podían también ir desde coloridos panegíricos sobre médicos notables del pasado o el presente (Colomer, 1962), hasta áridos glosarios técnicos y “valores de referencia” estadísticos sobre Argentina y América Latina (S/A., 1963-a); era posible encontrar juntos en los ejemplares de la *Revista de Salud Pública*, un comentario general sobre la relación entre la medicina y las ciencias sociales (S/A, 1964-a) y breves artículos sobre la correcta limpieza de los pisos en un hospital (Torre, 1965) y el mantenimiento del servicio de lavandería (S/A, 1964-b). Encontrar algún orden posible para esta maraña temática es uno de los objetivos principales de este capítulo.

Como veremos, la Escuela de Salud Pública fue un núcleo importante para la elaboración de un discurso sanitario articulado con los temas y problemas de la salud pública internacional, en sintonía con el espíritu de “desarrollo planificado” que funcionaría como acápite de toda la experiencia de los sanitaristas, de las políticas de asistencia técnica y de los planes desarrollistas desplegados en la región. Elaborado y discutido en los claustros universitarios, a partir de los cursos ofrecidos por la ESPUBA, se nutrió por una serie compleja de intercambios internacionales. Este era un resultado palpable de toda la política de formación de recursos humanos en el exterior. Además de entrar en contacto con otras culturas académicas y con otros médicos y médicas latinoamericanos realizando el mismo *cursus honorum*, los viajes a EE.UU. y otros países, estimulaban la adopción de teorías y referencias conceptuales, que impregnaban

la perspectiva profesional marcando un quiebre en las trayectorias individuales y en la producción de conocimiento.⁵⁴

El discurso producido por los especialistas en salud pública hacia los años sesenta y setenta y particularmente la producción intelectual de los miembros de la ESPUBA, tuvo una fuerte impronta desarrollista y racionalizadora y fue el eje principal de la “oferta de saber” que la nueva *expertise* de los sanitarios venía a proponer. Se trató de un ensamble de ideas ampliamente embebido en el modelo desarrollista de circulación internacional, pero también un tipo de intervención pública que fue más allá de los claustros y los ámbitos expertos, con ramificaciones y proyecciones hacia el Estado y hacia públicos más amplios.

La idea según la cual el desarrollo y la salud pública forman un tándem inseparable, recíprocamente necesarios, se convirtió en un norte teórico para la generación de médicos sanitarios formados en los años sesenta y setenta. Esta idea-fuerza devino muy rápidamente una noción casi indiscutible, ordenadora del pensamiento de estos expertos, y funcionó como un ancho paraguas capaz de resguardar sus propuestas y su performance profesional cotidiana. Comparativamente, se trató de un tipo de discurso diferente al defendido por los llamados “higienistas” de las últimas décadas del siglo XIX y primeras del siglo XX. Los sanitarios de los años sesenta y setenta se mostraron menos preocupados por las consecuencias “morales” de la urbanización, las enfermedades contagiosas, el alcoholismo, la prostitución, elementos centrales de aquella temprana “cuestión social” (Zimmermann, 1995:101-125) y más atentos a los problemas administrativos y financieros del sistema sanitario. Superposición de instancias estatales, predominio creciente de prestadores de atención médica bajo un tenue control estatal, insuficiencia presupuestaria para el sector público, ineficacia e irracionalidad en la organización de la atención médica, con las consecuentes “escasez” y “derroche” de recursos, etc. La percepción de estos defectos organizativos del sistema

⁵⁴ Como recordaba Mario Hamilton en su autobiografía: “Sin duda mi estancia en Michigan fue definitiva en mi formación metodológica: el punto de inflexión de mi aprendizaje fue desarrollar una capacidad analítica estructurada. Mi primera experiencia con modelos relacionales fueron los trabajos en población, en los cuales sustituí el cálculo de volúmenes de información por hipótesis sobre el comportamiento de las variables importantes. La lectura del trabajo de Coale y Demeny sobre modelos demográficos fue fundamental para la comprensión de las relaciones entre niveles de desarrollo, estructura y crecimiento de la población, mortalidad por causa y grupo etario, y me abrió el camino para generar modelos explicativos generales de los cuales se podían deducir comportamientos singulares.” (Hamilton, 2010:73).

de salud llevó a los sanitaristas a ensayar un discurso económico y sanitario, en el que se mezclaron las cartas del desarrollo económico y social, la modernización administrativa y la asistencia técnica.

Con la finalidad de desanudar esta trama de elaboraciones, en este capítulo nos concentraremos en el análisis de un amplio conjunto de trabajos, discursos y *papers* elaborados por médicos y profesionales del sanitarismo, con el objeto de comprender el pensamiento de los sanitaristas en este período, qué vínculos establecían entre economía y salud, qué derivas tuvo esa relación conceptual en el ámbito local y cómo se relacionaron estos discursos con el renovado “desarrollismo internacional” de mediados del siglo XX.

La hipótesis que proponemos es que los sanitaristas hicieron propio ese discurso internacional del desarrollo divulgado a través de *papers* académicos, libros, folletos, boletines, etc. Ideas tales como el “desarrollo planificado”, la “modernización” y “racionalización administrativa” y la “participación comunitaria” fueron pilares para la salud pública de los sesenta y setenta. (Ramacciotti, 2014; Ramacciotti y Cerdá, 2015). Como sabemos, el tema de la planificación del desarrollo económico-social estuvo presente los planes de gobierno, desde Frondizi hasta las gestiones de la “Revolución Argentina” (Sikkink, 2009; Osuna, 2017), convocó a intelectuales y expertos en economía (Cerra, 2016; Jáuregui, 2016) y se objetivó en instituciones estatales (Sikkink, 1993; Rougier, 2004; Jáuregui, 2015). Por otro lado, la vida cultural de los años sesenta y setenta fue ampliamente prolífica en manifestaciones contrarias a las ideas de “modernización” y desarrollo mediante asistencia técnica y financiera internacional, las cuales fueron crecientemente denunciadas por una “nueva izquierda” latinoamericana como “máscaras” del imperialismo y signos de la dependencia. (Terán, 2013 [1991]; Sigal, 1991; Gilman, 2003). Estos contenidos culturales, que se enmarcaban en la bipolaridad global de la Guerra Fría atravesaron toda la época, imprimiendo tensión a los debates intelectuales, acompañados además por una gran inestabilidad política e institucional en el plano local, expresado en golpes de Estado, pronunciamientos militares, radicalización de la juventud, etc.

En este contexto de ideas, los enunciados elaborados por los médicos sanitaristas mantuvieron una particular afiliación con ese repertorio de ideas disponibles, tal como

se desprende de los principales libros y revistas especializadas de la época. Como veremos, la mayoría de los sanitaristas que indagamos se valió de las bibliotecas de los programas internacionales de desarrollo económico-social, generando una rica conversación y una serie de traducciones y adaptaciones.

1. El conocimiento experto de los sanitaristas. Libros y revistas de salud pública

“Los fundamentos sobre los cuales se alza la estructura sanitaria de un país son: programas de salud adecuados, personal técnicamente eficiente, financiamiento suficiente.”
John Hanlon, sanitarista norteamericano, citado en la portada de cada número de la *Revista de Salud Pública*.

Entre los años 1940 y 1950 la revista *Hygieia* había sido un proscenio para la *expertise* de los especialistas en higiene y salud pública, como vimos en el capítulo uno. La publicación propia, como señalamos, es un elemento vital para grupos de expertos en búsqueda de un mayor reconocimiento social y profesional (Haskell, 2000:19) y es una práctica común entre intelectuales y otros actores y productores culturales en la medida que buscan impulsar una “política cultural” determinada (Sarlo, 1992). En el caso de los higienistas y sanitaristas, la escritura y la comunicación de ideas por medio de revistas y participaciones en la prensa, fueron los medios predilectos para dar a conocer sus puntos de vista, recomendaciones, expectativas, etc. ante la comunidad de pares y ante otras personas. Como afirmaron Morresi y Vommaro,

El campo de saber no genera espontáneamente expertos; su surgimiento y consolidación obedece a la articulación entre, por un lado, una lógica técnico-profesional pero también política, de construcción de una “oferta de saber” con pretensión de utilidad práctica –ligada a la definición de problemas a los que se ofrecen soluciones adaptadas, y a la reducción de la incertidumbre– y, por otro lado, una lógica de “demanda social” de grupos que encuentran en esas

herramientas recursos útiles para intervenir en los campos conflictivos en los que participan. (2011:14-15).

La década del sesenta, en este sentido, trajo una serie de novedades editoriales creadas por los expertos en salud pública como estrategia de comunicación y de creación de una “oferta de saber” novedosa: desde revistas especializadas hasta colaboraciones con editoriales nuevas, como Eudeba, y con otras casas menos masivas. Este caudal de ideas impresas tuvo como principal destinatario a un público especialista, sobre todo en el caso de las revistas, y a lectores legos pero con cierto nivel de instrucción e interesados en la materia, en el caso de los libros.

Las revistas que sirvieron de vehículo a las ideas de los sanitaristas salieron a la luz pública y circularon entre principios de los años sesenta y fines de década siguiente: la *Revista de Salud Pública*, el *Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública*, *Medicina Administrativa* y el *Cuaderno de Salud Pública*. En el siguiente cuadro vemos resumidas algunas de las principales características de cada publicación.

Cuadro N° 5. Revistas especializadas en salud pública, 1961-1976

	Revista de Salud Pública	Boletín de la AASP	Cuaderno de Salud Pública	Medicina Administrativa
Publicada entre años	1961-1970	1962-1968	1968-1976	1967-1970
Cantidad de números publicados	17	6	11	18
Editora	Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública / de Bienestar Social, de la Prov. de Buenos Aires	Asociación Argentina de Salud Pública	Universidad de Buenos Aires	Centro de Investigación y Adiestramiento en Salud Pública
Grupo promotor (integrantes)	Noel Sbarra (director). Colaboradores frecuentes: C. Ferrero, A. Sonis, F. Ferrara, Hernán San Martín, Vicente Mazzáfero.	Noel Sbarra (director nros. 1-5). Jorge Mera (dir. N° 6). Colaboradores: C. Ferrero, R. Castro, S. Biocca, C. Canitrot, A. Sonis, J. Barrenechea.	Noel Sbarra (director). Aldo Neri (director). Colaboradores: A. Sonis, C. Urquijo, A. Osores Soler, H. Boffi Boggero, J. Escudero, L. Kuncewicz, A. García Bates.	J. Mera, J. Abadie, H. Canitrot, A. García Bates, J. Martini, S. Bosch, C. Gianantonio.

Se trató de publicaciones elaboradas en diferentes ámbitos (el Ministerio de Salud de la prov. de Buenos Aires, la Asociación Argentina de Salud Pública, fundada en Buenos Aires, la Universidad de Buenos Aires, el Centro de Investigación y Adiestramiento en Salud Pública que funcionaba en Capital Federal) y con distintos

radios de alcance. Asimismo, formaron parte de un circuito de lectura y escritura, compartiendo colaboradores que alternaban entre las diferentes publicaciones. Uno de los promotores más importantes de estas publicaciones fue Noel H. Sbarra, un médico pediatra, oriundo de La Plata, prov. de Buenos Aires, ajeno al grupo de la ESPUBA pero fundamental para la puesta en funcionamiento de estas revistas. Hacia 1960, Sbarra tenía ya una interesante trayectoria como pediatra y como médico rural. Entre 1943-1945, había sido jefe de la misión médico social del Instituto Autárquico de Colonización de la Provincia de Buenos Aires. Las condiciones de vida de los colonos de la provincia convocaron su atención profesional y quedaron plasmadas en algunos de sus libros y artículos, como *El médico va a la chacra*. Más tarde dirigió la Casa Cuna de La Plata, hasta principios de la década de 1970, donde aplicó una serie de principios organizativos modernos (como por ejemplo una estadística precisa de ingresos y egresos de pacientes de dicho centro en combinación con un cálculo permanente de costos). Pero más allá del consultorio pediátrico, Sbarra fue un comunicador de gran escala y un promotor de empresas culturales; no sólo dirigió todos los números de la *Revista de Salud Pública*, sino que luego continuó con el *Cuaderno de Salud Pública*, la revista oficial de la ESPUBA, el *Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública* y la *Revista de la Sociedad de Pediatría de La Plata*, la *Hoja de la Casa Cuna* y la *Revista de la Universidad de La Plata*, además de producir programas radiales para la RL11-Radio Universitaria en La Plata. (Cusminsky, 1980).

Bajo la dirección de Sbarra se publicaron todos los números de la *Revista de Salud Pública* y también del *Boletín de la AASP*. Estas dos publicaciones dieron espacio para artículos y notas de sanitaristas de diferentes provincias, además de recibir colaboraciones del *staff* de profesores de la ESPUBA de manera frecuente. *Cuaderno de Salud Pública* y *Medicina Administrativa* fueron revistas mucho más cercanas al grupo de la ESPUBA. La primera fue un boletín de la Escuela, donde aparecían artículos originales de profesores de la casa y noticias sobre la actividad de los departamentos de la institución, sobre sus actividades en cada año lectivo y sobre los cambios en el cuerpo de profesores. Esta publicación tuvo a Noel Sbarra como director *ad honorem*, pero sus impulsores en la práctica fueron Abraam Sonis y luego Aldo Neri, ambos directores de la Escuela, quienes ejercieron como editores y censores de la publicación.

Medicina Administrativa fue un emprendimiento editorial de otra índole: dependió de un grupo de sanitaristas que, por fuera del circuito de la gestión pública, de la universidad y del asociacionismo profesional, organizaron un centro de investigaciones, el CIASP, en carácter de consultora privada. Compartió el mismo *staff* de colaboradores principales que las otras revistas y aspiró a llegar a un público interesado en la atención médica como problema administrativo, con una gran cantidad de trabajos realizados desde un enfoque económico y un método cuantitativo.

Ninguna de estas revistas aspiró a llegar un público amplio sino a un sector dentro del campo médico y de atención a la salud, para informar sobre las novedades y noticias del área, difundir una serie de nuevas preguntas, enfoques, métodos y teorías sobre la administración de la salud y proyectar hacia esos lectores un nuevo lenguaje, una identidad grupal como sanitaristas y hasta la representación de una tradición compartida. El mensaje de estas publicaciones era la manifestación no de un punto de vista, sino de una “oferta de saber”, sostenida a la vez por un grupo de expertos técnicamente solvente.

En este sentido, la construcción de una identidad colectiva como “sanitaristas” implicó la creación de nociones compartidas, la difusión de un vocabulario común y la postulación de un pasado “ancestral” compartido por todo el grupo. La identidad colectiva “se manifiesta en la vida asociativa de la gente, en la organización de la sociedad en grupos, que se encuentran y se reúnen de manera voluntaria, y en la formación de diversas conciencias identitarias de grupo”. (Lomnitz, 2002:130). Las publicaciones, en este sentido, fueron un medio utilizado por los sanitaristas para presentarse ante la comunidad profesional local como médicos administradores, “médicos sociólogos”, expertos planificadores. Imagen no convencional, un médico más allá del consultorio y cuyo paciente se transfigura en sistemas administrativos, poblaciones o instituciones y servicios médicos y que se expresa en un lenguaje técnico diferente de la clínica.

El dominio del “idioma” técnico del sanitarismo se convirtió en un tema frecuente en estas publicaciones médicas de la época y en otro tipo de materiales impresos. A través de las mismas se buscaba blindar la cohesión disciplinar, pero también invitar a un nuevo público a familiarizarse con una terminología conocida para los

administradores, pero extraña a médicos clínicos y aspirantes a sanitaristas. El Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, por ejemplo, imprimió en 1963 una *Guía de términos y datos para medicina sanitaria* escrita por el epidemiólogo y Secretario Técnico de la Dirección de Enfermedades Transmisibles de la cartera sanitaria, el Dr. Alfredo Rabinovich, colaborador de la *Revista de Salud Pública* por otro lado.⁵⁵ Esta guía se dividía en secciones dedicadas a temas centrales del saber experto sanitario: administración hospitalaria y sanitaria, educación sanitaria, saneamiento ambiental y a disciplinas como la economía, la sociología, la estadística y demografía. Según su autor, “una nueva tónica impone expresar ‘cuantitativamente’, dentro de las posibilidades, cuanto se refiera a actividades de salud para, de ese modo, aproximar las descripciones y las realizaciones a su medición”. (Rabinovich, 1962:11). Esta “tónica” obligaba a utilizar términos bien definidos y si era posible cuantificables para mejorar los procesos de planificación y evaluación.⁵⁶ El conjunto diseño-planificación-evaluación de programas de salud fue el eje en torno al cual se creía necesario precisar un lenguaje técnico. Así, tanto el *Boletín de la AASP* en su segundo número, de 1964, como la *Revista de Salud Pública* un año antes, publicaron un “Glosario de términos usados en planificación”, referenciado en las definiciones de la OMS y la *American Public Health Association*. Palabras como “actividad”, “línea de base”, “eficiencia”, “eficacia”, “evaluación”, “planificación a largo plazo”, y otras, eran definidas escuetamente, invocando la autoridad de los organismos internacionales.⁵⁷

⁵⁵ Ver por ejemplo Rabinovich (1964).

⁵⁶ Como publicación oficial del Estado argentino la obra de Rabinovich también apuntaba a “normalizar” el uso de un lenguaje técnico principalmente implementado en el servicio público y en la gestión de gobierno de la salud. Así lo expresaba en el prólogo Julio César Blacksley, Director de Enfermedades Transmisibles del Ministerio: “...la exactitud científica requiere una significación precisa del lenguaje empleado, a fin de que resulte inequívoco para todos aquellos que dentro de su especialidad lo empleen”. (Rabinovich, 1962:9). Por otro lado implicó también una elaboración colectiva en la que participaron docentes de la ESPUBA como el ingeniero sanitario Nemo Tommasi y la educadora sanitaria Elsa Massolo, junto a otros expertos, quienes volcaban así sus conocimientos técnicos en una iniciativa oficial.

⁵⁷ En este sentido “actividad” se definía como “el desempeño de una función encaminada a la consecución de un objetivo determinado”; “línea de base o punto de referencia” como “la medición y descripción objetivas realizadas sobre un estado de cosas antes que se tome una decisión para modificarlo”; “eficiencia” como la “proporción entre los resultados de una operación o actividad y la cantidad de esfuerzo invertido”; “eficacia” como el “grado en que una acción logra el resultado final concreto que se proponía”; “evaluación” como “procedimientos administrativos y técnicos para medir el valor o utilidad de una actividad” (S/A, 1963-a:121-122).

La planificación y su bagaje de términos técnicos fueron nociones centrales en estas publicaciones, de ahí los frecuentes intentos de acotar y delimitar los sentidos de vocablos como “Evaluación” y “Planificación”. Como decía el médico Carlos H. Canitrot, “evaluación es un término que con gran rapidez se ha hecho popular entre los profesionales de Salud Pública”, aunque “en la gran mayoría de las ocasiones el uso del término no va acompañado de un conocimiento preciso de su concepto y aplicación en los programas sanitarios” (Canitrot, 1962:103). Otras veces, en lugar de definir un término se explicaba bajo qué pautas técnicas se debía administrar, realizar o supervisar una determinada actividad.⁵⁸ Esta disciplina terminológica ponía orden y buscaba establecer reglas claras de correspondencia entre las palabras y las cosas de la salud pública así como definir una cultura grupal distintiva.

Las revistas especializadas también aspiraron a la construcción de un pasado grupal común, una tradición ilustre nutrida a través de las décadas por una estirpe heroica de médicos que dedicaron su vida a la higiene y la salud pública. Este trabajo de representación fue especialmente encarado por la *Revista de Salud Pública* y el *Boletín de la AASP* a través de breves panegíricos que enaltecían los ejemplos de ciertos “padres fundadores”. La exaltación de estas figuras se realizaba a partir de crónicas y de discursos destinados a erigir un tótem grupal (símbolo de una cultura compartida) así como incorporar los aportes de sus antepasados. Según Pierre Bourdieu

El campo científico debe su especificidad, entre otras cosas, al hecho de que los competidores no pueden darse por satisfechos sólo por distinguirse de sus antecesores ya reconocidos, sino que se ven obligados, so pena de ser aventajados y “desclasados” a incluir sus logros dentro de la construcción distinta y distintiva que los excede. (2000:19).

Esto explica la importancia de la sección permanente de homenaje a “los maestros” que hay en estas revistas. Médicos como Guillermo Rawson (1821-1890), Emilio R. Coni (1855-1928), Eduardo Wilde (1844-1913) o José Penna (1855-1919) fueron

⁵⁸ Ver por ejemplo “Normas para la elaboración de un programa de salud” (S/A, 1962-a:171-173); “Decálogo de una buena organización” (S/A, 1962-b:180); “Doctrina en Salud Pública” (S/A, 1963-b:91).

enaltecidos en distintas notas. Ya sea por sus “nobles virtudes”, su “genio científico” o su capacidad innovadora en materia de higiene pública, estos sujetos eran homenajeados como precursores. Así, de Emilio Coni se resaltaba su “ingénito afán de dar todo sin pedir nada” (Castro, 1962), de Gregorio Aráoz Alfaro su “vocación por la verdad republicana y por la democracia” (Sbarra, 1963-b), mientras se floreaba el recuerdo de Eduardo Wilde con adjetivos como “culto”, “elegante”, “un civilizador” (Sbarra, 1963-a), se idolatraba a Domingo Cabred porque “jamás obstáculo alguno lo hizo flaquear” (Malamud, 1964) o a Rawson, verdadero “padre fundador” de la higiene argentina, de quien se afirmaba que había sido un “preclaro varón” y el “espíritu tutelar de la ciencia argentina”. (Loza Colomer, 1962). Estas virtudes, como la humildad (Penna no aceptaba cargos públicos, Coni rechazaba cátedras), la generosidad (Aráoz Alfaro cubría con su fortuna personal muchas veces los gastos que el Departamento Nacional de Higiene no llegaba a solventar) y la abnegación (se mencionaba por ejemplo que Wilde había caído enfermo de cólera y que aunque sobrevivió a esa y otras enfermedades nunca esquivó el deber de estar donde la enfermedad se presentara) eran el fermento donde había crecido un impulso innovador “puramente científico”, técnico y humanitario. El tema del nacimiento de las vocaciones científicas expresaba esto a la perfección. Sobre Wilde: “Su vocación de higienista se manifestó, puede decirse, al año de recibido (...) cuando propone a las autoridades establecer un lazareto para enfermos de fiebre amarilla” (Sbarra, 1963-a); o sobre Aráoz Alfaro: “Su vocación de sociólogo y de higienista lo llevó a preocuparse por los problemas de la inmigración, del pauperismo, de la denatalidad, de la alimentación popular” (Sbarra, 1963-b).



DR. GUILLERMO RAWSON
1821 - 1890
Higienista, sociólogo, estadista
Primer profesor de Higiene en la Facultad de Medicina de Buenos Aires

Fig. Nº 19. Retrato grabado de Guillermo Rawson, uno de los médicos homenajeados por la Revista de Salud Pública. (*Revista de Salud Pública* 8, 1965, p. 12)

Desde las publicaciones especializadas se buscaba utilizar estos ejemplos de un modo auto-reivindicatorio. Los médicos higienistas que eran retratados en cada número habían sido ministros, presidentes de organismos nacionales, provinciales, locales, miembros fundadores de asociaciones profesionales, etc., lo que era remarcado en cada nota. Se buscaba así una genealogía mixta de médicos y estadistas que los sanitaristas de los sesenta y setenta reclamaban como propia y como continuación de los esfuerzos de aquellos “grandes hombres” de la higiene pública de fines del siglo XIX y principios del XX. Asimismo, tanto la figura de Ramón Carrillo como la de sus colaboradores más conocidos, como Germinal Rodríguez, pese a haber realizado contribuciones significativas desde sus roles durante el gobierno peronista (1946-1955) y/o como profesores universitarios; pese a haber abonado de una manera general a la perspectiva técnica de la planificación sanitaria; y a pesar de haber mostrado un criterio técnico-sanitario en pos de la ampliación y mejora de los servicios médicos del país, fueron sistemáticamente vetados de las publicaciones sanitaristas durante toda la década de 1960. El resultado fue la representación de un pasado compuesto por una selección de antecesores y “maestros” en detrimento de otros.

Recién a principios de los años setenta, se comenzó a reivindicar, desde publicaciones no específicamente académicas, la obra y la figura de Ramón Carrillo. Bellora (1972), por ejemplo, si bien no nombraba al ministro peronista de manera directa, sí mencionaba la gestión de los años 1946-1955 como un momento positivo en la construcción de infraestructura sanitaria. Con el retorno del peronismo al poder en 1973, Eudeba publicaría los principales trabajos del neurocirujano pero en los ámbitos técnicos sanitarios continuaría siendo una figura ignorada.

El discurso de los sanitarios, expresado en las revistas, se enmarcaba en discusiones más amplias sobre temas técnicos, sobre el desarrollo planificado, sobre el lugar de la salud en el desarrollo, etc., junto a otras elaboraciones destinadas al conjunto de lectores con el que se quería constituir una comunidad. Pero junto a estas publicaciones destinadas al público cautivo compuesto por colegas y administradores estatales también existieron otras destinadas a lectores legos, externos al campo de especialistas.

Un buen ejemplo lo hallamos en las colecciones de la Editorial Universitaria de Buenos Aires (Eudeba). Esta casa editorial comenzó a funcionar en 1958 y contó hasta 1966 con la dirección de Boris Spivacow (1915-1994). Fue un emprendimiento mayormente sostenido por la Universidad de Buenos Aires y en menor medida por inversión privada, mediante el cual se construyó un experimento editorial de alta calidad académica para públicos universitarios y no universitarios. (Ford, 2003; Gociol, 2012). Entre las colecciones que publicó Eudeba se encontraban la “colección Siglo y Medio”, de literatura argentina; “Los fundamentales” compuesta de textos científicos clásicos (Arquímedes, Dalton, Ampère, Copérnico); “Ediciones previas”, que eran textos de estudio para las cátedras universitarias, lo mismo que la serie “Manuales”; una colección sobre América Latina dirigida por el periodista Gregorio Selser y otra sobre historia de la ciencia coordinada por José Babini. (Ford, 2003:238-241).



Figs. Nº 20, 21 y 22. Portadas la *Revista de Salud Pública*, *Boletín de la AASP* y *Medicina Administrativa*



Figs. 23 y 24. Portadas de la “Colección Lectores” de Eudeba.

La colección lectores de Eudeba reunió varios libros sobre temas muy diversos entre los que destacaban aquellos dedicados al subdesarrollo, la economía de los países pobres y temas sociales y sanitarios. Así, se podía encontrar en el catálogo *Desarrollo y subdesarrollo* (1964), del brasileño Celso Furtado, *Hacia un mundo sin necesidades* (1965), de Paul G. Hoffman; *La salud en el mundo* (1964) del sanitarista británico y consultor de la OMS, Fraser Brockington; *El libro negro del hambre* (1964), de Josué de Castro y *Salud, Medicina y Desarrollo económico-social*, de Abraam Sonis (1964). Sobre los libros de Brockington y Sonis hablaremos más adelante pues nos interesa su

contenido. Adelantemos, sin embargo, que condensaban las mejores realizaciones conceptuales de la salud pública, eran libros actualizados, imbuidos de las últimas discusiones sanitarias, y en especial el libro de Sonis concentraba en un solo volumen el cruce entre economía y salud que caracterizó el pensamiento sanitario de esa época, razón por la cual se convertiría en un clásico varias veces reeditado.

Las ilustraciones de las portadas de estos libros representaban pictóricamente escenas de países de África y Asia, haciendo foco en situaciones de pobreza, carencia de alimentos y desnutrición, o falta de agua corriente y vivienda. Eran imágenes de un “tercer mundo” lejano para lectores argentinos pero que conceptualmente lo familiarizaban con la categoría de subdesarrollo. Otros títulos, sobre epidemiología, bioestadística y temas específicos en la formación de los sanitaristas lograron ser publicados a través de otras colecciones como “Manuales”. (Bancroft, 1960; Urquijo, de Ustarán Viana, Milic, 1969).

La editorial “El Ateneo”, de Buenos Aires, también fue un medio de difusión del saber experto sanitarista hacia otros públicos, con libros sobre estadísticas hospitalarias y escuelas de salud pública (Bowers y Purcell, 1976; Giacomini y Ferrero, 1973). Las características de esta editorial eran diferentes a las de Eudeba; también publicaba libros universitarios y materiales de cátedra, antes y después del “período dorado” de la editorial universitaria, pero es probable que haya tenido un lazo más orgánico con “corporaciones universitarias” como las llama Aníbal Ford, es decir, cátedras en Medicina y otras carreras, que ya poseían acuerdos con editoriales y competían con Eudeba por publicar textos para ciertos “públicos cautivos”. (Ford, 2003:242).

Otro ejemplo de esta literatura fue la “Colección Alboreal” de Editorial Plaza y Janés, publicada entre 1963-1967. Esta colección se imprimió y distribuyó en Barcelona, Buenos Aires, Bogotá y México e incluyó aproximadamente ciento cincuenta títulos de divulgación científica y médica, biografías de personajes norteamericanos y textos anti-comunistas. Se trataba de textos de menor elaboración que los ofrecidos por Eudeba y destinados a un público juvenil. Asimismo, participaba junto a otras editoriales de la misma confianza en la ciencia, la medicina y la técnica así como la asistencia técnica como medio para superar el “subdesarrollo”. Entre otros títulos podemos encontrar *Al Filo del Mañana*, de Thomas A. Dooley (1965),

testimonio en primera persona de una misión de ayuda médica y social estadounidense a Laos; *Hombres y mujeres famosos de la medicina moderna*, de Caroline Chandler (1967), una serie de biografías de pioneros médicos norteamericanos; *Armas para la ciencia*, de Louis Sutherland, (1966), una historia sencilla de la "evolución" de los conocimientos de microbiología a lo largo de la historia; *Ayuda económica y política internacional*, de Edward Mason (1966), explicaba a un público no especialista los beneficios a futuro de la ayuda prestada a los países más humildes; *Hombres que dan soluciones*, de Adrian A. Paradis (1965), comentaba las vidas de ingenieros, médicos e investigadores científicos, artífices de la "era científica" que la humanidad vivía desde el fin de la Segunda Guerra Mundial.

Sea a través de revistas especializadas o libros de alcance masivo, durante los años sesenta y setenta existió un circuito de elaboración y difusión de las ideas y proyectos diseñados por los sanitaristas de la ESPUBA y de otras instituciones. Este suponía prácticas de selección y edición de textos, ensayadas a través de varios formatos, con diferentes fuentes de financiación y públicos específicos, y concretados por un grupo identificable de sanitaristas que circulaban entre las diferentes revistas.

2. Hacia el desarrollo por la vía de la salud pública

“La enfermedad cuesta, en cuidados y en lucro cesante, en el presente y en el futuro, la sexta parte de la renta nacional. Una protección modelo de la salud costaría tres veces menos”.
René Sand, *La economía humana* (1961:7).

El choque entre la URSS y los Estados Unidos de América y la política de “contención” del comunismo encarada por el Departamento de Estado norteamericano tuvieron su correlato en el mundo de las ideas, en la circulación de libros y otros productos culturales, como han señalado varios autores (Hixson, 1998; Stonor Saunders, 1999; Von Eschen, 2004). Esta “Guerra Fría cultural” tuvo diferentes manifestaciones en América Latina, evidenciando que los enfrentamientos del mundo bipolar se libraron también mediante batallas de ideas, estrategias de difusión cultural y acciones de grupos culturales, pero también que esta región fue escenario de dinámicas propias (Joseph y

Spencer, 2008; Calandra y Franco, 2012; Harmer y Segovia, 2014; Galván y Osuna, 2018).

Un primer paso para caracterizar el pensamiento de los sanitaristas en este contexto nos remite a la relación entre sus ideas y aquellas desplegadas por los organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. Estas agencias fueron importantes como promotoras de la profesionalización e internacionalización de la salud pública, y durante los años 1960 cobraron otra relevancia como transmisoras de la ideología de la Alianza para el Progreso. En este sentido, la política oficial de la Organización Panamericana de la Salud durante las décadas de 1960-1970, así como de la Organización Mundial de la Salud, se basó en la postular a la salud y el desarrollo como procesos mutuamente imbricados y en recomendar que los gobiernos latinoamericanos hicieran todo lo posible para alcanzar un mayor bienestar para sus poblaciones. Esto se lograría sobre los pilares de la colaboración internacional, la asistencia técnica, la reforma institucional, reformas agrarias y con el incremento de las capacidades estatales en áreas clave como la salud, la educación, el saneamiento urbano y rural, etc., lo que ya había inspirado el nacimiento de nuevas instituciones en el área de la educación médica y el entrenamiento de agentes sanitarios. La ESPUBA era un síntoma de esa coordinación entre un Estado nacional preocupado por profesionalizar ciertas áreas de su burocracia y un organismo sanitario panamericano actuando en la misma dirección, como ya vimos. El pensamiento de los sanitaristas se impregnó de estos postulados, cuya realidad se palpaba cotidianamente en el funcionamiento mismo de la ESPUBA y de otras instituciones, lo que alimentaba las certezas sobre el vínculo íntimo entre su actividad y las grandes metas de desarrollo diseminadas desde aquellas agencias.

El sanitarista chileno Abraham Horwitz, director de la OPS durante estas dos décadas, abordaba frecuentemente la articulación entre salud y desarrollo económico, a través de varias editoriales publicadas por el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* (1959, 1960, 1961). En estas intervenciones Horwitz llamaba a darle impulso a políticas de desarrollo que ataquen por igual a la pobreza y a la enfermedad. Decía por ejemplo:

No se trata de romper el círculo vicioso o la espiral de la enfermedad y la pobreza, resolviendo los problemas radicados en uno de sus componentes sino que, por el contrario, actuar ordenadamente sobre los dominantes. En esencia, hay que mejorar la producción para compensar y aún sobrepasar las necesidades de la población y su crecimiento. (Horwitz, 1959: 99).

De esta afirmación se deducen varios puntos importantes del pensamiento del Director de la OPS: que existía, sobre todo, una presión demográfica sobre las economías nacionales y que era necesario, por tanto, ampliar las capacidades productivas para mejorar las condiciones sociales y económicas de la población. Un supuesto fundamental de su razonamiento es que la economía, como ámbito de circulación de bienes y servicios, se caracteriza por la escasez: “El hecho es que somos más, vivimos más y deseamos lo que, en la gran mayoría de los países, sólo muy pocos pueden aspirar” (Horwitz, 1961: 98). Pues bien, esta situación generaba un “círculo vicioso” que en los países subdesarrollados llevaba a malas condiciones de alimentación, vivienda y educación y altos índices de enfermedades infecciosas, mortalidad infantil, incapacitación laboral, etc. Un lugar común en las exposiciones de los sanitaristas en esta época era el análisis de este “círculo vicioso”. Horwitz, por ejemplo, argüía que la baja producción llevaba a una depresión de los salarios, lo que impactaba de manera múltiple generando “nutrición insuficiente”, “instrucción y educación inadecuadas”, “vivienda malsana” y por tanto enfermedades, lo que determinaba una “energía humana de capacidad limitada” y de ahí una baja producción, iniciando nuevamente el circuito. La presencia de enfermedades evitables (como la malaria, la fiebre amarilla, la anquilostomiasis, el bocio, la enfermedad de Chagas-Mazza, etc.), originaba que los Estados nacionales y las poblaciones invirtieran sus recursos en medicina asistencial o curativa, haciendo descender el gasto en programas de salud pública y medicina preventiva.

Las conclusiones a las que arribaba en los diferentes artículos era que debían encararse de manera urgente “programas de desarrollo integral” (Horwitz, 1960:404), convocando a los Estados a estudiar y determinar los recursos disponibles (Horwitz,

1959:96) y a capacitar a los agentes profesionales y expertos para encarar esas tareas (Horowitz, 1960: 407) así como instar al capital privado internacional a colaborar con la financiación de estos programas. (Horowitz, 1961:100).

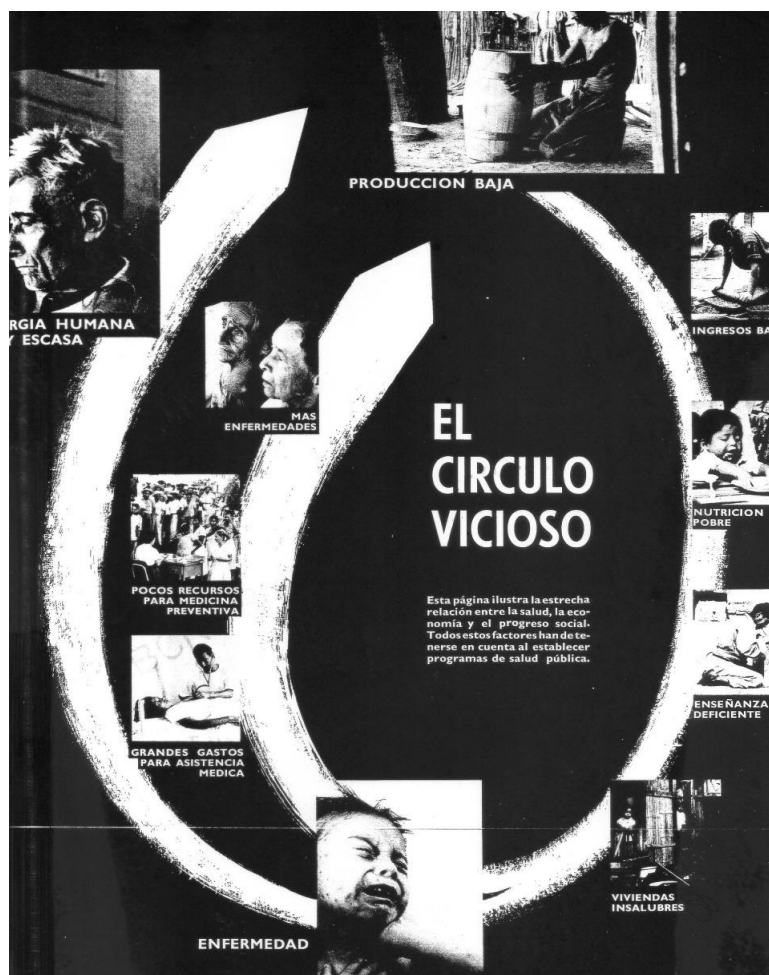


Fig. N° 25. *Revista Salud Mundial*, sept.-oct., 1961. Pág. 11.

Este programa de desarrollo integral no significaba ampliar las capacidades hospitalarias, por ejemplo, sino contribuir mediante técnicas de salud pública a mejorar la “energía humana” y por ende un más alto nivel de producción económica. La “integralidad”, la “complementariedad” de los planes sanitarios y los programas de desarrollo implicaban que a la mejora de la salud se llegaría por una vía fundamentalmente económica, racional y planificada. Así lo confirmaban también las notas publicadas por *Salud Mundial*, la “Revista gráfica de la Organización Mundial de

la Salud”. En un número de 1961, bajo el título “La salud es riqueza” (S/A, 1961-a:10), el presidente del Banco Interamericano de Fomento, Felipe Herrera, decía que

[es] imposible (...) hablar de progreso social sin contar con una sólida base de desarrollo económico. La historia lo demuestra. Anteponer el bienestar social al desarrollo económico general es algo así como empezar una novela por el último capítulo. La redistribución de la riqueza es inevitable, pero no por ello debemos permitir que se destruyan las fuentes de nuevo capital, ni la capacidad de las naciones para crearla. (S/A, 1961-a:10).

Desde ambas publicaciones (el *Boletín de la OSP y Salud Mundial*) se buscaba convencer acerca de la íntima relación entre riqueza/salud y pobreza/enfermedad: no había mejor cura para los males azotaban a América Latina que los planes de desarrollo económico-social, los que implicaban toda una gama de medidas financieras, institucionales, políticas, culturales, que, a la manera de una barrera, actuarían preventivamente al atacar a las enfermedades de la población “antes que se produzcan”.⁵⁹

Estas ideas, en gran parte, no eran novedosas, ni a nivel internacional ni en el contexto argentino de los años centrales del siglo XX. Para comenzar, una referencia obligada en aquellos años cuando se tematizaba acerca de la relación entre economía y salud, era el trabajo *The Cost of Sickness and The Price of Health* (Winslow, 1951). En ese texto, su autor mostraba con variados ejemplos qué costo tenía para una fábrica, una rama de la industria, una región e incluso una nación, el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad entre la población. Winslow insistía allí en que una persona fallecida antes de culminar su vida laboral implicaba restarle a la economía nacional una fuente de producción de valor. Se deducía entonces que una sociedad “enferma” era la contracara de una economía debilitada.

⁵⁹ En una apropiación libre y creativa de una frase utilizada por el sanitarista John Hanlon, el Director de la OPS señaló que “frente a un precipicio es más barato poner una barrera en lo alto que edificar hospitales en el fondo”. Ver Horwitz, 1961:99. Según Horwitz se trataba de una expresión de Lewis Hackett, pero corresponde en realidad a Hanlon (cfr. 1954:265).

Otra figura de autoridad citada frecuentemente era el suizo René Sand, cuyo trabajo *La Economía Humana*, de 1948, abordaba las mismas ideas. Sand había contribuido con su trabajo como asesor a la creación de la OMS (Fee, Brown y Cueto, 2011). Según el experto,

el hombre es una inversión: es el conjunto de gastos hechos para él desde su nacimiento hasta el momento en que es útil. Si muere antes, ese capital se pierde. Si sucumbe antes del fin de su carrera, si queda inválido o sin trabajo, ese capital no se amortiza completamente. (Sand, 1961:5)

Pero incluso si retrocedemos unas décadas atrás, encontramos los mismos argumentos en otros trabajos de los mismos autores, así como entre los temas de interés de la *International Health Division* de la Fundación Rockefeller. Los miembros de dicha Fundación, como William Welch (1850-1934), estaban familiarizados con las ideas de Max Von Pettenkofer (1818-1901) y consideraban que una inversión en la salud de los trabajadores era un gasto necesario que redundaría en un bien para toda la sociedad y en el establecimiento de una “tierra media” entre el capitalismo sin límites y las ideas revolucionarias socialistas y anarquistas. (Fee, 2016).

Por los mismos motivos, también encontramos estas ideas reformistas en Argentina, en los debates legislativos sobre accidentes laborales entre fines del siglo XIX y principios del XX. (Zimmermann, 1995: 193-213; Ramacciotti, 2019: 11-36). Y entre los higienistas de la década de 1940 también resultaba un lugar común el que la economía y el mundo de la producción se pueden ver favorecidos por trabajadores más sanos y que las cuestiones de higiene y salud pública, por otro lado, son materias atravesadas por cuestiones económicas. Así lo aseguraba por ejemplo un número de la revista *Hygieia* en 1947, al afirmar que

Sabemos que un Estado pobre carece de hecho de los medios indispensables para asegurar efectivamente la sanidad y la higiene públicas, que abarca problemas (...) tales como el alejamiento diario de los desperdicios domiciliarios, las instalaciones

sanitarias y de agua corriente, el abasto higiénico de los alimentos, la vivienda sana y muchos aspectos innecesarios de mencionar, tanto en el orden urbano como en el rural. Por ello, ninguna acción oficial o privada rendirá en higiene pública resultados positivos y permanentes, en tanto no medien las condiciones económico-sociales que los propicien y aseguren. (S/A, 1947-d: 1).

Más de una década después, lo novedoso de argumentos similares no radicaba en su discursividad (los términos a los que recurre, las figuras y tropos que la componen, los razonamientos que realiza) sino su utilización en el contexto de la Guerra Fría, su función en una cadena de discursos más amplia a la que nos referimos antes como “desarrollismo internacional” y por lo tanto también al hecho de integrar la doctrina oficial de organismos internacionales de alcance continental y global. Estas ideas eran resinificadas en el contexto de una América Latina convulsionada políticamente por la revolución cubana desde 1959 y simbolizaban una alternativa frente al comunismo y experimentos populistas. En manos de los sanitaristas se convertirían en producciones originales, en investigaciones preocupadas por el aspecto sanitario de la economía y la dimensión económica de la salud.

Entonces, ¿qué usos tuvieron estos argumentos en el discurso de los sanitaristas cercanos a la ESPUBA?

3. Economía y salud en el discurso de los sanitaristas

La utilización de estas ideas fue profusa e intensa en la Argentina de los años sesenta y setenta. En principio, los autores que habían actualizado conceptualmente los vínculos entre economía y salud circulaban en los ámbitos intelectuales desde varias décadas atrás, como es el caso de diferentes obras de Charles Winslow.⁶⁰ Otras, como

⁶⁰ En 1949, la editorial Claridad publicó su libro *La lucha contra las enfermedades*. Winslow fue un médico norteamericano ampliamente publicado en América y Europa, un reconocido sanitarista e historiador de la lucha epidemiológica, consultor de la Fundación Rockefeller, de la Organización Panamericana de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud, el fondo Milbank Memorial y otros organismos. No se trataba de una figura marginal o periférica en el campo de la salud pública en Estados Unidos y Europa, siendo un pionero en la creación de escuelas de formación de médicos sanitaristas, tanto en el estado de Nueva York, donde había sido Oficial de salud pública, como luego en la Johns

los *Principios de Administración Sanitaria*, de John Hanlon (1954) eran de reciente incorporación en el ámbito local, a través de una edición y traducción de la Oficina Sanitaria Panamericana.⁶¹ Las editoriales de Horwitz en el *Boletín* del organismo panamericano y los materiales de divulgación como *Salud Mundial* eran distribuidos entre los expertos locales. Médicos como James Halliday y Fraser Brockington, o Rene Sand, Ives Lacoste y otros fueron rápidamente traducidos y editados localmente evidenciando una compleja trama de intereses teóricos y disciplinares alentados por una simpatía generalizada en el campo intelectual local por obras sobre el desarrollo económico, la modernización social y cultural, la planificación del crecimiento, etc.

Encontramos buena parte de estos elementos (ideas desarrollistas y modernizadoras y referencia a los autores mencionados y gran interés por la economía como campo de saber) en el libro *Salud, Medicina y Desarrollo Económico-Social* (1964) del médico santafesino Abraam Sonis, editada en numerosas oportunidades por la colección “Lectores de Eudeba”. El volumen era producto de la investigación realizada por Sonis para obtener el *Master* en Salud Pública en la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (Legajo FCMUBA N° 71211 Abraam Sonis).

Al igual que muchos escritos de la época, *Salud, Medicina y Desarrollo Económico-Social* en repetidos pasajes demandaba el reconocimiento de la salud pública como profesión. (Sonis, 1964:12). El tema central de la obra, sin embargo, era el vínculo entre salud y desarrollo económico. El autor no tomaba esta relación teórica como algo obvio, por lo que apelaba a numerosos autores y fuentes documentales, como W. W. Rostow, artículos y libros del economista sueco Gunnar Myrdal, los ya mencionados Charles Winslow y Abraham Horwitz, así como John Hanlon, John K.

Hopkins University, donde entre 1914-1916 asesoró a la Comisión directiva de la Fundación Rockefeller para crear la primera Escuela de Higiene y Salud Pública de ese país. (Fee, 2016). En *La lucha contra las enfermedades*, el autor componía una historia del tratamiento de las epidemias en un lenguaje llano, abarcando episodios desde la Edad Media hasta fines del siglo XIX y los descubrimientos de la moderna bacteriología. Otros escritos de Winslow aparecieron publicados por la editorial Lautaro, de Buenos Aires, en el volumen *La ciencia en la Unión Soviética* (Cannon, Wilkins, Zworikyn et Al, 1945), donde el autor daba a conocer el estado de la salud pública en la U.R.S.S., luego de haber realizado un viaje por distintas ciudades rusas.

⁶¹ Las portadas de los sucesivos números de la *Revista de Salud Pública* llevaban una cita de Hanlon: “Los fundamentos sobre los cuales se alza la estructura sanitaria de un país son: programas de salud adecuados, personal técnicamente eficiente y financiamiento suficiente”. Esto muestra, por ejemplo, la relevancia de los autores y las ideas diseminadas por la OPS y otros organismos en la comunidad de expertos locales.

Galbraith, Ives Lacoste, Theodore Schultz y expertos locales como Raúl Prebisch. Según Sonis, los intercambios verbales entre Winslow y Myrdal en la 5ta Conferencia Mundial de la Salud (1952) habían marcado un punto de madurez en el establecimiento analítico de la relación entre economía y salud, lo que se evidenciaba en la emergencia de una “economía de la salud” (*Health Economics*), por ejemplo en los artículos de Selman Mishkin (1958). Ésta, como recordaba Sonis, se encargaría de estudiar

la interacción de los servicios de salud y el producto bruto nacional; crecimiento de la población y desarrollo económico; incremento demográfico y productividad; problemas de salud asociados al desenvolvimiento industrial; utilización de los servicios y su precio, financiación de los servicios sanitarios, etc. (Sonis, 1964:19).

Esta perspectiva mixta permitía una traducción entre variables económicas y otras referidas al bienestar de la población. Siguiendo a Horwitz y otros autores, Sonis sintetizaba esta transacción mediante la metáfora del círculo vicioso entre la baja producción y la prevalencia de enfermedades. Acabar con este circuito requería entonces una política integral, global y multidimensional de desarrollo, entendido como “la movilización de todos los recursos, humanos y materiales, presentes y futuros, de una determinada región geográfica a fin de lograr en un plazo más o menos breve que todos los habitantes, sin excepción, alcancen el máximo grado de bienestar en todos los órdenes.” (Sonis, 1964:26). La solución para “la patología del subdesarrollo” implicaba “agua, cloacas, inmunización y educación sanitaria” para limitar ese “cuadro patológico” al mínimo.

Una larga consideración sobre la incidencia de la población y la dinámica demográfica sobre las perspectivas de desarrollo económico latinoamericano ilustran con claridad las ideas de Sonis en torno a este nudo conceptual de economía y salud. Las “Metas de salud” de la “Carta de Punta del Este” apuntaban a un mejoramiento de los indicadores sanitarios de los países latinoamericanos. Un punto esencial de la Carta sugería una baja de la tasa de mortalidad (infantil y adulta) así como la de morbilidad, tanto en las ciudades como en regiones rurales. Como advertía Sonis, de cumplirse estas

metas, estaríamos dentro de pocos años ante un aumento considerable de la población de esos países, siempre que se mantuviera medianamente estable la tasa de natalidad.⁶² Esta era la situación típica de países centroamericanos, donde la introducción de vacunas y mejores sistemas de saneamiento urbano y rural, acompañados de altas tasas de natalidad y fecundidad, podrían ocasionar un peligroso aumento de la población, contrario a las metas últimas de la Carta, es decir, el mejoramiento del nivel de vida. En ciertos países de África y Asia, donde la densidad poblacional ya era un problema y la superficie de tierras cultivables era mucho menor que en América Latina, el incremento demográfico podría traducirse en hambre generalizado si no se instrumentaba un plan de desarrollo. En Argentina, agregaba el autor, la tasa de natalidad estaba a la baja desde 1900, pero su desaceleración no era suficiente, lo que generaba todavía un “desajuste” entre una población creciente y un consecuente magro excedente productivo. El problema entonces requería que las metas de salud pública estuvieran en sintonía con los programas de desarrollo integral.

La propuesta que elaboraba Sonis, en consonancia con los argumentos desarrollistas del período, se sintetizaba en “la utilización de todas las posibilidades, la movilización de todos los sectores” para lograr el crecimiento económico suficiente y aliviar la “presión demográfica”. Es decir, no actuar sobre ella como si fuera el centro del problema sino sobre las fuerzas productivas, haciendo crecer los recursos disponibles exponencialmente para lograr un estado generalizado de bienestar.

Un punto álgido en su argumentación refería a la importancia relativa que los planes de salud podrían tener sobre el desarrollo general. Aceptada la íntima relación entre salud y economía, como punto de partida, Sonis advertía que

⁶² La tasa de natalidad mide la cantidad de nacimientos anuales por cada mil habitantes. Una tasa de natalidad alta es la que supera los 30/1000, como era el caso de Brasil en los años sesenta. Argentina, con una tasa de 26/1000 y cayendo, tenía una TN media/baja. Junto con la tasa de mortalidad infantil (cantidad de defunciones anuales de niños menores de un año por cada 1000 nacimientos) y la esperanza de vida al nacer (promedio de las edades de defunción de los fallecidos en un año determinado), permite estudiar el “ciclo demográfico” de una sociedad determinada y ubicarla en un gradiente de la “transición demográfica”. Una excelente panorámica de este ciclo para el caso argentino puede verse en Celton y Carbonetti (2007).

Podemos observar que la mortalidad infantil está más fuertemente influenciada por el ingreso, el consumo de calorías, la proporción de la matrícula escolar, el consumo de energía y la distribución de la población según actividades, que por el número de médicos, o sea que los factores socioeconómicos pesan más en la mortalidad infantil que el número de médicos –lo que se confirma en la observación diaria de los servicios pediátricos de los hospitales. (Sonis, 1964:252).

Este es uno de los pocos pasajes en que el médico se desmarcaba de las recomendaciones internacionales de aumentar la capacidad técnica y sanitaria, manteniendo en el resto del texto un gran compromiso con el vínculo entre salud y economía.

Otro médico que abrevó en esta perspectiva fue el pediatra platense Noel H. Sbarra, como ya dijimos, Director de la Casa Cuna de La Plata, miembro de la Asociación Argentina de Salud Pública (AASP) y director de la *Revista de Salud Pública* entre 1962-1970. En un discurso pronunciado en las Primeras Jornadas de la AASP, en octubre de 1962, Sbarra afirmó, entre otras ideas, que la salud era un elemento importante del bienestar social y económico, como ya lo había expresado Guillermo Rawson hacia los años 1870 en varias oportunidades. Siguiendo al higienista, pero también citando una investigación de Dublin y Lotka⁶³, Sbarra decía que cualquier acción de gobierno destinada a cuidar y promover la salud representaba un gran negocio en la medida que podía aumentar la energía humana disponible (1963-c:12); y en sentido inverso, las fluctuaciones económicas alteraban las condiciones de vida y la salud de la población, como lo mostraban algunos indicadores locales. Por ejemplo, en La Plata y en Berisso, se constataba un crecimiento del desempleo y una disminución del consumo de leche; en Tucumán, la depresión de la industria azucarera y el desempleo subsecuente habían elevado la mortalidad infantil significativamente. Sbarra comparaba luego algunos indicadores entre 1950 y 1960. Con bastantes diferencias respecto al panorama optimista que planteaba Sonis en su libro, el sanitarista platense subrayaba que la mortalidad infantil había entrado en una fase estacionaria con leve crecimiento; aunque existía una alta cantidad de proteína animal consumida por

⁶³ Sbarra se refería al trabajo de Dublin, Lotka y Spiegelman (1947). *The Money Value of a Man*.

habitante, ésta sólo provenía de la carne y aquellas de origen lácteo habían descendido de 98,7 litros por persona al año, en 1953, a 63,8 litros en 1960; el 25,4% de población urbana, que ascendía a 13.452.000 hab. en 1960, no contaba con agua potable; enfermedades como el Chagas-Mazza, la hidatidosis, la lepra y la tuberculosis habían crecido considerablemente. Este cuadro presentaba altibajos importantes, lo que se expresaba en condiciones de vida muy variables según la zona, ciudad o provincia del país y se veía acentuado por el grado de disponibilidad de servicios médicos: si Buenos Aires contaba con un médico cada 300 habitantes, Formosa disponía de uno cada 3300 habitantes, Santiago del Estero uno cada 3000 y Chaco uno cada 1960.

Ya sea apostando por el desarrollo como fórmula hacia una mejor salud de la población (Sonis) o insistiendo en las consecuencias sanitarias del subdesarrollo (Sbarra), el lazo entre economía y salud en el análisis de los sanitaristas formaría un nudo de difícil disolución. Prueba de ello es su duración en el tiempo. Hacia 1971, Adolfo Chorny, matemático, profesor de la ESPUBA, experto en bioestadística, repetía que

el estado sanitario de un país se asocia con su grado de desarrollo económico social. En efecto, la riqueza o pobreza de una nación van acompañadas por estructuras de enfermedad y mortalidad que son características y que permiten identificar con exactitud (...) su nivel económico (Chorny, 1971:1).

Chorny construía un argumento bastante abarcativo que vinculaba indicadores económicos (producto nacional, ingreso per cápita, empleo), sociales (alfabetización, escasez de vivienda, agua potable, obras de infraestructura sanitaria, etc.), y sanitarios (la persistencia de la mortalidad infantil, las enfermedades parasitarias y zoonosis, la aparición de nuevas causas de muerte como el cáncer, la distribución desigual de médicos) de los países latinoamericanos.

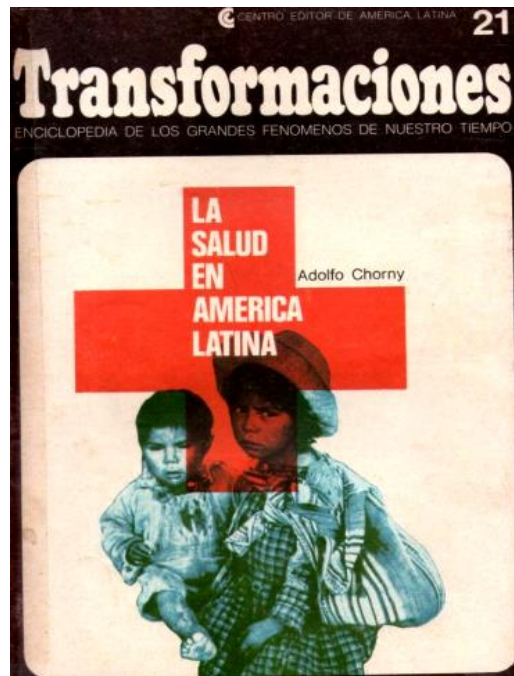


Fig. Nº 26. Colaboración del profesor de la ESPUBA Adolfo Chorny con la serie *Transformaciones*. En su texto se sintetizaban los temas claves del sanitarismo: salud, economía, desarrollo y el aspecto sanitario de la pobreza y el subdesarrollo.

En suma, los discursos de los sanitaristas en el período estudiado se estructuraron como variaciones de un tema básico: las relaciones entre salud y economía. Hasta aquí hemos visto dos posibilidades: argumentos que sostienen la preeminencia de lo económico como factor productor de una mejor o peor calidad de vida; y razonamientos que afirman la importancia de la salud como factor económico, es decir que mejores condiciones sanitarias generan energías humanas de mejor nivel para ser volcadas a la producción económica. Estas ideas eran intercambiables y se presentaban en diferentes formatos y con distintas finalidades; además, como dijimos, no eran nociones novedosas (de hecho, como decía Sbarra, la importancia económica de los estados de salud de una población era una idea que podía remontarse a Rawson y otros higienistas del siglo XIX). Lo novedoso, en todo caso, se evidenciaba en los diferentes desprendimientos que este vínculo económico-sanitario tendría a lo largo de las décadas de 1960 y 1970.

3.1. El par economía-salud aplicado a la “administración sanitaria”

Más allá de estos análisis panorámicos y abarcativos inspirados en la perspectiva desarrollista, en boga durante todo el período, el discurso del sanitarismo abrevó

también en numerosas disquisiciones sobre la importancia de la racionalización y planificación del gasto en salud, lo que se expresó en una fuerte preocupación por los costos, los indicadores de eficiencia y las formas de financiación de la atención médica.

Esto es particularmente notable en la profusa elaboración y circulación de artículos e investigaciones centradas en la problemática del costo de la salud y de las diferentes formas de administración y financiamiento. Vemos muchos ejemplos de esta tematización en las publicaciones periódicas especializadas, puesto que eran espacios editoriales que comunicaban a los expertos entre sí y donde hallaban expresión las principales preocupaciones prácticas que estos agentes encontraban en el desempeño laboral. La ya citada revista *Medicina Administrativa*, que se publicó entre 1967-1970, hacía foco en la dimensión administrativa de los servicios públicos y privados de atención a la salud. Este *Journal* de especialistas aportó precisiones conceptuales, algunos balances críticos de la política sanitaria de la década y una gran cantidad de artículos que analizaban, a partir de investigaciones empíricas, diferentes problemas en la determinación de costos y propuestas de financiamiento alternativas.⁶⁴ El análisis de la publicación nos abre una puerta para observar una serie de elaboraciones técnicas y aplicadas del vínculo teórico salud-economía, concretadas por un grupo de jóvenes sanitaristas ligados en principio por su común procedencia de la Escuela de Salud Pública de la UBA y por su desempeño en el Centro de Investigaciones y Adiestramiento en Salud Pública (CIASP), fundado en 1967. Este grupo estaba formado por investigadores como Jorge Mera, Carlos Martini, Carlos Canitrot, Juan Pablo Abadie, Jorge Segovia, María Teresa Beas, Alicia M. García Bates entre otros sanitaristas. Médicos como C. A. Gianantonio, Samuel Bosch, Sergio Provenzano, M. E. Roza de Mera, David Sevlever y Moisés Malamud colaboraron eventualmente con artículos. La revista fue un órgano de difusión por el cual se informaba a los socios del CIASP y al público sanitarista en general sobre las investigaciones del centro, las tareas de asesoramiento y los cursos que se dictaban. Como lema general la revista llamaba a

⁶⁴ Cada número de la revista tenía una editorial que explicaba la línea doctrinaria de la publicación, una sección de notas y noticias sobre congresos y publicaciones recientes y otra sección, la principal, dedicada a investigaciones originales. El tema en torno al cual giraba la revista no era la salud pública en general, sino la "atención médica", y esta era entendida como un servicio complejo, compuesto por todas las actividades que de manera directa (la atención de pacientes) o indirecta (la administración de hospitales y servicios sanitarios) servían para mejorar la salud de la población. Esta temática se concretaba de diversas maneras.

dejar "de lado generalizaciones imprecisas, que constituyen el riesgo latente más serio para una rama del conocimiento humano relativamente nueva en el mundo y de muy reciente arraigo en nuestro ambiente". (S/A. 1967:1).

En la editorial del primer número, "La atención médica: un nuevo campo profesional" (S/A, 1967), se argumentaba que la complejidad de la atención médica había crecido exponencialmente, gracias al avance técnico-científico de la medicina, pero también por la "variedad de programas y servicios médicos". Este crecimiento había llevado al encarecimiento de los servicios, a la especialización creciente y, paralelamente, se registraba un aumento de la demanda de servicios médicos. Todo esto llevaba inexorablemente a un resultado: "un aumento constante y acelerado de los costos". La tarea de los sanitaristas y expertos en administración era lograr una atención económicamente viable que tradujera los avances de la disciplina en el "bienestar efectivo de la población". El problema que interesaba a éstos médicos, era cómo reducir gastos estatales, cómo repartirlos mejor entre las jurisdicciones y en algunos casos cómo evitar que se descarguen sobre los usuarios.

Muchas de estas preocupaciones fueron tratadas en las distintas Jornadas de la Asociación Argentina de Salud Pública, y también se vieron reflejadas en los artículos de *Medicina Administrativa*. Éstos solían tratar temas como reforma hospitalaria (Mera y Gianantonio, 1968; D'Angelo de Maquieira, 1968), la productividad de los servicios (Galli, 1967), los costos de mantenimiento de los mismos (Mendez Casariego y Sommer, 1968), la relación entre presupuestos y número de camas disponibles (Roza de Mera y Etchegoyen, 1969; Arbona, 1969) y la exploración de formas de financiamiento alternativas de la atención médica (Martini, 1968; Provenzano, 1968; Canitrot, 1968; Abadie, 1968 y 1969). La metodología cuantitativa, el diseño y utilización de encuestas y análisis matemático de frecuencias, tendencias y proyecciones, evidencian una publicación que buscaba mantenerse actualizada mediante la utilización del lenguaje técnico de la planificación económica, el análisis sociométrico y, como veremos en el siguiente apartado, también nos habla de un acercamiento de la salud pública al mundo conceptual y metodológico de las ciencias sociales.

Otras publicaciones especializadas como la *Revista de Salud Pública* (1962-1970), el *Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública* (1963-1970) y el *Cuaderno de Salud Pública* (1969-1976), también publicaron trabajos similares, aunque

en combinación con otros tipos de textos y discursos. Los artículos que discutían formas de financiación de los sistemas de salud fueron frecuentes en la *Revista de Salud Pública* (Martini y Sonis, 1964; González, 1964; Bello, 1970) y en el *Cuaderno* (Molinero y Fontau, 1971; Neri, Molinero, Fontau, Bello, 1971).

Varios trabajos, notas y conferencias del médico Sergio Provenzano, dirigente de la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) fueron publicados en estas revistas especializadas (Provenzano, 1963; 1964; 1968). La propuesta de Provenzano era la instauración en Argentina de un seguro de salud obligatorio y universal, proyecto que sostenía desde principios de los sesenta y representaba a un sector del gremialismo médico. En el marco de las Primeras Jornadas de Salud Pública había afirmado que “[nuestro] sistema de seguridad en lo que atañe a la restauración de la salud es inadecuado, porque no responde a planificación alguna, carece de base financiera y no satisface al gremio médico” (Provenzano, 1963:50). La solución que sostenía Provenzano, en representación del gremialismo médico, era “organizar en el país la atención médica sobre la base de un seguro de enfermedad” (1963:51). Este seguro universal suponía reestructurar el sistema sanitario manteniendo la libre elección del médico por parte del paciente y viceversa; también implicaba mantener los pilares del ejercicio liberal de la profesión: “libertad de prescripción y secreto profesional” y “retribución del trabajo profesional mediante un sistema arancelario o a tanto por servicio, con aranceles fijados por común acuerdo entre las entidades gremiales y las cajas de financiación”.⁶⁵

Otra propuesta de reforma de la financiación de la atención médica fue elaborada por el médico Julio Bello (1970), para quien el sistema tripartito (subsector público-estatal, subsector Obras Sociales y subsector medicina privada) había devenido en un sistema “desigual y perverso”, por el cual la población más humilde y el Estado estaban financiando a los otros dos sectores. En este sentido afirmaba que los hospitales públicos no solamente estaban des-financiados sino que estaban subvencionando la atención médica de pacientes crónicos y/o necesitados de tratamientos de alta

⁶⁵ En las mismas “Jornadas”, el médico Robinson D’Aiutolo, director del Policlínico San Martín y profesor de la ESPUBA, afirmó, refiriéndose a los hospitales públicos y privados, la necesidad de “que los presupuestos sean planeados y ejecutados por especialistas con el espíritu, sentido y formación de empresarios, disponiendo de fondos suficientes y adaptados a las reales necesidades”. Y agregó: “el hospital es una empresa que produce salud”. (D’Aiutolo, 1963:52).

complejidad (entre otros motivos) provenientes de los otros dos subsectores. En síntesis, decía, “[nos] encontramos frente a un sistema donde los mecanismos de solidaridad se han invertido y donde nos alejamos cada vez más del ideal de la igualdad de posibilidades” (Bello, 1970:61). Los hospitales públicos, además, al cobrar bonos cooperativos a sus pacientes realizaban “una suerte de arancelamiento”. Por este motivo, Bello proponía la supresión de ese arancel en los nosocomios públicos, y que mediante una nueva legislación se obligara a las obras sociales y a los prestadores privados a pagar por la atención que los establecimientos estatales prestaban a sus clientes/pacientes. Los servicios hospitalarios, en el sistema futuro que el médico imaginaba, debían incrementar en cantidad y calidad y se debía asegurar que los fondos asignados para su funcionamiento no fueran apropiados por otros sectores de la administración pública. Por último, aún sin eliminar la heterogeneidad de formas de financiamiento de la atención a la salud vigentes en la Argentina desde los años sesenta, el sanitarista creía en “el papel del Estado en la supervisión del sistema, en especial en lo que hace a la calidad de la prestación y en la equitativa accesibilidad a los servicios por parte de la población”. (Bello, 1970:63).

Las publicaciones especializadas, ya fueran revistas científicas como *Medicina Administrativa* o boletines como el de la AASP, le otorgaron gran relevancia a estos artículos que analizaban el aspecto financiero de la salud, su administración y organización, y que trataban de imprimir racionalidad en los cálculos de costo-beneficio, con finalidades diversas, como hemos visto, tanto para encontrar formas acordes a los diversos intereses sectoriales como para lograr “la equitativa accesibilidad a los servicios por parte de la población”.

Otro desprendimiento de este desarrollo técnico del vínculo teórico salud-economía, que los sanitaristas supieron explotar sistemáticamente, fue la preocupación por incluir en la “mirada médica” conceptos y métodos de las ciencias humanas como la sociología, la antropología, la psicología.

3.2. El sujeto detrás de la economía y de la salud. Una ventana hacia las ciencias del comportamiento

Otro aspecto que es necesario rescatar del pensamiento sanitarista es que abrió una ventana hacia lo social, lo psicológico y lo conductual. Este pensamiento tuvo muchas expresiones y matices. La intensa política de traducciones y publicaciones de Eudeba y otras editoriales, así como la propiciada por la Organización Panamericana de la Salud, puso al alcance de lectores locales una amplia variedad de autores, clásicos de la medicina social, la administración sanitaria, el trabajo social y la sociología médica. Así lo vemos reflejado en la cantidad y variedad de autores citados y en la importancia cada vez mayor asignada a los sentidos, valores y procesos subjetivos puestos a jugar en el campo de la salud pública. En las revistas especializadas, como la *Revista de Salud Pública* (1961-1970) y los *Cuadernos de Salud Pública* (1969-1976), fueron publicados poco menos que una veintena de artículos, notas de opinión y hasta editoriales llamando a una incorporación de las teorías y métodos de las ciencias sociales. Estos artículos mostraban ejemplos concretos o argumentaban en favor de la utilización de la encuesta y la entrevista como técnicas valiosas para el médico y el sanitarista en particular (Ferrara y Peña, 1961; Danna, 1964; Martini y Segovia, 1967)⁶⁶. Otras veces se presentaban razones generales para integrar en la educación y práctica médica las perspectivas de la antropología, la sociología y las ciencias de la conducta en general (S/A, 1964-a; Vivante, 1965; Segovia, 1967; Osorio Soler, 1968; Vivante y Palma, 1970). Por último, algunos artículos ejemplificaban una fusión conceptual creativa entre el enfoque sociocultural de las ciencias humanas y los problemas sanitarios y biomédicos que preocupaban a estos sanitaristas, como la salud materno infantil (Cusminsky, 1967; Menchaca, 1970; Climent, Mendes Diz, Rosenthal, 1976), la

⁶⁶ Ya el primer número de la *Revista de Salud Pública* comenzaba con la publicación de un estudio de opinión realizado sobre una base de 1027 médicos aproximadamente, tanto de Capital Federal como de La Plata, provincia de Buenos Aires. El estudio fue presentado por el ya referido Floreal Ferrara y Milcíades Peña (1961), intelectual marxista, participó en los debates de primeros años de la década sobre peronismo, industrialización y cambio social, polemizando con Gino Germani y otros representantes de la “sociología científica” desde su revista *Fichas de Investigación Económica y Social*. Frente a la síntesis libresco, a la exégesis de autores, a la búsqueda de invariantes, que solía gobernar la vinculación de la medicina con las “ciencias del hombre”, la encuesta irrumpía ahora para producir información novedosa con métodos inéditos e invocando temas sensibles para la comunidad médica, como su posición frente al Estado, su opinión sobre la reforma de la educación profesional, la financiación de la salud, etc.

desigualdad socio-económica (Escudero, 1970; C. de Guziuk y Rovner, 1976) y las hetero y auto agresiones (Bianco, 1975 y 1976).

Entre los médicos sanitaristas de este período registramos resonancias claras de una “toma de conciencia”, un cambio de perspectiva que afectó a diferentes núcleos del campo médico formando un movimiento continental de medicina social (Galeano, Trotta, Spinelli, 2011; Carter, 2018). Esta “toma de conciencia” implicó asumir que el área de competencia del médico sanitarista era un campo eminentemente social, compuesto de personas, con creencias y visiones, que debían ser conocidas si se deseaba integrar el factor humano en el desarrollo económico.

Indagando en el aparato erudito de muchas de las obras, artículos o notas publicadas entre los años sesenta y setenta por estos especialistas vemos algunos patrones. Un autor frecuentemente citado fue James Lorimer Halliday (1897-1983), una referencia importante para Abraam Sonis (1964), como para David Sevelever (1963), Jorge Segovia (1967) e incluso otros autores externos al grupo de la ESPUBA, como el sanitarista Francisco Martone (1965). Halliday fue un médico escocés cuyo campo profesional fueron las “enfermedades psicosomáticas”, tema que desarrolló en su *Medicina psicosocial. Un estudio de la sociedad enferma*, originalmente publicado en 1948 y editado en el país por Eudeba en cuatro ocasiones entre 1960-1973. Halliday se manifestaba contrario allí a una definición “fiscalista” de la salud pública, centrada en la prevención y tratamiento de las enfermedades de origen orgánico, infecciosas o degenerativas, y en el estudio de indicadores “duros” (tasas de natalidad y mortalidad). Su proposición era que la salud de una sociedad también debía determinarse por la incidencia de las enfermedades “psicosomáticas”. Éstas se definían como un tipo de estado o situación de las personas, con manifestaciones físicas, cuya comprensión requería conocer datos sobre la psicología emocional de los sujetos. Como afirmó Hayward (2009), Halliday quería iniciar una revolución médico-científica mediante la equivalencia ontológica entre agentes patógenos y estados emocionales, estableciendo que las personas no sólo se enfermarían por el ataque de microorganismos o accidentes, sino también por procesos de interacción con el ambiente, no sólo físico sino también psicológico. De esta manera, la industrialización acelerada, la urbanización, la velocidad del mundo social moderno, su conflictividad social, habían llevado ya hacia principios

del siglo XX, en el caso inglés, a un proceso de “desintegración social”, de resquebrajamiento de los marcos emocionales tradicionales.⁶⁷ Una consecuencia de esto era que mientras las tasas de natalidad y mortalidad estaban reduciéndose desde el siglo XIX, y la salud física mejoraba, todos los indicadores negativos de salud “psicosocial” iban *in crescendo*: tasas de suicidio, índices de frecuencia de esterilidad, los casos de gastritis y úlcera péptica, diabetes, reuma no artrítico, bocio exoftálmico, desórdenes cardiovasculares hipertensivos, etc. Aunque los aportes de Halliday siguen estando en discusión en el campo médico, lo cierto es que en Argentina fue leído profusamente y publicado en varias oportunidades. Incluso fuera del grupo específico de la ESPUBA, un médico como Francisco Martone, como dijimos, también lo citaba como una referencia de la medicina social.

Este acercamiento a los comportamientos, conductas y otros fenómenos sociales implicó, además de la búsqueda de antecedentes en el pensamiento médico occidental, una búsqueda y traducción permanentes de nuevas teorías sociales y nuevos lenguajes técnicos. En el primer sentido un marco de referencia fue la sociología funcionalista, en su versión local impulsada por Gino Germani. Así lo vemos en el artículo “Proyección de la sociología médica” (Segovia, 1967:69-76). Jorge Segovia, su autor, afirmaba en el trabajo que

la sociología médica puede verse como el producto de la coyuntura histórica del desarrollo de ciencias que si bien tienen antecedentes antiquísimos de ideas y teorías coincidentes, recién ahora encuentran, por un lado la necesidad y por otro la posibilidad de dar forma a una nueva disciplina (1967: 70).

⁶⁷ Halliday describía los “cambios en el mundo de la vida adulta” provocados por estas transformaciones. La urbanización “tendió cada vez más a desconectar a un número siempre creciente de personas de esos ritmos vivos de la naturaleza que despiertan y ejercitan profundas respuestas emocionales”. El uso del reloj trajo como resultado una “creciente desestimación de los ritmos cósmicos y biológicos”. La manufactura le cerró el paso al despliegue de la “manipulación creadora” como “medio de expresión emocional”. La “creciente velocidad de los cambios producidos en la estructura de la sociedad” creó “un estilo de vida regulado por mecanismos obsesivos, como defensa contra un peligro siempre creciente”. La educación estandarizada provocó una “represión de la expresión individual”. Finalmente la pérdida de valores tradicionales y creencias religiosas trajo “una creciente carencia de propósitos y orientación”.

El artículo luego retomaba algunos lineamientos teóricos de un trabajo de Merton y Kendall y realizaba un estado de la cuestión bastante detallado sobre la especialidad citando a Hollingshead, Samuel Bloom, Talcott Parsons y otros intelectuales que pensaron los problemas de la práctica médica desde la sociología; pero lo más importante es que intentaba dar cuenta de la difusión de la propuesta en EE.UU., América Latina y Argentina.

Basándose en datos publicados por *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Segovia afirmaba que la sociología médica estaba en alza: en 1959 se había creado la sección correspondiente dentro de la *American Sociological Association*, que para 1960 ya tenía 386 miembros; en México, la Universidad Nacional de México había creado la cátedra de Sociología Médica; en Colombia las ciencias sociales se estaban integrando a la educación médica de grado; en Chile el avance ya era notable porque la Escuela de Salubridad, venía trabajando en investigaciones sociales junto a las facultades de medicina, el Instituto de Sociología y el Instituto de Planificación Económica. Según Segovia este entramado chileno ofrecía “lo que probablemente sea la experiencia más importante de Sudamérica en docencia e investigación” (1967:75). Finalmente, la experiencia de Brasil y Argentina. El primero había incorporado antropólogos y sociólogos en las nuevas escuelas de medicina como la de Brasilia y por otro lado, en San Pablo, CLACSO y la Escuela de Salud Pública local encaraban investigaciones sobre la población circundante. En el caso argentino, Segovia sólo reconocía algunos pocos trabajos como el ya referido de Peña y Ferrara (1961) y otros de Jorge Balán, Vivante, Critto, etc. A nivel institucional, tanto la Escuela de Salud Pública de la UBA como el Instituto de Sociología de la Universidad Católica Argentina habían comenzado a incluir en sus programas temas de sociología aplicada.

Desde otro punto de vista, el recurso a las ciencias sociales por parte de estos médicos también los conducía a buscar e intentar diseminar un lenguaje técnico, profesional, moderno y preciso, que los médicos sanitaristas debían incorporar. El *Diccionario médico social*, de Francisco J. Menchaca (1967) intentaba cubrir ese déficit terminológico con un conjunto de definiciones propias de un vocabulario médico y sociológico. Según el médico esto respondía a la “necesidad de integrar los conocimientos de la consabida práctica médica con los derivados de la nueva dialéctica

que acompaña y es propia del cambio social y el desarrollo que estamos viviendo”. (Menchaca, 1967:10). Para lograr esto el autor del *Diccionario* creía que era imprescindible “enseñar principios, métodos, modos de pensar y discernir a fin que en cada circunstancia, que en Medicina es siempre peregrina y única puedan utilizarse sabiamente los recursos disponibles”. (Menchaca, 1967:11). Estos recursos de los que hablaba Menchaca no eran materiales solamente sino conceptuales, términos y palabras como “desarrollo”, “planificación”, “psicosomatismo”, “emoción”, “estructura de referencia social”, “eficiencia”, “función social”, etc., es decir vocablos cuyos significados el autor extraía de las obras de R. Merton, T. Parsons, H. Gerth, Gino Germani y también de artículos publicados en revistas de salud pública y economía, tanto locales como extranjeras. El *Diccionario* retomaba así los objetivos de otro libro publicado unos años antes, *Guía de términos y datos de uso en medicina sanitaria*, del epidemiólogo Alfredo Rabinovich (1962), donde también se intentaba establecer definiciones operativas navegando entre disciplinas humanísticas diversas.

Sea como perspectiva o como conjunto de herramientas, la sociología aplicada, “científica” y otras ciencias sociales, que en esos años estaban atravesando un proceso de renovación en las universidades argentinas (Blanco, 2006), aparecían como un campo profesional estimulante y confirmatorio para ciertos médicos que querían construir una perspectiva enriquecida con las nociones y teorías de las ciencias humanas.

4. El discurso sanitario en las producciones académicas de la Escuela de Salud Pública

El par salud-economía, sus derivaciones hacia la administración sanitaria y hacia las ciencias sociales también tuvieron su correlato en la producción cotidiana de la ESPUBA, como último eslabón que analizaremos en una misma cadena de enunciaciones, traducciones, adaptaciones y prácticas de lectura y escritura académicas. En este sentido, la preocupación por el desarrollo, por la pobreza urbana y rural, por las condiciones de vida y hábitat y por la organización de servicios médicos capaces de

ofrecer respuestas eficientes ante tal escenario fueron temas recurrentes para los alumnos de la ESPUBA a la hora de elegir un problema de investigación.

Muchos alumnos de los cursos Diplomado en Salud Pública y Organización hospitalaria desarrollaron sus trabajos finales vinculando aquellas ideas generales, nuevas categorías y enfoques metodológicos con sus temas de interés personales, generalmente relacionados a sus quehaceres profesionales como empleados de algún ministerio o servicio de administración sanitaria a nivel local.

En este sentido, en un relevamiento sobre la situación social y sanitaria del partido de Lomas de Zamora, provincia de Buenos Aires (Albareda et Al, 1967) o en un extenso análisis sobre la situación de la desnutrición en el país (Baranchuk, 1965) vemos un acercamiento a la realidad socioeconómica de los sectores populares suburbanos: informes con alto nivel de detalle sobre las condiciones socio-sanitarias de las poblaciones más empobrecidas, los principales problemas e insuficiencias de la atención médica y su impacto en la situación sanitaria, en la desnutrición, en la contaminación del ambiente, etc.

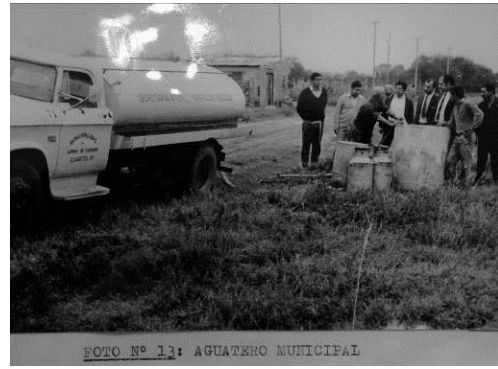


FOTO N° 13: AGUATERO MUNICIPAL



FOTO N° 17: BASURAL MUNICIPAL A CIELO ABIERTO, CIRUJAS

Figs. N° 27, 28 y 29. Fotografías tomadas por alumnos de la ESPUBA. (Albareda et Al, 1967)

Estas y otras monografías de los egresados de la ESPUBA en los años 1960 y 1970 ejemplificaban la incorporación de una mirada sanitaria, económica y social, una utilización extendida de las estadísticas e incluso la fotografía como modos dinámicos de argumentar, de organizar la información y convencer a futuros lectores. A través de estas páginas también tenemos acceso a lo que estos estudiantes consideraban importante y que debía incluirse en la mirada sanitaria: el panorama social de los barrios populares, las viviendas precarias, la falta de agua corrientes, las fallas de la higiene

urbana, etc. A la par, también una preocupación por la organización de los servicios sanitarios, hospitalarios y asistenciales. Un eje central del modo de conocer de estos sanitarios: el análisis de las estructuras y servicios que permiten la atención médica de la población. Esto también explica el interés frecuente de los estudiantes por presentar trabajos sobre el estado de determinados servicios en diferentes regiones del país.⁶⁸



Fig. N° 30. Fotografía tomada por alumnos de la ESPUBA. Además de la situación sanitaria y social, la mirada de estos aspirantes a sanitarios también apuntaba a la infraestructura sanitaria y la capacidad de los servicios para atender la salud de la población. (Albareda et Al, 1967)

Los estímulos que sostenían y prolongaban en el tiempo, entre los alumnos de las diferentes promociones de la ESPUBA, la vigencia de esta mirada sanitaria tuvieron que ver con la organización misma del aparato pedagógico e institucional de la Escuela. Por un lado, las materias de los cursos. Asignaturas como epidemiología, bioestadística, saneamiento ambiental y salud materno-infantil eran clásicas y comunes a otros cursos y maestrías; eran seminarios básicos en la formación de un sanitario en cualquier escuela latinoamericana, estadounidense o europea. Otras, como administración de la salud, atención médica y administración hospitalaria, ciencias de la conducta y diversas

⁶⁸ Ver por ejemplo Balbuena Vladez (1962); Beramendi (1962); Africano, González García, López Romero, Panella Pratts y Pellín (1970).

actividades en terreno eran estímulos extraordinarios para completar ese entrenamiento hacia una clara orientación en lo administrativo, lo social y lo económico-social. Hay que observar aquí que hacia 1968 la ESPUBA era una de las pocas escuelas de salud pública de las Américas en contar con áreas de demostración, distritos donde los alumnos podían entrenarse con apoyo de las autoridades locales y disposición de la infraestructura sanitaria. (OPS, 1968:191). Las Escuelas de La Habana, Medellín y Puerto Rico sólo contaban con un área de demostración y entrenamiento, en tanto las de Río de Janeiro y Sao Paulo con dos cada una. Ya en septiembre de 1960 la ESPUBA había firmado un convenio con el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la provincia de Buenos Aires “para uso de locaciones con fines didácticos” (Rayez, 2017:124). Ese mismo convenio fue ampliado con el gobierno municipal de la Capital Federal en 1963. (Rayez, 2017:124-125).⁶⁹

Por otra parte, la incorporación de la medicina social en la formación de los médicos en las escuelas de medicina de América Latina también tuvo su papel. Como demostró García, hacia fines de los años sesenta el 59% de las escuelas latinoamericanas ofrecían cursos de economía y salud y el 80% sobre conceptos sobre organización y administración de servicios de salud (1972:121). Además, el 79% de las escuelas enseñaba a sus alumnos nociones de ciencias de la conducta. (García, 1972:129). El vínculo economía-salud también era objeto de enseñanza a través de la capacitación de los médicos de la mayoría de las escuelas latinoamericanas en temas como: “valor económico de la vida, costo de la enfermedad y precio de la vida”, “salud y desarrollo económico, inversiones de salud y la influencia del desarrollo económico”, “seguridad social y seguro de salud: diferentes sistemas”, “planificación en salud, concepto y características de la planificación, formulación de políticas y determinaciones de procedimientos, tipos de planes y planes nacionales”. (1972:121).

Para finalizar, la formación del médico se encontraba en plena incorporación de cursos sobre organización y administración de servicios de salud, que abarcaban varios temas: “Recursos materiales y de personal: tipos de personal y su formación, número de personal médico y pre-médico (...) número de hospitales, centros de salud, laboratorios,

⁶⁹ Además de estos estímulos institucionales también podríamos mencionar la disposición de materiales de estudios actualizados. En este sentido la ESPUBA contaba hacia 1968 con una biblioteca propia de 1692 volúmenes y 44 revistas. (OPS, 1968:189).

farmacias, etc., distribución geográfica”; “Atención médica: concepto, origen y desarrollo de la atención médica, la administración de la atención médica y población cubierta”; “administración hospitalaria: planeamiento y administración de hospitales”, “elementos de administración: manejo de personal, el presupuesto, adquisición y servicios personales (...) principios generales de administración aplicados a la salud pública” (1972:121-122).

La educación de los médicos y la incorporación de la medicina social, apuntaba a cerrarse la década de 1960 hacia una dirección ampliamente compatible con la discursividad de los expertos en salud pública. En este sentido, como vimos, el eje central del discurso de los médicos sanitaristas entre los años sesenta y setenta fue la articulación entre economía y salud. Las ideas producidas en esos años giraron en torno a ese vínculo problemático, afirmando la importancia de la salud de la población para el desarrollo socio-económico y la primacía de éste para la mejora sostenida de las condiciones sanitarias generales. Este marco establecía, como vimos, un punto de referencia compartido por diversos sanitaristas y aplicable a varios temas. Por un lado, sustentó debates y preocupación por los costos de la salud, los sistemas de financiamiento y la organización económica general de la atención a la salud. Por otro lado, impulsó a los sanitaristas en varias oportunidades durante el período, a preguntarse por los sujetos detrás de esos complejos entramados sociales y procesos económicos, valga decir, por el carácter social, conductual y psicológico de su campo de estudio, tendiendo así un lazo entre las preocupaciones de la salud pública y el conjunto de saberes, métodos y conceptos de las ciencias sociales.

Conclusiones

El binomio teórico economía-salud fue un importante concepto para una generación de médicos que cultivaron la salud pública como especialidad entre los años sesenta y setenta en Argentina. La equiparación entre desarrollo socio-económico y buena salud de las poblaciones, concepción enmarcada en el “desarrollismo internacional” en boga, operó como un punto de referencia importante para una generación de sanitaristas que aceptaron el desafío de enfrentar la enfermedad y la

pobreza como elementos de una misma totalidad. Estos males sólo podían ser derrotados mediante una política de progreso social ordenada, planificada y de largo plazo. Así lo creía Abraham Horwitz, desde su atril de Director de la OPS, y también Abraam Sonis, desde las aulas de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires. Esta conexión fue garantizada, como pudimos ver, por una política de traducciones y ediciones, tanto extranjeras como locales, materializadas por editoriales como Eudeba o la propia OPS. Las ramificaciones, adaptaciones o usos más o menos literales de esas ideas fueron posibles gracias a la edición de revistas especializadas, impulsadas por diferentes grupos editoriales. Esta actividad editora dio pie a la elaboración de estudios, investigaciones y columnas de opinión que dieron visibilidad a múltiples propuestas e interpretaciones de aquel binomio central. Incluso, como vimos, algunas de estas elaboraciones trascendieron el ámbito académico, continuando con una tendencia vista en el período anterior, que implicaba la divulgación de temas y problemas sanitarios y sociales por medio de una literatura de corte popular.

Sobre estas bases, los sanitaristas construyeron al menos dos modalidades discursivas importantes con objetivos científicos o disciplinares pero también con intención de crear un lenguaje común. Por un lado, una clara tendencia a privilegiar la dimensión económica, contable, cuantitativa del funcionamiento del complejo sistema sanitario argentino. Este análisis, que cristalizó en un lenguaje estadístico y económico muy complejo, se centró en los fenómenos ligados a la administración de las unidades sanitarias (hospitales, clínicas, centros de salud), a la racionalidad económica que debía regirlas y los modos de financiar esos servicios. La revista *Medicina Administrativa* alcanzó en este sentido un gran nivel de sofisticación al ofrecer a sus lectores, que podían ser médicos, economistas, administradores estatales o privados, trabajos empíricos originales y propuestas de racionalización e innovación institucional.

Por otro lado, existió un acercamiento creciente por parte de estos médicos hacia las herramientas conceptuales de las ciencias sociales, sea como nuevo lenguaje, científicamente estimulante y legítimo en un contexto de renovación institucional de esas disciplinas; sea también como una forma de expresar mediante palabras nuevas ideas bien establecidas y certezas compartidas sobre la importancia de lo social en su vinculación con los estados de salud y enfermedad. Otro motivo adicional se

relacionaba, para usar la fórmula de Francisco Menchaca, con actualizar la formación y el pensamiento de los médicos a un proceso de cambio social y desarrollo económico en ciernes que se percibía como real y urgente.

Este consenso economicista y técnico llevó a los sanitaristas a involucrarse de diferentes maneras en proyectos de reforma y modernización estatal. Un indicador importante de este involucramiento progresivo fueron las temáticas elegidas por los trabajos prácticos de los alumnos de la institución. En esas monografías, se hacían presentes tanto la preocupación por la pobreza, las condiciones sanitarias de los sectores populares y el estado de los servicios sanitarios disponibles. Esto nos conduce, entonces, a preguntarnos ¿cuál fue la participación concreta de los sanitaristas en la administración de la salud, en la burocracia sanitaria estatal o en otros espacios sociales en los que sus saberes podían producir algún efecto? Es decir, más allá de esta discursividad, ¿qué prácticas llevaron adelante estos actores, en qué proyectos se involucraron, cuáles fueron sus propuestas?

Capítulo Cuatro. Los sanitaristas en la administración de la salud, 1960-1976

Introducción

Aldo Carlos Neri nació en Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires, en 1930. A principios de la década de 1960 obtuvo su título de médico en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires y en 1965 fue parte de la sexta promoción de egresados del Diplomado en Salud Pública dictado en la ESPUBA. En 1966 se incorporó como profesor en la Escuela y hacia 1969 fue Jefe del Departamento de Administración Sanitaria; al año siguiente fue nombrado Director, cargo que ocuparía hasta el golpe de Estado de 1976. Entre 1973-1976 fue varias veces invitado por la Organización Panamericana de la Salud a distintas reuniones y cursos de formación. Su carrera como sanitarista continuó luego del retorno de la democracia en 1983, cuando integró el gobierno de Raúl Alfonsín como Secretario de Salud de la Nación. En su haber podemos contar varios libros, como *Salud y Política social* (Neri, 1983) y contribuciones en revistas especializadas, como el *Cuaderno de Salud Pública*. Luego de su paso por la Secretaría de Salud Neri continuó vinculado a la gestión estatal como Diputado Nacional por la Unión Cívica radical y publicó más libros y artículos sobre temas sociales y sanitarios y sobre la reforma del sistema de salud durante los años 1990.

Su trayectoria ofrece un ejemplo interesante para ilustrar la participación de los sanitaristas de la ESPUBA en la gestión pública y en los diferentes niveles de la burocracia sanitaria. El desempeño de Neri, asimismo, constituye un caso extremo en el que el agente experto formado por la ESPUBA alcanza a ocupar el cargo de mayor responsabilidad sanitaria en la administración pública. Sin embargo, no fue una trayectoria anómala si consideramos que muchos otros sanitaristas provenientes de la misma institución ocuparon cargos dentro de la estructura estatal en el período estudiado en esta tesis.

El discurso elaborado por los sanitaristas, que analizamos en el capítulo anterior, estuvo ampliamente vinculado al lugar que estos expertos buscaron ocupar dentro del Estado y en otros ámbitos donde sus conocimientos técnicos pudieron aplicarse a problemas prácticos. Este capítulo gira en torno a una hipótesis principal, a saber, que

existió una articulación estrecha entre los sanitaristas de la ESPUBA y los procesos de modernización de la burocracia estatal especializada en materia sanitaria y que, por lo tanto, más que académicos y especialistas universitarios, aquellos fueron funcionarios y expertos, abarcaron multiplicidad de espacios y ocupaciones de manera simultánea y dinámica.

Esta vinculación entre médicos y agencias estatales poseía extensos antecedentes, pues desde fines del siglo XIX es posible constatar la actuación de expertos médicos, formados por la universidad, en las oficinas del Estado argentino. Esta *performance* profesional, en calidad de diseñadores de políticas, asesores o simplemente interlocutores de sucesivos gobiernos, ha sido puesta de relieve por varios trabajos que analizaron el rol y las propuestas de los elencos de médicos-funcionarios, subrayando la actuación estatal y social de estos profesionales. (Zimmermann, 1995:101-125; Murillo, 2000; Ramacciotti, 2009; Álvarez y Carbonetti, 2008). Varias investigaciones demostraron cómo diferentes proyectos estatales contribuyeron a institucionalizar la relación entre la corporación médica y la función pública estatal, mediante la consagración jurídica y legal de la medicina diplomada como única variante legítima del arte de curar (González Leandri, 1999); a través de la regulación del ejercicio de la profesión y de su rol dentro de los subsistemas de atención a la salud (Belmartino, 2011); y, por último, por medio de la creación de instancias de administración gobierno en temas de higiene pública (Murillo, 2000; Sánchez, 2007; Biernat, 2015).

Pueden reconocerse evidencias del médico como funcionario estatal y como consultor experto, a nivel de las trayectorias de varios especialistas en higiene y salud pública. La vocación pública y política de estos expertos es palpable cuando se analiza la información biográfica de los principales higienistas de Argentina entre 1880-1940. Como se puede apreciar a partir del relevamiento de Sánchez (2007:466-582), de los 104 médicos, químicos, ingenieros y arquitectos pesquisados, 84 se desempeñaron en distintos espacios extra-universitarios, ejerciendo diversos cargos estatales: 26 colaboraron con el Departamento Nacional de Higiene; 28 se desempeñaron en la Asistencia Pública de la Capital; 11 fueron diputados nacionales y 6 fueron elegidos concejales en el Concejo Deliberante de Capital Federal por diferentes partidos políticos. Otros 5 médicos de la muestra ejercieron en el ámbito de la sanidad militar.

Sus cargos fueron variables: desde directores nacionales, cercanos a los centros de decisión política hasta asesores temporales en oficinas subalternas. Al menos 19 médicos de este grupo desarrollaron exitosas carreras hospitalarias, donde llegaron a ser directores o jefes de salas de especialidades diversas.

En nuestra indagación del mundo social de los médicos de salud pública es necesario explorar la intervención de los sanitaristas de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires en la administración sanitaria durante los años 1960 y 1970. Esto implica poner atención al desempeño profesional de estos agentes en el sector público estatal (la burocracia ministerial, la red de hospitales, centros de salud y salas de atención dependientes de las diferentes jurisdicciones públicas), en las obras sociales (servicios de salud controlados por los sindicatos en el marco de la Ley 18.610) y en la medicina privada (hospitales, clínicas y otros centros sanatoriales privados con o sin fines de lucro). Esta heterogeneidad del sistema sanitario argentino se vio agravada en el período, especialmente desde fines de la década cuando la sanción de Ley 18.610 creó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y estableció la obligatoriedad de afiliación a las obras sociales de todos los trabajadores en relación de dependencia. (Belmartino y Bloch, 1994:7-30; Belmartino, 2005). El crecimiento de este sub-sector de la salud, que venía germinando y aumentando sus dimensiones desde los primeros gobiernos peronistas, también convivió con otro tipo de cambios en el sub-sector público, cuya capacidad de incidencia y performatividad sobre el conjunto de la atención sanitaria se vio debilitada.

Estos dos movimientos (ascenso de las obras sociales, declive del sistema público) crearon un panorama de transición muy complejo, con proyectos de reforma, intentos de salvar los servicios públicos, ponerlos a tono con las metas del “desarrollo planificado” pero cuidando la racionalidad y la eficiencia de los servicios, lo cual no hizo más que potenciar el interés de los sanitaristas por los problemas al nivel de la organización y financiación de la salud. Mejorar la administración de los hospitales y racionalizar el gasto en salud se convirtieron en prioridades para la actuación socio-profesional de estos expertos. Estos pilares se mantuvieron vigentes en todo el período pos peronista y como veremos fueron el principal blanco de los proyectos de unificación del sistema

sanitario entre 1972-1973 que los gobiernos peronistas de 1973-1976 intentaron llevar a cabo.

1. Expertos y burócratas en el desarrollo de capacidades estatales

Quienes han estudiado el fenómeno histórico de los profesionales, expertos y distintos tipos de especialistas poseedores de conocimientos técnicos al servicio del Estado, se concentraron, por un lado, en el desarrollo de nuevas capacidades estatales, como producto del encuentro entre esos saberes y la necesidad de los estados nacionales, entre fines del siglo XIX y principios del XX, de desarrollar nuevas capacidades; por otro lado, en la agencia histórica y social de los expertos en tanto funcionarios y consultores que han contribuido a aquellos procesos con recomendaciones técnicas, consejos, asesorías y diferentes saberes “legítimos” y “legitimadores”. (Centeno y Silva, 1998; Neiburg y Plotkin, 2004; Bohoslavsky, Soprano, 2010; Soprano, Graciano y Frederic, 2010; Morresi y Vommaro, 2011; Plotkin y Zimmermann, 2012-a y 2012-b; Di Liscia y Soprano, 2017; Soprano y Rodríguez, 2018).

Varios trabajos recientes que analizaron la trama social de las burocracias estatales han propuesto quitar el foco exclusivo de la dimensión conflictiva de la historia política de los siglos XIX y XX para ponerlo también en la formación de una estatalidad, centrando la mirada en el nivel más “molecular” del entramado estatal (Campioni, 2007:16), en las “segundas líneas” (Rein, 1998), en los “expertos” (Neiburg y Plotkin, 2004; Vommaro y Morresi, 2011; Zimmermann y Plotkin, 2012-b). Los ejes de estos trabajos fueron los expertos y la *expertise*, y también las circulaciones y desplazamientos que protagonizan estos técnicos entre ámbitos y esferas públicas y privadas, nacionales e internacionales.

¿Qué son los expertos?, ¿cómo se los ha caracterizado? Encontramos unas primeras pistas en el análisis que hace Pierre Bourdieu sobre el investigador *full-time* en ciencias sociales, como un “productor cultural de nuevo género” o “asalariado de la investigación”. (2014:161-164). A diferencia del profesor tradicional para el que la docencia y la investigación se realizan en simultaneidad, este cientista social de tiempo

completo desarrolla un perfil profesional distinto, muy dinámico e intensamente ligado a esferas exteriores al campo universitario. Como dice Bourdieu, la aparición es este perfil “constituye por sí misma una ruptura con la característica más específica del modelo universitario: la indiferenciación de la actividad docente y de la actividad de investigación” (2014:163). El investigador *full-time* rompe la homogeneidad del cuerpo profesoral en la universidad y contribuye a imponer la investigación científica y la publicación especializada “como norma subjetiva de todas las prácticas, relegando a un segundo lugar las inversiones pedagógicas” (2014:164). Se trata de un perfil novedoso por su vinculación con la función pública y con públicos más amplios “atentos a los usos sociales de la ciencia social (altos funcionarios y políticos, educadores y trabajadores sociales, publicitarios y especialistas en salud, etc.)” (2014:164). Esta caracterización nos habla de un personaje social que tiende a fluir entre espacios y a construir su trayectoria profesional entre polos sociales diferentes, capitalizando sus saberes más allá del espacio universitario.

Otras caracterizaciones más recientes recogen elementos equivalentes. “La figura del experto evoca especialización y entrenamiento académico”, afirmaron Neiburg y Plotkin (2004:15) y agregaban que estos agentes “actúan en nombre de la técnica y de la ciencia, reclamando hacer de la neutralidad axiológica la base para la búsqueda del bien común”. Se trata de una figura clave en la medida que los expertos resultan los dinamizadores de las políticas públicas, los puntos de contacto entre la maquinaria estatal y la sociedad civil y los agentes encargados de buscar y garantizar la legitimidad de proyectos y decisiones políticos.

Una noción aceptada por varios autores para caracterizar la actuación social de los expertos es la que evoca nexos, circulaciones y desplazamientos en diferentes direcciones. Prácticamente ningún trabajo de los analizados prescinde de estos términos u otros similares para caracterizar las trayectorias y los modos de funcionamiento social de los agentes expertos. Si Neiburg y Plotkin resaltan “los pasajes y la circulación de individuos, ideas, modelos institucionales y formas de intervención” (2004:17) para caracterizar la arena en la que conviven intelectuales y expertos, Zimmermann y Plotkin afirman que “con la creación de los organismos internacionales, se produce el surgimiento de élites técnicas que han funcionado como bisagras entre los estados y

dichos organismos” (2012:23). Por su parte, Morresi y Vommaro, diferencian al “experto” del “académico”, haciendo hincapié en la naturaleza “móvil” de aquel, en el hecho de que desplaza su capital simbólico fuera del mundo universitario para legitimar sus discursos y empresas en la arena política, social, estatal. (2011: 18). Tanto los expertos como sus campos han sido presentados como mixturas, como resultados del encuentro de varias lógicas sociales diferenciadas, como bisagras entre formas de intervención y saberes actuantes en distintos niveles. Como afirmaban Plotkin y Neiburg: “más que la separación entre ámbitos de validación de ideas y de prácticas, es en la confluencia entre espacios distintos donde el conocimiento sobre la sociedad es producido”. (2004: 18).

Desde este punto de vista, el experto es más que un académico, porque además de la posesión de títulos y diplomas, puede “movilizar su capital simbólico para legitimar su discurso, sus visiones del mundo y sus recomendaciones específicas fuera del ámbito académico y científico” (Morresi y Vommaro, 2011:18), llegando hasta las esferas del poder político y/o los medios de comunicación masivos. Tampoco se puede reducir la figura del experto al tecnócrata o al funcionario de alta capacitación técnica, pues, según los mismos autores, este agente adquiere características de autonomía e independencia frente al Estado y los partidos, ocupando un lugar “multiposicional”, formado por la intersección de muchos espacios: el Estado, el sector privado, la sociedad civil, la universidad, etc.

Otros trabajos han resaltado la figura del funcionario burocrático moderno, cuyo accionar es clave para pensar el desarrollo de capacidades estatales. Las trayectorias de profesionales y agentes dentro del Estado, la creación de dependencias nuevas y el diseño e implementación de políticas por parte de estos actores, son temas frecuentes en varios trabajos (Bohoslavsky, Soprano, 2010; Soprano, Graciano y Frederic, 2010; Morresi y Vommaro, 2011; Plotkin y Zimmermann, 2012; Soprano y Di Liscia, 2017; Matharan y Feld, 2016; Soprano y Rodríguez, 2018). Siguiendo a Bohoslavsky y Soprano (2010) podemos afirmar que estos análisis procuraron darles protagonismo a las personas que ocuparon las funciones estatales, recuperando un “estado con rostro humano”. La figura del funcionario estatal profesionalizado y moderno ha estado íntimamente ligada en los estudios clásicos con la construcción de burocracias en los

países centrales. Françoise Dreyfus (2012), por ejemplo, estudió la formación de las burocracias, en Europa y Estados Unidos, en clave comparativa. En los tres casos señaló las tensiones entre, por un lado, los usos tradicionales de los cargos públicos como botín de la competencia política entre facciones y, por otro, la construcción, lenta pero persistente, de mecanismos racionalmente objetivados de selección, formación y reclutamiento de agentes burocráticos. Su análisis, por lo tanto, se centró en el desarrollo de las reglas impersonales “que permiten acceder a la función pública”, estableciendo el “reclutamiento de los funcionarios de acuerdo al mérito” y la “organización de carreras profesionales” (2012:153), así como los factores que obstaculizaron esta transformación. En este sentido, Dreyfus se concentró en el problema de la formación de los funcionarios y la instauración del “principio de carrera”.⁷⁰

Esta reforma de la función pública no implica, para Stephen Skowronek (1982) un mero cambio cuantitativo (más dependencias públicas y más funcionarios) sino un profundo cambio cualitativo hacia el desarrollo político y la “regeneración” de la élite gobernante. Como afirmó Skowronek, lo que estuvo en juego en el caso norteamericano, por ejemplo, fue básicamente la reconstrucción del poder estatal ya organizado en una etapa previa. (1982:IX). Como describe este autor, esta megatransformación abarcó la institucionalización del servicio de la Administración pública nacional, la reorganización profesional del Ejército y el establecimiento de regulaciones nacionales sobre el transporte y los ferrocarriles. Y fundamentalmente el establecimiento de modernas reglas de la carrera administrativa: neutralidad política de los agentes, permanencia en la función, reclutamiento a través de entrenamiento

⁷⁰ En los tres casos nacionales, como señala la autora, la universidad ocupó un lugar central, como ámbito de formación de los futuros funcionarios. La posesión de saberes adquiridos en la universidad se iría convirtiendo en el principal criterio de reclutamiento, aunque el proceso sería lento. La redacción de informes y las medidas que se fueron tomando para crear un funcionariado público evocaron la misma reacción: “desconfianza a una democratización aleatoria de la función pública” y “temor de los gobernantes (...) de la pérdida de influencia que implicaría un reclutamiento basado sólo en el mérito”. Esto trajo como consecuencia que la permanencia en los cargos públicos y el principio de carrera tardaran en establecerse. Si en Inglaterra la estabilidad de los funcionarios se mantenía en la práctica, aunque amenazada siempre por las arbitrariedades del Parlamento y la Corona, en Francia se fue consolidando desde principios del siglo XX hasta la sanción del Estatuto de la Función Pública en 1946 y la creación de la Escuela Nacional de Administración. En EE.UU. tanto la mejora de la formación de los funcionarios como el principio de permanencia en la carrera y ascensos regulados, recién comenzó a llevarse a la práctica con la citada Ley Pendleton de 1883. Impulsada por la “Liga Nacional por la Reforma de la Función Pública” desde 1881, fue el primer paso hacia una reforma integral del servicio civil.

especial o examen de ingreso, reglas uniformes para el control de la promoción, disciplina, remuneración y retiro.

Las investigaciones de Berrotarán (2003), Campione (2007), Ramacciotti (2009), centradas en las décadas de 1940 y 1950 en Argentina, trataron este fenómeno de construcción de una burocracia estatal estable e institucionalizada, compuesta por funcionarios técnicamente competentes. En conjunto, estos trabajos describen los intentos de formación de planteles burocráticos estables en dicho período. El eje de estos acercamientos no está puesto en las características dinámicas del experto, es decir, en sus itinerarios complejos, sino en la institucionalización de una figura más estable, el funcionario burocrático.

En este sentido, Daniel Campione (2007) analizó “las novedades producidas en la conformación de la burocracia pública” así como “el cambio de criterio en su funcionamiento y el aumento de la capacidad de planeamiento, regulación y generación de consenso en la sociedad”, en el período 1943-1946. (Campione, 2007:14). Por otro lado indagó también “las modificaciones en el reclutamiento, composición y modos de actuar de quienes ocuparon los cargos superiores de la Administración...” (2007:14). Esta investigación giró en torno a las nuevas capacidades del Estado nacional “para regular el proceso económico y la vida social” (2007:16). Como demuestra el autor, además de los numerosos cambios institucionales, la creación de nuevos departamentos, áreas, secretarías y subsecretarías así como ministerios, el gobierno militar instalado en 1943 operó cambios en los elencos burocráticos, en el funcionariado que estaría encargado de llevar a la práctica las nuevas medidas de intervención sobre la economía y áreas sensibles a la cuestión social. Jóvenes funcionarios cercanos a los equipos formados por Raúl Prebisch desde la década anterior, burócratas conservadores que provenían de administraciones provinciales o locales, militares técnicos expertos en ingeniería y partidarios de una política de industrialización formaron una nueva camada de agentes estatales. Estos se “auto-percibían como un grupo eminentemente técnico, que basaba su posición en la administración pública en el manejo de métodos y técnicas no accesibles fuera del círculo especializado y no en compromisos políticos o relaciones personales” (2007:41) lo que contrastaba, según el mismo autor, con un Estado en el que

había fuertes áreas caracterizadas por la falta de profesionalidad, el clientelismo y la carencia o ineficacia de elementales normas de control (...) con poco y nada de los rasgos de reclutamiento meritocrático, impersonalidad en las decisiones, estricto sometimiento a normas e imperio de la racionalidad conforme a fines, que serían las características de la burocracia de acuerdo a la matriz weberiana (2007:64).

La ampliación de atribuciones estatales destinadas a gobernar los flujos económicos y a proveer un marco institucional a los conflictos laborales y sociales, requirió también una nueva legislación o algunos proyectos de ley para mejorar la incorporación de empleados calificados y profesionales. Además de un proyecto de “Registro Nacional de Idoneidad Personal” que se pensó como un medio para sistematizar el reclutamiento de nuevo personal y nunca llegó a implementarse, Campione señala la sanción del Estatuto del Servicio Civil nacional en 1943, que fijaba condiciones de ingreso, estabilidad y promoción de los empleados públicos, así como sus derechos y obligaciones. (2007:65).

Berrotarán también analizó la ampliación de nuevas capacidades estatales de planificación de la economía durante los años cuarenta y cincuenta, en varios trabajos (2003, 2012). Como señala esta autora, el período 1930-1946 fue una época creadora de instituciones estatales diversas y específicamente entre 1943-1946 se asistió al aumento de la presencia del Estado en los ámbitos económicos. Sólo en 1944 fueron creados el Instituto Argentino de Promoción del Intercambio, el Consejo Nacional de Posguerra, la Secretaría de Industria y Comercio, la Dirección Nacional de Industrias y el Banco de Crédito Industrial. Esta ampliación, como indica Berrotarán, contaba con cierto nivel de consenso social y era apoyada varios actores, tanto individuales como colectivos, como la Unión Industrial Argentina, los intelectuales de la Revista Argentina de Economía liderados por A. Bunge, el grupo de oficiales del Ejército reunidos en el G.O.U., algunos políticos radicales nucleados en la revista *Hechos e Ideas* y en general la mayoría de los partidos políticos habían incorporado a sus discursos la necesidad de planificar la economía desde el aparato estatal. (Berrotarán, 2003).

Es, sin embargo, con la llegada del peronismo al poder cuando emergieron algunos proyectos (como una Escuela Superior de Administración) y nuevas instituciones (como la Secretaría Técnica de la Presidencia) para dar forma a un “núcleo burocrático y técnico competente” (Berrotarán, 2012). Pero se trataron de intentos ambiguos, teñidos de cierto partidismo que en términos conceptuales podríamos considerar reñido con los procesos típicos de modernización del aparato burocrático estatal. Se buscaba desde la Secretaría Técnica modelar un funcionario técnicamente competente, (lo que va en línea con las transformaciones analizadas por Dreyfus y Skowronek), pero políticamente participativo, comprometido con la “doctrina justicialista” y alejado de un modelo de empleado neutral y rutinario, y por este motivo, en el 2º Plan Quinquenal se convocaba a lograr un “Código administrativo” y un “Estatuto del Funcionario Público”. Esta manera de abordar la construcción de una “nueva burocracia” se plasmó luego en el funcionamiento de la Escuela Superior Peronista, encargada de formar ideológicamente a los empleados estatales.

La construcción de burocracias expertas ha sido abordada también por trabajos que se enfocaron en otros períodos y áreas de la administración, como la policía hacia fines del siglo XIX (García Ferrari, 2012), los agentes expertos en estadística durante el siglo XX (Daniel, 2012), el funcionariado médico en el nivel inferior (Di Liscia, 2017) y en el superior, hacia principios del XX (González Leandri, 2010; Biernat, 2015), los militares hacia fines de siglo (Frederic, 2012; Soprano, 2017), los agentes de la asistencia social hacia los años 2000 (Perelmiter, 2011).

En conjunto, estos trabajos nos permiten el análisis de una figura, el agente estatal, analíticamente diferenciable del experto en varios matices. Se trataría de un actor más estrictamente ligado en su trayectoria a los procesos de modernización de los Estados y las agencias estatales. Si el experto se caracteriza por cierto dinamismo y “multiposicionalidad” (en el sentido atribuido por Morresi y Vommaro, 2011), el funcionario buscaría hacer una carrera dentro del aparato del Estado. El accionar de los sanitaristas hacia los años sesenta y setenta se caracterizó por la búsqueda de un lugar dentro del Estado, por el intento de apropiarse de una temática e incidir en la planificación sanitaria. Como veremos, a partir de su *performance* colectiva, sus trayectorias socio-profesionales y su participación más allá de los claustros

universitarios en proyectos de modernización de la atención médica, es posible rescatar varios elementos analizados acerca de los expertos y el desarrollo de capacidades estatales.

2. La Asociación Argentina de Salud Pública y la búsqueda de un lugar dentro del aparato estatal

“Sanitarista que no es capaz de hacerse oír es sanitarista ignorado, olvidado e infravalorado”.
Rubén Castro, 1963:39-40.

La *performance* profesional de los sanitaristas tuvo un gran énfasis en el sector estatal, manteniendo una tendencia que puede remontarse hasta las experiencias de los higienistas a fines del siglo XIX. Como vimos en el capítulo uno, desde los años 1940 y durante el período peronista, los médicos nucleados en la Asociación Argentina de Higiene se vincularon a la gestión estatal de la salud pública. Esa articulación implicó que la Asociación, a través de su revista oficial, *Hygieia*, se identificara con el imaginario y las metas de la gestión peronista; por otro lado, desde el Ministerio de Salud nacional, Carrillo y sus asesores intentaron mantener bajo su influjo a este grupo y al Curso Superior de Higiene de la UBA, encargado de la formación académica de estos especialistas. Esta vinculación no estuvo exenta de tensiones y contradicciones, que derivaron en la creación de una “Escuela Superior Técnica de Salud Pública” por la que el Ministerio buscó entrenar a sus propios agentes “a imagen y semejanza”. Asimismo, la experiencia quedó trunca: la Asociación discontinuó su publicación oficial y desapareció como agrupación profesional, la Escuela Superior Técnica fue cerrada hacia los primeros años cincuenta, mientras que el Curso Superior de Higiene continuó funcionando en un espacio académico acotado dentro de los límites de la universidad.

Al poco tiempo de crearse la ESPUBA varios sanitaristas promovieron la creación de instancias de sociabilidad y asociacionismo profesional a partir lo cual nació la Asociación Argentina de Salud Pública (AASP). Este nucleamiento de profesores, egresados y médicos cercanos a la ESPUBA contribuyó a que los sanitaristas se ganaran un lugar en los proyectos de reforma sanitaria de los años sesenta y setenta y se

convirtió también en un monitor de la profesionalización de la salud pública como especialidad técnica.

La creación de la AASP fue un proyecto de grupo de médicos de salud pública ligados a la ESPUBA y la Escuela Nacional de Salud Pública, quienes compartían la misma visión sobre la necesidad de una organización profesional con el objeto de afianzar el movimiento sanitario. Con ese propósito, el 8 de julio de 1962 una nutrida asamblea convocada por los médicos David Sevlever, Carlos Canitrot, Luis Corach y Abraam Sonis, por la ESPUBA, y César Pepa, Mateo Jelicich y Eduardo González, por la Escuela Nacional de Salud Pública, fundaron la AASP. Según la *Revista de Salud Pública*, de mayo-diciembre de 1962 la Asamblea había decidido constituir una Comisión Provisional invitando a profesionales y no profesionales de la salud pública de todo el país a unirse a la organización y nombrando como consejeros *ad hoc* a Florencio Escardó (ex Decano de Medicina), Enrique Grande (Director de la ENSP), Juan Lazarte (sanitarista rosarino, de notable actuación en las décadas previas) y Francisco Bellomo. (S/A, 1962-c:186).

La AASP no restringió su accionar a Buenos Aires ni tampoco convocó a sus reuniones solamente a expertos. A partir del análisis de las listas de concurrentes a las primeras cinco jornadas nacionales que la AASP organizó durante toda la década de 1960 podemos ver que el movimiento sanitarista incluyó núcleos de médicos y profesionales de Santa Fe, Córdoba, Chaco, San Juan, Tucumán, provincia de Buenos Aires además de la Capital Federal. Por otra parte, estas reuniones nacionales de expertos servían como espacio de sociabilidad donde se producía un diálogo “cara a cara” con las autoridades sanitarias. Esto se hizo palpable a partir de las II Jornadas, en octubre de 1963, celebradas en la ciudad de San Juan, que contó con la presencia de Arturo Oñativia, Ministro de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, Bernabé Cantlón, Subsecretario de Salud Pública de la Nación, el diputado nacional por la Capital Emilio Carreira (Partido Socialista Argentino), así como otros representantes de reparticiones nacionales, provinciales y locales (quienes sumaron un total de treinta “invitados especiales”).

Los discursos de apertura estuvieron a cargo del ministro Oñativia (en representación del gobierno nacional), Baltasar Reyes Orellano, Director del Servicio

Provincial de Salud Pública de San Juan y Carlos Ferrero, presidente de la Asociación Argentina de Salud Pública. El 18 de noviembre de 1963, Oñativia llevaba unas pocas semanas en su cargo y concurrió a las II Jornadas para exponer los proyectos sobre salud pública del gobierno del presidente A. Illia. En este sentido afirmó que el mejoramiento de las condiciones de salud de la población era un engranaje de la “planificación del desarrollo” además de ser un objetivo acordado en la Alianza para el Progreso; Oñativia reforzaba esta idea argumentando, además, que no podía pensarse el desarrollo cuando segmentos de la población se hallan sumergidos en la pobreza, la ignorancia, etc. Por este motivo el gobierno del que formaba parte había puesto, según el ministro, a la salud pública y la educación entre los objetivos prioritarios. Un punto central de su discurso fue el problema de la capacitación técnica y el rol de los especialistas en salud pública. A ellos se refirió como “un capital inestimable” y prometió que “en la futura estructura del Ministerio, los técnicos en salud pública, por su experiencia y antecedentes, ocuparán el lugar y jerarquía que les corresponde” (Oñativia, 1964:74). Respecto al entrenamiento profesional de estos agentes, el ministro declaró que ésta debía quedar en manos de las universidades y que el Ministerio debía limitarse a capacitar enfermeras y auxiliares técnicos. (Oñativia, 1964:77).

El subsecretario Alberto Mondet fue otro de los representantes del poder estatal que participó de las reuniones de la AASP. El perfil del subsecretario difería del de su antecesor, Oñativia. Se trataba de un médico con una formación académica más cercana a la del mundo de los sanitaristas. Egresó de Medicina de la UBA a mediados de los años 1940, se especializó en clínica quirúrgica en la cátedra dirigida por el Dr. Delfor del Valle, como ayudante desde 1951. En 1956 fue nombrado asesor *ad honorem* en el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública (Argentina, 1956); entre 1958-1959 recibió una beca la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard para una estancia de perfeccionamiento en cirugía en *Lahey Clinic* así como en el *Boston Hospital* de Massachusetts. En 1965 recibió la *Eisenhower Exchange Fellowship* para estudiar Organización Hospitalaria en la Escuela de Salud Pública y Administración Médica de Columbia, NYC. (Argentina, 1965) Al momento de asumir como sub-secretario en 1966 contaba ya con experiencia clínica de primera mano así como entrenamiento en temas de salud pública en una prestigiosa escuela profesional.

Mondet participó de las V Jornadas de Salud Pública. Su discurso fue más que elogioso respecto a la Asociación y también a la especialidad médica sanitaria. Refiriéndose a la AASP Mondet afirmó que ésta “va a ayudar y a crear un clima altamente favorable y sobre todo extraordinariamente independiente para poder dar opiniones eminentemente técnicas” (Mondet, 1968: 17). La idea que el subsecretario intentó transmitir en su discurso era ambigua: el estado nacional quería ayudar a la AASP y otras asociaciones, porque las consideraba útiles y al mismo tiempo conocía sus dificultades de financiamiento; pero por otro lado, la gestión apuntaba a lograr que cada vez más actividades e instituciones quedaran en el ámbito privado, lo que estaba estrechamente vinculado a las consignas “comunitaristas” del gobierno del Gral Onganía. Afirmó entonces: “Creemos que la Secretaría de Estado de Salud Pública no debe hacer, sino hacer hacer, por lo tanto, esto va para todos los lugares en donde se deben ejecutar ciertos procesos” (1968:17). En síntesis, Mondet comunicaba la postura oficial de colaboración estrecha entre el Ministerio de Bienestar Social y lo que ahora se denominaba “cuerpos intermedios”, es decir, instituciones y grupos de la sociedad civil que debían colaborar con el gobierno.

Este acercamiento entre los sanitaristas y las autoridades nacionales fue importante para articular intereses comunes, para definir agendas temáticas compartidas y para visibilizar de manera coordinada el accionar y la idoneidad de los expertos en salud pública y la relevancia de las políticas públicas encaradas desde el Ministerio. Por este motivo la colaboración entre ambas instancias fue de vital interés para la aspiración de los sanitaristas a una mayor profesionalización sanitaria, a la mejora de la situación laboral de sus afiliados y a un reconocimiento de su idoneidad que se tradujera en incrementos salariales. En sus estatutos se afirmaba que la AASP tenía como objetivos:

- a) Promover y orientar el desarrollo de una política sanitaria adecuada para el país,
- b) estudiar y debatir los problemas de la salud pública en sus diversos aspectos con el propósito de darlos a conocer y con miras a promover el mejoramiento de la salud del país;
- c) estimular la capacitación técnica de sus miembros,
- d) promover la constante jerarquización de los profesionales vinculados con la salud pública,
- e) defender los derechos profesionales,
- f) velar por la ética profesional. (AASP, 1963:108).

En efecto, la Asociación fue tanto una agrupación profesional como una organización sindical. Por un lado, exigió en sus Jornadas nacionales que el Estado se comprometiera a dar prioridad a la formación de técnicos en salud pública. (cfr. Sonis, 1963:42-45). Esta era una solicitud “profesionalista” cuyo objetivo era desterrar dudas o suspicacias respecto a la idoneidad técnica de los sanitaristas. Es un argumento que podemos encontrar desde fines del siglo XIX, en favor del reconocimiento técnico y científico de los puntos de vista y las propuestas de los higienistas y sanitaristas, lo que a veces se expresaba con la expresión “no es suficiente ser médico para ser higienista/sanitarista”.⁷¹ De aquí se derivaba la necesidad de formar y reconocer profesionalmente a estos especialistas. Como sabemos, la creación de asociaciones profesionales es un recurso de las comunidades de agentes portadores de un saber en aras de alcanzar los atributos sociales, económicos y culturales de una profesión (Haskell, 2000:19; Sarfatti Larson, 1977: XVIII) e intentar estimular o provocar, en la medida de sus posibilidades, una demanda de sus servicios profesionales (Belmartino, 2010: 17-18). Esto explica también que la AASP no se abstuviera de solicitar, en varias oportunidades, que las condiciones económicas y laborales de los sanitaristas debían mejorar. Abraam Sonis, profesor y luego director de la ESPUBA, advertía en 1963 que

tampoco se trata de invertir recursos y concretar esfuerzos para la formación de personal -en las diversas disciplinas y niveles- si el país no tiene las posibilidades de ofrecer condiciones dignas de trabajo y desarrollar las capacidades para absorberlos y utilizarlos. (1963:45)

⁷¹ En 1947 por ejemplo se afirmaba: "El concepto de que cualquier médico puede ser un oficial sanitario deriva de una época en la cual la pobreza de conocimientos que se tenía en materia de patología infecciosa y la ninguna intervención [que el] estado tenía en la defensa de la madre, del niño, del obrero, etc., hacía que con un mediano conocimiento de medicina se podía ser también un eficiente higienista. En nuestros días la sanidad no es tan sólo la profilaxis de enfermedades infecto-contagiosas, sino que aborda temas tan ligados a la sociología, la bio-estadística, la psicopatología social, patología del trabajo, etc. que un médico sin cultura general sólo es una rémora para la administración pública". (S/A, 1947-e:1-5)

Este es un punto crucial para todo proceso de profesionalización, como ha señalado Sarfatti Larson, ya que puede tal condición sólo puede ser alcanzada cuando los “productores de unos servicios especiales buscan constituir y controlar un mercado para su expertise”, un estatus social especial acompañado de movilidad social ascendente. (1977: XVI).

Este tipo de exigencias corporativas no encontraban amplificación suficiente en los diferentes pliegos y propuestas emanados por el gremialismo médico de los años sesenta y setenta. Gran parte de los debates en las federaciones provinciales y colegios de médicos entre 1960-1980 giraron en torno a exigir respeto por las tradiciones del ejercicio liberal de la profesión (elección libre del médico por parte del paciente y viceversa, confidencialidad entre médico-paciente, pago por consulta o “acto médico”, libertad de prescripción). Otro eje de discusiones de los sindicatos médicos fueron las propuestas de reforma del sistema sanitario, debate en el cual diversos gremialistas, como Sergio Provenzano (presidente de la COMRA) o José Herrou Baigorri (presidente del Colegio Médico de Punilla, Córdoba) propusieron alternativas de organización (conservar el *statu quo* vs. Unificar el sistema) y financiación (seguro médico universal, vs. estatización de todos los servicios). (Belmartino y Bloch. 1994: 59-84). Estos debates tocaban un nervio sensible para los gremialistas pues los diferentes “modelos de atención” afectaban los modos de financiación de la medicina, la autoridad de los médicos para intervenir en la organización de sus servicios y mantener la “organización política y autonomía” de la profesión médica como “profesión de consulta”. (Freidson, 1978:39-60). Pero no se trataba de discusiones que captaran las demandas de los sanitaristas.⁷²

⁷² Un episodio ilustra con claridad que la AASP debió cumplir tareas sindicales de representación de sanitaristas ante el Estado. En 1968, una “Memoria de la AASP” daba cuenta que se había elevado un reclamo ante las autoridades sanitarias de la provincia de Buenos Aires porque el afiliado y ex-presidente de la AASP, Carlos H. Canitrot, sanitarista de la ESPUBA, desde 1966 fue excluido de cualquier trabajo en la administración pública, lo que era un acto de “discriminación política”. La AASP había logrado por medio de dichas tratativas que la solicitud de empleo de Canitrot fuese re-considerada. (AASP, 1968:20)



Fig. N° 31. El ministro Arturo Oñativia pronunciando un discurso en las II Jornadas Argentinas de Salud Pública, 18 de noviembre de 1963, San Juan. Fuente: *Boletín de la AASP* N° 2, febrero de 1964.



Fig. N° 31. Diario *Clarín*. 19 de noviembre de 1963.



Fig. Nº 32. Saúl Biocca pronuncia un discurso en las III Jornadas Argentinas de Salud Pública en Mar del Plata, 1965. Fuente: *Boletín de la AASP*, Nº 4

La AASP funcionó al menos hasta 1970, organizando varias jornadas de alcance nacional en las que se discutían trabajos académicos, se celebraban mesas de debate y conferencias de autoridades públicas. Estos encuentros fueron ampliamente aprovechados por ministros, secretarios y otros funcionarios para dar a conocer sus puntos de vista y publicitar sus proyectos oficiales; también sirvieron para que los expertos en salud pública expresaran sus propuestas y visibilizaran sus pretensiones corporativas, tanto las que tenían que ver con un mayor reconocimiento técnico-profesional como aquellas de corte más sindical. Asimismo, el rol de la asociación parece haber sido ambiguo como instancia “profesionalizante”, funcionando más bien como una asociación simbólica, mantenida por sus socios y ejerciendo eventualmente

una función sindical que no encontraba ecos en el gremialismo médico nacional, preocupado por otras problemáticas.

3. Los sanitaristas en la burocracia estatal

La experiencia de la AASP indica un vínculo sanitaristas y Estado y nos habla de las modalidades de reclutamiento vigentes en los años sesenta. La instalación de un “Estado Burocrático Autoritario” a partir de 1966 supuso el reparto de los ministerios entre las corrientes que formaban la alianza de gobierno: el Ministerio del Interior y la Secretaría General de la Presidencia quedaron en manos del sector “paternalista”, socialcristiano y alineados con el presidente Juan C. Onganía; el Ministerio de Economía y los principales resortes de gobierno financiero quedaron, desde principios de 1967, bajo el mando del sector liberal, compuesto por figuras social e ideológicamente afines a la alta burguesía y el mundo de los negocios. (O’Donnell, 1982:85-103). Fuera de esta distribución quedaron dependencias como el Ministerio de Bienestar Social, que agrupó las unidades encargadas de la política social, sanitaria y de promoción comunitaria (Osuna, 2017). La Secretaría de Salud Pública quedó subsumida en este nuevo Ministerio y sus posibilidades de intervención real sobre el sector salud quedaron limitadas no sólo por su degradación y pérdida de jerarquía, sino también por las prioridades políticas impuestas por el ministro Francisco Manrique, interesado en privilegiar el funcionamiento de la nueva Secretaría de Promoción y Asistencia a la Comunidad (SEPAC). En términos más generales, las posibilidades de la Secretaría de Salud Pública también quedaron minimizadas por la dirección económica general de los gobiernos de la “Revolución Argentina”, orientados hacia la “normalización de la economía”. Pese a esto, la intención de las Fuerzas Armadas en el gobierno era proyectar una imagen de eficiencia técnica, lo que se tradujo en la tendencia a completar las grillas de gobierno con agentes “técnicos” y “apolíticos” (O’Donnell, 1982:87). Como afirmó Liliana de Riz,

el reclutamiento de los funcionarios combinó criterios técnicos e ideológicos: la mayoría eran católicos, todos anticomunistas, se definían “apolíticos” y se

abrevaban en vertientes que cubrían el nacionalismo conservador y el más progresista en temas sociales; había entre ellos autoritarios y más moderados. (2000:44).

Estas premisas aceleraron un proceso de incorporación de los sanitaristas de la ESPUBA, que ya había comenzado antes de 1966 pero que se vio fortalecido desde la instalación del nuevo gobierno. Este hecho ha provocado que algunos autores, como Iriart, Nervi, Olivier y Testa (1994) se hayan referido a los sanitaristas de los años sesenta como una “tecnoburocracia”. Al respecto afirmaron que se trataba de

un equipo técnico que, aunque semejante en algunos rasgos a la burocracia tradicional (...), se diferencia de ella por la apelación al saber técnico y científico en lugar del jurídico y por la preocupación por los efectos de su intervención más que por el cumplimiento de los reglamentos. Otra característica diferencial está dada porque a través de la normatividad, este grupo profesional pretende obtener resultados que optimicen la relación costo-beneficio. Tanto en el discurso como en los procedimientos se asimilan a los niveles gerenciales de la actividad económica privada. (Iriart et al, 1994:93).

Este punto de vista resulta ampliamente crítico del sanitarismo de los sesenta y hace extensiva una caracterización de ciertos altos funcionarios estatales al resto de los sanitaristas implicados en la administración sanitaria. Algo más acertado resultan las observaciones de Belmartino y Bloch, para quienes “es necesario reconocer la presencia de la perspectiva técnica encarnada en el sanitarismo” y aunque no se haya tratado de un actor unificado “puede recuperarse su influencia en algunas de las perspectivas en disputa y en las bases que [sustentaron] los intentos de reorganización del área [de la salud], puestos en marcha desde la administración nacional y algunos gobiernos provinciales”. (1994:16). Esta opinión, más positiva, subraya tangencialmente el rol de los sanitaristas en los debates de las décadas de 1960 y 1970 y su capacidad para contribuir a una “formalización doctrinaria del movimiento planificador” (Belmartino,

Bloch, 1994: 31-58). En este sentido, resulta factible pensar que por medio de un lenguaje técnico, que fue su principal capital simbólico, los sanitaristas de la ESPUBA fueron incorporándose en los diferentes lugares del sistema sanitario, ocupando roles que les permitían aplicar sus saberes pero también multiplicarlos y profundizarlos en niveles administrativos/de conducción como en espacios asistenciales.

Asimismo, ninguno de estos dos puntos de vista permite una descripción detallada, profunda y sistemática del accionar de estos profesionales en diferentes ámbitos de incumbencia. Para conocer estos patrones creemos que es necesario observar las trayectorias de estos actores. A partir de un análisis prosopográfico de los itinerarios profesionales de 110 profesores de la ESPUBA surge que unos 65 docentes de la Escuela se desempeñaron en cargos burocráticos, como empleados o funcionarios de carrera o bien como consultores independientes, tanto en la cartera sanitaria nacional como en sus equivalentes provinciales (ciudad de Buenos Aires, provincias de Buenos Aires, Chaco, Río Negro, San Juan, etc.).

Esta presencia es claramente apreciable en los estratos medios e inferiores de la burocracia estatal. Si nos limitamos a observar la conducción de la máxima autoridad sanitaria nacional en el período 1955-1976 (como han hecho los trabajos ya referidos), vemos que hubo pocos expertos entrenados en salud pública ocupando esos cargos, como podemos ver en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 6. Ministros, secretarios y subsecretarios de salud entre 1955-1976

Autoridad	Cargo	Período	Formación
Manuel Agustín Argibay Molina	Ministro de Asistencia Social y Salud Pública	1955	Militar
Francisco Martínez	Ministro de Asistencia Social y Salud Pública	1955-1958	Médico. Docente de la cátedra de Semiología en FCMUBA
Héctor Noblía	Ministro de Asistencia Social y Salud Pública	1958-1962	Médico. Especializado en fisiología
Tiburcio Padilla	Ministro de Asistencia Social y Salud Pública	1962-1963	Médico. Director del DNH (1930-1932). Prof. Cátedra de Semiología FCMUBA.
Horacio Rodríguez Castells	Ministro de Asistencia Social y Salud Pública	1963	Médico. Especializado en Tisiología.
Arturo Oñativia	Ministro de Asistencia Social y Salud Pública	1963-1966	Médico. Especializado en investigación del Bocio.
Alberto Mondet	Subsecretario de Salud Pública	1966-1970	Médico. Especializado en administración sanitaria.
Horacio Rodríguez	Subsecretario de Salud	1970-1973	Médico. Especializado en

Castells	Pública		Tisiología.
Domingo Liotta	Secretario de Salud Pública	1973-1974	Médico. Especializado en Cirugía cardiovascular - Cardiología

Como vemos, de los ocho funcionarios, la mayoría fueron médicos como profesión de base. Como ya mencionamos, Mondet había estudiado Administración de la Salud en 1965 en EE.UU. Desde el punto de vista estrictamente técnico-académico fue el único en posesión de títulos de especialización. Francisco Martínez fue el encargado de la salud pública durante la presidencia de P. Aramburu, carecía de entrenamiento específico pero en 1942 había representado a la Argentina en Río de Janeiro, en la XIª Conferencia Sanitaria Panamericana. (Veronelli, Veronelli Correch, 2004:439). Héctor Noblía también fue médico y no poseía antecedentes en la materia, se había especializado en fisiología y recién en 1961-1962 estudió “Ortopedia, Traumatología y Medicina del Trabajo” en Italia, con una beca del gobierno de ese país. (Argentina, 1961). Tiburcio Padilla fue médico, ocupó la cátedra de semiología en la FCMUBA, y había sido director del Departamento Nacional de Higiene entre 1930-1932, no se había especializado ni el país ni en el exterior pero tenía antecedentes y conocimientos sobre la gestión sanitaria y durante su carrera manifestó interés en enfermedades como Chagas, Tuberculosis, Poliomiélitis y Paludismo. Un caso similar es el del ministro Arturo Oñativia, quien poseía experiencia como investigador en el Instituto de Endocrinología de Salta trabajando sobre el bocio endémico del Noroeste argentino. (Veronelli y Veronelli Correch, 2004:578-579). Para finalizar, Rodríguez Castells ocupó el cargo de ministro y subsecretario de salud en 1963, entre 1970-1973 y luego lo haría una vez más entre 1981-1983, tenía experiencia como tisiólogo; en tanto Domingo Liotta, Secretario de Salud de Héctor J. Cámpora, Juan D. Perón e Isabel Perón, no poseía ningún antecedente como experto en salud pública sino como cirujano cardiovascular.

Con el objeto de conocer mejor el perfil social y público de los sanitaristas, e ir más allá de algunas descripciones superficiales solamente basadas en las acciones y actitudes de altos funcionarios, necesitamos trascender no sólo el ámbito de formación académica y de las redes internacionales que la respaldaban (que ya describimos en el capítulo dos), sino también analizar la participación de estos actores en el Estado. Si deseamos conocer qué hicieron los sanitaristas es necesario ir en búsqueda de datos sobre las capas medias e inferiores de funcionarios, de carrera o provisorios, expertos, consultores, administradores, etc. para apreciar la riqueza de roles que la especialidad adoptó más allá de las aulas y por debajo de las cabezas visibles.

3.1 Los sanitaristas en la administración pública: entre el funcionariado de carrera y el asesoramiento

Como ya afirmamos, a partir de una prosopografía de los itinerarios profesionales de 110 profesores de la ESPUBA surge que unos 65 docentes de la Escuela se desempeñaron en cargos burocráticos. A partir del análisis de cada caso, podemos ver que estos expertos fueron los encargados del diseño y las acciones específicas que las políticas sanitarias requerían, pero no todos ejercieron los mismos roles.

Como podemos observar en la muestra, varios docentes de la ESPUBA fueron “funcionarios de carrera”, tuvieron una participación constante en la burocracia sanitaria, ocuparon uno o más cargos en la misma escala jerárquica a través de los años y, aunque desempeñaron otras tareas fuera de la Secretaría o Ministerio (como la docencia universitaria) mantuvieron la continuidad en sus puestos, aún incluso cuando los períodos políticos fueron cambiando, alterando las posibilidades de permanencia. En este sentido detectamos algunos técnicos de la Secretaría de Salud Pública que fueron nombrados a principios de los años sesenta y hacia fines de la década siguiente todavía ejercían algún rol burocrático como la estadística Hebe Giacomini⁷³. Empleada en el área de bioestadística de la SSP, se exilió en Brasil desde 1976 y retornó al país para ser directora del Centro Argentino de Clasificación de Enfermedades de la SSP de la Nación a partir de 1985. O el médico Carlos Horacio Rizzi, quien en 1961 fue

⁷³ Profesora del Departamento de Bioestadística de la ESPUBA desde 1960, Jefa del mismo entre 1972-1976.

“Programador y encargado del equipamiento técnico y pedagógico de los departamentos docentes del Bachillerato en sanidad” de la Escuela Nacional de Salud Pública; en 1963 ocupó la Supervisión del programa de residencias médicas hospitalarias del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública; en 1965 fue “Médico *Ad Honorem*” del Departamento de Planificación y Evaluación de la Salud en el Ministerio de Bienestar Social y en 1976 continuaba ejerciendo como funcionario del Ministerio. (Legajo N° 104736 Carlos Horacio Rizzi; *Boletín Oficial* 2/09/1976). También es el caso de Héctor José Boffi Boggero⁷⁴, quien fue empleado del Instituto Nacional de Salud - Instituto de Reumatología a partir de 1959, fue jefe de “Recursos en Operación” entre 1969-1972 del Estudio sobre Servicios de Salud y Educación Médica. Hacia 1976, incluso luego del Golpe de Estado, continuaba siendo funcionario de la SSP (Legajo N° 82743 Héctor José Boffi Boggero y *B.O.* 02/09/1976 p. 4).⁷⁵

Estos “funcionarios de carrera” solían ocupar cargos intermedios, en principio no tomaban decisiones estratégicas, generalmente reservadas a los niveles de conducción política y tuvieron menos participación en la realización de consultorías independientes tanto para el ámbito privado como para obras sociales y mutuales. Se asemejan en este sentido a los agentes burocráticos integrantes de elencos administrativos estables y profesionalizados, tal como los analizados por Skowronek (1982) para el caso norteamericano y Dreyfus (2012) para los casos de Francia, Gran Bretaña y EE.UU. La profesionalización de una burocracia estatal moderna puede implicar, como dijimos, la creación de un Servicio Civil y la conformación de un cuerpo de funcionarios

⁷⁴ Desde 1967 fue “Encargado de Investigación y Docencia” en el Depto. de Epidemiología hasta mediados de los años 1970. Boffi Boggero se había formado como sanitarista en la UCLA (California, EE.UU.), con una beca del Servicio Nacional de Salud Pública de EEUU y de la OPS, obteniendo el título de “*Master in Public Health*”.

⁷⁵ Otros ejemplos que encontramos y podemos adscribir a esta categoría fueron Juan Pablo Abadie (1961-1962: Asesor en Estadísticas Vitales y Sanitarias del MASySP de la Prov de Bs. As.; 1962-1963: Asesor de la SSP de la Municip de Bs. As.; 1964-1965: Secretario Técnico de la Dir. de Estadística del MASySP; 1967-1968: Asesor de la SSP de la Nación en el Centro Piloto de Atención Médica para la Comunidad; 1968: Encargado de evaluación en el Departamento de Educ. Sanitaria de la SSP de la N; 1968-1970: Asesor en el Departamento de Atención Médica de la SSP de la Nación; 1970-1971: Jefe del Grupo de Epidemiología de la SSP de la N. 1984: Director Nacional de Estadísticas de Salud de la SSP del Min. Salud y Acción Social); Mercedes Riaño Garcés (1960: Departamento Técnico de la Dirección del Programa de los Centros de Salud, prov Buenos Aires (es la dependencia que le otorgó la beca para ir a la ESPUBA); 1962: Sub Jefe Zona II de los C. de S.; 1964: Jefa Depto. Centros de Salud; 1980: Jefa de Enfermedades No Transmisibles SSP de la Nación) y el ingeniero sanitario Nemo Tommasi (1947: Jefe Sección Ingeniería Sanitaria en Dirección de Higiene Pública y de la Vivienda; 1953: Dirección de Higiene Pública, Jefe de Sección Saneamiento Urbano; 1958: Director de Saneamiento Ambiental; 1964: Presidente del Comité Ejecutivo del Servicio Nacional de Agua Potable y Saneamiento Rural).

caracterizados por neutralidad política, permanencia en el cargo, reclutamiento en base al criterio de idoneidad técnica o por examen de ingreso y sujetos a reglas claras e uniformes para el control de la promoción, disciplina, remuneración y retiro. (Skowronek, 1982:47-84). La cantidad e idoneidad técnica de funcionarios que permanecen muchos años en cargos dentro del Estado ha sido señalada también como una característica de las burocracias desarrolladas y un elemento que determina el éxito o fracaso de proyectos políticos. (Sikkink, 1993).

¿Es la presencia y permanencia de “funcionarios de carrera” en la burocracia estatal un dato relevante para comprender los procesos de desarrollo de capacidades estatales? Estas trayectorias de “largo plazo”, que a veces se extendieron durante décadas, sorteando cambios de gobierno, rupturas institucionales, purgas y reducciones del empleo público, dan cuenta de la formación de un cuerpo de funcionarios relativamente estable. La filiación de estos agentes a la ESPUBA es otro dato interesante: no se trata de empleados reclutados por criterios exclusivamente políticos o “clientelares” sino de especialistas de probada actuación académica, portadores de saberes obtenidos en ámbitos universitarios, tanto en el país como en centros de capacitación internacionales de alto prestigio.

En otro conjunto de trayectorias encontramos otros patrones profesionales, similares a lo que la literatura especializada denomina “expertos”. Estos agentes desarrollaron sus labores en ámbitos diversos, tanto en el Estado como a través de consultorías independientes y al igual que los “funcionarios de carrera”, rara vez ocuparon lugares principales de tomas de decisiones estratégicas en las estructuras donde participaron, aunque su voz fue tenida en cuenta en más de una oportunidad. La característica central del experto es su independencia y autonomía respecto al Estado y los partidos políticos lo que hace que “funcione en un campo propio que, al mismo tiempo, requiere múltiples pertenencias (el Estado, el sector privado, la sociedad civil, la universidad”. (Morresi, Vommaro, 2011:20). Esta especie de “figura bisagra”, conecta al campo académico con la sociedad civil, la burocracia estatal e incluso va más allá de los ámbitos de incumbencia “experta” para incidir en los medios de comunicación masivos, la cultura popular y hasta en los ámbitos internacionales. Como afirmaron Zimmermann y Plotkin, respecto a este último aspecto, “con la creación de los

organismos internacionales, se produce el surgimiento de élites técnicas que han funcionado como bisagras entre los estados y dichos organismos” (2012:23).

En este sentido, el médico sanitarista Elbio Néstor Suárez Ojeda, especialista en salud materno infantil y profesor en la ESPUBA entre 1963-1972, ocupó cargos provisoriamente en el Estado (por ejemplo, entre 1963-1970 fue “Médico del Departamento de Estadísticas de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar”); entre 1967-1969 fue Jefe del Sector Materno infantil de la Dir. Gral. de Asistencia y Prevención Social de la obra social de los Ferroviarios) y además fue consultor de la OPS en Paraguay en 1970, en Ecuador hacia 1971 y Chile en 1972, para luego irse del país a trabajar como miembro estable del organismo panamericano en Washington D.C. hasta mediados de los años 1980. (Legajo N° 80225 Elbio Néstor Suárez Ojeda).

Abraam Sonis, otro médico de la Escuela entre 1962-1972 (director entre 1966-1972), fue en 1958 asesor del Ministerio de Salud, Miembro de la Comisión de Servicios Provinciales Reintegrados, en 1963 Jefe de Recuperación de la Salud, Región V, Programa de Regionalización Sanitaria, provincia de Buenos Aires; entre 1964-1966 Jefe de Planificación y evaluación en la Dirección de Lucha Antituberculosa. Entre 1968-1972 fue director de la ESPUBA y luego director del Centro Latinoamericano de Administración Médica (CLAM) creado por un convenio entre la UBA, el Ministerio de Bienestar Social y la OPS. Paralelamente durante la década de 1960 trabajó como consultor en temas sanitarios para la OPS en varios países de América Latina y a principios de la década de 1970 fue reconocido como vicepresidente de la *American Public Health Association* de EE.UU. (Legajo N° 71211 Abraam Sonis).

Los ejemplos son abundantes ya que la mayoría de los profesores de la ESPUBA mantuvieron durante todo el período, y luego también, este patrón de dinamismo. Esta era una característica de los médicos, pero también de otros profesionales de la ESPUBA. Alicia María García Bates se graduó como enfermera militar en el Hospital Militar Central de Buenos Aires, fue diplomada en Salud Pública en la Escuela en 1965; en 1967 fue asesora del Depto. de Organización Hospitalaria de la SSP y entre 1967-1969 asesoró al Comando de Sanidad (Comando en Jefe del Ejército Argentino). También en 1967 trabajó en Servicios Sociales de la empresa SIAM Di Tella, en la Dirección del “Instituto de Formación Técnica Profesional Torcuato Di Tella”. También

en el ámbito privado colaboró con otros profesores y ex profesores de la ESPUBA como miembro del Centro de Investigación y Adiestramiento en Salud Pública (CIASP), escribiendo en la revista *Medicina Administrativa*. Desde los años 1970 se consagró como consultora internacional para la OPS, comenzando en Uruguay en 1973 y colaborando durante toda la década con distintas publicaciones de la organización. (Legajo N° 110780 Alicia María García Bates).

De los 65 profesores que participaron en la administración pública en calidad de “funcionarios de carrera” y/o expertos y consultores, ocho trabajaron en la Secretaría de Salud de la Nación en distintos momentos; otros nueve fueron empleados de las Coordinaciones regionales/provinciales de la SSP.⁷⁶ Otros 39 profesionales ejercieron distintas funciones en oficinas y dependencias del Ministerio de Asistencia y Salud Pública y luego del Ministerio de Bienestar Social. Por ejemplo, catorce profesores trabajaron como directores, asesores estadísticos, administrativos y expertos en organización en hospitales nacionales y otros centros de atención en proceso de renovación.⁷⁷ La modernización del entorno hospitalario se vinculó con la búsqueda de una mejor administración sanitaria a nivel central-estatal, lo que animó la creación de nuevas oficinas, dependencias e institutos de investigación. Por lo menos veinticinco profesionales de la ESPUBA trabajaron en estas oficinas, como el Departamento Técnico de la Dirección del Programa de los Centros de Salud (prov. de Buenos Aires), el Equipo de Salud Pública de la Dirección Técnica del Consejo Federal de Inversiones, el Estudio sobre Servicios de Salud y Educación Médica (de la SSP de la Nación), la Dirección de Educación Sanitaria y Social, Dir. de Estadística del MASySP, el Departamento de Estadísticas de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar, el Departamento de Economía de la Salud, la Escuela Nacional de Salud Pública, el Departamento de Programación y Evaluación de la Salud, el Departamento de Atención

⁷⁶ Entre los profesores que trabajaron para la Secretaría de Salud de la Nación en diferentes momentos, en tareas de consultoría podemos nombrar a Sabina Rojas, Rosa Lamartine, Jorge Mera, Boris Rothman, José Abel Landa, Luis Ermis Loffi, Jorge Eduardo Desiderio Elvera, Elva Zulema Alfaro. Empleados de las Coordinaciones regionales/provinciales de la SSP (oficinas que representaban a la Secretaría nacional en las provincias, coordinando tareas de campo e iniciativas de diversa índole): Aldo Milic, Jorge Rodolfo Montero, Domingo Manuel Suárez Boedo, Carlos Aurelio Sosa, Rodolfo Camps Palacios, Carlos Adlerstein, Susana Martha Brescia, Ernesto Kahan, Alberto Osos Soler.

⁷⁷ Hebe Giacomini, Mabel Munist de Suárez Ojeda, Vicente Enrique Mazzáfero, Blanca Agueda Gamba, Miguel Francisco Veraldi, Carlos Horacio Rizzi, Mercedes Riaño Garcés, Rodolfo Sobel, David Sevlever, Juan Pablo Abadie, Luis Corach, Domingo Manuel Suárez Boedo, Alicia María García Bates y Rodolfo Hipólito Ferraro.

Médica de la SSP de la Nación, la Dirección de Contralor de Fronteras y Transportes en SSP, la Dirección de Planeamiento y Arquitectura de la SSP, etc.

Por fuera de la estructura estatal y sus oficinas burocráticas, sólo tres profesores de la Escuela trabajaron para obras sociales: Elbio Néstor Suárez Ojeda y Mario Hamilton (obra social de los ferroviarios) y Carlos H. Rizzi (IOMA y Obra Social de la Secretaría de Educación). Otros seis colaboraron en emprendimientos del sector privado, como el Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC), el Centro de Investigación y Adiestramiento en Salud Pública (CIASP), la Dirección del Instituto de Formación Técnica Profesional Torcuato Di Tella y otros emprendimientos de la sociedad civil.⁷⁸

Una última modalidad de circulación profesional de estos expertos tiene que ver con la consultoría internacional. Entre los que orientaron su carrera hacia ese tipo de actividades podemos nombrar a la odontóloga y sanitarista Chaja Brickman, quien fue consultora de la OMS en Senegal, durante los años sesenta. (Legajo N° 43997 Chaja Brickman de Di Pasquale). También a la médica Mabel Munist, quien ejerció como consultora junto a su marido Elbio Néstor Suárez Ojeda, también profesor de la ESPUBA. (Legajo N° 71854 Mabel Matilde Munist). Otros 23 profesores ejercieron como consultores internacionales y como funcionarios estatales, alternativa o paralelamente.⁷⁹ No siempre se trató de viajes de consultoría técnica libres de otras connotaciones, como por ejemplo, políticas. Mario Hamilton, en este sentido, debió abandonar su trabajo en la Secretaría de Salud Pública de la Nación por razones políticas en 1975; migró con su familia a Brasil donde se convirtió en consultor de la OPS de manera permanente. (Hamilton, 2010:103-121).

⁷⁸ Jorge Segovia por ejemplo trabajó para el CEMIC y el CIASP; Jorge Serejski, fundó su propia empresa Integración de Servicios Ambientales (ISA) en 1966; Moisés Malamud colaboró con el CIASP y realizó consultorías sobre organización de hospitales; Rodolfo Sobel fue consultor en Atención Médica y Arquitectura Hospitalaria de la firma “Coppola y Rosso”; Juan Pablo Abadie, también fue miembro del CIASP y Alicia María García Bates trabajó para Servicios Sociales SIAM Di Tella de la Dirección del Instituto de Formación Técnica Profesional Torcuato Di Tella.

⁷⁹ Podemos mencionar a Abraam Sonis, María Teresa Beas, Juan Manuel Wendt, Adolfo Chorny, Norberto S. Baranchuk, Moisés Malamud, Carlos García Díaz, Nemo Tommasi, Carlos Ferrero, David Sevlever, Juan Pablo Abadie, Luis Corach, Robinson E. D’Auitolo, José Carlos Escudero, Carlos Alberto Urquijo, Elbio Néstor Suárez Ojeda, Jorge Molinero, Juan Carlos Veronelli, Susana E. Badino, Alicia María García Bates, Julio Ceitlin, David León Palais y Mario D. Hamilton.

Esta deriva internacional que vemos en varias trayectorias tiene que ver con diversos procesos que venimos analizando, especialmente con un horizonte de transnacionalización de la salud pública del que ya encontramos indicios en la década de 1940 y hemos analizado detenidamente su evolución durante los años sesenta a partir del caso de la ESPUBA. Asimismo, la participación sucesiva o paralela de sanitaristas en el ámbito universitario, la función pública y los organismos internacionales abona a la caracterización de los mismos en tanto expertos, agentes “multiposicionales”. Los sanitaristas, además de integrarse como “funcionarios de carrera”, como vimos, también desplegaron un accionar que evoca nexos, circulaciones y desplazamientos entre diferentes arenas.

3.2 El experto en salud pública en las reformas de la atención médica

“En general, las personas que querían llevar adelante estas propuestas habían tenido ocasión de formarse en el exterior, o se trataba de médicos que entendían la necesidad de mejorar la organización y administración de los servicios de salud (...) pequeños grupos de médicos, con la inestimable ayuda de los especialistas en salud pública, aportaron el aliento vital que puso en marcha nuevas instituciones (...) médicos en plena actividad asistencial, conscientes de las limitaciones e inconvenientes que tenía el ejercicio aislado de la profesión en el ámbito privado y en el hospitalario puro. (...) médicos que sabían de la existencia de formas superiores del ejercicio profesional en otros países, que sabían de las residencias médicas como el mejor sistema para la formación profesional y para la actualización permanente de aquellos que ya estaban formados.” Alberto Dal Bo (2008:43-44)

Los itinerarios profesionales vistos hasta el momento también nos sugieren que amplifiquemos nuestras observaciones sobre el rol de estos expertos en propuestas, proyectos e iniciativas que en los años 1960 y 1970 se registraron en las distintas áreas del sub-sistema público de atención médica. En este sentido, las instituciones hospitalarias, por ejemplo, fueron un foco importante de atención para los sanitaristas. En primer lugar, por la relación tradicional entre la profesión médica y los hospitales: esa institución estuvo presente en la formación y primer entrenamiento de los médicos y aunque a lo largo de la carrera médica el profesional incorporara otras alternativas de desempeño laboral, continuaba siendo un centro de actualización y un medio de

prestigio social importante. (Belmartino, 2005: 70-91). En segundo lugar, los hospitales fueron un blanco ideal para las propuestas de racionalización, planificación y renovación organizacional que tanto los sanitaristas como otros gestores y expertos en administración compartían.

La reforma de los hospitales fue un punto de atracción importante para médicos especializados en salud pública y para otros que comenzarían a interesarse por esta temática a partir de su participación en experiencias de renovación hospitalaria. De nuestro relevamiento surge que nueve profesores se desempeñaron en distintos momentos para el Ministerio/Secretaría de Salud de la provincia de Buenos Aires, involucrándose en el asesoramiento de proyectos de innovación hospitalaria.⁸⁰ Fue también una de las formas que tomó la nueva política sanitaria de los años sesenta, a través de la creación de nuevos centros hospitalarios “experimentales”, de gran escala y con modos de financiamiento mixto (público y privado). Ejemplos de éstos fueron los Centros Piloto N° 1 (Mar del Plata) y N° 2 (Gonnet, prov. Buenos Aires), ambos creados en el marco de la Ley 6462 de la prov. de Buenos Aires, de Reforma Hospitalaria de 1960, mientras era gobernador Oscar Alende y el ministro de Asistencia Social y Salud Pública era Osvaldo Mammoni. El hospital de Mar del Plata se organizó en un edificio construido durante la época peronista, sin terminar; los asesores que intervinieron en su creación fueron David Sevlever, de la ESPUBA; los expertos Odair Pedroso y Barquin de Brasil y México, y un asesor de EE.UU. (Dal Bo, 2008:47). Una de sus características centrales fue el

Arancelamiento y posibilidad de concentración de la actividad privada de los profesionales en el hospital. Con lo percibido en concepto de honorarios se constituyó un fondo común cuya distribución se concretaba según una calificación previamente realizada. Los aranceles para pacientes privados no eran arbitrarios sino que correspondían a lo que se facturaba a obras sociales más un 20 por ciento. (Dal Bo, 2008:46-47).

⁸⁰ Estos fueron: Abraam Sonis, Jorge Serejski, Emma Clementina Balossi, Miguel Francisco Veraldi, Norberto Samuel Baranchuk, Mercedes Riaño Garcés, Joseba Kelmendi de Ustarán, David Sevlever, Luis Corach.

Otra de las novedades que incorporaba este hospital era el Departamento de Docencia e Investigación del cual dependía el programa de residencia médica. Como señalaron Dal Bo (2008) y Romero (2010), el sistema de enseñanza práctica propuesto por las residencias médicas y la creación de Unidades Docentes Hospitalarias (UDH) se empezaron a generalizar en esta década. Anteriormente, la permanencia de uno o dos años como residente hospitalario no era una obligación para graduarse en medicina y la calidad del entrenamiento recibido era muy variable, dependiendo del hospital, de la paciencia de los médicos que debían enseñar y de la buena predisposición de las autoridades hospitalares. El hospital de Mar del Plata incorporó las residencias, y el encargado de supervisarlas fue el médico Enrique Malamud, luego profesor de la ESPUBA en el Departamento de Administración y Atención a la salud (Legajo N° 128786 Enrique Malamud) y egresado de la *Mailman School of Public Health* de la Universidad de Columbia, New York, EE.UU.

El funcionamiento del Hospital Regional de Mar del Plata fue novedoso y encarnó principios organizativos característicos del modelo modernizador imperante a principios de los sesenta. Fue un establecimiento modelo en cuanto a *organización racional* (departamentalización, planificación central de las actividades asistenciales y docentes, sistema de registros de informes y órdenes realizados por escrito, horarios de trabajo extendidos, agilidad de las comunicaciones, centralización de servicios intermedios y apoyos técnicos “laboratorio, alimentación, archivo único de historias clínicas, estadísticas hospitalarias”, enfermeras capacitadas dirigidas por profesionales universitarias), *innovación pedagógica* (vinculación de la docencia, el entrenamiento permanente y la investigación, realización de ateneos anatomoclínicos), *atención centrada en el paciente y apertura hacia la comunidad*. Según Alberto Dal Bó, médico que participó en esta experiencia y luego sería alumno de la ESPUBA: “El hospital salía de sus límites geográficos y cumplía acciones de prevención y protección de la salud, trabajando con la comunidad” (2008:47).

Sin embargo, el proyecto generó algunas disputas:

la calidad de las prestaciones y las normas establecidas con respecto a aranceles provocaron una fuerte resistencia de la entidad que agrupaba a las clínicas y sanatorios privados, así como en amplios sectores del ambiente médico que consideraron que el hospital constituía, en lo inmediato, una competencia significativa y una experiencia que de replicarse podía reformular, en el futuro, el panorama de prestaciones. Ese panorama hasta entonces mostraba claramente separadas la atención en el hospital de la gente sin recursos ni cobertura, y la atención de los establecimientos privados de aquellos que sí contaban con medios”. (Dal Bó, 2008:47).

En 1964, pese a que el ministro de salud nacional, Arturo Oñativia, apoyaba la continuidad de la experiencia y había impulsado la creación de más “hospitales de la comunidad”, la Planta Piloto de Mar del Plata fue quitada del marco legal que la sustentaba por el gobernador Anselmo Marini y su ministro de salud, Abelardo Costa, “médico de Ayacucho ligado a los intereses médicos sanatoriales”.

En 1971, la planta fue reutilizada para crear el Hospital Privado de la Comunidad, propiedad de la Fundación Médica de Mar del Plata, que siguió en muchos puntos el esquema de funcionamiento del Hospital Regional.



Además de esta experiencia, a la que también podemos agregar el Centro Piloto N° 2 de Gonnet, provincia de Buenos Aires, la cuestión de las reformas hospitalarias fueron muy convocantes para los sanitaristas durante toda la década a juzgar por la frecuencia con que el tema era tratado en las revistas especializadas, tanto desde un punto de vista general del sistema hospitalario⁸¹ como en aspectos puntuales de organización interna del hospital⁸². Muchos profesores y egresados encontraron en torno a este tema un espacio de desempeño profesional. Rodolfo Sobel, por ejemplo, fue profesor entre 1965-1973 del Departamento de Administración Hospitalaria de la ESPUBA. En 1966 fue becario de la fundación Kellogg y se especializó en administración de hospitales en la *Mailman School of Public Health* de la Universidad de Columbia. Además logró desarrollar una larga carrera como asesor estatal en la División de Servicios Sanitarios-Sociales de la Dirección de Maternidad e Infancia, como Director Regional de Maternidad e Infancia, Catamarca, MASySP, Administrador Sanitario del Hospital Centro de Salud Tucumán, también en la Administración de Hospitales de la Delegación Sanitaria Federal en Tucumán, MASySP; y luego como director del Policlínico Ciudadela, de la SSP y del Hospital Fiorito de Avellaneda.

Un complemento de esta política fue la creación de Centros de Salud en la provincia de Buenos Aires, como medio de aliviar la carga de pacientes en los hospitales y acercar servicios médicos a las comunidades geográficamente más alejadas (Cháneton, 1962; Vicente, 1962:44-56). En una extensa nota publicada en la *Revista de Salud Pública*, el médico Mario Cháneton explicaba en 1962 que la provincia de Buenos Aires debía afrontar diversos problemas administrativos y sanitarios derivados de una población “conurbana” creciente y la ausencia de suficientes servicios tanto asistenciales como preventivos. (Cháneton. 1962: 33-53). Los síntomas de esta problemática se manifestaban en la ausencia de unidades técnico-administrativas capaces de “abordar y resolver integralmente los problemas de salud” de la población,

⁸¹ Ver Mammoni, (1961:9-15); D’Aiatuolo, (1963:51-52); Paganini, Santesteban, Feller y Souillá, (1969:11-46); Burgun, (1969:29-34); Malamud, (1969:91-97); Mera, (1969:267-275).

⁸² Ver Gómez Villafañe (1962:59-72); Sbarra (1963-d:11-29); Barreda y Francois (1964: 43-46); Bachini y Mateo (1965:102-108); Sobel, L. de Sobel, Iriarte (1967:79-84), Mazzáfero, (1967:43-52); Casariego y Sommer, (1968: 183-189); D’Angelo de Maquieira (1968:296-299); Santos y Cabrera (1969:67-88); Roza de Mera y Etchegoyen (1969:144-147); Eguinoa (1970:19-28).

en la ineficiencia administrativa, en la incapacidad de producir información útil y en la falta de centralización administrativa y normativa. Esto hizo necesario repensar el andamiaje de intervención del gobierno provincial. Según Cháneton esto había sido necesario porque mientras “no se comprendiera que la promoción de la salud y de la educación en forma integral son los pilares sobre los que descansa todo intento de desarrollo económico o mejoramiento del bienestar social no habría posibilidad de ejecutar ningún plan sanitarista”. El Programa de Salud planteaba la zonificación de la provincia de Buenos Aires y la construcción en cada zona de un determinado número de *centros asistenciales* cuya función era atender los problemas de salud de la población y al mismo tiempo proveer de información agregada a la dirección provincial de la cual dependía. Esto aseguraba la centralización administrativa y estadística necesaria para encarar cualquier plan de salud de manera integral. Adicionalmente cada Centro de Salud coordinaba su actividad con el Hospital provincial más cercano, a los cuales les aliviaba la carga de pacientes y derivaba los casos complejos.

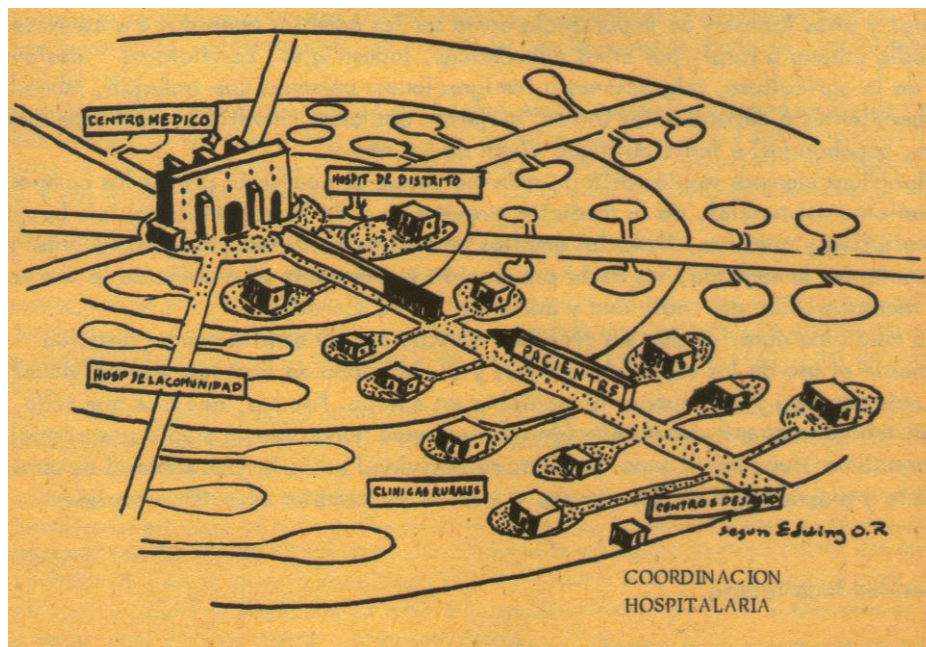


Fig. Nº 35. Esquematación geográfica de funcionamiento combinado entre grandes hospitales regionales (“Centro Médico”), de distrito y de la comunidad y centros de salud.

Fuente: Martone, 1965:379.

Tanto los proyectos de reforma hospitalaria como la construcción de una red de centros de salud fueron espacios ideales para poner práctica las ideas y los métodos de

conocimiento y planificación de la salud que los sanitaristas pregonaban a través de libros y publicaciones periódicas. Como ámbitos de gran alcance territorial y contacto con poblaciones populares, estas instituciones permitieron a los médicos de salud pública disponer de “áreas de demostración” para sus proyectos. Por otro lado, a nivel personal, el trabajar en diversos puntos de la estructura sanitaria permitía adquirir nuevos conocimientos, de “primera mano”, y realizar contribuciones originales al saber disciplinar y sobre bases empíricas.

Sin embargo, no pocos sanitaristas y observadores no especializados vieron una sombra importante sobre las posibilidades de introducir mejoras sobre el sub-sistema público o sobre la incidencia que esas mejoras podrían tener sobre un sistema sanitario que globalmente se inclinaba cada vez más hacia el sector de las obras sociales. Esto implicaba la generación de crecientes espacios que escapaban a controles centrales-estatales, quedando bajo la órbita de sindicatos y gestores privados la administración de la atención médica más utilizada por la población.

4. Retorno del peronismo al poder: actuación del grupo de sanitaristas de la ESPUBA

“Siendo la salud de la población el objetivo último de la organización social, el Estado es responsable de asegurar el acceso a la misma en forma gratuita a través de un Sistema Único Nacional de Salud que incluye a todos los recursos humanos, materiales y financieros del sector.”
Consejo Tecnológico del Movimiento Nacional Justicialista, (1973:14)

Hacia 1972-1973 empezaba a percibirse una tendencia que se acentuaría en los siguientes años: un declive del sector público-estatal y el ascenso de una alianza entre las obras sociales, los organismos privados de prestación de servicios médicos y las entidades gremiales médicas. Como afirmaron Belmartino y Bloch, acabaría imponiéndose, con el tiempo, un “modelo de organización” que reconocería a esos

actores como los más relevantes. (1994:16). Esto es particularmente notable si analizamos las estadísticas sobre consultas médicas entre 1969-1980:

Cuadro N° 7. Proporción de consultas médicas según tipo de prestador. Área Metropolitana, años 1969 y 1980

Tipo de prestador	Consultas médicas 1969 %	Consultas médicas 1980 %
Prestador privado	55,3	61,1
Servicio de obra social	15,3	20,2
Hospital público	18,7	15,9
Otro	10,7	2,8
Total	100	100

Fuente: Mera (1988: 25)

Cuadro N° 8. Proporción de consultas médicas según vía de financiamiento (asegurador). Área metropolitana, años 1969 y 1980

Asegurador	Consultas médicas 1969 %	Consultas médicas 1980 %
Obra Social	16,1	45,6
Sector Público	27,5	14,4
Prepago privado	13,2	8,5
Cuenta propia	43,2	31,5
Total	100,0	100,0

Fuente: Mera (1988: 26)

Por un lado, en el cuadro N° 7, vemos que las consultas médicas efectuadas por los pacientes en el sector público ya en 1969 ocupaban un lugar restringido (18,7%) y que hacia 1980 habían menguado hasta el 15,9%. Paralelamente, las prestaciones ofrecidas por el sector de las obras sociales y servicios privados ya acumulaban en 1969 un 70,6% (15,3% y 55,3% respectivamente). Esta concentración iba camino a crecer durante los años setenta, hasta cubrir un 81.3% del mercado de las consultas médicas.

Como vemos en el Cuadro N° 8, también se registró un incremento notable de las consultas médicas cubiertas por el sector de las obras sociales, en paralelo al declive de las financiadas por el sector público. Este ascenso incluso contrasta (hasta 1980) con el

descenso de los pagos privados (prepagas) y de los pagos por cuenta propia, que en la década del setenta disminuyeron. La percepción de una creciente complejidad y la intención de mantener esta heterogeneidad de servicios bajo algún tipo de control ya venía extendiéndose en el gremialismo médico desde los años sesenta, pero el retorno del peronismo al poder abriría nuevas posibilidades para proyectos de unificación del sistema sanitario. Esto sería percibido por un grupo de sanitaristas de la ESPUBA, que con el retorno del peronismo vieron la posibilidad de incidir en este debate público y político. Otros sanitaristas, sin embargo, continuaron desarrollando sus investigaciones en el marco académico de la ESPUBA, sin definir una postura clara.

Hacia marzo de 1973, el peronismo fue habilitado para presentarse a elecciones libres, después de 17 años de proscripción sobre el partido. La fórmula Héctor Cámpora – Vicente Solano Lima se impuso por el 49,56% de los votos (frente al 21,29 % de Ricardo Balbín y Eduardo Gamond de la Unión Cívica Radical), inaugurando meses de alta movilización política y progresivo aumento de la conflictividad en el interior del Frente Justicialista de Liberación. Las bases sociales de esta alianza electoral estaban compuestas por los sectores tradicionales del partido, los sindicatos peronistas reunidos en la Confederación General del Trabajo, las organizaciones juveniles (Juventud Peronista y la organización guerrillera Montoneros), los pequeños y medianos empresarios referenciados en la Confederación General Económica. (Di Tella, 1986). En los tres años que duraría la experiencia se sucederían la presidencia interina de Raúl Lastiri, el retorno y muerte de Juan Domingo Perón y el mandato de Isabel Perón, interrumpido algunas semanas por el interinato de Italo Argentino Luder y finalmente cancelado por el golpe cívico-militar consumado el 24 de marzo de 1976. El período 1973-1976 ha sido caracterizado como el de un “populismo imposible” (Svampa, 2007), en la medida que los gobiernos peronistas no lograron unificar una agenda de gobierno coherente ni mantener las alianzas electorales que aseguraron el retorno justicialista, consumiendo la gobernabilidad y la autoridad política a través luchas intestinas.

En este contexto de creciente conflictividad, varios planes de reforma fueron encarados por los gobiernos peronistas. Se aplicaron nuevas medidas económicas respecto a los sectores agropecuario e industrial, se celebraron nuevos acuerdos comerciales con el bloque de países soviéticos, se intentó llevar adelante reformas

impositivas, financieras y de organización del Estado, en un “programa ambicioso y comprehensivo en el que se podían detectar algunas incoherencias”. (Di Tella, 1986: 151). También fueron sancionadas nuevas leyes laborales (como las leyes de Asociaciones Profesionales 20615/73 y de Contrato de Trabajo 20744/74) y de seguridad social y salud. (Di Tella, 1986: 149-188).

La elaboración de las leyes laborales y de seguridad social se realizaron en interlocución con los sindicatos, tensamente presentes en la alianza oficialista, mientras que las políticas sanitarias permanecieron bajo la órbita del Ministerio de Bienestar Social de la Nación, la estructura heredada de la “Revolución Argentina” (Osuna, 2017). En la cima del Ministerio fue designado José López Rega, oscuro asesor de Isabel Perón, sin formación política o académica en la temática y éste nombró como Secretario de Estado de Salud Pública al médico cardiólogo Domingo Liotta. (Veronelli, Veronelli Correch, 2004: 243). Su política no estuvo dirigida por ideas o proyectos propios, a diferencia de otros secretarios y ministros del período, sino que se limitó a traslucir las propuestas y consensos alcanzados por otros actores: sanitaristas cercanos al peronismo, los sindicatos, el gremialismo médico y otros actores que participarían de los debates celebrados entre 1973-1974.

Días después de haber asumido el nuevo secretario de Estado propuso una serie de medidas sanitarias urgentes, centradas en ejes como la mortalidad infantil, la lucha contra la tuberculosis, la creación de un Consejo Nacional de Salud y de un Fondo Financiero Sanitario Nacional, la regulación de la carrera sanitaria y la derogación de la ley 19.337 de “Descentralización hospitalaria”, que había sido aprobada en 1971.⁸³ (Liotta, 1973). Otros ejes del programa referían a políticas de salud mental, rehabilitación, medicina del trabajo, educación para la salud y medicamentos. Pero el punto más importante de la propuesta de “integrar todos los recursos humanos y

⁸³ El art. 7° de la ley establecía que los 92 hospitales, policlínicos, sanatorios, colonias psiquiátricas, unidades de atención, centros de salud, institutos de investigación y formación y otras instituciones nacionales pasarían a tener un régimen mixto de financiación compuesto por los aportes del presupuesto nacional pero también de las “recaudaciones y derechos que perciba, adquiera o provengan del ejercicio de sus funciones o prestación de servicios”, de “Todo otro aporte, subsidio o contribución en dinero o en especie proveniente de entidades oficiales, particulares o de terceros destinados a solventar su funcionamiento o como contribución para esos fines, contribuciones y aportes que estarán libres de todo impuesto, creado o a crearse”, y otras vías de recaudación no ligadas al estado nacional. Ver Argentina, 1971. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/180000-184999/180929/norma.htm> Ultima consulta: 07/11/2019.

servicios en un Sistema Nacional de Salud”, lo que implicaba la “reunión de recursos y esfuerzos que garantice al sistema propuesto una prestación médica integral, suficiente, oportuna y continua”. (Liotta, 1973:8). Este sistema, presentado por el Secretario, unificaría bajo una autoridad prevista por ley y ejercida desde el Poder Ejecutivo Nacional, todos los servicios sanitarios para garantizar el “acceso único e igualitario de todos los argentinos” a la atención médica. Crear la base financiera del proyecto significaría un aumento considerable del presupuesto nacional destinado al sector salud y la incorporación a un Fondo Financiero Sanitario Nacional de los “medios disponibles actualmente existentes en otros sectores” (Liotta, 1973:10). De aquí se desprendían varias preguntas, ¿se trataría de un sistema no arancelado, gratuito, es decir de una medicina enteramente socializada?, ¿cómo se llevaría a cabo la incorporación a este sistema único de la medicina privada y de las obras sociales, cada una con sus respectivos sistemas de cobro y regulaciones legales?, ¿era sólida la propuesta de financiación de este sistema?

El espíritu general de la propuesta de un sistema sanitario unificado era una idea que se había empezado a discutir en el ámbito universitario ligado a la izquierda del peronismo. Un proyecto similar había sido anticipado por un documento que circuló entre fines de 1972 y principios de 1973 del área de salud del Consejo Tecnológico del partido peronista. Este grupo estuvo formado por Felipe Aguerre, Sergio Laplume y Mario Testa, quien sería luego nombrado decano de la Facultad de Medicina de la UBA. A éste grupo se sumaron luego los profesores de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (ESPUBA) Mario Hamilton, José Escudero y Alberto Osoreo Soler (Hamilton, 2010).

Unos meses antes del discurso de Liotta, el folleto “Programa Peronista de Gobierno. Salud” proponía la creación de un sistema unificado de salud y advertía que “Este sistema de salud no es alcanzable sin un cambio total del sistema social en que se incluye” (Consejo Tecnológico del Movimiento Nacional Justicialista, 1973:1). Denunciaba el abandono de una política central fuerte y con sesgo preventivo, lo que se evidenciaba en el estancamiento de la tasa de mortalidad infantil (cantidad de fallecimientos por cada mil nacimientos) que históricamente fue descendiendo hasta detenerse a principios de los años sesenta e incluso aumentar ligeramente después. Este

último dato era un tema de preocupación recurrente y ya en las I Jornadas Argentinas de Salud Pública el médico Noel Sbarra había hecho una lectura similar. (1963-c: 11-29). Según el diagnóstico del folleto,

A partir del año 1955 se inicia una nueva etapa para el país. Comienza a desarrollarse y a afianzarse una concepción de tipo cientificista vinculada a la medicina y su aplicación, que reemplaza definitivamente la figura del médico artesano de principios de siglo. Tal tipo de medicina requiere una elevadísima utilización de tecnología, nuevos tipos de especialización que llevan a la superespecialización y organizaciones extremadamente complejas y diversificadas” (CTMNJ, 1973:7).

Esta “concepción de tipo cientificista” había sido propiciada por médicos argentinos que regresaron al país en 1956-1957 quienes “toma[ron] las riendas de las facultades de medicina existentes y con bastante éxito, logra[ron] aliarse con distintos grupos de poder y así consi[guieron] ejercer presión en las organizaciones de salud”. Estos médicos habrían intentado “repetir en el país los modelos norteamericanos de organización médica y de formación, capacitación y práctica profesional”. (CTMNJ, 1973:7). El resultado de tales maniobras no habían mejorado, para los autores del documento, el sistema sanitario, sino al contrario, la deficiente organización de la salud se daba la mano con “fallas estructurales de todo el sistema social”, creando un panorama donde “las enfermedades asociadas al deterioro socio-económico continua[ban] agrediendo a núcleos importantes de la población, como lo prueba el hecho de las elevadas tasas de mortalidad infantil que persisten constantes”.

La propuesta plasmada en este folleto era la creación de un Sistema Único Nacional de Salud, por el que se centralizaría la administración de los recursos humanos, materiales y financieros del sector. Esto conllevaría establecer la gratuidad de los servicios, sostenidos por las rentas generales del Estado, prohibir “la libre empresa con

relación a las acciones de salud”⁸⁴, incorporar todo el sistema nacional, provincial y municipal, así como obras sociales y medicina privada bajo la autoridad del Sistema, “responsable de la conducción, planificación y administración de las acciones de salud”. (CTMNJ, 1973:15). Este significaba que la financiación del sistema integrado provendría no sólo de las rentas generales, sino del aporte obligatorio de las obras sociales. Este fue el punto más controversial, puesto que ninguno de los actores que se fueron involucrando en el debate estuvo de acuerdo respecto a que obligatoriamente las obras sociales pasaran a ser controladas por el nuevo sistema.⁸⁵

La revisión de este proyecto quedó en manos de los médicos de la ESPUBA Carlos Hernán Canitrot (departamento de Administración sanitaria), Aldo Neri (director de la Escuela hasta 1977), María Teresa Beas (también del depto. de Administración) y otros médicos y especialistas. El resultado fue un borrador de proyecto de Ley que pasó a las manos del secretario Liotta. Los diferentes sectores implicados (sindicalistas, médicos, prestadores privados) fueron proponiendo cambios al proyecto que llegó a tener treinta enmiendas (Veronelli, Veronelli Corech, 2004:644). Una versión final fue revisada y reelaborada por el sanitarista Juan Carlos Veronelli, graduado de la ESPUBA, profesor del departamento de Administración sanitaria en dicha institución y en ese momento asesor del líder radical Ricardo Balbín.

Los ejes principales del proyecto incluían la conformación de un Sistema Nacional Integrado de Salud. Preveía que las provincias, la universidad y el sector privado relacionado con la salud podrían incorporarse al sistema mediante la firma de convenios. La Municipalidad de Buenos Aires y el Territorio de Tierra del Fuego podrán adherirse por convenios ratificados por ley, aunque prácticamente no les dejaba opción. La financiación del sistema se realizaría con aportes del presupuesto nacional más la

⁸⁴ El documento ampliaba sobre este tema: “No debe existir libre empresa con relación a las acciones de salud ya que esta favorece la estéril competencia entre organismos y sistemas, el incremento de costos, las desigualdades en la atención de la población, el uso indiscriminado de tecnología e inadecuada distribución de recursos, la práctica individualista y deshonestas de la medicina, el consumo superfluo de medicamentos y drogas y favorece las formas sofisticadas y triviales de la práctica médica”. (CMNJ, 1973:14).

⁸⁵ Un antecedente de propuestas similares lo podemos encontrar en dos proyectos de ley elaborados en 1959 por el diputado Rogelio S. Rodríguez Díaz y el senador Armando L. Turano, ambos de la Unión Cívica Radical Intransigente. En esos proyectos, que no lograron la sanción, se proponía la estatización del sistema de salud y la funcionarización del médico. (Belmartino y Bloch, 1994:66).

creación de un Fondo financiero sanitario nacional, que debían reunir 3.400 millones de pesos para el ejercicio 1975 y en años posteriores no el monto no debía ser menor al 5,1% del gasto público. La incorporación de recursos humanos al sistema se haría de forma voluntaria. Por último, los servicios médicos privados podrían mantener su autonomía e integrarse opcionalmente. (Argentina, 1974).

Hacia la segunda parte de 1974 todo hacía pensar que el proyecto se sancionaría aunque con correcciones provenientes de diversos ámbitos y sectores, si no en su articulado sí en la reglamentación y en la puesta en práctica. En resumen, se trataba de una propuesta que le otorgaba al Estado un rol central, aumentando la intervención de la autoridad sanitaria sobre las fracciones de un sistema inarticulado.

Dos focos de resistencia y críticas contribuyeron a dar forma final al proyecto de un sistema único, aunque en una versión muy atemperada respecto al programa original del Consejo Tecnológico Justicialista: la acción del gremialismo médico y la de los sindicatos obreros.

La interlocución del gremialismo médico fue importante para la discusión del articulado del proyecto de ley 20.748, como lo muestran algunas publicaciones de la Federación Médica Gremial de la Capital Federal. Según uno de sus folletos (FEMECA, 1974), la Federación saludaba y aprobaba la filosofía general del proyecto de Sistema Nacional Integrado de Salud, aunque no consideraba factible su realización práctica. En primer lugar, para el gremio sería necesario un plan de emergencia que cubriera al menos los siguientes puntos: 1) Ley de emergencia de re-equipamiento sanitario, para proveer a los hospitales públicos y unidades sanitarias del equipo médico; 2) Ley de medicamentos (reducción de su peso en el gasto de salud de la población, intervención en la industrialización y comercialización); 3) Régimen laboral que garantice a los trabajadores de la salud estabilidad y retribución justa.

Aunque el gremialismo de la Capital dio su aprobación al proyecto, no ahorró críticas diversas, por ejemplo, en cuanto a la financiación. Si bien durante los debates que celebró en 1974 no propuso planes alternativos para solventar económicamente al sistema, sí dejó sentado que la propuesta del SNIS era claramente deficitaria pues los fondos que planeaba utilizar, aun cuando eran superiores a los vigentes para salud hasta

1973, no llegaban a cubrir los gastos en equipamiento físico, mantenimiento, sueldos del personal profesional y auxiliar, generando un déficit de más de 1285 millones de pesos. (FEMECA, 1974: 6).

Otro blanco de las críticas de la FEMECA fue el proyecto de ley de Carrera Sanitaria (Ley 20.749) que se anexo a la propuesta del SNIS y fue discutido al mismo tiempo. Un punto importante refería a la incorporación de los profesionales médicos al SNIS, quienes trabajaban en hospitales desde hacía años, tenían antigüedad en el cargo y lo habían ganado por concurso. El texto de la ley solo ofrecía dos alternativas: “dedicación exclusiva”, con 44 horas semanales y “sin dedicación exclusiva”, con 40 horas por semana. Esta segunda modalidad, única que permitía al profesional realizar otras tareas fuera del hospital, dejaba un margen de tiempo insuficiente para llevarlas a cabo en conjunto con otras ocupaciones laborales, por lo que se obligaba en forma encubierta al médico a optar por la dedicación exclusiva. La propuesta de la FEMECA fue que la opción de “dedicación no exclusiva” implicara una jornada semanal de 24 hs.

Si bien estas observaciones de la Federación no surtieron efectos sobre el texto de la ley 20.748 (y su ley hermana, la de Carrera Sanitaria, N° 20.749), los sindicatos reunidos en la Confederación General del Trabajo, así como las autoridades de la Confederación Médica de la República Argentina presionaron para mantener el sistema de las obras sociales y la medicina privada administrada de manera descentralizada, y que la incorporación al SNIS fuera opcional. (Veronelli, Veronelli Correch, 2004:644-645). Como afirmó Guido Di Tella,

La principal oposición...vino de los sindicatos que no se avinieron a perder el control de sus servicios de salud, altamente desarrollados e importante fuente de poder, de patronazgo e ingresos. Lograron que la ley se reformara: el sector privado se incorporaría sobre una base voluntaria y las organizaciones médicas de los sindicatos quedaron explícitamente excluidas” (Di Tella, 1986:187).

Finalmente, la ley fue sancionada el 12 de septiembre de 1974 bajo la presidencia de Isabel Perón quien firmó la reglamentación por Decreto en diciembre del mismo año.

(Argentina, 1974). Según el “Balance del Ministerio de Bienestar Social” correspondiente al año 1974, durante los últimos meses del año las provincias de Salta, Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero, Catamarca, La Rioja, Formosa, Chaco, Misiones, Corrientes, Entre Ríos, San Luis, Chubut, Santa Cruz y el Territorio Nacional de Tierra del Fuego, habían aceptado integrar sus sistemas sanitarios provinciales al SNIS (Argentina, 1975). Pero es probable que estas incorporaciones no fueran concretadas formalmente, y dado que la Ley establecía el principio de voluntariedad de incorporación al SNIS, finalmente sólo las provincias de La Rioja y San Luis aceptaron integrar sus redes hospitalarias a un sistema nacional.

La idea de organizar los servicios sanitarios del país a partir de una estructura única fue una idea generalizada a principios de la década de 1970, pero solo el documento elaborado por los sanitaristas del Consejo Tecnológico Justicialista propuso un sistema de medicina socializada en el que las obras sociales perdían el control de sus propias unidades de atención médica, así como la medicina privada también debía ceder sus recursos materiales y humanos al Sistema nacional. Este punto fue reelaborado tanto por el secretario Liotta como por el proyecto de Ley, que atemperaron la idea hasta convertirla en un modelo sanitario aceptable para las autoridades de las obras sociales y los intereses implicados en la medicina privada. El gremio médico de la Capital, por su parte, aunque no coincidía punto por punto con el proyecto, realizó críticas focalizadas sobre aquellos artículos que podrían afectar el desempeño laboral de sus afiliados.

Conclusiones

Como vimos en este capítulo, la experiencia de la ESPUBA y el accionar de los sanitaristas ligados a esta institución resulta un mirador importante para observar otros procesos, como la construcción de una burocracia especializada, la administración de políticas sanitarias estatales y las propuestas de reforma global del sistema de salud que se verificaron en la Argentina del período 1960-1976. Estos especialistas mantuvieron, un canal de comunicación con los diferentes gobiernos del período y con las instituciones y aparatos estatales intervinientes en la salud. En este sentido, como analizamos, fue creada la Asociación Argentina de Salud Pública, con gran presencia de

los profesionales de la ESPUBA. Esta agrupación encarnó una articulación de “mutua conveniencia” entre los sanitaristas y los gobiernos del período: a los primeros les permitió presentarse como voces autorizadas, publicitar sus opiniones, elaboradas y discutidas públicamente en las Jornadas Argentinas de Salud Pública (entre 1962-1970) y sostener prácticas de sociabilidad ente especialistas; a los segundos, como una forma de presentar su política, establecer consensos con la comunidad de expertos en salud pública o mantener una apariencia de “participación comunitaria”, sobre todo en el período 1966-1970. La AASP fue tanto una agrupación profesional, estatuariamente comprometida a bregar por la profesionalización del trabajo de los sanitaristas, como una organización sindical, que representó las demandas laborales y salariales, a falta de una mejor representación de los intereses de sus afiliados por los gremios médicos tradicionales.

El vínculo entre sanitaristas de la ESPUBA y el Estado tuvo un aspecto más estructural, en la medida que muchos de los profesores de la institución se emplearon en las secretarías de salud de Nación y las provincias como “funcionarios de carrera” y como expertos o consultores ocasionales. Siguiendo las trayectorias de estos profesionales arribamos a varias conclusiones. En primer lugar, que la preocupación por la “planificación de la salud” y el “desarrollo planificado” no se circunscribió al ámbito académico, sino que fue más allá de los claustros y revistas especializadas, llegando a convertirse en criterios operantes al interior de nuevas burocracias estatales. En segundo lugar, los perfiles profesionales analizados arrojan nueva información sobre actores e instituciones hasta ahora poco analizadas, sobre trayectorias, itinerarios de formación y entrenamiento, patrones laborales-profesionales, en el Estado y fuera de él. Hasta el momento existen pocas referencias sobre este grupo en la bibliografía sobre burocracias estatales y campos expertos en la Argentina del siglo XX, como los trabajos que estudiaron distintas instituciones de planificación e intervención estatal durante los años 1960 y 1970. En tercer lugar, nos permite caracterizar distintos niveles de involucramiento que tuvieron estos especialistas: de modo más permanente y a largo plazo, como “funcionarios de carrera”; de manera más esporádica y distribuyendo sus ocupaciones en diversas arenas, como agentes “multiposicionales”; en la dirección y ejecución de reformas sanitarias en instituciones hospitalarias, centros de salud o regiones; en el asesoramiento de programas de reformas globales del sistema de salud.

Conclusiones. Interrogando el caso de la ESPUBA entre 1958-1976

1. Cambio de época y algunos balances

El Golpe de Estado de 1976 supuso el fin del gobierno de Isabel Perón (n. 1931), inaugurándose otra vez una dictadura cívico-militar, en esta ocasión encabezada por una Junta formada por los jefes de las Fuerzas Armadas. El autodenominado “Proceso de Reorganización Nacional” procedió a la ocupación de la totalidad de los cargos y puestos de conducción del Estado y consecuentemente la Universidad fue intervenida por un delegado militar del Ministro de Educación. En la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA se intervinieron también las diferentes dependencias académicas, como la ESPUBA. El proceso de represión política desatado sobre diversos sectores de la sociedad se expresó en la UBA en la persecución de los profesores que habían estado vinculados a las organizaciones políticas de la izquierda, tanto peronistas como marxistas. Esto fue acompañado además de varios despidos y renuncias de docentes. Varios sanitaristas de la ESPUBA renunciaron al poco tiempo, hacia mediados de 1976, en tanto que otros simplemente abandonaron sus responsabilidades en cada departamento sin elevar siquiera una renuncia formal. El director, Aldo Neri, renunciaría un año después.

Sin embargo, muchos profesores continuaron asociados a la Escuela durante todo el gobierno dictatorial y luego de éste también. El clima de efervescencia política experimentado en el país desde principios de la década de 1970, no había sido recibido con beneplácito por muchos sanitaristas de la UBA, excepto por el grupo de asesores que aprovecharon ese momento para acompañar una propuesta de reforma global del sistema sanitario (el proyecto y luego Ley del SNIS).⁸⁶ Una muestra de ello es que el *Cuaderno de Salud Pública*, la publicación oficial de la Escuela, se abstuvo de opinar sobre la materia y de hecho no publicó ningún número desde 1972 hasta 1975, cuando sobre el final del gobierno peronista, publicó sus últimos dos números en clave estrictamente técnica y profesional. Esta “reclusión” previa, que implicaba “darle la

⁸⁶ Incluso algunos profesores sintieron que el Golpe y la intervención de la Facultad era una oportunidad para volver a los claustros. Alberto Mondet por ejemplo, solicitó ser admitido como docente, alegando que “el motivo de mi renuncia al cargo de Profesor Regular Adjunto [en 1973], obedeció a la política de demagogia estudiantil imperante en ese momento”. (Legajo FCMUBA N° 43509 Alberto Mondet).

espalda” a lo que sucedía en la esfera política continuó durante los años del gobierno militar; la Escuela siguió funcionando y cumpliendo sus cronogramas y calendarios académicos sin mayores alteraciones. Pese a esto, la influencia de lo político sobre la esfera académica se hizo sentir de varias maneras, como en la renuncia de una parte del *staff* de profesores.

El gobierno de Jorge Rafael Videla (1976-1982) continuó con la política sanitaria heredada: el SNIS mantuvo su vigencia como Ley, pero no se produjo ninguna incorporación relevante al sistema; la política de racionalización de la administración hospitalaria continuó vigente y fue reglamentada la administración de hospitales, institucionalizando las funciones y atribuciones de los expertos en dichas materias (Argentina, 1977). Hacia finales de la década se intentó reformar la articulación entre los subsistemas del sector salud dando prioridad al proyecto de privatizar enteramente el sistema de la seguridad social y, por lo tanto, trasladando pacientes y afiliados desde las obras sociales hacia las empresas de medicina prepaga. Esta propuesta no prosperó por desavenencias en el propio gabinete de gobierno, pese a lo cual la medicina prepaga creció en número de afiliados/clientes y cantidad de consultas cubiertas y prestaciones directas (Belmartino, 2005:189).

El cambio más abrupto a partir de 1976 fue la relación entre el gobierno argentino y la OPS. Si desde 1952 hasta 1976 había sido una relación de concordia de objetivos y colaboración mutua, desde el Golpe militar se dieron dos situaciones nuevas. Por un lado, el gobierno de la Junta, a través del Ministerio de Relaciones Exteriores, elevó un reclamo formal ante la dirección de la Organización. (MREC, 1976:1). El motivo principal fue el monto de los fondos que la OPS destinaba al país en concepto de programas de fomento del desarrollo y formación de recursos humanos. Según la nota, Argentina contribuía con un monto que significaba el 7,40% del presupuesto total de la OPS, a cambio de lo cual sólo recibía un 40,57% de su aporte; mientras tanto Brasil, con igual contribución, tenía un “retorno” de 152,14%; Venezuela aportaba el 3,08% y recibía 113,86%; México el 8,27% con un retorno de 129,76%. Esto era percibido por la Junta como “favoritismo” y exigía que en la siguiente reunión del Comité ejecutivo de la OPS debía elevarse el “justo reclamo argentino”. Para el año 1976 el país había

contribuido con U\$S 1.806.897 y en 1977 se incrementaría su participación con U\$S 1.953.882 por lo que el reclamo debía ser realizado sin demora.

Por otro lado, el gobierno argentino elevó otra nota de advertencia solicitando ser consultado de manera obligatoria por el organismo panamericano, ante toda contratación de consultores de nacionalidad argentina. Según el documento, algunos ciudadanos argentinos identificados como “subversivos” habían sido contratados por la OPS ente 1975-1976 como consultores para desempeñar tareas en otros países americanos. El gobierno militar reclamaba ante la OPS el dar refugio a profesionales ligados a “organizaciones subversivas” y exigía que ante futuros nombramientos, se informara al Ministerio de Relaciones Exteriores argentino la nómina de candidatos, para aprobar su contratación. (MREC, 1977). Hay que notar que dichos nombramientos de consultores así como el otorgamiento de becas durante los años cincuenta y setenta fueron administradas por la oficina porteña de la Zona VI de la OPS y que los mismos se realizaban de acuerdo a los criterios generados en una relación de confianza entre el titular de la OPS en la Argentina, Emilio Budnik, los directores de la ESPUBA y otras escuelas o centros de formación y la red de sanitaristas ligados al organismo. La intervención de las autoridades militares en el nombramiento de estos expertos como consultores de la organización equivalía a una interrupción de su funcionamiento y autonomía habituales.

Volviendo a la ESPUBA, y echando una mirada hacia atrás, el ex-decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA, Andrés Santas, creía en 1976, que la institución había cumplido varios de sus objetivos, pero que debía seguir ampliando su oferta y atenta a las nuevas necesidades que estaban surgiendo. (Santas, 1976) En este sentido afirmaba que los temas que una Escuela de Salud Pública debía abordar no estaban prefijados y necesariamente variaban en el tiempo de acuerdo a procesos económicos, sociales, políticos, ambientales, etc., en constante transformación.

No hay acuerdo sobre la cantidad de sanitaristas que la ESPUBA formó: Santas (1976:126) afirma que hasta 1968 egresaron 949 especialistas; este número concuerda parcialmente con las estimaciones de la OPS para el mismo año, que contaba 946 egresados (OPS, 1968). Iriart et Al (1994) retomaron un relevamiento de 1985 y afirman que entre 1960 y ese año, egresaron 835 nuevos expertos. Este número está más

cerca de una estimación correcta: si tenemos presente que entre 1960-1966 se inscribieron en el curso “Diplomado en Salud Pública” unos 30 alumnos por año (haciendo una proyección aritmética simple hasta 1976 nos daría un total de 480 sanitaristas). A éstos hay que agregar los egresados de otros cursos, con lo cual el número calculado por el informe citado por Iriart et Al, puede ser más realista. Es probable que Santas haya sumado los egresados de la ESPUBA hasta 1969 más los egresados de la Escuela Nacional de Salud Pública que funcionó hasta los primeros años sesenta y luego se fusionó con su par de la UBA, lo que explica su cálculo. Además, puede haber tenido en cuenta todos los egresados de los cursos bimensuales, capacitaciones breves, seminarios de formación y otras modalidades menores.

Independientemente de estos balances numéricos, el caso de la ESPUBA es elocuente acerca de otros procesos más amplios, en varios sentidos. Se trató de una institución que nos permite, a través del estudio de sus antecedentes y orígenes, completar el panorama acerca de la configuración de un campo de la salud pública en Buenos Aires hacia los años centrales del siglo XX. Por otro lado, nos permite analizar el rol de la colaboración internacional en el crecimiento y consolidación de dicho campo, lo que a su vez, en el contexto de las décadas de 1960-1970 adquiere especial relevancia por su vínculo con el discurso y las políticas desarrollistas desplegadas a nivel continental. Por último, es un ejemplo ilustrativo del rol del Estado como ente interesado en formar y entrenar médicos y otros agentes de salud pública.

2. Higiene y salud pública en Buenos Aires entre 1940-1976

La experiencia de la ESPUBA vino a integrarse, como una experiencia renovadora, en el ámbito de la salud pública de Buenos Aires, en pleno desarrollo en las décadas anteriores. Observar su desenvolvimiento desde fines de los años cincuenta, sin perder de vista sus antecedentes, nos permitió mapear la *performance* académica, social y cultural de un grupo profesional compuesto por quienes se reconocían como higienistas hacia principios de la década de 1940 y como sanitaristas hacia los años sesenta-setenta.

Como pudimos ver, en el momento de surgimiento de la ESPUBA, hacia 1958-1960, el campo de estos profesionales reunía varias características: funcionamiento de

instancias de formación académica, existencia de asociaciones de especialistas y publicaciones que daban visibilidad a la *expertise* practicada por estos agentes, así como nexos con agencias estatales e incipientes vínculos con el escenario internacional. Se trataba de un panorama de luces y sombras, de “avances”, acumulaciones, tendencias, potencialidades y algunos desarrollos que habían empezado a ser vistos como insuficientes.

En primer lugar, entonces, distintos grupos de profesores universitarios habían logrado hacia 1960 establecer prácticas de enseñanza-aprendizaje en torno a temas, conceptos y técnicas sanitarias. En un marco institucional central para la comunidad médica porteña, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires albergó desde 1940 un “Curso Superior de Higiene”, lo mismo que su par de Ingeniería había alentado la creación de cursos y cátedras sobre saneamiento urbano, potabilización, administración de desechos y otras materias que preocupaban a ingenieros, químicos y bioquímicos.

En segundo lugar, como consecuencia de este desarrollo académico, los partidarios e impulsores de un mayor reconocimiento para la especialidad lanzaron paralelamente la Asociación Argentina de Higiene, mayoritariamente formada por médicos; unos años antes los ingenieros habían creado una División de Ingeniería Sanitaria dentro del Centro Argentino de Ingenieros. Estos grupos de profesores también patrocinaron iniciativas de comunicación intra e inter-grupal (como la revista *Hygieia* y el *Boletín de la División de Ingeniería Sanitaria*).

Como producto de estas actividades articuladas entre cátedras universitarias, asociaciones profesionales y revistas especializadas, se había formado hacia 1960 un ámbito de autoridades, médicos e ingenieros “notables”, avalados por su prestigio y relaciones personales, por su experiencia de décadas y contactos eventuales con el escenario internacional. Los vínculos entre este orbe académico y el mundo más amplio de la política, la gestión pública y cierta circulación “popular” de ideas e imágenes de la salud pública, constituían una característica claramente observable entre 1940-1960. Estas vinculaciones del ámbito de los especialistas en salud pública con otras esferas, acabaría otorgándoles a los impulsores y entusiastas de la especialidad varios recursos para la transformación de su propio campo.

En este sentido, ya desde 1940 existió un nexo entre higienistas del “Curso Superior de Higiene” y las agencias estatales especializadas en la administración de la salud. Varios de estos agentes (graduados y profesores del Curso) se incorporaron a la gestión pública como funcionarios y asesores de las políticas sanitarias del peronismo durante los años 1946-1955: Germinal Rodríguez, Francisco Martone, Luis Lepera, Omar Rodríguez Cámpora son algunos ejemplos de los médicos que formaron parte de este contingente. Por otro lado, el saber experto que se había venido perfilando en los textos y proyectos de estos agentes expertos, era un discurso que mantenía vínculos con públicos masivos, de manera tal que algunas discusiones, temas y figuras de la salud pública podían ser percibidos por tribunas de legos. Por último, desde sus inicios, este ámbito de *expertise* fue un tipo de actividad altamente vinculada con redes internacionales, lo que comenzaría a potenciarse desde la segunda mitad de la década de 1940.

La ESPUBA y el actuar de los sanitaristas de los años sesenta-setenta, no vinieron a marcar una ruptura de este mundo de catedráticos y especialistas universitarios, sino principalmente a complejizar algunas de sus características centrales y a completar su esquema de funcionamiento. Comparada con la “oferta académica” disponible para los higienistas de los años cuarenta, la propuesta de la ESPUBA vino a responder, desde los ojos de sus impulsores, a un diagnóstico de luces y sombras, con un experimento de enseñanza-aprendizaje-investigación más compleja que aquella ofrecida por el “Curso Superior de Higiene”. La Escuela intentó llevar un paso más adelante la formación académica y el entrenamiento profesional de los sanitaristas, mediante cursos más variados, con mayor carga horaria, con un contacto más estrecho con la práctica de la administración de la salud y con una mejor adecuación a lo que desde la Universidad, el Estado y los organismos internacionales se interpretaba como “necesidades del sistema sanitario”.

Esta experiencia resultó renovadora por múltiples motivos, no sólo por su diseño curricular. El más obvio, quizás, es que se trató de una empresa altamente representativa del clima de efervescencia e innovación institucional que se vivió en la Universidad entre 1955-1966. Los recursos que dieron pie a la ESPUBA, fueron similares o prácticamente los mismos que los que posibilitaron la emergencia de otros núcleos

académicos innovadores, como la sociología “científica”, la creación de nuevas carreras (psicología, antropología, etc.) y el impulso a la investigación científico-técnica.

Pero la experiencia de la ESPUBA fue renovadora por otros motivos. Propició una mayor institucionalización de la participación de los sanitaristas universitarios en las redes internacionales de salud pública; la Escuela permitió transformar los viajes de formación esporádicos y las eventuales participaciones en congresos internacionales, en una práctica más regularizada, sostenida además por la colaboración más cercana y estable con organismos internacionales como la OPS. Por otro lado, la Escuela estimuló una floreciente vida intelectual, cultivada a través de varios dispositivos editoriales, y orientada a explicitar un nuevo lenguaje y adaptar conceptos generales sobre el desarrollo y la salud, al análisis de problemáticas concretas del sistema de salud argentino. Por último, la Escuela dio continuidad y forma definitiva al involucramiento de las agencias estatales en la formación de cuadros técnicos especializados en esta materia. Veamos a continuación algunas conclusiones sobre estas innovaciones expresadas en el caso de la ESPUBA.

3. Los sanitaristas y las redes internacionales

El análisis del vínculo entre la ESPUBA y los organismos internacionales, permitió que conozcamos algunos aspectos novedosos. Para comenzar, la ESPUBA fue un centro formativo ampliamente conectado con diferentes organismos internacionales, con gran énfasis en la OPS. Como vimos, se trató de una relación aún más estrecha la que la Escuela mantuvo con el organismo panamericano, en detrimento de otros vínculos con agencias internacionales privadas y gobiernos de otros países. Si visitamos la sede de la ESPUBA en la ciudad de Buenos Aires, lo primero que notamos en el *hall* de entrada es una placa conmemorativa de agradecimiento a la OPS por su cooperación a lo largo de los años. Más allá de las características intrínsecas de este vínculo, acompañado por el buen entendimiento entre los diferentes gobiernos argentinos del período 1955-1976 y el espacio de las Naciones Unidas, se trató de una relación característica de esos años, un intercambio y una colaboración orgánica, institucionalizada y sostenida en el tiempo. Este fenómeno sólo lo encontramos en ciernes, en desarrollo, insinuado, en períodos

anteriores, cuando algunos médicos participaban de encuentros esporádicos en congresos internacionales, en calidad de enviados extraordinarios, y no sólo en representación de sus colegas expertos sino muchas veces como delegados gubernamentales. La mayor institucionalización de la participación de los sanitaristas de Buenos Aires en las redes internacionales de salud pública fue notable en el rol de la OPS como *sponsor* internacional de la ESPUBA y en el hecho de que los sanitaristas de los sesenta-setenta desarrollaron diversos vínculos con redes intelectuales globales y con los organismos que tuvieron un gran auge en el período posterior a 1945.

En conjunto, el apoyo internacional de la OPS pero también de organizaciones como *Millbank Memorial Fund*, *Council of Population* y gobiernos extranjeros (Francia, Holanda, Bélgica) posibilitaron que casi la mitad de los profesores de la ESPUBA se entrenaran en universidades de América Latina, Estados Unidos y Europa, en dicho orden de importancia. De aquí surge también un dato relevante: la preeminencia de las universidades americanas y estadounidenses sobre las europeas. Esto obedece a un importante cambio de época para la educación médica, respecto a la cual las clínicas, institutos y universidades europeas estaban dejando su lugar de vanguardia a las escuelas estadounidenses, como las emplazadas en Johns Hopkins University, Harvard University y Columbia University. Lo llamativo para nuestro caso es que el peso relativo de las universidades latinoamericanas fue mayor: las escuelas de salud pública de Centro y Sud América recibieron más alumnos argentinos, y latinoamericanos en general, que sus pares norteamericanas, tendencia que confirmamos en el Capítulo Dos.

Ahora bien, la ESPUBA no sólo acentuó características y tendencias hacia la esfera internacional existentes en el ámbito de la salud pública ya entre 1940-1960, sino que en sí misma constituyó un desarrollo diferente de otras experiencias de la “salud internacional”, tanto previas a la Segunda Guerra Mundial como posteriores: su desarrollo no se trató de un enclave extranjero pasajero, ni de una misión de exploración, ni de una experiencia de asesoramiento breve de una fundación extranjera (como en otros casos nacionales que han captado la atención de los historiadores de la salud en América Latina y el Caribe). Al contrario, se trató de una experiencia nacional-internacional que dio inicio a una empresa duradera, con objetivos que se sostuvieron en

el tiempo, orientados a formar cuadros técnicos y ampliar las “capacidades estatales”, lo que también se expresa en que el grueso de los estudiantes formados en esta Escuela fueron argentinos, mayormente funcionarios y agentes estatales. Este tampoco es un dato menor: a diferencia de otros centros de formación latinoamericanos, como las escuelas de salud pública de México, Río de Janeiro y San Juan de Puerto Rico, que recibían una alta cuota de aspirantes a sanitaristas provenientes del resto de los países de la región, la ESPUBA atrajo a una mayoría de médicos y otros profesionales de la Capital Federal y la mayoría de las provincias.

Por último, ¿nos dice algo esta experiencia sobre las características de la intervención de los organismos internacionales en la Argentina de los años sesenta-setenta y las peculiaridades de ese “arribo” de agencias, bancos y organismos extranjeros en comparación a lo sucedido en otros países de América Latina? Los años sesenta fueron cruciales para la expansión y puesta en práctica de un discurso del desarrollismo internacional. Tanto el saber de los sanitaristas de los sesenta-setenta, sus expresiones, vida intelectual y proyectos e ideas, como el funcionamiento mismo de la ESPUBA estuvieron ampliamente atravesados por aquel marco de conceptos y programas de alcance continental. La Escuela, en este sentido, se vinculó al despliegue de un “estado de bienestar y desarrollo” en los países de América, marcado por la austeridad, la búsqueda de racionalidad y tendencias descentralizadoras (Offner, 2019). Pero a diferencia de otras experiencias de *State-Building* en clave desarrollista y reformas políticas y sociales llevadas adelante en la región (reformas agrarias en Chile y Colombia, por ejemplo), el caso de la ESPUBA parece indicar que la intervención de los organismos multilaterales de la segunda posguerra apuntaron, en nuestro país, menos a producir reformas estructurales (régimen de propiedad y explotación de la tierra, reformas laborales, fiscales, legales, etc.) que a la formación de cuadros técnicos, a estimular el entrenamiento profesional y a incidir en la educación superior y la configuración intelectual de las élites. En ese sentido, creemos, a manera de conjetura final, que el vínculo OPS-ESPUBA puede señalar la modalidad específica que adquirió el “arribo” de aquellos organismos internacionales a Argentina, en tanto patrocinadores de un mejor entrenamiento para ciertos cuadros técnicos (necesarios para la planificación del desarrollo), antes que un estímulo directo a reformas estructurales-productivas generales de la economía y la sociedad argentinas.

4. Los sanitaristas y las agencias estatales

Ahora bien, la experiencia de la ESPUBA no sólo fue un nodo en una red de instituciones internacionales sino también una Escuela ampliamente comprometida con el “juego local” y por lo tanto conectada con diferentes autoridades y dependencias estatales argentinas, interesadas a su vez en el entrenamiento de profesionales capacitados para la administración sanitaria. En este sentido, comparativamente con épocas anteriores, desde las gestiones estatales se intentó reducir la improvisación en la política estatal de formación de recursos humanos en salud pública y se alcanzó una mayor estabilidad, lográndose un “acuerdo” entre la voluntad del poder central del Estado de dirigir por mano propia el entrenamiento de estos cuadros técnicos y la autonomía/independencia de la Universidad como autoridad educativa formadora de profesionales. Esto implicó una distribución de tareas o funciones: las agencias estatales comprometidas en el gobierno de la salud de la población se encargarían de financiar la formación de cuadros técnicos y emplearlos como agentes capacitados; la escuela universitaria se encargaría de efectuar ese entrenamiento y garantizar su calidad académica. Creemos que este “acuerdo” tácito es palpable a partir de dos indicios nítidos: primero, si bien desde la Secretaría de Salud nacional, entre 1958-1962, se intentó una vía “estatal pura” mediante la creación de un “Bachillerato de Sanidad” y de una Escuela Nacional de Salud Pública, ambas experiencias duraron unos pocos años y luego fueron sustituidas por la política oficial de los gobiernos posteriores, que respaldaron a la ESPUBA y a otros centros universitarios, reconociendo la competencia de la universidad como única institución capacitada para formar agentes expertos (esto fue afirmado literalmente por el ministro Arturo Oñativia en las II Jornadas Argentinas de Salud Pública en 1963). Un segundo indicio de estabilidad y mayor institucionalización de la política de recursos humanos, al menos en el aspecto sanitario: la duración en los cargos. No fueron pocos los sanitaristas de la ESPUBA que sirvieron a la burocracia estatal como “funcionarios de carrera”. Los casos que encontramos de profesores en la función pública por más de 10 o 15 años ameritan preguntarse si, pese a las rupturas institucionales y cambios de elencos en los niveles altos de la administración, no podrían tratarse de indicios elocuentes de la configuración de una burocracia especializada, profesional y estable. En otras palabras, de una “estructura” administrativa similar a la caracterización propuesta por los autores que se han

concentrado en el desarrollo de burocracias modernas en América y Europa (Skowronek, 1982; Dreyfus, 2012; Di Liscia y Soprano, 2017), valga decir, un cuerpo de funcionarios signado por la neutralidad política de los agentes, permanencia en la función, reclutamiento a través de entrenamiento especial o examen de ingreso, reglas uniformes para el control de la promoción, disciplina, remuneración y retiro.

Lo que podemos constatar de modo fehaciente es que los sanitaristas de los sesenta-setenta generaron un vínculo en diversos niveles con la burocracia estatal, en la jurisdicción nacional, en las provincias, en la ciudad de Buenos Aires, etc. Estas articulaciones permitieron una incorporación directa de los egresados de la ESPUBA en los diferentes cargos de la gestión pública y el sub-sistema estatal del sector salud, donde esos expertos comenzaban a ser necesarios para cumplir nuevos requisitos de racionalidad administrativa, por ejemplo. La Escuela, en dicho sentido, fue un semillero de cuadros técnicos, un espacio de entrenamiento profesional al que concurrieron agentes estatales en busca de mejorar sus capacidades.

En su carácter de escuela de futuros funcionarios se puede observar en el siguiente cuadro que de los once ministros o secretarios de salud nacionales que duraron en sus cargos más de un año, seis fueron egresados de la ESPUBA (Neri, Mazza, González García, Manzur, Lemus, Rubinstein), lo que muestra la relevancia de la institución en un plazo medio y más allá del período por nosotros estudiado.⁸⁷

⁸⁷ Héctor José Lombardo, quien fue Ministro de Salud durante el gobierno de F. De la Rúa, también era sanitarista pero no pudimos determinar si tuvo alguna formación académica y dónde la obtuvo.

Cuadro N° 9. Formación académica de las autoridades sanitarias 1983-2019

Autoridad	Cargo	Período	Formación ESPUBA
Aldo Neri	Ministro de Salud y Acción Social	1983-1986	Sí
Conrado Storani	Ministro de Salud y Acción Social	1986-1987	No
Ricardo A. Barrios Arrechea	Ministro de Salud y Acción Social	1987-1989	No
Julio César Aráoz	Ministro de Salud y Acción Social	1991-1993	No
Alberto José Mazza	Ministro de Salud y Acción Social	1993-1999	Sí
Héctor Lombardo	Ministro de Salud y Acción Social	1999-2001	S/D
Ginés González García	Ministro de Salud y Ambiente	2002-2007	Sí
Graciela Ocaña	Ministra de Salud y Ambiente	2007-2009	No
José Luis Manzur	Ministro de Salud	2009-2015	Sí
Jorge Lemus	Ministro de Salud	2015-2017	Sí
Adolfo Rubinstein	Ministro/Secretario de Salud	2017-2019	Sí

Otros casos que analizamos se adecuaron más a un perfil de “expertos”. Los ejemplos son abundantes, ya que la mayoría de los profesores de la ESPUBA mantuvieron durante todo el período, y luego también, una tendencia muy dinámica que

los llevó más allá de la función pública estable y el funcionariado de carrera hacia tareas muy variadas de consultoría, para el Estado, para otros actores nacionales y para organismos internacionales.

En conjunto, la *performance* de los sanitaristas de la ESPUBA como agentes vinculados al Estado nos muestra un grupo de profesionales con un poder de intervención más especializado que el puesto en práctica por los higienistas en la primera mitad del siglo XX. El entramado constituido por la ESPUBA estimuló una renovada vida intelectual y un conjunto de saberes crecientemente especializados. El grupo de profesores de la Escuela y otros sanitaristas asociados por emprendimientos comunes con estos, en este sentido, fue también un colectivo creador de discursos acerca de la salud, el desarrollo, la “buena” administración de los recursos sanitarios y las consecuencias sociales y sanitarias del sub-desarrollo. La producción de conocimiento práctico y específico fue una de las características de esta vida intelectual, a mitad de camino entre el imperativo desarrollista internacional y la necesidad de tecnificar la mirada y las prácticas de los especialistas en salud pública. Este conocimiento práctico fue una conjugación interesante de los postulados sostenidos por los organismos y expertos internacionales acerca de la relación íntima entre salud y economía. Por otro lado, fue una propuesta enriquecida por la incorporación de elementos de las ciencias sociales al análisis sanitario y por la preocupación por el sujeto detrás de los procesos sociales más amplios que afectaban a la economía y la salud de la población. Esto respondía a estímulos de diversa índole: la promoción de la medicina social en América Latina, la lectura de obras extranjeras que acentuaban el papel de factores psicológicos y relacionales, los viajes de formación hacia centros avanzados de entrenamiento en salud pública donde la incorporación de las herramientas y perspectivas de las ciencias sociales contaba con un mayor avance.

Asimismo, comparada con la experiencia histórica posterior a 1976, la participación de los sanitaristas como expertos y funcionarios de Estado reconoce en los años sesenta-setenta un último momento de esplendor y esto se debió principalmente un declive del rol de la medicina en el diseño de la política sanitaria y al ascenso de la economía como disciplina académica dominante en la gestión pública. Expertos en economía y finanzas, ente los años 1980 y 1990 fueron ocupando un rol más relevante en la conformación de

equipos técnicos del Estado y se constituyeron en poderosas contrapartes para los médicos de salud pública. Cada vez más, desde los años setenta, empezó a notarse una presencia creciente de economistas en la gestión pública, no sólo en Argentina sino a nivel global (Markoff y Montecinos, 1994:4).⁸⁸ Este tipo de expertos adquirieron importancia no sólo en la administración de la economía sino también en el diseño y la toma de decisiones importantes respecto de las políticas sanitarias y sociales en los años noventa, cuando empezaron a compartir con los sanitaristas la planificación de los servicios de salud y la administración sanitaria. Estas políticas se caracterizaron por un mayor declive del Estado central en la administración de sus propios recursos sanitarios, una liberalización del “mercado” de la atención médica, lo cual dio pie a profundizar la privatización de la salud y de la seguridad social (Cerdá y Ramacciotti, 2015:231). Como resultado, los debates importantes sobre posibles reformas del sistema de salud en los años noventa, tuvieron como protagonistas a economistas y médicos de la medicina prepaga,⁸⁹ presentes tanto en las propuestas de modificación del sistema de obras sociales (Cerdá y Ramacciotti, 2015, 237-248) como en las diferentes experiencias de descentralización hospitalaria (Molina, 2018), que profundizaron la tendencia privatista del sistema.

Finalmente, surgen algunas preguntas en base a lo que hemos visto. ¿Qué transformaciones experimentó el rol y el perfil de los expertos en salud pública hacia finales del siglo XX?, ¿qué otros perfiles, prácticas y discursos expertos surgieron en ese período?, ¿cuál fue el accionar específico de los sanitaristas en los procesos de desregulación de la medicina privada desde los años 1990 en adelante?, ¿cómo

⁸⁸ Como afirmaron Centeno y Silva, estos tecnócratas se caracterizan por anclar su intervención en la posesión de ciertos saberes “científicos”, en no ser responsables últimos por las consecuencias de sus recomendaciones, en priorizar el crecimiento económico por sobre el desarrollo social, en aceptar y difundir la idea de la necesidad de un orden social estable y de no desafiar la jerarquía social. (1998:3-4).

⁸⁹ Un caso ilustrativo es el del médico Alberto José Mazza (n. 1938), secretario de salud durante la presidencia de Carlos Menem, vinculado al mundo de la medicina prepaga. Si bien Mazza había sido Jefe de Planeamiento del Ministerio de Bienestar Social en los años 1970, a partir de 1981 fue presidente de la Asociación de Entidades de la Medicina Prepaga y presidente de Galeno, una empresa de medicina privada. Su llegada al máximo cargo de responsabilidad sanitaria en el Ministerio de Salud hacia los años 1990 simbolizó tanto el desplazamiento de una concepción de la salud pública como palanca del desarrollo como de elencos médicos formados en la segunda mitad del siglo XX preocupados por planificar y mejorar la atención médica provista por el Estado.

incidieron en los debates sobre la reforma y descentralización de la salud en esa década?, ¿qué otros organismos internacionales orbitaron en torno a la experiencia social de estos expertos en Argentina luego del fin de la Guerra Fría?, ¿qué papel cumplieron otros actores internacionales, como los grandes conglomerados de empresas farmacéuticas y de tecnología médica en la formación de sanitaristas y en la educación médica general? Abordando estos y otros interrogantes, estudios posteriores podrían arrojar luz sobre los cambios y continuidades que este mundo social de expertos experimentó en los últimos 40 años.

Bibliografía

Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.

Altamirano, C. (1998). “Desarrollo y desarrollistas”, en *Prismas: Revista de Historia Intelectual*, 2. Pp.75-94.

Altamirano, C. (2001). *Bajo el signo de las masas (1943-1973)*, Buenos Aires: Ariel.

Álvarez, A. Carbonetti, A. (Eds.) (2008). *Saberes y prácticas médicas en la Argentina. Un recorrido por historias de vida*. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata.

Álvarez, A. (2008). “Tras la vida de un higienista y filántropo: Emilio Coni”, en Álvarez, A. y Carbonetti, A. (eds.) (2008). *Saberes y prácticas médicas en la Argentina. Un recorrido por historias de vida*. Mar del Plata: Eudem, Pp. 51-93

Agnese, G. (2011). *Historia de la fiebre hemorrágica argentina (1963-1990)*. Rosario: Prohistoria.

Agnese, G. (2013). "Entre controversias científico-médicas y movilizaciones populares. Población epidémica y vacunas contra la fiebre hemorrágica argentina, 1958-1990", en *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* 65 (1).

Álvarez, A. (2010). *Entre muerte y mosquitos. El regreso de las plagas en la Argentina (siglos XIX y XX)*. Buenos Aires: Biblos.

Armus, D. (2006). “Curas de reposo y destierros voluntarios. Narraciones de tuberculosos en los enclaves serranos de Córdoba”, en Bongers, W. y Olbrich, T. (2006). *Literatura, cultura, enfermedad*. Buenos Aires: Paidós. Pp. 115-137.

Armus, D. (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa.

Balán, J. (1991). *Cuéntame tu vida. Una biografía colectiva del psicoanálisis argentino*. Buenos Aires: Planeta.

- Barrancos, D. y Vilaça Mendes, E. (1992). *Memoria de planificadores: Otra historia de la planificación de Salud en América Latina*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Barrutia, A. (2003). “Estábamos enamorados de la ciencia y la cultura”, en Rotunno, C. & Díaz de Guijarro, E. (Comps.) (2003). *La construcción de lo posible. La Universidad de Buenos Aires de 1955 a 1966*. Buenos Aires: Libros del Zorzal. Pp.183-202
- Belmartino, S. Bloch, C., Carmino, M. y Persello, A. (1991). *Corporación médica y poder en salud. Argentina, 1920-1945*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Belmartino, S. Bloch, C. (1993). “La medicina prepaga en la Argentina: su desarrollo en la Argentina desde los años sesenta”, en *Cuadernos Médico-Sociales*, N° 64. Pp. 5-29.
- Belmartino, S. Bloch, C. (1994). *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos y modelos organizativos (1960-1985)*. Publicación N° 40. Argentina: Organización Panamericana de la Salud.
- Belmartino, S. (2005). *La atención a la salud en la Argentina del siglo XX*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Belmartino, S. (2011). *Historias comparadas de la profesión médica en Argentina y EE.UU.* Buenos Aires Miño y Dávila Editores.
- Biernat, C. (2015). “Interferencias políticas e interinstitucionales en el proyecto de centralización de la administración sanitaria nacional (1943-1945)”, en *Anuario del Instituto de Historia Argentina*, N° 15. Pp. 1-19.
- Biernat, C. (2016). “La Organización Panamericana de la Salud en la configuración de las políticas sanitarias latinoamericanas de entreguerras”, en *Revista E-Latina*, 14 (54).
- Biernat, C. Ramacciotti, K. (2017). “La formación en Salud Pública como vehículo de profesionalización de la burocracia sanitaria argentina del siglo XX”, en Di Liscia, S. Soprano, G. (2017). *Burocracias estatales, problemas, enfoques y estudios de caso en la Argentina (entre fines del siglo XIX y XX)*. Rosario: Prohistoria. Pp. 137-161.

- Biernat, C. Ramacciotti, K. Rayez, F. (2019). "La capacitación en salud pública en la Argentina entre 1900-1960", en *Unisinos*, 22(4). Pp. 637-650.
- Berrotarán, P. (2003). *Del Plan a la Planificación. El Estado durante la época peronista*. Buenos Aires: Imago Mundi.
- Berrotarán, P. (2012). "Guiso de liebre sin liebre: Estado, burocracias y peronismo", en Zimmermann, E. Plotkin, M. (2012). *Las prácticas del Estado. Política, sociedad y élites estatales en la Argentina del siglo XX*. Buenos Aires: Edhasa. Pp. 131-155.
- Birn, A. (2006). *Marriage of Convenience: Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico*. Rochester: University Of Rochester Press.
- Blanco, A. (2006). *Razón y modernidad: Gino Germani y la sociología en Argentina*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Bohoslavsky, E. Soprano, G. (2010). *Un Estado con rostro humano: funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*. Los Polvorines: Universidad Nacional General Sarmiento / Prometeo Libros.
- Bordi de Ragucci, O. (1992). *Cólera e Inmigración, 1880-1900*. Buenos Aires: Editorial Leviatán.
- Bourdieu, P. (2000). "El campo científico", en *Los usos sociales de la ciencia*. Buenos Aires: Nueva Visión. Pp. 11-27.
- Bourdieu, P. (2002 [1983]). "Campo intelectual y proyecto creador", en Bourdieu, P. (2002). *Campo del poder y campo intelectual*. Buenos Aires: Folios Ediciones. Pp. 9-50.
- Bourdieu, P. (2014). *Homo Academicus*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Bourdieu, P. (2015). *La nobleza de estado. Educación de la élite y espíritu de cuerpo*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Bowers, J. Purcell, E. (1976). *Escuelas de Salud Pública, presente y futuro*. Buenos Aires: El Ateneo.

- Buchbinder, P. (2005). *Historia de las Universidades argentinas*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Burke, P. (2006). *Visto y no visto. El uso de la imagen como documento histórico*. Barcelona: Crítica.
- Caimari, L. (2004). *Apenas un delincuente. Crimen, castigo y cultura en la Argentina (1880-1955)*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Calandra, B. y Marina Franco. (Eds.) (2012). *La Guerra Fría cultural en América Latina. Desafíos y límites para una nueva mirada de las relaciones interamericanas*. Buenos Aires: Biblos.
- Califfa, J. (2010). “La militancia estudiantil en la Universidad de Buenos Aires entre golpe y golpe, 1943-1955”, en Buchbinder, Pablo; Califa, Juan Sebastián; Millán, Mariano. (Comps.). *Apuntes sobre la formación del movimiento estudiantil argentino (1943-1973)*. Pág. 31-79.
- Campione, D. (2007). *Orígenes estatales del peronismo*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Carter, E. (2012). *Enemy in the Blood. Malaria, Environment and Development in Argentina*. Tuscaloosa: The University of Alabama Press.
- Carter, E. (2018). "Social Medicine and International Expert Networks in Latin America, 1930–1945", en *Global Public Health*, DOI: 10.1080/17441692.2017.1418902.
- Cartwright, F. (1983). *A Social History of Medicine*. London: Longman.
- Cavarozzi, M. (2005). *Autoritarismo y democracia (1955-2006)*. Buenos Aires: Ariel.
- Celton, D. Carbonetti, A. (2007). “La transición epidemiológica”, en Torrado, S. (2007). *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del siglo XX*. Tomo 1. Buenos Aires: Edhasa. Pp. 369-398.
- Cerdá, J. y Ramacciotti, K. (2015). “Las políticas de salud en la década de 1990”, en Biernat, C.; Cerdá, J.; Ramacciotti, K. (Directores). (2015). *La Salud Pública y la enfermería en la Argentina*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Centeno, M. y Silva, P. (1999). *The Politics of Expertise in Latin America*. New York City: St. Martin’s Press.

Cerra, A. (2016). “Rogelio Frigerio: la intervención del desarrollismo argentino”, en Jáuregi, A., Cerra, A. y Yazbek, S. (2016). Génesis y construcción del desarrollismo argentino. Buenos Aires: Biblos. Pp. 73-125.

Chadarevian, S. (2015). “*Human population studies and the World Health Organization*”, en *Dynamis* 2015; 35 (2): 359-388.

Charle, C. (1980). “*Le recrutment des hautes fonctionnaires en 1901*”, en *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 35e Année, No. 2 (Mar. - Apr., 1980), pp. 380-409.

Charle, C. (2015). *Birth of Intellectuals, 1880-1900*. Cambridge: Polity Press.

Charle, C. (2006). “Introducción a la Segunda Parte” en Charle, C. Schriewer, J. Wagner, P. (Comps.). (2006). *Redes intelectuales transnacionales. Formas de conocimiento académico y búsqueda de identidades culturales*. Barcelona: Ediciones Pomares. Pp.175-180.

Charle, C. Schriewer, J. Wagner, P. (Comps.). (2006). *Redes intelectuales transnacionales. Formas de conocimiento académico y búsqueda de identidades culturales*. Barcelona: Ediciones Pomares.

Cocks, G. Jarausch, K. (Ed.). (1990). *German Professions, 1800-1950*. New York: Oxford University Press.

Corfield, P. (1995). *Power and the Professions in Britain, 1700-1850*. London: Routledge.

Cueto, M. (1989). *Excelencia científica en la periferia. Actividades científicas e investigación biomédica en el Perú, 1890-1950*. Lima: GRADE-CONCYTEC.

Cueto, M. (1990). “*The Rockefeller Foundation's Medical Policy and Scientific Research in Latin America: The Case of Physiology*”, en *Social Studies of Science*, Vol. 20, No. 2 (May, 1990), pp. 229-254.

Cueto, M. (1992). “*Sanitation from above: Yellow Fever and Foreign Intervention in Peru, 1919-1922*”, en *The Hispanic American Historical Review*, Vol. 72, No. 1 (Feb., 1992), pp. 1-22

Cueto, M. (1997). “*Science under Adversity: Latin American Medical Research and American Private Philanthropy, 1920-1960*”, en *Minerva*, 33, pp. 233-245.

Cueto, M. (1999). “Imágenes de la salud, la enfermedad y el desarrollo: fotografías de la Fundación Rockefeller en Latinoamérica”, en *História Ciências Saúde-Manguinhos*, 5 (3). Recuperado de: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000100007

Cueto, M. (2000). *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

Cueto, M. (2004). *El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington D.C.: OPS.

Cueto, M. (2013). *La salud internacional y la Guerra Fría: erradicación de la malaria en México, 1956-1971*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Cueto, M. (2020). “La salud global, la salud planetaria y los historiadores”, en *Quinto Sol. Revista de historia*. 24 (3). Pp. 1-21

Cueto, M. y Palmer, S. (2015). *Medicine and Public Health in Latin America: A History*. Cambridge: Cambridge University Press.

Cueto, M.; Brown, T.; Fee, Elizabeth. (2011). “El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría”, en *Apuntes. Revista de Ciencias Sociales*, 69. Pp. 129-156.

Daniel, C. (2012). “Contar para curar: estadísticas y comunidad médica en Argentina, 1880-1940”, en *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 19 (1), pp.89-114.

Deciancio, M. y Tussie, D. (2012). “Argentina en el mundo”, en Plotkin, M. (Coord.). (2012). *Argentina: la búsqueda de la democracia. Tomo 5*. Buenos Aires: Fundación Mapfre, Taurus. Pp. 95-144.

De Riz, L. (2000). *La política en suspenso. 1966-1976*. Buenos Aires: Paidós.

Dezalay, Y. & Garth, B. (2002). *La internacionalización de las luchas por el poder. La competencia entre abogados y economistas por transformar los Estados latinoamericanos*. Bogotá: ILSA.

Di Liscia, M. (2017). “Inmigración, salud y burocracia. Casos y perspectivas de análisis (1876-1920)”, en Di Liscia, M. y Soprano, G. (2017). *Burocracias estatales. Problemas, enfoques y estudios de caso en la Argentina (entre fines del siglo XIX y XX)*. Rosario: Prohistoria ediciones.

Di Liscia, M. y Palma, P. (2020). “Salud global e historia. Estado de la cuestión y perspectivas críticas”, en *Quinto Sol. Revista de historia*, 24 (3). Pp. 1-5.

Di Liscia, M. y Soprano, G. (2017). *Burocracias estatales. Problemas, enfoques y estudios de caso en la Argentina (entre fines del siglo XIX y XX)*. Rosario: Prohistoria ediciones.

Dingwall, R. (2008). *Essays on Profession*. London: Ashgate.

Di Tella, G. (1983). *Perón-Perón, 1973-1976*. Buenos Aires: Hyspamérica.

Dreyfus, F. (2012). *La invención de la burocracia. Servir al Estado en Francia, Gran Bretaña y Estados Unidos, Siglos XVIII-XX*. Buenos Aires: Editorial Biblos/Pensamiento Social.

Elliott, P. (1972). *The Sociology of Professions*. London: The Macmillan Press Ltd.

Farley, J. (2004). *To cast out disease. A history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*. New York: Oxford University Press.

Farley, J. (2008). *Brock Chisholm, the World Health Organization, and the Cold War*. Vancouver: UBC Press.

Fee, E. (2016). *Disease and Discovery. A History of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health*. Baltimore: JHU Press.

Feld, A. y Matharan, G. (2016). “La constitución del campo de la investigación petroquímica en la Argentina (1942-1983)”, en Kreimer, P. (2016). *Contra viento y*

mareas. *Emergencia y Desarrollo de campos científicos en la Periferia. Argentina Segunda mitad del siglo XX*. Buenos Aires: CLACSO.

Ferrari, M. (2010). "Prosopografía e historia política. Algunas aproximaciones". *Antíteses*, 3 (5). Pp. 529-550.

Ford, A. (2003). "Eudeba, una revolución editorial", en Rotunno, C. & Díaz de Guijarro, E. (Comps.) (2003). *La construcción de lo posible. La Universidad de Buenos Aires de 1955 a 1966*. Buenos Aires: Libros del Zorzal. Pp. 235-250.

Foucault, M. (2013 [1963]). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Freidson, E. (1978). *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Ediciones Península.

Freidson, E. (1979). "Personal médico", en Stills, D. (Ed.) (1979). *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*. Madrid: Aguilar. Pp. 139-152.

Galeano, D., Trotta, L., y Spinelli, H. (2011). "Juan César García y el movimiento de la medicina social en América Latina", en *Salud Colectiva*, 7 (3). Pp. 285-315.

Galván, M. (2018). "El anticomunismo transnacional y los gobiernos de facto de la 'Libertadora': vínculos y ejes interpretativos", en Galván, M. y María Florencia Osuna (2018). *La 'Revolución Libertadora' en el marco de la Guerra Fría. La Argentina y el mundo durante los gobiernos de Lonardi y Aramburu*. Rosario: Prohistoria ediciones. Pp. 72-90.

Gilman, C. (2003). *Entre la pluma y el fusil. Dilemas y debates del escritor revolucionario en América Latina*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Gociol, J. (2012). *Libros para todos: Colecciones de Eudeba bajo la gestión de Boris Spivacow (1958-1966)*. Buenos Aires: Biblioteca Nacional.

González Leandri, R. (1998). "Asociacionismo y representación de intereses médicos en Buenos Aires, 1852-1880", en *Asclepio*, 50 (2). Pp. 187-203.

González Leandri, R. (1999). *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*. Madrid: CSIC.

- Hamilton, M. (2010). *Vida de sanitarista*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Hayward, R. (2009). “*Enduring emotions: James L. Halliday and the Invention of the Psychosocial*”, en *Isis*, 100 (4). Pp. 827-838.
- García Ferrari, M. (2012). “Identificación. El rol de los departamentos de policía argentinos en la difusión global de saberes, tecnologías y prácticas identificatorias, 1887-1912”, en Zimmermann, E. & Plotkin, M. (Comps.). (2012). *Los saberes del Estado*. Buenos Aires: Edhasa. Pp. 67-91
- Gudiño Cejudo, M., Magaña-Valladares, L. Hernández Ávila, M. (2013). “La Escuela de Salud Pública de México: su fundación y primera época, 1922-1945” en *Salud Publica de México*, 2013; 55. Pp. 81-91
- Gudiño Cejudo, M., Magaña-Valladares, L. (2013). “La Escuela de Salud Pública de México y su interacción continental: 1945-1982”, en *Salud Publica de México*, 55. Pp. 433-441.
- Harmer, T. y Riquelme Segovia, A. (2014). *Chile y la Guerra Fría Global*. Santiago de Chile: RIL Editores.
- Haskell, T. (2000). *The Emergence of Professional Social Science. The American Social Science Association and the Nineteenth-Century Crisis of Authority*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Hevia, P. (2006). “Los inicios de la Escuela de Salubridad de Chile: 1943-1947” en *Revista Chilena de Salud Pública*, Vol 10 (3). Pp. 170-176.
- Hixson, W. (1998). *Parting the Curtain: Propaganda, Culture and the Cold War*. New York: St. Martin’s Press.
- Iriart, C.; Nervi, L.; Olivier, B.; Testa, M. (1994). *Tecnoburocracia sanitaria. Ciencia, ideología y profesionalización en la salud pública*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Jáuregui, A. (2015). “El CONADE: Organización y resultados (1961-1971)”, en *Anuario IEHS*, 29 & 30. Pp. 141-158.

Jáuregui, A. (2016). “Juan José Real, un comunista en la corte del Rey Arturo. Marxismo, desarrollismo y teoría del progreso en un país periférico”, en , en Jáuregi, A., Cerra, A. y Yazbek, S. (2016). Génesis y construcción del desarrollismo argentino. Buenos Aires: Biblos. Pp. 127-148

Jones, A. (Ed). (1991). *Professions and the State. Expertise and Autonomy in the Soviet Union and Eastern Europe*. Philadelphia: Temple University Press.

Joseph, G. (2008). “*What We Now Know. Bringing Latin America More Meaningfully into Cold War Studies*”, en Joseph, G. y Spenser, D. (2008). *In From The Cold. Latin America's New Encounters With the Cold War*. Durham y London: Duke University Press. Pp. 3-46.

Joseph, G. y Spenser, D. (2008). *In From The Cold. Latin America's New Encounters With the Cold War*. Durham y London: Duke University Press.

Korndörfer, A. (2013). “*A Fundação Rockefeller e a formação de altos funcionários para a saúde pública no Brasil (1917-1951): algumas possibilidades do estudo prosopográfico*”, en IX Congresso Internacional de Estudos Ibero-americanos, Porto Alegre.

Kreimer, P. (2010). *Ciencia y Periferia. Nacimiento, muerte y resurrección de la biología molecular en la Argentina. Aspectos sociales, políticos y cognitivos*. Buenos Aires: EUDEBA.

Kreimer, P. (editor) (2016). *Contra viento y marea. Emergencia y Desarrollo de campos científicos en la Periferia. Argentina Segunda mitad del siglo XX*. Buenos Aires: Clacso.

Lomnitz, C. (2002). “Identidad”, en Altamirano, C. (2002). *Términos Críticos de Sociología de la Cultura*. Buenos Aires: Paidós. Pp. 129-134.

Maceira, D. (Comp.). (2010.). *Experiencias de gestión en salud. Segundo ciclo*. Buenos Aires: CIPPEC.

Markoff, J. y Montecinos, V. (1994). “El irresistible ascenso de los economistas”. *Desarrollo Económico*, 34 (133). Pp. 3-29.

- McKibbin, R. (2008). “*Politics and the Medical Hero: A. J. Cronin's 'The Citadel'*”, en *The English Historical Review*, 123, (502). Pp. 651-678
- McLelland, C. (1991). *The German Experience of Professionalization. Modern Learned Professions and their Organizations from Early Nineteenth Century to the Hitler Era*. New York: Cambridge University Press.
- Medina, M. (1976). *Las organizaciones internacionales*. Madrid: Alianza Editorial
- Mera, J. (1988). *Política de salud en la Argentina. La construcción del Seguro Nacional de Salud*. Buenos Aires: Hachette.
- Molina, C. (2018). “La descentralización de los hospitales públicos en Mendoza entre 1990 y 2014 y el rol de los médicos”, en *Estudios Sociales del Estado*, 4 (8). Pp. 177-210.
- Molinari, I. (2016). *Vencer el miedo. Historia social de la lepra en Argentina*. Rosario: Prohistoria ediciones.
- Morgenfeld, L. (2010). “Del TIAR a la OEA: Argentina, Estados Unidos y el sistema interamericano” en *Confines de relaciones internacionales y ciencia política*, 12 (10). Pp. 13-49.
- Morresi, S. & Vommaro, G. (Comps.). (2011). *Saber lo que se hace. Expertos y política en Argentina*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Murillo, S. (200). “Influencia del higienismo en políticas sociales en Argentina. 1871/1913” en *La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*, Domínguez Mon, Ana, Andrea Federico, Liliana Findling y Ana María Mendes Diz (comps.), (2000). Buenos Aires: Editorial Dunken. Pp. 23-38.
- Moulin, A. (2006). “La red internacional de trabajo del Instituto Pasteur: innovaciones científicas y tropismos franceses”, en Charle, C. Schriewer, J. Wagner, P. (Comps.). (2006). *Redes intelectuales transnacionales. Formas de conocimiento académico y búsqueda de identidades culturales*. Barcelona: Ediciones Pomares. Pp. 119-146
- Neiburg, F. (1998). *Los intelectuales y la invención del peronismo*. Buenos Aires: Alianza Editorial.

- Neiburg, F. Plotkin, M. (2004). *Intelectuales y expertos. La constitución del conocimiento social en la Argentina*. Buenos Aires: Paidós.
- Nosiglia, J. (1983). *El desarrollismo*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- O'Donnell, G. (1982). *El Estado Burocrático-Autoritario. Triunfos, derrotas y crisis*. Buenos Aires: Editorial de Belgrano.
- Offner, A. (2019). *Sorting Out the Mixing Economy. The Rise and Fall of Welfare and Developmental States in the Americas*. New Jersey/Oxfordshire: Princeton University Press.
- Osuna, M. y Galván, M. (2018). *La 'Revolución Libertadora' en el marco de la Guerra Fría. La Argentina y el mundo durante los gobiernos de Lonardi y Aramburu*. Rosario: Prohistoria ediciones.
- Osuna, M. (2017). *La intervención social del Estado. El Ministerio de Bienestar Social entre dos dictaduras (Argentina, 1966-1983)*. Rosario: Prohistoria ediciones.
- Palermo, V. (2012). "La vida política", en Plotkin, M. (Coord.). (2012). *Argentina: la búsqueda de la democracia. Tomo 5*. Buenos Aires: Fundación Mapfre, Taurus. Pp. 37-93.
- Plotkin, M. (2003). *Freud en las pampas. Orígenes y desarrollo de una cultura psicoanalítica en la Argentina (1910-1983)*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Plotkin, M., Caravaca, J., Daniel, C. (2018). *Saberes desbordados. Historias de diálogos entre conocimientos científicos y sentido común (Argentina, siglos XIX y XX)*. Buenos Aires: Libros del IDES.
- Pyenson, L. (1977). "'Who the Guys Were': Prosopography in the History of Science", en *History of Science*, N° 15. Pp. 155-188.
- Ragin, C.; Becker, H. (2000). *What is a case?: Exploring the inquiry*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Ramacciotti, K. (2009). *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

- Ramacciotti, K. (2014). "Políticas sanitarias, desarrollo y comunidad en la Argentina de los años sesenta", en *Rev. Cienc. Salud*, 12(1). Pp. 85-105.
- Ramacciotti, K. (2018-a). "Telma Reca en la gestión estatal de la sanidad argentina (1930-1948)", en *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 70.
- Ramacciotti, K. (2018-b). "La Fundación Rockefeller y la División Internacional de Salud en el Río de la Plata y la Región Andina. Ideas, concreciones y obstáculos (1941-1949)". *Redes*, 23 (45).
- Ramacciotti, K. y Rayez, F. (2018). "Los ingenieros sanitarios en la salud pública argentina entre 1870 y 1960", en *Trashumante. Revista Americana de Historia Social* 11. Pp. 122-143.
- Ramacciotti, K. y Romero, L. (2017). "La regulación de medicamentos en la Argentina (1946-2014)", en *Revista CTS*, 12 (35). Pp. 153-174.
- Rayez, F. (2017). "Salud pública y organismos internacionales en la trayectoria académico-profesional del doctor David Sevlever", en *Apuntes. Revista de Ciencias Sociales*, 80. Pp. 105-130.
- Recalde, H. (1993). *Las epidemias de cólera (1856-1895). Salud y sociedad en la Argentina Oligárquica*. Buenos Aires: Corregidor.
- Rein, R. (1998). *Peronismo, populismo y política. Argentina, 1943-1955*. Buenos Aires: Editorial de Belgrano.
- Reisch, G. (2005). *How the Cold War Transformed Philosophy of Science. To the Icy Slopes of Logic*. New York: Cambridge University Press.
- Ringer, F. (1995). *El ocaso de los mandarines alemanes. Catedráticos, profesores y la comunidad académica alemana, 1890-1933*. Barcelona: Ediciones Pomares-Corredor.
- Ringer, F. (1992). *Fields of Knowledge. French Academic Culture in Comparative Perspective, 1890-1920*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Romero, L. (2010). "La Facultad de Medicina en el marco de los procesos de modernización y profesionalización académica en la Universidad de Buenos Aires,

1955-1958: temas en debate y frentes de convergencias", en *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 17 (3). Pp.663-677.

Romero, L. (1995). "Una empresa cultural: los libros baratos", en Romero, L.; Gutiérrez, L., (1995). *Sectores populares. Cultura y política. Buenos Aires en la entreguerra*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana. Pp. 45-67

Rothblatt, S. Wittrock, B. (1996). *The European and American University since 1800*. New York: Cambridge University Press

Rotunno, C. & Díaz de Guijarro, E. (Comps.) (2003). *La construcción de lo posible. La Universidad de Buenos Aires de 1955 a 1966*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

Rougier, M. (2004). *Industria, finanzas e instituciones en la Argentina, la experiencia del Banco Nacional de Desarrollo*. Bernal: Universidad de Quilmes.

Rougier, M. (2012). "El proceso económico", en Plotkin, M. (Coord.). (2012). *Argentina: la búsqueda de la democracia. Tomo 5*. Buenos Aires: Fundación Mapfre, Taurus. Pp. 145-202.

Sáenz Quesada, M. (2007). *La Libertadora. De Perón a Frondizi. 1955-1958. Historia pública y secreta*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

Salessi, J. (1995). *Médicos, maleantes y maricas. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación argentina (Buenos Aires: 1871-1914)*. Rosario: Beatriz Viterbo Editora.

Salomón, P. (2015). "Intervención, desperonización y elencos de gobierno. La Universidad Nacional del Litoral entre 1955-1958", en *Papeles del Centro de Investigación*, 13. Pp. 13-33.

Sánchez, N. (2007). *La higiene y los higienistas en la Argentina*. Buenos Aires: Sociedad Científica Argentina.

Sarfatti Larson, M. (1977). *The rise of professionalism: A sociological analysis*. Berkeley and London: University of California Press.

- Sarlo, B. (1992). “Intelectuales y revistas : razones de una práctica”, en *America* 9 (1). Pp. 9-16.
- Saull, R. (2005). “Locating the Global South in the Theorisation of the Cold War: Capitalist Development, Social Revolution and Geopolitical Conflict” en *Third World Quarterly*, 26 (2). Pp. 253-280.
- Shapin, S. y Thackray, A. (1974). “Prosopography as a research tool in History of Science: The British Scientific Community 1700-1900”, en *History of Science*, Nº 12. Pp. 1-28
- Sigal, S. (1991). *Intelectuales y poder en la década del sesenta*. Buenos Aires: Punto Sur.
- Sikkink, K. (1993). “Las capacidades y la autonomía del Estado en Brasil y la Argentina. Un enfoque neoinstitucional”, en *Desarrollo Económico*, 32 (128).
- Sikkink, K. (2009). *El proyecto desarrollista en Argentina y Brasil: Frondizi y Kubitschek*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Silva Magalhães, R. (2016). *A erradicação do Aedes aegypti febre amarela, Fred Soper e saúde pública nas Américas (1918-1968)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Skowronek, S. (1982). *Building a New American State. The Expansion of National Administrative Capacities, 1877-1920*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Soprano, G. y Rodríguez, L. (2018). *Profesionales e intelectuales de Estado. Análisis de perfiles y trayectorias en la salud pública, la educación y las fuerzas armadas*. Rosario: Prohistoria.
- Soprano, G. Graciano, O. Frederic. S. (Comps.). (2010). *El Estado argentino y las profesiones liberales, académicas y armadas*. Rosario: Prohistoria.
- Stake, R. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Starr, P. (1982). *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.

- Stepan, N. (1981). *Beginnings of brazilian science. The Oswaldo Cruz Institute at Manguinhos*. New York: Science History Publications.
- Stone, L. (1971). "Prosopography", en *Daedalus*, Vol. 100, N° 1, Historical Studies Today (Winter 1971). Pp. 46-71.
- Stonor Saunders, F. (2001). *La CIA y la Guerra Fría Cultural*. Madrid: Editorial Debate.
- Suasnábar, C. (2004). *Universidad e intelectuales. Educación y política en la Argentina*. Buenos Aires: Flacso y Manantial.
- Svampa, Maristella (2007). "El populismo imposible y sus actores, 1973-1976" en James, Daniel (2007), *Nueva Historia Argentina. Tomo 9. Violencia, proscripción y autoritarismo (1955-1976)*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana. Pp. 387-438.
- Tcach, C. Rodríguez, C. (2006). Arturo Illia: un sueño breve. El rol del peronismo y de los Estados Unidos en el golpe militar de 1966. Buenos Aires: Edhasa.
- Terán, O. (1991). *Nuestros años sesentas. La formación de la nueva izquierda intelectual en la Argentina 1956-1966*. Buenos Aires: Punto Sur.
- Testa, D. (2018). *Del alcanfor a la vacuna Sabin: la polio en Argentina*. Buenos Aires: Biblos.
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Veronelli, J.C. & Testa, A. (2002). *La OPS en la Argentina: crónica de una relación centenaria*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Veronelli, J.C. & Veronelli Correch, M. (2004). *Los orígenes institucionales de la salud pública en Argentina, t. II*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Vezzetti, H. (2004). "Los comienzos de la psicología como disciplina universitaria y profesional. Debates, herencias y proyecciones sobre la sociedad", en Neiburg, F. Plotkin, M. (2004). *Intelectuales y expertos. La constitución del conocimiento social en la Argentina*. Buenos Aires: Paidós. Pp. 293-326.

- Von Eschen, P. (2004). *Satchmo Blows Up the World. Jazz Ambassadors Play the Cold War*. Cambridge: Harvard University Press.
- Wang, J. (1999). *American science in an age of anxiety: Scientists, anticommunism, & the Cold War*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press.
- Wasertreguer, S. Raizman, H. (2009). *La sala 17. Florencio Escardó y la nueva mirada*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Weindling, P. (Ed). (1995). *International Health Organizations and Movements, 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Whitfield, A. Waitzkin, H. (2009). “*The Vicissitudes of Public Health Policy in the Americas*”, en *Latin American Research Review*, Vol. 44, N° 2, pp. 216-224.
- Wilkinson, L. (2000). “*Burgeoning Visions of Global Public Health: The Rockefeller Foundation, The London School of Hygiene and Tropical Medicine, and the ‘Hookworm Connection’*”, en *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 31 (3). Pp. 397–407
- Zabala, J. (2007). *Producción y uso de conocimientos científicos vinculados a la enfermedad de Chagas. Argentina, 1915-2000*. Tesis de Doctorado, Universidad de Buenos Aires.
- Zimmermann, E. (1995). *Los liberales reformistas. La cuestión social en la Argentina 1890-1916*. Buenos Aires: Sudamericana/Universidad de San Andrés.
- Zimmermann, E. & Plotkin, M. (Comps.). (2012-a). *Los saberes del Estado*. Buenos Aires: Edhasa.
- Zimmermann, E. & Plotkin, M. (Comps.). (2012-b). *Las prácticas del Estado. Política, sociedad y élites estatales en la Argentina del siglo XX*. Buenos Aires: Edhasa.

Fuentes

Editadas

Abadie, J. (1968). “Financiación de la atención médica y gasto en salud en la República Argentina”, en *Medicina Administrativa*, 2 (2). Pp. 147-155.

Abadie, J. (1969). “Problemas cruciales en el desenvolvimiento de una obra social”, en *Medicina Administrativa*, 3 (5). Pp. 202-204.

Alianza Para el Progreso. (1961). Resolución A-2. Plan decenal de salud pública de la Alianza para el Progreso. Punta del Este: Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.

Alianza Para el Progreso. (s/f). *Financiando la Alianza*. Buenos Aires: Alianza para el Progreso.

Alianza Para el Progreso. (s/f). *Nosotros somos la Alianza para el Progreso. La haremos triunfar*. Buenos Aires: Alianza para el Progreso.

Arbona, G. (1969). “Una mejor distribución de los servicios de salud y un financiamiento más equitativo”, en *Medicina Administrativa*, 3 (3). Pp. 84-90.

Argentina (1956). Boletín Oficial de la República Argentina del 27 de enero de 1956. Buenos Aires: Ministerio del Interior de la Nación.

Argentina (1961-a). *Salud y bienestar social*. Buenos Aires: Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación.

Argentina (1964). Distribución de Médicos en la República Argentina por Provincias y Departamentos. Buenos Aires: Consejo Nacional de Desarrollo.

Argentina (1966-a). Escuelas de enfermería de la República Argentina por dependencia y provincia. Buenos Aires: Consejo Nacional de Desarrollo.

Argentina (1965). Boletín Oficial de la República Argentina del 25 de febrero de 1965. Buenos Aires: Ministerio del Interior de la Nación.

Argentina (1966-b). *Política sanitaria y social*. Buenos Aires: Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación.

Argentina (1971). *Ley N° 19.337*. Buenos Aires: Congreso de la Nación. Recuperado de:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/180000-84999/180929/norma.htm>

Última consulta: 07/11/2019.

Argentina (1974). *Ley N° 20.748 Sistema Nacional Integrado de Salud*. Buenos Aires: Ministerio de Bienestar Social de la Nación.

Argentina (1975). *Balance del año 1974*. Buenos Aires: Ministerio de Bienestar Social de la Nación.

Argentina (1977). *Manual para organizar establecimientos hospitalarios*. Buenos Aires: Ministerio de Bienestar Social/Secretaría de Estado de Salud Pública.

Artaza, E. (1943). *Qué es saneamiento urbano*. La Plata: Facultad de Ciencias Físicomatemáticas de la Universidad Nacional de La Plata.

Asociación Argentina de Salud Pública. (1963). “Objetivos de la Asociación Argentina de Salud Pública”, en *Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública*, 1. Pág. 108.

Asociación Argentina de Salud Pública. (1968). “Memoria de la AASP”, en *Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública*, 5. Pág. 20.

Bachini, J. y Mateo, J. (1965). “Tendencias en arquitectura hospitalaria”, en *Revista de Salud Pública*, 8. Pp. 102-108.

Bancroft, H. (1960). *Introducción a la bioestadística*. Buenos Aires: Eudeba.

Barreda, L. y François, M. (1964). “El departamento de alimentación en el hospital”, en *Revista de Salud Pública*, 7. Pp. 43-46.

Bellora, A. (1972). *La salud Pública*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Bello, J. (1970). “Consideraciones sobre los mecanismos de financiación de la atención médica”, en *Revista de Salud Pública*, 15/16. Pp. 58-63.

- Bianco, M. (1975). "Epidemiología de las autoagresiones", en *Cuaderno de Salud Pública*, 10. Pp. 93-108.
- Bianco, M. (1976). "Epidemiología de las heteroagresiones", en *Cuaderno de Salud Pública*, 11. Pp. 95-110.
- Biraud, Y. (1948). "El control de las epidemias bajo la Organización Mundial de la Salud", en *Hygieia* N° 6. Pp. 4-5.
- Bosio, B. (1936). *Cartas de un médico rural: médicos, medicina y enfermos*. Buenos Aires: Claridad.
- Bosio, B. (1945). *El drama del hospital. Documentos de un archivo profesional*. Buenos Aires: Claridad.
- Brockington, F. (1964). *La salud en el mundo*. Buenos Aires: Eudeba.
- Burgun, A. (1969). "El hospital del futuro: descentralizado pero integrado", en *Cuaderno de Salud Pública*, 3. Pp. 29-34
- C. de Guziuk y Rovner, S. (1976). "Marginalidad y salud", en *Cuaderno de Salud Pública*, 11. Pp. 113-151.
- Canitrot, C. (1962). "La evaluación en los programas de salud pública", en *Revista de Salud Pública*, N° 3-4, mayo-diciembre de 1962. Pp. 103-114.
- Canitrot, C. (1968). "Sistemas de retribución al médico", en *Medicina Administrativa*, 2 (1). Pp. 96-100.
- Cannon, W.; Wilkins, H. Zworikyn, V. (1945). *La ciencia en la Unión Soviética*. Buenos Aires: Lautaro.
- Cantón, D. (2004). *De la misma llama*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Castro, J. (1962). "Los maestros: Emilio Coni", en *Revista de Salud Pública*, 1. Pp. 99-102.

- Castro, R. (1963). “Experiencia de cinco años de desarrollo del Plan Integral de Salud en la provincia del Chaco”, en *Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública*, 1 (1). Pp. 35-40.
- Castro, J. de (1964). *El libro negro del hambre*. Buenos Aires: Eudeba.
- Chandler, C. (1967). *Hombres y mujeres famosos de la medicina moderna*. Buenos Aires: Plaza & Janés.
- Cháneton, M. (1962). “Centros de Salud: una experiencia en marcha” en *Revista de Salud Pública*, Año 2, N° 1, enero-abril de 1962. Pp. 33-53.
- Chorny, A. (1971). *La salud en América Latina*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Climent, F. de (S/F). *La prostitución clandestina*. Buenos Aires: Claridad.
- Climent, G.; Mendes Diz, A. y Rosenthal, A. (1976). “Mortalidad infantil: factores socioeconómicos y culturales asociados”, en *Cuaderno de Salud Pública*, 11. Pp. 37-54.
- Colegio Libre de Estudios Superiores (1952). *Veintidós años de labor. 20 de mayo 1930 – 16 de julio 1952*. Buenos Aires: Colegio Libre de Estudios Superiores.
- Consejo Tecnológico del Movimiento Nacional Justicialista (1973). *Bases para un programa peronista de acción de gobierno*. Salud. Buenos Aires: Consejo Tecnológico del Movimiento Nacional Justicialista.
- Cronin, A. (1939). *La ciudadela. El drama de los médicos y de la medicina*. Buenos Aires: Claridad.
- Cusminsky, M. (1967). “Sentido social de la pediatría”, en *Revista de Salud Pública*, 9/10. Pp. 93-102.
- Cusminsky, M. (1980). “Recordando al doctor Noel H. Sbarra” en *Archivos Argentinos de Pediatría*, Vol. LXXVIII, 1/1980. Pp. 111-114.
- D’Aiutolo, R. (1963). “Los hospitales”, en *Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública*, 1. Pp. 51-52.

- D'Angelo de Maquieira, H. (1968). "Esquema de racionalización del laboratorio central de un hospital general de 500 camas", en *Medicina Administrativa* 2 (4). Pp. 296-299.
- Dal Bo, A. (2008). *Hospitales de reforma. Crónicas para evitar el olvido*. Buenos Aires: Biblos.
- Danna, I. (1964). "La entrevista, técnica de estudio y observación del comportamiento humano", en *Revista de Salud Pública*, 7. Pp. 134-135.
- Depalma, D. (2004). "Enrique Grande", en *Médicos y medicinas en la historia*, 9 (9). Pp. 22-23.
- Dooley, T. (1965). *Al filo del mañana*. Buenos Aires: Plaza & Janés.
- Eguinoa, R. (1970). "Implantación de un servicio de atención domiciliaria en un hospital general", en *Medicina Administrativa*, 4 (1-2). Pp. 19-28.
- Escudero, J. (1970). "Tecnología y desigualdad económico social", en *Cuaderno de Salud Pública*, 4/5. Pp. 45-50.
- Federación Médica Gremial de la Capital Federal. (1974). *Sistema Nacional Integrado de Salud. Carrera Sanitaria Nacional*. Buenos Aires: Federación Médica Gremial de la Capital Federal.
- Ferrara, F. y Peña, M. (1961). "¿Qué piensan los médicos argentinos sobre los problemas de su profesión?", en *Revista de Salud Pública*, 1. Pp. 110-128.
- Forel, A. (S/F). *Ética sexual*. Buenos Aires: Claridad.
- Fosdick, R. (1957). *La Fundación Rockefeller*. México D.F.: Grijalbo.
- Furtado, C. (1964). *Desarrollo y subdesarrollo*. Buenos Aires: Eudeba.
- García, J. (1972). *La educación médica en la América Latina*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Galli, O. (1967). "Producción hospitalaria", en *Medicina Administrativa*, 1 (3). Pp. 130-139.

- Giacomini, H. y Ferrero, C. (1973). *Las estadísticas hospitalarias y la historia clínica. El Departamento de Información y Archivo Médico*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Gomes Candau, M. (1956). "Editorial", en *El correo de la UNESCO*, 9 (4). Pp. 3-4
- Gómez Villafañe, J. (1962). "Organograma hospitalario", en *Revista de Salud Pública*, 3. Pp. 59-72.
- González, A. (1964). "Costo relativo por prestación útil" en *Revista de Salud Pública*, 7. Pp. 74-85.
- Goodman, N. (1948). "Los Servicios Ambulantes de la Organización Mundial de la Salud ayudan a los pueblos a valerse por sí mismos", en *Hygieia* N° 6. Pp. 14-15.
- Gordon, K. (1965). *La U. N. en el Congo*. Buenos Aires: Plaza & Janés.
- Halliday, J. (1973). *Medicina psicosocial. Un estudio de la sociedad enferma*. Buenos Aires: Eudeba.
- Hanlon, J. (1954). *Principios de Administración Sanitaria*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Hellborn, W. (1940). *El tratamiento eficaz de la tuberculosis*. Buenos Aires: Claridad.
- Henríquez Frödden, H. (1958). *Programa de atención médica en un Plan de Salud Pública*. Buenos Aires: Mimeo.
- Hoffman, P. (1966 [1962]). *Hacia un mundo sin necesidades*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Horwitz, A. (1959). "Relaciones entre salud y desarrollo económico", en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 38 (2). Pp. 93-100.
- Horwitz, A. (1960). "Programas de salud como componentes del desarrollo económico en las Américas", en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 39 (5). Pp. 403-409.
- Horwitz, A. (1961). "Reflexiones sobre economía y salud", en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 40 (2). Pp. 97-103.

Institute of International Education. (1941). *Guía del estudiante hispanoamericano en los Estados Unidos*. New York: Institute of International Education y The Carnegie Edowment for International Peace

John Hopkins University (1951). *Conferring of Degrees at the close of the seventy-fift Academic Year*, June 12, 1951.

Karen, R. (1966). *Vecinos en un nuevo mundo*. Buenos Aires: Plaza y Janés.

Koelsch, A. (1943). *El triunfo sobre el dolor; biografía novelada del descubridor de la narcosis*. Buenos Aires: Claridad.

Liotta, D. (1973). *Bases para un proyecto de Reforma Sanitaria Nacional. Discurso pronunciado por el Dr. Domingo Liotta en la Ciudad de Posadas, provincia de Misiones, en el Acto de Clausura de las VII Jornadas Angiológicas argentinas*. Buenos Aires: Ministerio de Bienestar Social.

Loza Colomer, J. (1962). “Los maestros: Guillermo Rawson”, en *Revista de Salud Pública*, N° 3-4. Pp. 151-154.

Lozano, N. y Paitoví, A. (1925). *La higiene pública y las obras sanitarias argentinas*. Buenos Aires: Imprenta y Casa Editora Coni.

Malamud, M. (1943). *Asistencia Médico Social del Niño. Un plan para desarrollar en Avellaneda*. Primer Paso. Folleto mimeografiado.

Malamud, M. (1949). *La talla y el peso del recién nacido como signo de investigación demográfica* en *La semana médica*, Año LVI, N° 2916, 1° de diciembre. Pp. 1013-1017.

Malamud, M. (1964). “Los maestros: Domingo Cabred”, en *Revista de Salud Pública*, N° 7, enero-diciembre de 1964. Pp. 122-125.

Malamud, M. (1969). “La atención médica y el hospital”, en *Medicina Administrativa*, 3(3). Pp. 197.

Mammoni, O. (1961). “Regionalización sanitaria y reforma hospitalaria”, en *Revista de Salud Pública*, 1. Pp. 9-15.

- Martini, C. (1968). "Formas de financiación de la atención médica", en *Medicina Administrativa*, 2 (1). Pp. 78-82.
- Martini, C. y Sonis, A. (1964). "Financiación de la salud pública", en *Revista de Salud Pública*, 7. Pp. 47-66.
- Martini, C. y Segovia, J. (1967). "Encuesta sobre conocimiento y actitudes acerca de la diarrea estival del lactante en madres de Buenos Aires", en *Revista de Salud Pública*, 9/10. Pp. 119-125.
- Martone, F. (1954). *Antecedentes, títulos y trabajos del Profesor Francisco Martone*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires.
- Martone, F. (1965). *Medicina social y preventiva*. Buenos Aires: Ergon.
- Mason, E. (1966). *Ayuda económica y política internacional*. Buenos Aires: Plaza y Janés.
- Mazzáfero, V. (1967). "Organización y administración de la terapia intensiva", en *Revista de Salud Pública*, 9/10. Pp. 43-52.
- Menchaca, F. (1967). *Diccionario médico-social*. Santa Fe: Imprenta de la Universidad Nacional de Santa Fe.
- Menchaca, F. (1970). "Aspectos socioculturales del crecimiento y desarrollo del niño", en *Revista de Salud Pública*, 15/16. Pp. 75-84.
- Méndez Casariego, M. y Sommer, E. (1968). "Estudio de costos hospitalarios en el Policlínico San Martín", en *Medicina Administrativa*, 2 (2).Pp. 174-182.
- Mera, J. (1969). "Carreras médicas hospitalarias", en *Medicina Administrativa*, 3 (6). Pp. 267-275.
- Mera, J. y Gianantonio, C. (1968). "Organización departamental en un hospital pediátrico", en *Medicina Administrativa* 2 (2). Pp. 183-189.
- Molineró, M. y Fontau, I. (1971). "La atención médica y su financiamiento en la República Argentina", en *Cuaderno de Salud Pública*, 6/7. Pp. 77-82.

Mondet, A. (1968). "Palabras del Dr. Alberto Mondet", en *Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública*, 6. Pp. 15-18.

Montenegro, A. (1948). "Psiquismo y trabajo", en *Hygieia* N° 5. Pp. 26-31.

Neri, A. (1983). *Salud y política social*. Buenos Aires: Hachette.

Neri, A.; Molinero, M.; Fontau, I. y Bello, J. (1971). "Ideas para un seguro de salud en la Argentina", en *Cuaderno de Salud Pública*, 6/7. Pp. 87-93.

Onsari, F. (1941). *Hacia el seguro social: proyecto y antecedentes*. Buenos Aires: Claridad.

Oficina Sanitaria Panamericana. (1953). *Memoria del Primer Congreso Interamericano de Higiene*. La Habana: Oficina Sanitaria Panamericana.

Oñativia, A. (1964). "Política sanitaria nacional", en *Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública*, 2 (2). Pp. 71-79.

Organización de los Estados Americanos. (1960). *Medidas para el mejoramiento social y el desarrollo económico dentro del marco de la Operación Panamericana*. Bogotá: OEA.

Organización Panamericana de la Salud. (1962). *Segunda Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública*. Washington: PAHO.

Organización Panamericana de la Salud. (1962). *Segunda Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública*. Washington D. C.: Pan American Health Organization.

Organización Panamericana de la Salud. (1963). *Tercera Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública*. Washington D. C.: Pan American Health Organization.

Organización Panamericana de la Salud. (1966). *Cuarta Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública*. Washington D. C.: Pan American Health Organization.

Organización Panamericana de la Salud. (1968). "Las Escuelas de Salud Pública en la América Latina", en *Educación Médica y Salud*, 3 (3). Pp. 167-216.

Organización Panamericana de la Salud. (1968-a). *Quinta Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública*. Washington D. C.: Pan American Health Organization.

Osores Soler, A. (1968). "Las ciencias de la conducta y la salud pública", en *Cuaderno de Salud Pública*, 2. Pp. 9-12.

- Paganini, J.; Santesteban, A.; Feller, J.; y Souillá, B. (1969). “Estudio comparativo de costos en seis hospitales de la provincia de Buenos Aires”, en *Revista de Salud Pública*, 15/16. Pp. 11-46.
- Paradis, A. (1965). *Hombres que dan soluciones*. Buenos Aires: Plaza & Janés.
- Pedroso, O. (1968). *Informe presentado por el consultor en administración de hospitales de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Odair P. Pedroso, 1956*. Buenos Aires: Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.
- Peralta Bello, E. (1947). “Iluminación industrial”, en *Hygieia* 4. Pp. 19-22.
- Pinedo, F. (1963). *La CEPAL y la realidad económica en América Latina*. Buenos Aires: Centro de Estudios sobre la Libertad.
- Provenzano, S. (1963). “Necesidad de un seguro de enfermedad”, en *Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública*, 1. Pp. 49-50.
- Provenzano, S. (1964). “Sobre cobertura del riesgo de enfermedad en la Argentina”, en *Revista de Salud Pública*, 7. Pp. 28-42.
- Provenzano, S. (1968). “Sistemas de financiación de la atención médica en el país”, en *Medicina Administrativa*, 2 (1). Pp. 83-89.
- Rabinovich, A. (1962). *Guía de términos y datos de uso en medicina sanitaria*. Buenos Aires: MASySP.
- Rabinovich, A. (1964). “Sobre el método epidemiológico”, en *Revista de Salud Pública* 8. Pp. 23-27.
- Rodríguez, G. (1944). *Higiene y profilaxis*. Buenos Aires: Americalee.
- Rodríguez, G. (1945). *Higiene pública*. Buenos Aires: Americalee.
- Rodríguez, G. (1948). *Compendio de demofilaxia*. Buenos Aires: Americalee.
- Rodríguez, G. (1948). “Valor de una escuela técnica de higiene”, en *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, 4 (2). Pp. 127-138.
- Rostand, J. (1960). *La herencia humana*. Buenos Aires: Eudeba.

Rostow, W. (1961[1960]). *Las etapas del crecimiento económico, un manifiesto no comunista*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Roubakine, A. (1933). *La protección a la salud pública en la U.R.S.S. La organización sanitaria en la vieja y nueva Rusia*. Buenos Aires: Claridad.

Roza de Mera, M. y Etchegoyen, L. (1969). “Determinaciones del número de camas disponibles para internaciones por guardia en un hospital”, en *Medicina Administrativa*, 3 (4). Pp. 144-147.

Rubin, H. (1941). *Eugenesia y armonía sexual: enciclopedia para el matrimonio: sorprendentes descubrimientos médicos, prevención de enfermedades y consejos especiales para los desórdenes comunes*. Buenos Aires: Claridad.

Ruiz Moreno, G. (1957). “Enseñanza de la medicina social y preventiva”, en *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 71 (11-12). Pp. 431-435.

S/A. (1946). “Votos de la primera conferencia Interamericana de Educación Profesional en Salud Pública”, en *Hygieia* N° 1. Pág. 47.

S/A. (1947-a). “Fue inaugurado el Instituto de Higiene Pública y de la Vivienda”, en *Hygieia*, N° 4. Pp. 26-27.

S/A. (1947-b). “Créase la Escuela Superior Técnica de Salud Pública”, en *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, 1 (2). Pp. 88.

S/A. (1947-c). “Preparación de los técnicos en sanidad”, en *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, 1 (2). Pp. 1-5

S/A. (1947-d). “Economía e higiene pública”, en *Hygieia*, 4. Pp. 1-4.

S/A. (1947-e). “Preparación de los técnicos en sanidad”, en *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, 1 (2). Pp. 1-5

S/A. (1955). “Abecedario de las Naciones Unidas”, en *El Correo de la Unesco*, 10 (8). Pág. 26.

S/A. (1952). “Enfermeras argentinas en Estados Unidos”, en *Revista de la Cruz Roja Argentina, filial La Plata*, 1 (3). Pp. 27.

- S/A. (1956). "La Asistencia Técnica. Gran promesa de nuestro siglo", en *El Correo de la UNESCO*, 9 (2). Pp. 9-11.
- S/A. (1958). "Escuela de Salubridad", en *Boletín de Informaciones de la UBA*, 1 (1). Pág. 7.
- S/A. (1960-a). "Carrera de investigador científico", en *Boletín de Informaciones de la UBA*, 15 (3). Pág. 10.
- S/A. (1960-b). "Subsidio para Sociología", en *Boletín de Informaciones de la UBA*, 14 (3). Pág. 14.
- S/A. (1961). "Becas", en *Boletín Informativo de la UBA*, 20 (4). Pág. 13.
- S/A. (1961-a). "La salud es riqueza", en *Salud Mundial*, s/d. Pp. 10-13.
- S/A. (1962-a). "Normas para la elaboración de un programa de salud", en *Revista de Salud Pública* 3/4. Pp. 171-173.
- S/A. (1962-b). "Decálogo de una buena organización", en *Revista de Salud Pública* 3/4. Pp. 180.
- S/A. (1962-c). "Se fundó la Asociación Argentina de la Salud Pública", en *Revista de Salud Pública*, 3/4. Pág. 186.
- S/A. (1963-a). "El proceso de planificación y glosario de términos usados en planificación", en *Revista de Salud Pública* 6. Pp. 121-122.
- S/A. (1963-b). "Doctrina en Salud Pública", en *Revista de Salud Pública* 5. Pp. 91-95.
- S/A. (1964-a). "La medicina y las ciencias sociales", en *Revista de Salud Pública*, 7. Pp. 9-10.
- S/A. (1964-b). "Pérdidas ignoradas en el servicio de lavandería" en *Revista de Salud Pública*, 7. Pp. 148-149.
- S/A. (1967). "La atención médica: un nuevo campo profesional", en *Medicina Administrativa*, 1 (1). Pp. 1-2.
- Sagastume, J. (1919). *El saneamiento del país. Lo que se ha hecho. Lo que falta por hacer*. La Plata: Talleres Horacio Benavídez.

- Sand, R. (1961 [1948]). *La economía humana*. Buenos Aires: Eudeba.
- Santas, A. y Cabrera, J. (1969). "Unidades de cuidados intensivos", en *Revista de Salud Pública*, 13/14. Pp. 67-88.
- Suavy, A. (1960). *La población, sus movimientos, sus leyes*. Buenos Aires: Eudeba.
- Sbarra, N. (1963-a). "Los maestros: Eduardo Wilde", en *Revista de Salud Pública*, 5. Pp. 84-86.
- Sbarra, N. (1963-b). "Los maestros: Gregorio Aráoz Alfaro", en *Revista de Salud Pública*, 6. Pp. 105-107.
- Sbarra, N. (1963-c). "La realidad sanitaria nacional" en *Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública*, 1. Pp. 11-33.
- Sbarra, N. (1963-d). "Servicio social en el hospital", en *Revista de Salud Pública*, 6. Pp. 11-29.
- Schwartz, O. (S/F). *Fisiología de la vida sexual en el hombre y la mujer*. Buenos Aires: Claridad.
- Segovia, J. (1967). "Proyección de la sociología médica", en *Revista de Salud Pública*, 9/10. Pp. 69-78.
- Segovia, J. (1978). "From medicine and public health to medical sociology in Argentina", en Elling, R. y Sokolowska, M.(Eds.) (1978). *Medical Sociologists at Work*. New Jersey: Transaction Inc. Pp. 243-270.
- Serpa, P. (1945) *Oswaldo Cruz. El Pasteur del Brasil. Vencedor de la Fiebre Amarilla*. Buenos Aires: Claridad.
- Sevlever, D. Canitrot, C. H., Kelmendi de Ustarán Viana, J., (1963). "Formación de profesionales para la Salud Pública", en *Revista de Salud Pública*, Nº 6, julio-diciembre 1963, La Plata, pp. 97-103.
- Sevlever, D. (s/f). *Algunas observaciones sobre la enseñanza de la Salud Pública y la Medicina en los Estados Unidos*. Mimeo.
- Sevlever, D. (1962). "Formación de médicos sanitarios", en *Revista de Salud Pública*, 3/4. P. 127.

Sevlever, D. (1963). *Antecedentes, Títulos y Trabajos del Dr. David Sevlever*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires.

Sharp, W. (1961). *Field Administration in the United Nation System. The Conduct of International Economic and Social Programmes*. London: Stevens and Son Limited.

Sobel, R; L. de Sobel, N; Iriarte, Susana. (1967). “Un sistema de distribución y control de medicamentos en el hospital”, en *Revista de Salud Pública*, 9/10. Pp.79-84.

Sonis, A. (1963). “Prioridad en la formación de técnicos en salud pública”, en *Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública*, 1. Pp. 42-45.

Sonis, A. (1964). *Salud, medicina y desarrollo económico-social*. Buenos Aires: Eudeba.

Sutherland, L. (1966). *Armas para la ciencia*. Buenos Aires: Plaza & Janés.

Trelles, R. (1976). *La ingeniería sanitaria en el resguardo de la Salud Humana*. Buenos Aires: Facultad de Ingeniería / Instituto de Ingeniería Sanitaria.

Trelles, R. (1982). *La ingeniería sanitaria en la República Argentina. Algunos antecedentes para su historia*. Buenos Aires: Facultad de Ingeniería / Instituto de Ingeniería Sanitaria.

Trelles, R., Bengolea, J., Gaibrois, A. (1938). *La química y sus relaciones con la ingeniería sanitaria*. Buenos Aires: S/D.

Torre, L. de la. (1965). “Limpieza de pisos en el hospital” en *Revista de Salud Pública*, 8. Pp. 138-140.

Urcola, P. (1941). *Educación sexual del niño y del adolescente. Experiencias en un internado*. Buenos Aires: Claridad.

Urquijo, C.; de Ustarán Viana, J.; Milic, A. (1969). *Nociones básicas de epidemiología general*. Buenos Aires: Eudeba.

Universidad de Buenos Aires (1960). *Guía del Estudiante*. Buenos Aires: Eudeba.

Universidad de Buenos Aires (1966). *Guía del Estudiante*. Buenos Aires: Eudeba.

- Universidad de Buenos Aires (1968). *Guía del Estudiante*. Buenos Aires: Eudeba.
- Universidad de Buenos Aires (1969). *Guía del Estudiante*. Buenos Aires: Eudeba.
- Universidad de Buenos Aires (1971). *Guía del Estudiante*. Buenos Aires: Eudeba.
- Vaquero, A. (1968). *Historia de la Ingeniería en Argentina*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Vicente, H. (1962). “Centro de salud para la ciudad de San Fernando”, en *Revista de Salud Pública*, 3/4. Pp. 44-56.
- Vivante, A. (1965). “Aportes de la Antropología a la medicina sanitaria”, en *Revista de Salud Pública*, 8. Pp. 13-46.
- Vivante, A. y Palma, Néstor. (1970). “Antropología y salud pública”, en *Cuaderno de Salud Pública*, 4/5. Pp. 97-100.
- Walker Seegers, K. (1966 [1964]). *Alianza para el progreso*. Buenos Aires: Plaza y Janés.
- Winslow, C. (1949). *La lucha contra las enfermedades*. Buenos Aires: Ediciones Antonio Zamora / Claridad.
- Winslow, C. (1951). *The Cost of Sickness and the Price of Health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Zwanck, A. y Sordelli, A. (1938). “Enseñanza de la Higiene y formación del personal sanitario”, en *Actas del VI Congreso Nacional de Medicina*. Buenos Aires: S/D. Pp. 153-196.

No editadas

Africano, M.; González García, G.; López Romero, R.; Panella Pratts, M.; y Pellín, O. (1970). Sobre el trabajo en terreno, aplicado al programa nacional de erradicación de la viruela. Departamento de Gualaguaychú. Entre Ríos. Octubre-Noviembre de 1970. Trabajo práctico del Curso de Diplomado en Salud Pública. Biblioteca “David

Sevlever” del Departamento de Salud Pública de la UBA, sección Trabajos de Egresados.

Albareda, M.; Barbutto, S.; Calvete, C.; Donzelli, A.; F. de Góngora, V. (1967). Diagnóstico de la situación de salud y formulación de enunciados para programas en el Partido de Lomas de Zamora. Trabajo práctico del Curso de Organización y Administración Hospitalaria. Buenos Aires. Biblioteca “David Sevlever” del Departamento de Salud Pública de la UBA, sección Trabajos de Egresados.

Argentina (1957). Ministerio de Relaciones Exteriores. Informaciones sobre la gestión de Naciones Unidas y sus organismos en otros países, Buenos Aires, 1957. Archivo Histórico del Ministerio de Relaciones Exteriores, Caja AH-0148 Serie 80 OEA-ONU S. Topog. C20-A74.

Argentina (1959). Cámara de Diputados de la Nación. Proyecto de Ley 2473/59 del Diputado Nacional Federico Fernández de Monjardín. Buenos Aires, 1959.

Argentina (1961). Ministerio de Relaciones Exteriores. Dictámenes del CONICET. Caja AH 104, Serie 80 – OEA-ONU, S. topog. C.20-A.52.

Argentina (1975). Ministerio de Relaciones Exteriores. Asociación Argentina Pro-ONU, Buenos Aires, 1975. Archivo Histórico del Ministerio de Relaciones Exteriores, Caja AH-136.

Argentina (1976). Ministerio de Relaciones Exteriores. Expediente 312-9/1976 de la División Organismos Internacionales, Buenos Aires, junio 1976. Archivo Histórico del Ministerio de Relaciones Exteriores, OPS Caja AH-009 Serie 80 – OEA y ONU. S. Topog. C.20-A.S.

Argentina (1977). Ministerio de Relaciones Exteriores. Funcionarios argentinos en Organismos Internacionales, Buenos Aires, septiembre de 1977. Archivo Histórico del Ministerio de Relaciones Exteriores, OPS Caja AH-0148 Serie 80 OEA-ONU S. Topog. C.20-A.74.

Balbuena Vladez, E. (1962). Organización y coordinación de los servicios de un distrito en provincia (Trabajo realizado en la Jurisdicción de los Partidos de Quitilipi, 25 de mayo y Presidencia de la Plaza – Provincia del Chaco). Trabajo práctico del Curso de

Diplomado en Salud Pública. Biblioteca “David Sevlever” del Departamento de Salud Pública de la UBA, sección Trabajos de Egresados.

Beramendi, J. (1962). La autopsia en salud pública. Trabajo práctico del Curso de Diplomado en Salud Pública. Biblioteca “David Sevlever” del Departamento de Salud Pública de la UBA, sección Trabajos de Egresados.

Baranchuk, N. (1965). Desnutrición infantil y salud pública. Trabajo práctico. Biblioteca “David Sevlever” del Departamento de Salud Pública de la UBA, sección Trabajos de Egresados.

Cabello, E.; Alzaá, F. de. (s/f). “El Centro Panamericano de Zoonosis y la Salud Pública”. Buenos Aires. Biblioteca “David Sevlever” del Departamento de Salud Pública de la UBA, sección Trabajos de Egresados.

Universidad de Buenos Aires. (s/f). Legajo administrativo Escuela de Salud Pública. Buenos Aires. Archivo Histórico de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires. Tomo III.

Universidad de Buenos Aires. (1960). *Memoria anual 1960*. Buenos Aires: UBA.

Audiovisuales

Galeano, D. (2015). Entrevista a Adolfo Chorny. Tomada de: <https://www.youtube.com/watch?v=-ielf5JuOCO>

Anexo N°1. Datos trayectoria de los profesores de la ESPUBA (1960-1976)

Nombre	Año nacimiento	Formación de grado	Formación en salud pública	Formación en el exterior y Organismo patrocinador	Desempeño en el Ministerio de Salud de la Nación u otro Ministerio nacional, provincial, etc.	Dependencia	Materia/Departamento (Actividad docente)
Chaja Brikman de Di Pasquale	1923	Odontóloga UBA	Planificación en Francia	Curso de Planeamiento en Francia. Beca Gobierno de Francia.	s/d	s/d	"Planeamiento y organización de servicios odontológicos" (1966). Jefa del Departamento de Odontología Sanitaria (1966)
Hebe Giacomini	1927	Matemática	Dra. En Matemática / Especialista en estadística	s/d	Directora Centro Argentino de Clasificación de Enfermedades - SSP de la Nación (1985)	Centro Argentino de Clasificación de Enfermedades - SSP de la Nación	Departamento de Bioestadística (1968), Jefa del Departamento de Bioestadística (1972). Coordinadora del Curso de Especialización en Registros Hospitalarios

Luis Lepera	1911	Médico UBA	Médico higienista UBA en 1946 - Médico de Fábricas UBA 1951	No	s/d		Jede Departamento de Higiene y Saneamiento Ambiental (1960-1972?)
Mabel Munist de Suárez Ojeda	1934	Médica UBA	Administración en Salud Pública	Beca OPS - ESP Chile para Curso de Administración en SP 1959, Beca 1960 para "observación y entrenamiento en Servicios de Salud Pública en Chile (3 meses)"	1960-1963 Jefe de Centro de Salud e Investigación de Isla Maciel	Centro de Salud e Investigación de Isla Maciel	Departamento de Salud Materno Infantil (1960-1966); 1971: Colaboradora en Curso "Organización de las instituciones de protección materno infantil en la República Argentina".
Vicente Enrique Mazzáfero	1931	Médico UBA	Especialista en Salubridad	Beca OPS - ESP Chile 1959	1957: Dirección de Aviación Sanitaria (MASySP). 1959: Departamento de Virología del Instituto Nacional de Microbiología del MASySP. 1962: Miembro de la Comisión Especial para la Aplicación en el Hospiral F. J. Muñiz del Organograma Hospitalario. 1967: Miembro del Comité de Docencia e Investigación del Hosp. F. J. Muñiz, Departamento de Educación Médica de la SSP de la Municipalidad de Buenos Aires; 1960's: Asesor de la Dirección de Lucha Antituberculosa del MASySP;	Comité de Docencia e Investigación del Hosp. F. J. Muñiz	Jede de Departamento de Epidemiología. Curso "Organización y Administración de la Terapia Intensiva" (1966), "Epidemiología para médicos clínicos" (1966)

Abraam Sonis	1921	Médico UNL	Diplomado en Salud Pública (LSHTM)	1959-1960: British Council + CONICET. Estudió Salud Pública en London School of Hygiene and Tropical Medicine. 1963: Curso de Adiestramiento en Planificación de la Salud (en el Instituto Latinoamericano de Planificación, CEPAL Chile)	1958: Asesor del MASySP, Miembro de la Comisión de Servicios Provinciales Reintegrados, 1963: Jefe de Recuperación de la Salud, Región V, Programa de Regionalización Sanitaria, provincia de Buenos Aires; 1964-1966: Jefe de Planificación y evaluación. Dir de Lucha Antituberculosa, MASySP. 1967: Consultor ESSEM (MASySP)	Recuperación de la Salud, Región V, Programa de Regionalización Sanitaria, provincia de Buenos Aires; 1964-1966	1962-1966 Encargado de Docencia e Inv. Departamento de Administración Sanitaria. 1966: Director Organizador de la ESPUBA. 1968-1972 Director por concurso de la ESPUBA. Fue profesor del Curso de Diplomado en Salud Pública, Cursos de Técnicos en Estadísticas para la Salud Pública, Curso de Organización y Administración Hospitalaria
---------------------	------	------------	------------------------------------	---	---	---	---

María Teresa Beas	1922	1950 Licenciada para el Servicio Consular UNL 1973 Licenciada en Administración Pública UNL	1956 Doctorado en Diplomacia	1959 Cursos sobre salud pública en Universidad de Gottenburgo	1961: Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado (según Rev Adm Pub, año 1 num 1). Fue redactora del proyecto de Ley de Sistema Nacional Integrado de Salud en 1973 (Según Veronelli, 2004) / Se unió al CLAM probablemente en 1971 (Según J Segovia, 1978)	Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado	Encargada de Doc e Inv Departamento de Administración Sanitaria (1960-1966)
Jorge Segovia	1934	Médico UBA	Diplomado en SP ESPUBA 1961	1967 Millbank Memorial - Se especializó en Sociología médica	s/d	s/d	1962: JTP. 1965: "Cursillo Introductorio a la Sociología Médica"

Jorge Serejski	1932	Médico UBA	Diplomado en SP ESPUBA 1961 Beca MASySP. También: 1960 participó del "Tercer Cursillo de Orientación en Salud Pública". 1962: Curso Superior de Medicina Industrial para graduados	1965 Beca OPS-OMS Guatemala Perfeccionamiento enseñanza de nutrición	1962: Jefe del Departamento Técnico de la Dirección del Programa de los Centros de Salud, prov Buenos Aires (es la dependencia que le otorgó la beca para ir a la ESPUBA)/A cargo de la Oficina de Bioestadística de los C de S. 1963: Asesor en Consumo de Alimentos del Cns. Fed. de Inversiones	Departament o Técnico de la Dirección del Programa de los Centros de Salud, prov Buenos Aires	1962:JTP Departamento de Nutrición, 1965: Cursillo sobre "Formulación de Encuestas Alimentarias". 1966: Cursillo "Teoría y Práctica de las Encuestas Alimentarias", 1967: Principios Nutritivos Minerales. Enfoque de Salud Pública.
Emma Clementina Balossi	1932	Médica UBA	Diplomada en SP ESPUBA 1960	1969-70 Beca OPS-OMS para curso Administración Hospitalaria en Caracas	1960: Departamento Técnico de la Dirección del Programa de los Centros de Salud, prov Buenos Aires (es la dependencia que le otorgó la beca para ir a la ESPUBA); 1962: Sub Jefe Zona II de los C. de S.; 1964: Jefa Depto. Centros de Salud; 1980: Jefa de Enfermedades No Transmisibles SSP de la Nación	Departament o Técnico de la Dirección del Programa de los Centros de Salud, prov Buenos Aires	1961: Colaboración en la Cátedra Administración Sanitaria. 1963: Departamento de Higiene Materno Infantil; 1965: Docente a cargo de Estadísticas

							Hospitalarias en el Curso de Técnicos Estadísticos para Salud Pública
Sabina Rojas	1929	Médica UBA	Diplomado en SP ESPUBA	No	Hasta 1976 al menos trabajó en la SSP de la Nación	SSP	1962: Departamento de Salud Materno Infantil
Blanca Agueda Gamba	1932	Odontóloga UBA	Diplomado en SP ESPUBA 1961	No	1961-1962: Asesoría técnica Dirección de Bioestadística de la provincia de Buenos Aires. Asesoría técnica SSP prov. de Buenos Aires. 1963: Organización y departamentalización del Hosp. Fernández, redactora del proyecto de reestructuración del mismo hospital y del Organograma así como del Depto de Estadísticas. 1964: Jefe de Depto de Estadística del Hosp Fernández	Jefe de Depto de Estadística del Hosp Fernández	1962: Departamento de Bioestadística
Rosa Lamartine	1937	Odontóloga UBA	Diplomada en SP ESPUBA 1960	s/d	1976: SSP (BO 02/09/1976, p. 6)	SSP	1961: Departamento de Odontología Sanitaria. 1963: Curso de Introducción a la Salud Oral Pública. 1964: Introducción a la odontología preventiva y social

Juan Manuel Wendt	1920	Inspector sanitario 1946 MSPública	Cursos de especialización en ESP Chile	1954 y 1961 Becado por OPS Curso de inspector sanitario ESP Chile	1945 Saneamiento ambiental en la Dirección Nacional de Salud, 1967 Dirección de Saneamiento ambiental (BO 08/081967 p. 14)	Dirección de Saneamiento ambiental	1960-1976 Departamento de Higiene y Saneamiento ambiental
Adolfo Horacio Chorny	1938	Matemática / Administración de empresas	1975 Curso de Planificación con Vicente Navarro OPS	Relación con OSP	1960: Escuela Nacional de Salud Pública, 1962-1965: Experto estadístico operativo con asignación al Equipo de Salud Pública de la Dirección Técnica del Consejo Federal de Inversiones; Hasta 1966 se desempeñó en la ENSP (formalmente) y en noviembre fue transferido a la ESPUBA (BO 09/11/1966), 1970: ESSEM	Equipo de Salud Pública de la Dirección Técnica del Consejo Federal de Inversiones	1962: Departamento de Bioestadística, 1964: Metodología Estadística en Curso de Técnicos en Salud Pública y en la materia Costos Hospitalarios del mismo curso; 1967: Colaborador Curso "Metodología para obtener costos hospitalarios"
Elsa M. Massolo	c.1935	Licenciada en Educación para la Salud	1959 – Educación para la salud	Beca OPS - ESP Chile 1959	s/d	s/d	Departamento de Educación Sanitaria
Miguel Francisco Veraldi	1930	Médico UBA	Diplomado en SP ESPUBA (becado por UBA) 1961	No	1961: Organización del Depto de Estadística del Hospital de Niños de la Cap Fed; 1962: Jefe del Depto de Estadística del Hospital Pedro Fiorito, Avellaneda; 1964: Jefe del Depto de Estadística de la SSP de Avellaneda; 1964: Jefe Dept Estadística Hospital Planta Piloto N° 2 Gonnet; 1967: Asesor en Ferrocarriles Argentinos (BO Jueves 1/08 p. 8)	Dept Estadística Hospital Planta Piloto N° 2 Gonnet	1964: Jefe de Trabajos Prácticos Departamento de Bioestadística

Renate Plaut Roithner	s/d	Médica	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Beatriz Elena Erbin de Veraldi	1929	Antropóloga UBA	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Jorge Héctor Andrade	1925	Odontólogo UBA	Diplomado en SP ESPUBA 1962	s/d	s/d	s/d	1965: Depto de Odontología Sanitaria; 1968-1970: Jefe de Sección Depto de Odontología Sanitaria
Hilda Quijada	1926	Odontóloga UNC	Diplomado en SP ESPUBA 1962	s/d	s/d	s/d	1965: JTP Depto Odontología Sanitaria 1968-1969: Encargada de Docencia e Investigación del DOS

Sylvia Bermann	1922	Médica UNC	1953-54 Médica legista, Médica Psiquiatra (s/f) Posgrado en Salud Mental y Salud Pública en Harvard	Beca OPS-OMS Posgrado Harvard			1964: JTP Depto Teoría y Práctica de la Salud 1965: Departamento de Salud Mental 1973: Ayudante Honoraria
---------------------------	------	---------------	--	----------------------------------	--	--	---

Carlos Horacio Rizzi	1939	Médico UBA	1964 Diplomado en SP ESPUBA 1967 Experto en planificación de la salud 1970 Médico Higienista UBA 1972 Master en Demografía U Puerto Rico	Diplomado en Salud Pública ESPUBA 1964 1972 Master of Science in Demographie Universidad de Puerto Rico	1961 Programador y encargado del equipamiento técnico y pedagógico de los departamentos docentes del Bachillerato en sanidad ENSP; 1963: Supervisión del programa de residencias médicas hospitalarias del MASySP, 1964: Encargado del Relevamiento del "Operativo de Catastro de Recursos y Servicios para la Salud" del MASySP; 1965: Médico Ad Honorem del Depto de Planificación y Evaluación de la Salud MASySP (1967-1969 ídem); 1969: Asesor Médico Departamento de Estadísticas de la Salud (Núcleo de Informática); en 1976 seguía siendo funcionario de la SSP	Supervisión del programa de residencias médicas hospitalarias del MASySP	1965: JTP Depto de Epidemiología 1966: Moderador Curso "Epidemiología para médicos clínicos"
Norberto Samuel Baranchuk	1933	Médico UBA	Diplomado en Salud Pública ESPUBA 1964	Relacionado a la OMS-OPS desde 1972	1963: Director de Primera de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Bs. As.; 1964. Jefe de Zona IV del Servicio Provincial de Hidratación Infantil 1967: Director de Tercera de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Bs. As.	Zona IV del Servicio Provincial de Hidratación Infantil	1964: Ayudante Depto Slud Materno Infantil; 1965: JTP; 1967: Jefe del Depto.; 1968-1982: Encargado de Docencia e Investigación. 1968: Colaborador en el Curso "Mortalidad Infantil"; 1971: Colaborador Curso "Nutrición y Salud

							Pública Infantil"; 1977: fue encomendado por el Director de la ESPUBA como "encargado del ordenamiento, desarrollo y planificación de los cursos superiores de la Escuela"
Aldo Milic	1930	Médico UBA	Escuela de Salubridad Chile 1960	Especialista en Salubridad - OPS (Chile). También se formó en el Centro Nacional de Enfermedades Transmisibles de Atlanta, EE.UU.	S/F: Delegado sanitario federal en Río Negro; Instituto Nacional de Microbiología	Delegado sanitario federal en Río Negro	1966: Moderador Curso "Epidemiología para médicos clínicos"; 1968: Depto de Epidemiología
Moisés Malamud	1901	Médico UBA	Médico higienista UBA en 1945	Vinculado a la OSP	s/d	s/d	1965: Departamento de Administración Hospitalaria. 1966: "Introducción a la Arquitectura Hospitalaria".
Carlos García Díaz	1910	Médico UBA	s/d	Recibió becas en 1973 Organización Univ. De Intercambio Panamericano y de la OPS para realizar visitas formativas en EEUU y Madrid, y también del British Council en 1973 para visitas técnicas en			1964: JTP Depto de Administración Hospitalaria; 1966: Curso de Orientación en Administración Hospitalaria; 1973: Encargado de Doc e Inv. Departamento

				Inglaterra			de Atención Médica y Administración Hospitalaria; 1975: Director suplente de Aldo Neri; 1976: Director ESPUBA
Jorge Mera	1936	Médico UBA	Diplomado en SP ESPUBA 1963 Postdoctoral Scholar en UCLA	1972 UCLA Beca CONICET	1976: SSP	SSP	1965: JTP Depto de Administración Hospitalaria
Carmen María Gómez de Landa	1919	Odontóloga UBA	Diplomada en SP ESPUBA 1963	No	s/d	s/d	1964: Curso de Médicos Dietólogos, Sección Nutrición del Departamento de Teoría y Práctica; 1967: Principios Nutritivos Minerales. Enfoque de Salud Pública.
Mercedes Riaño Garcés	1929	Médica UBA	Diplomada en SP ESPUBA 1964	No	1964: Encargada de "Operativo catastro de Recursos y Servicios para la Salud"; 1965-1966: SSP de Avellaneda; 1966: Médica Jefe de Región 2 de C. de S. Infantil dependiente de la Dirección de Maternidad e Infancia de la Prov de Bs. As. hasta 1976 al menos trabajó en la SSP de la Nación	Dirección de Maternidad e Infancia de la Prov de Bs. As.	1965: Ayudante Depto de Nutrición; 1968: Jefe de Sección Departameto de Salud Materno Infantil; 1968: Colaboradora en el Curso "Mortalidad Infantil"; 1969: Curso "Pediatría

							Social"
Rodolfo Sobel	1931	Médico UBA	Licenciado en Salubridad (Chile) 1960, Master in Science in Hospital Administration (U. de Columbia), 1968	1960 OPS ESP Chile 1966-68 Fundación Kellogg Univ de Columbia	1958: Médico jefe de la Div de Servicios Sanitarios-Sociales de la Dir de Maternidad e Infancia, MASySP; 1961-1962: Director Regional de Maternidad e Infancia, Catamarca, MASySP; 1963-1965: Dir Administrador Sanitario del Hosp Centro de Salud Tucumán, M. Salud Tucumán; 1963: Asesor de la Dir. Mater e Inf MASySP; 1964-1965: Asesor de Administración de Hospitales de la Delegación Sanitaria Federal en Tucumán, MASySP; 1965-1966: Médico de la dirección de Saneamiento Ambiental (Saneam. de Hospitales y Programa de Agua Potable); 1969: Director Policlínico Ciudadela, de la SSP y Asesor de la SSP; 1970: Consultor Hospitalario para el Hospital Regional de San Carlos de Bariloche (para la SSP y la Sociedad Central de Arquitectos); 1976-1977: Director Hospital Fiorito	Director Policlínico Ciudadela,	1965: JTP Depto de Administración Hospitalaria

Nemo Tomassi	1916	Ingeniero civil 1945	Ingeniero en Salud Pública 1952	Vinculado a la OMS desde 1953 hasta mediados de los 60 como mínimo	1947: Jefe Sección Ingeniería Sanitaria en Dirección de Higiene Pública y de la Vivienda; 1953: Dirección de Higiene Pública, Jefe de Sección Saneamiento Urbano; 1958: Director de Saneamiento Ambiental; 1964: Presidente del Comité Ejecutivo del Servicio Nacional de Agua Potable y Saneamiento Rural	Comité Ejecutivo del Servicio Nacional de Agua Potable y Saneamiento Rural	1964: Dept Saneamiento Ambiental
Carlos Ferrero	1937	Médico UBA	s/d	Vinculado a la OMS en 1968; se incorpora como asesor técnico a la OPS en 1972	1968-1973? Director Ejecutivo ESSEM- SSP	ESSEM	1960: Departamento de Estadística; 1967: "Elementos de Demografía en relación con Salud Pública"
Carlos Canitrot	1930	Médico UBA	Master in Public Health	SPH Berkeley 1959 Beca UBA	1957: Asesor de la Dirección de Educación Sanitaria y Social; 1958: Auxiliar 6to MASySP; 1985: SSP	Dirección de Educación Sanitaria y Social	1962: Departamento de Administración Sanitaria
Joseba Kelmendi de Ustarán	1921	Médico UNL	Master in Public Health Especialidad Epidemiología 1951	Master in Public Health - Johns Hopkins	1958: Designado Oficial 8vo en el MASySP; 1976: seguía siendo funcionario de la SSP, aunque ese año también fue Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires	Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires	1960: Departamento de Epidemiología

David Sevlever	1904	Médico UBA	Adscripto Catedra de Higiene y Medicina social (UNL) - Master un Science in Public Health por Harvard (1959)	1942 Rockefeller Viaje de formación y observación / 1959 SPH Harvard University beca OPS-CONICET	1957: Designado por MASySP para la redacción de ley de Carrera Sanitaria; 1958: Miembro de la Comisión especial designada para el estudio de la institución de becas por el MASySP para formar especialistas en sanidad y auxiliares; Asesor de la Dirección del Hospital de Avellaneda para remodelación del nosocomio; 1959: Miembro del Consejo Asesor de la Dirección de Lucha Antileprosa (MASySP); 1961: Asesor del MASySP de la Prov de Bs. As. sobre organización de Hospital Piloto de Mar del Plata	Asesor del MASySP de la Prov de Bs. As. sobre organización de Hospital Piloto de Mar del Plata	1960-1966: Director Organizador
Juan Pablo Abadie	1934	Médico UBA	Licenciado en Salubridad (Chile) 1959	1959 OPS ESP Chile - 1964 OPS Venezuela	1961-1962: Asesor en Estadísticas Vitales y Sanitarias del MASySP de la Prov de Bs. As.; 1962-1963: Asesor de la SSP de la Municip de Bs. As.; 1964-1965: Secretario Técnico de la Dir. de Estadística del MASySP; 1967-1968: Asesor de la SSP de la Nación en el Centro Piloto de Atención Médica para la Comunidad; 1968: Encargado de evaluación en el Departamento de Educ. Sanitaria de la SSP de la N; 1968-1970: Asesor en el Departamento de Atención Médica de la SSP de la Nación; 1970-1971: Jefe del Grupo de Epidemiología de la SSP de la N. 1984: Director Nacional de Estadísticas de Salud de la SSP del Min. Salud y Acción Social.	Dir. de Estadística del MASySP	1961-1966: Departamento de Estadística

Vicente R. Di Pasquale	1922	Especialista en Educación	Dr. en Educación / Especialista en Métodos Audiovisuales	s/d	Es probable que haya cumplido funciones en el Ministerio de Educación y Justicia de la Nación	Ministerio de Educación y Justicia	1960: Jefe del Departamento de Educación Sanitaria
Luis Corach	1914	Médico UNC	Tisiólogo / Experto en Administración Hospitalaria	Vinculado a la OPS a partir de los años 1960	Ministerio de Salud de la Prov. de Buenos Aires	Ministerio de Salud de la Prov. de Buenos Aires	1966: "Introducción a la Arquitectura Hospitalaria".
Boris Rothman	1907	Médico UBA		Visitas a Centros Nutrición EE.UU., Centro Amédica, SudAmérica, Europa. Beca OMS.	Asesor SSP de la Nación	Asesor SSP de la Nación	
Robinson Eugenio Holmes D'Aiutolo	1921	Médico UBA	No. Especialista en Cardiología	No	1967:director del Policlínico de San Martín; 1971 Subsecretario de la SSP; 1976 fue designado en Emergencias Sanitarias en la SSP.	Subsecretario de la SSP	1965: Colaborador docente, Curso de Administración y Organización Hospitalaria; 1968: Profesor Honorario Departamento de Administración Hospitalaria y Atención Médica, el mismo año, Encargado de Docencia e Investigación; 1969: Encargado de

							Doc e Inv en el Depto de At Médica y Org Hosp.
María Antonia Vattuone	1936	Médica UBA	Visitadora de higiene (1954-inconcluso) Curso de Organización y Administ Hosp. (1967) Diplomada en Salud Pública (1978)	No	s/d	s/d	1968: Jefa de Sección Depto de At Médica y Administración Hospitalaria
Jorge Rodolfo Montero	1927	Médico UBA	s/d	s/d	1966: Designado Director "Hospital de Zona (tipo Centro de Salud) Dr. Joaquín Castellanos, de Guemes, Salta". BO 4/03/1966 pág. 10; 1967: Delegación Sanitaria Federal en Salta (BO 07/04/1967, p. 9)	Delegación Sanitaria Federal en Salta	1969: Jefe de Sección Depto At Médica y Adm Hosp

Alberto Mondet	1923	Médico UBA	Organización Hospitalaria en la Escuela de Salud Pública y Administración Médica de Columbia, NYC	1965 Eisenhower Exchange Fellowship Organización Hospitalaria en la Escuela de Salud Pública y Administración Médica de Columbia, NYC	1965: Asesor del CONADE. Secretario de Salud SSP 1966-1970	Secretario de Salud de la Nación 1966-1970	1966: En marzo se solicita su inclusión como JTP del Depto de Adm Hospitalaria; 1968: Designado Encargado de Docencia e Investigación
Jorge Antonio Montenegro	1936	Médico UBA	Diplomado en Salud Pública (1965)	s/d	s/d	s/d	1969: Ayudante Curso Introducción a la Medicina Sanitaria, Departamento de Atención Médica y Adm Hospitalaria

José Carlos Escudero	1938	Médico UBA	Diplomado en Salud Pública ESPUBA 1963 Bioestadística en University of Michigan (obtuvo el título de Master of Arts in Sociology)	Cursos de Bioestadística University of Michigan, beca OPS	1969: Estudio sobre Salud, Recursos para la Salud y Educación Médica en la República Argentina, de la Dirección de Estadísticas de la Salud, SSP de la Nación.	ESSEM	1968: Jefe de Sección Depto de Bioestadística; 1972: JTP Depto de Bioestadística
Carlos Alberto Urquijo	1911	Médico UBA	Licenciado en Salud Pública ESCHile 1960	Escuela de Salubridad Universidad de Chile	Jefe del Departamento de Información y de Investigación Aplicada de la Dirección Nacional Sectorial de la Subsecretaría de Salud Pública	Dirección Nacional Sectorial de la Subsecretaría de Salud Pública	1966 Jefe del Depto de Epidemiología

Elbio Néstor Suárez Ojeda	1935	Médico UBA	Diplomado en Salud pública 1962	1962 Beca MASySP de prov de Bs. As. para el curso de la ESPUBA. 1969 Curso Latinoamericano de Salud Materna e Infantil OPS. Consultor en Paraguay 1970, Ecuador 1971, Chile 1972	1959-1967: Médico de Centros de Salud Prov. Bs. As y Jefe y Subjefe de Zonas sanitarias II, III y IV. 1964: SSP de Lomas de Zamora; 1963-1970: Médico del Departamento de Estadísticas de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar. Inspector ("Trabajos de recopilación Análisis estadístico").	Departamento de Estadísticas de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar	1963: Ayudante Depto de Salud Materna Infantil; 1968-1970: Jefe de Sección Depto Salud Materno Infantil; 1968: Curso "Mortalidad Infantil"; 1969-1971: Director de Curso Seminario Internacional de Salud Materno Infantil ; 1971: Colaborador Curso "Nutrición y Salud Pública Infantil"
Domingo Manuel Suárez Boedo	1926	Médico UNC	s/d	s/d	1966-1968: Hospital Vecinal Dr Vicente Arroyabe, Tartagal, Salta (BO 31/01/1968, p. 24); 1967: Policlínico Gregorio Aráoz Alfaro (BO 08/08/1967 p. 13)	Hospital Vecinal Dr Vicente Arroyabe, Tartagal, Salta	1967: JTP Depto de Administración Hospitalaria
Mario Edgardo Boyer	1935	Médico UBA	Diplomado en Salud Pública ESPUBA 1964	1969 Obtuvo una beca del British Council para ir a estudiar Salud Pública a la LSHTM	Hasta 1966 se desempeñó en la ENSP (formalmente) y en noviembre fue transferido a la ESPUBA (BO 09/11/1966). C1966: Departamento de Economía de la Salud (según Veronelli, 2004:634). 1968: Departamento de Planificación y Evaluación de la Salud SSP de la Nación (BO 08/08/1967, p. 14).	Departamento de Economía de la Salud	1966: Moderador Curso "Epidemiología para médicos clínicos"; 1967: Colaborador Curso "Metodología para obtener costos hospitalarios" 1968: Jefe de Sección/JTP Depto de At Médica y Administración

							Hospitalaria; 1969: Curso "Costos hospitalarios"
Jorge Eduardo Molinero	1921	Médico UBA	s/d	s/d	Hasta 1966 se desempeñó en la ENSP (formalmente) y en noviembre fue transferido a la ESPUBA (BO 09/11/1966)	ENSP	1967: Curso Orientación en Administración Hospitalaria; 1968: Jefe del Depto de At Médica y Administración Hospitalaria; 1969: Curso "Metodología para obtener costos hospitalarios"; 1968: Curso "Introducción a la Administración y Organización Hospitalaria". [En 1969 reemplaza a A. Sonis temporalmente y en 1975 a Aldo Neri como Director, también temporalmente]

Miguel Angel Mazzei	1923	Médico UBA	s/d	Fue Becario OPS, sin más datos	Secretaría de Salud de la Nación: Dirección de Educación Sanitaria y Social, 1976: SSP (BO: 02/09/1976, p. 4)	Dirección de Educación Sanitaria y Social	1966: Encargado de Docencia e Investigación; 1968: Jefe de Sección Depto de Administración de la Salud
Carlos Aurelio Sosa	1934	Médico UNCUYO	s/d	s/d	1967: Delegación Sanitaria Federal San Luis (BO 07/04/1967 p. 9). 1968: Director Centro de Salud Dr Juan José Miguez Iñarra (San Luis, BO 22/03/1968, p. 7); 1969: Coordinador Región Cuyo - Secretaría de Salud	Coordinación Región Cuyo SSP	1968-1969: Jefe de Sección Dept de Atención Médica y Adm Hospitalaria
Pablo Mario Luquet	1937	Médico UBA	Diplomado en Salud Pública ESPUBA 1966		1966: Departamento de Programación y Evaluación de la Salud de la SSP (Veronelli, Veronelli Correch, 2004:631); 1967: Dirección de Estadística y Economía Sanitarias, BO 13-03-1968	Departamento de Programación y Evaluación de la Salud	1968: Ayudante 1º rentado Depto de Adm de la Salud
Juan Carlos Veronelli	1933	Médico UBA	Diplomado en Salud Pública ESPUBA 1966	1971 Certificado de Estudios Políticos (Política Social y Seguridad Social). Instituto de Estudios Políticos, Universidad de París, beca OPS	1970-1971: Jefe del Departamento de Programación y Evaluación de la Salud SSP-MBS	Departamento de Programación y Evaluación de la Salud SSP	1968 Jefe de Sección Depto Adm de la Salud

Hugo Silverio Milione	1922	Médico UBA	Curso Superior de Médico Higienista (1956-1958) Diplomado en Salud Pública (1965)	s/d	s/d	s/d	1969-1970: Curso "Introducción a la Medicina Sanitaria"; 1972: JTP honorario. Depart de Salud Materno Infantil
------------------------------	------	---------------	--	-----	-----	-----	--

José Abel Landa	1914	Médico UBA	No	<p>Beca OSP 1940-41 Chicago, Harvard, Massachusets General Hospital. Especialidad: Nutrición.</p> <p>Becado por el gobierno de Francia 1948-1949 para profundizar sus estudios sobre Alimentación en Francia.</p> <p>Becario OPS Centro de Nutrición de América Central y Panamá 1962</p> <p>Beca OPS 1965 para asistir al Western Hemisphere Nutrition Congress en Chicago.</p> <p>Beca OPS para observar escuelas de nutrición en Colombia, Estados Unidos y Guatemala</p>	Secretaría de Salud Pública (BO 02/09/1976 p. 4)	Secretaría de Salud Pública	1965: Curso Nutrición en Salud Pública; 1967-1968: Encargado de Doc e Inv. Depto de Administración de la Salud
Beatriz Susana Petraglia	1943	Curso de Técnicos Estadísticos ESPUBA 1965 Curso Especialización en Registros Hospitalarios ESPUBA 1973		s/d	s/d	s/d	1968-1970: Ayudante 2ª Rentada Depto Bioestadística

Célica Tula Rattner	1932	Curso de Técnicos Estadísticos ESPUBA 1965		Visitas a Centros de Registros médicos en Venezuela y Puerto Rico 1968. Beca OPS.	s/d	s/d	1968-1970: Ayudante 2ª Rentada Depto Bioestadística
Norma María Zottola Nicchiarelli	1936	Curso de Técnicos Estadísticos ESPUBA 1965		Curso sobre "Ciencias de Records Médicas" en la Escuela de Medicina Tropical de la Universidad de Puerto Rico. Beca OPS 1968	1964: Asignada a la ENSP	ENSP	1968-1970: Ayudante 2ª Rentada Depto Bioestadística
Zulema Eleonor Díaz	1943	Curso de Técnicos Estadísticos ESPUBA 1967		s/d	s/d	s/d	1968-1970: Ayudante 2ª Rentada Depto Bioestadística
Hugo Segismundo Kierzsembaum	1940	Médico UBA	Diplomado en Salud Pública ESPUBA 1968	Curso "Master of Science in Community and Social Psychiatry" Universidad de Columbia, Beca OPS, 1970	s/d	s/d	1968: JTP Depto de Epidemiología
Luis Ermis Loffi	1929	Ingeniero UNLP	s/d	s/d	1976 Secretaría de Salud Pública	Secretaría de Salud Pública	196-1970: JTP Depto Higiene y Saneamiento Ambiental
Héctor José Boffi Boggero	1921	Médico UNLP	Master in Public Health UCLA 1962	Universidad de California, Beca del Servicio Nacional de Salud Pública de EEUU y la OPS	1959 Instituto Nacional de Salud - Instituto de Reumatología; 1969-1972: ESSEM Recursos en Operación; 1976 Secretaría de Salud Pública	ESSEM	1967: Encargado de Inv y Docencia Depto Epidemiología

Rodolfo Camps Palacios	1938	Médico UBA	Diplomado en Salud Pública ESPUBA 1967	s/d	1970 era Asesor en la Coordinación sanitaria Regional del Noroeste argentino, según el Cuaderno de Salud Pública N° 3/4, de junio 1969/julio 1970, p. 57.	Coordinación sanitaria Regional del Noroeste argentino	1968: Jefe de Sección Depto Epidemiología
Oscar Antonio Zeolla	1920	Médico UBA	Diplomado en Salud Pública ESPUBA 1962. "Experto en planificación de programas de bienestar social", Proyecto 102, Programa de Cooperación Técnica de la OEA 1966	Fue becario OEA pero en el país	s/d	s/d	1962: Curso "Problemas médico sociales de la madre: antes, durante y después del parto - Riesgos Maternos - Atención médica de la embarazada en el medio rural y urbano - Recursos físicos y humanos del país". 1967: Curso "Departamento Materno Infantil". 1968: Colaborador en el Curso "Mortalidad Infantil" (Depto de Salud Materno Infantil); 1970: Educación y Psico-Sociología de la Salud Sexual
Naum Marchevsky	1925	Médico UNC	1966 Columbia	Administración de Hospitales MSPH Univ de Columbia 1966	s/d	s/d	1967: Curso "Metodología estadística aplicada a Ciencias

							Médicas"; 1968: Jefe de Sección Depto Bioestadística
Graciela Fermina Eleta	1939	Médica UBA	s/d	Solicitó beca UBA para ir a la LSHTM, 1975. Sin más datos.	s/d	s/d	1975: Depto de Epidemiología
Ana María Darribere	1947	Curso de Técnicos Estadísticos ESPUBA 1967 Licenciatura en sistemas de la información para la salud, 1973		s/d	s/d	s/d	1968-1970: Ayudante 2ª Rentada Depto Bioestadística
Susana Esther Badino	1939	Médica UBA	Diplomada en Salud Pública ESPUBA 1963	s/d	1968/69-1975: Departamento de Atención Médica de la SSP de la Nación	Departament o de Atención Médica de la SSP de la Nación	1969: Jefe de Sección Demografía (materia de Pregrado)
Irma Buchholz	1929	Médica UBA	Diplomada en Salud Pública ESPUBA 1962	Curso "Promoción y protección de la salud" 1974 OPS	s/d	s/d	1967: JTP Depto Salud Materno Infantil; 1968: Colaboradora en el Curso "Mortalidad Infantil"; 1969: Curso "Pediatria Social"; 1971: Curso "Nutrición y Salud Pública Infantil"

Alicia María García Bates	1943	Enfermera (militar)	Diplomada en Salud Pública ESPUBA 1966	s/d	1967: Asesora Depto de Organización Hospitalaria, SSP; 1967-1969: Comando de Sanidad, Comando en Jefe del EA.	Depto de Organización Hospitalaria, SSP	1969-1970: Departamento de Administración de la Salud, 1972: Coordinadora de Curso de Administración de Servicios de Enfermería en Salud Pública
Julio Ceitlin	1923	Médico UBA	Dr. En Medicina 1954 Diplomado en Salud Pública 1963	s/d	1968/69-1972: ESSEM Director Asistente	ESSEM	1969: Departamento de Administración de la Salud
Carlos Abel Ray	1928	Médico UBA	Médico de fábrica 1952 UBA	No	s/d	s/d	1968: Jefe del Departamento de Educación Permanente
David León Palais	1930	Médico UBA	1957 Especialista rehabilitación polio 1962 Diplomado Salud Pública UBA	1957 Beca ALPI viaje a New York y Beca Centro Internacional de la Infancia viaje a Brasil	1958-1965 Jefe de División de la Dirección de Enfermedades transmisibles a cargo de la sección Polipofilaxis; 1963: Le confirman el cargo en el MASySP; 1976 Secretaría de Salud Pública	Dirección de Enfermedades transmisibles	1966/67: Departamento de Epidemiología

Jorge Eduardo Desiderio Elvera	1931	Médico UBA	1967 Diplomado en Salud Pública UBA	No	1976 Secretaría de Salud Pública	Secretaría de Salud Pública	1970: Departamento de Educación Continuada
Osvaldo Josué Postiglioni	1942	Ingeniero UBA	s/d - Era especialista en higiene ambiental	s/d	1968: Dirección de Saneamiento Ambiental, BO 13/03/1968, p. 10.; 1976 Secretaría de Salud Pública	Dirección de Saneamiento Ambiental	1969: JTP Depto de Higiene y Saneamiento Ambiental
Carmen Leonor Oviedo Aguade	1937	Médica UNC	1966 Diplomado en Salud Pública UBA	1970 Curso de Demografía Centro Latino Americano de Demografía Beca Population Council	1963: Le confirman el cargo en el MASySP; 1967: Dirección de Contralor de Fronteras y Transportes en SSP	Dirección de Contralor de Fronteras y Transportes en SSP	1970/1974: Demografía (materia de pregrado)
Luciana María Piera Sartori de Díaz	1937	Médica UBA	1968 Diplomada en Salud Pública UBA	1969 Curso de Salud y Dinámica de la Población	s/d	s/d	1969: Ayudante 1ª Demografía (materia de pregrado); 1973: Introducción a la medicina sanitaria (materia de pregrado)

Enrique Eduardo Rozenblat	1938	Médico UBA	1969 Diplomado en Administración y Organización hospitalaria ESPUBA	Viajes de estudio a la UCLA en EEUU y como docente y asesor a la Universidad Central de Venezuela con beca OPS	s/d	s/d	1970-1973: JTP Depto de At Médica y Adm Hosp.; 1973: Introducción a la Medicina Sanitaria
Aldo Carlos Neri	1930	Médico UBA	1965 Diplomado en Salud Pública ESPUBA	1975 Curso de "Formación de recursos humanos" Inglaterra, Beca OPS (Invitado en varias oportunidades por la OPS)	1983-1986: Secretario de Salud MASySP	Secretario de Salud MASySP	1969-1977: Director ESPUBA
Carlos Adlerstein	1939	Médico UBA	Master en Salud Pública Facultad de Higiene y Medicina preventiva San Pablo (Brasil)	1973 Curso de Epidemiología en París. Beca OPS	1965: Director del Centro Materno Infantil Piloto de la Prov de Córdoba dependiente de la SSP de la Nac. (coordinación de 10 centros materno-infantiles); 1969-1970: Coordinación Sanitaria Regional de la Patagonia (SSP); 1971: Asesor SSP en temas de enfermedades transmisibles; 1976: Secretaría de Salud Pública	Coordinación Sanitaria Regional de la Patagonia (SSP)	1970: Encargado de Doc e Inv

Ricardo Héctor Rímoli	1933	Médico UBA	1961 Diplomado en Salud Pública ESPBUA	1975 Curso sobre Salud Materno infantil Beca OPS	s/d	s/d	1969: JTP Depto de Salud Materno Infantil; 1971: Colaborador en Curso "Organización de las instituciones de protección materno infantil en la República Argentina".
Susana Martha Brescia	1935	Médica UBA	1965 Diplomado en Salud Pública ESPUBA	s/d	1968: Médica Asesora Delegación Sanitaria del SSP de la Nación en Río Negro.	Delegación Sanitaria del SSP de la Nación en Río Negro	1971: Departamento de Salud Materno Infantil; Curso "Organización de las instituciones de protección materno infantil en la República Argentina". 1972- 1973: JTP del Departamento
Juan Carlos O'Donnell	1930	Médico UBA	s/f Curso Administración y Organización hospitalaria ESPUBA	s/d	1963: Le confirman el cargo en el MASySP.	MASySP	1969: Depto de Salud Materno Infantil; 1971: Curso "Nutrición y Salud Pública Infantil"

Eduardo Abel Pedace	1937	Ingeniero UBA	School of Public Health - University of Pittsburgh	s/d	s/d	s/d	1972: Coordinador del Curso Proyecto y Diseño en Control Ambiental
Ernesto Kahan	1940	Médico UBA	1968 Diplomado en Salud Pública ESPUBA	s/d	1975-1976: Asesor en la Coordinación Patagonia SSPN	Coordinación Patagonia SSPN	1971: Depto de Epidemiología
Elva Zulema Alfaro	1936	Estadística UNL	1967 Diplomado en Salud Pública	s/d	1966: Prestaba servicios en el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 1976 Secretaría de Salud Pública	1976 Secretaría de Salud Pública	1969: Ayudante 1ª Depto de Bioestadística
Alberto Osoros Soler	1935	Médico UBA	1965 Diplomado en Salud Pública ESPUBA	1972 Seminario de Programación Regional Chile OPS	1967: Delegación sanitaria federal Salta, SSP.	Delegación sanitaria federal Salta	1968: Depart. De Administración de Salud Pública (encargado de docencia e investigación, fue Coordinador del Diplomado en Salud Pública)
Rodolfo Hipólito Ferraro	1928	Médico UBA	1969 Diplomado en Salud Pública ESPUBA	s/d	1963: Hospital Rivadavia contratado ad honorem por MASySP.	Hospital Rivadavia	1970: Departamento de Atención Médica y Atención Hospitalaria

Dalton Mario Hamilton	1932	Médico UBA	1963 Diplomado en Salud Pública ESPUBA. 1966. Population Planning en U de Michigan, 1975 Consultor en Brasil.	1966. Population Planning en Universidad de Michigan, 1975 Consultor en Brasil	1972: Jefe Estudios demográficos ESSEM. 1973-1975 Ministerio de Bienestar Social	ESSEM	1968: Encargado de docencia e investigación
Astrid Boquedam de Debuchy	s/d	Arquitecta	s/d	s/d	1966: Dirección de Planeamiento y Arquitectura, SSP (legajo ESPUBA)	Dirección de Planeamiento y Arquitectura, SSP	1966: Curso Arquitectura hospitalaria; Profesora honoraria del Depart de Administración de la Salud
Martha Eugenia Eisler de Kahan	1938	Médica UBA	1969 Diplomado en Salud Pública ESPUBA	s/d	s/d	s/d	1971: Demografía (materia de pregrado)
Mario Carlos Robirosa	1931	Arquitecto UBA	s/d	s/d	s/d	s/d	1970-1974: Encargado de docencia e investigación

Oscar Alberto Filomena	1940	Médico UBA	1969 Diplomado en Salud Pública ESPUBA	1974 LSHTM, Epidemiología Beca OPS	s/d	s/d	1970: Ayudante 1era Demografía (materia de pregrado)
Alejandro Raúl Isla	1944	Antropólogo UNLP	s/d	s/d	s/d	s/d	1971: Demografía (materia de pregrado)
Jorge Marco Antonio Carpio Bernedo	1940	Sociólogo UBA	s/d	s/d	s/d	s/d	1970: Demografía (materia de pregrado)
Martín Wainstein	1945	Sociólogo UBA	Se formó en Psicología y tiene un doctorado en Psicología Clínica	s/d	s/d	s/d	1973: Demografía (materia de pregrado)
Beatriz Efron	1932	Médica UNL/UBA	1973 Diplomado en Salud Pública ESPUBA	1969 Universidad de Chile	s/d	s/d	1973: Demografía (materia de pregrado)

Luis Kuncewicz	1933	Médico UBA	1962 Diplomado en Salud Pública ESPUBA	s/d	s/d	s/d	1972: JTP Depto Salud Materno Infantil
Alberto Chattás	1899-1900	Médico UBA	Pediatra	Residencia en Berlín	s/d	s/d	Departamento de Salud Materno Infantil
María Cristina Cacopardo	1942	Socióloga UBA	s/d	s/d	s/d	s/d	1971: JTP interina, Demografía (materia de pregrado)
Víctor Bernardo Penchaszadeh	1942	Médico UBA	1970 Máster en Genética Humana y Epidemiología	Máster en Genética Humana y Epidemiología Johns Hopkins University School of Public Health	s/d	s/d	1972: Depart de Salud Materno Infantil
José Luis Moreno	1939	Sociólogo UBA	s/d	Becado por el COUNCIL OF POPULATION Italia-Roma	s/d	s/d	1970: Ayudante 1º Demografía (materia de pregrado)
Ethel Beatriz Escudero	1936	Técnica en Estadísticas de Salud Pública ESPUBA	1969 Curso de Técnicos en Estadísticas de Salud Pública	s/d	s/d	s/d	1972: Departamento de Bioestadística

Juana Guillermina Garzón	1925	Técnica en Estadísticas de Salud Pública ESPUBA	1969 Curso de Técnicos en Estadísticas de Salud Pública	s/d	s/d	s/d	1970-1976? Demografía o Depto de Bioestadística
Eneas Luis Pampliega	1936	1969 Diplomado en Salud Pública ESPUBA	s/d	s/d	c 1966 Departamento de Economía de la Salud de la SSP	Economía de la Salud de la SSP	1970-1975 JTP Honorario, Departamento de Atención Médica y Atención Hospitalaria
Enrique Malamud	1930	Médico UNLP	Master in Science in Hospital Administration (U Columbia), 1968.	Master in Science in Hospital Administration (U Columbia), 1968. Beca Kellogg	s/d	s/d	1971-1976 Departamento de Atención Médica y Administración Hospitalaria
Horacio Angel Re	1940	Médico UBA	1967 Diplomado en Salud Pública ESPUBA	s/d	s/d	s/d	197?-1974: Departamento de Administración de la Salud

Albertina del Rosario González	1942	Enfermera UNC	Diplomada en Salud Pública ESPUBA 1973	s/d	s/d	s/d	1974: Departamento de Administración de la Salud
---------------------------------------	------	---------------	--	-----	-----	-----	---

Anexo N° 2. Legajos administrativos en Archivo Central Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires

1. Legajo N° 38301 Robinson Eugenio Holmes D' Aiutolo
2. Legajo N° 83680 María Antonia Vattuone
3. Legajo N° 43509 Alberto Francisco Mondet
4. Legajo N° 53895 Jorge Rodolfo Montero
5. Legajo N° 89805 José Carlos Escudero
6. Legajo N° 50863 Carlos Alberto Urquijo
7. Legajo N° 80225 Elbio Néstor Suárez Ojeda
8. Legajo N° 102478 Beatriz Susana Petraglia
9. Legajo N° 98324 Rattner Cécica Tula
10. Legajo N° 102000 Norma María Zottola Nicchiarelli
11. Legajo N° 102461 Zulema Eleonor Díaz
12. Legajo N° 93520 Hugo Segismundo Kierszenbaum
13. Legajo N° 95215 Luis Ermis Loffi
14. Legajo N° 82743 Héctor José Boffi Boggero
15. Legajo N° 89798 Rodolfo Camps Palacios
16. Legajo N° 39052 Oscar Antonio Zeolla
17. Legajo N° 102465 Naum Marchevsky
18. Legajo N° 98801 Graciela Fermina Eleta
19. Legajo N° 110785 Ana María Derribere
20. Legajo N° 96995 Susana Esther Badino
21. Legajo N° 58020 Irma Buchholz
22. Legajo N° 110780 Alicia María García Bates
23. Legajo N° 44007 Julio Ceitlin
24. Legajo N° 53313 Carlos Alberto Ray
25. Legajo N° 60411 David León Palais
26. Legajo N° 66025 Jorge Eduardo Desiderio Elvera
27. Legajo N° 105388 Osvaldo Josué Postiglioni
28. Legajo N° 98408 Carmen Leonor Oviedo Aguado
29. Legajo N° 68967 Luciana María Piera Díaz de Sartori

30. Legajo N° 98919 Enrique Eduardo Rozenblat
31. Legajo N° 61930 Aldo Carlos Neri
32. Legajo N° 102829 Carlos Adlerstein
33. Legajo N° 72678 Ricardo Héctor Rímoli
34. Legajo N° 99669 Susana Marta Brescia
35. Legajo N° 59023 Juan Carlos O'Donnell
36. Legajo N° 128376 Eduardo Abel Pedace
37. Legajo N° 102798 Ernesto Kahan
38. Legajo N° 115120 Elva Zulema Alfaro
39. Legajo N° 74557 Alberto Osos Soler
40. Legajo N° 57751 Rodolfo Hipólito Ferraro
41. Legajo N° 67846 Dalton Mario Hamilton
42. Legajo N° 67791 Astrid Boquedam
43. Legajo N° 94885 Martha Eugenia Eisler
44. Legajo N° 128193 Mario Carlos Robirosa
45. Legajo N° 106711 Oscar Alberto Filomena
46. Legajo N° 128776 Alejandro Raúl Isla
47. Legajo N° 98408 Carmen Leonor Oviedo Aguade
48. Legajo N° 128775 Jorge Mario Antonio Carpio Bernedo
49. Legajo N° 133599 Martín Wainstein
50. Legajo N° 115605 Beatriz Efron
51. Legajo N° 67688 Luis Kuncewicz
52. Legajo N° 76331 Gerardo Arturo Cechini
53. Legajo N° 128782 María Cristina Cacopardo
54. Legajo N° 105074 Víctor Bernardo Penchaszadeh
55. Legajo N° 128789 José Luis Moreno
56. Legajo N° 124981 Ethel Beatriz Escudero
57. Legajo N° 126198 Juana Guillermina Garzón
58. Legajo N° 89819 Luis Eneas Pampliega
59. Legajo N° 128786 Enrique Malamud
60. Legajo N° 106014 Horacio Angel Re
61. Legajo N° 128360 Albertina del Rosario González

62. Legajo N° 138312 María Teresa Beas
63. Legajo N° 61866 Vicente Enrique Mazzáfero
64. Legajo N° 78863 Sylvia Bermann
65. Legajo N° 62698 Sabina Elena Rojas
66. Legajo N° 112707 Rosa Lamartine
67. Legajo N° 67470 Rodolfo Segismundo Sobel
68. Legajo N° 45121 Roberto Manuel Schatz
69. Legajo N° 94626 Pablo Mario Luquet
70. Legajo N° 18510 Moisés Malamud
71. Legajo N° 76062 Miguel Francisco Veraldi
72. Legajo N° 45343 Miguel Angel Mazzei
73. Legajo N° 79976 Mercedes Carmen Riaño Garcés
74. Legajo N° 71960 Mario Edgardo Boyer
75. Legajo N° 71854 Mabel Matilde Munist
76. Legajo N° 51662 Luis Lepera
77. Legajo N° 67726 Juan Carlos Veronelli
78. Legajo N° 41431 José Abel Landa
79. Legajo N° 73472 Jorge Serejski
80. Legajo N° 72782 Jorge Segovia
81. Legajo N° 64119 Jorge Héctor Andrade
82. Legajo N° 39138 Jorge Eduardo Molinero
83. Legajo N° 86781 Jorge Alberto Mera
84. Legajo N° 45723 Hugo Silverio Milione
85. Legajo N° 100421 Hilda Quijada
86. Legajo N° 72015 Emma Clementina Balossi
87. Legajo N° 95508 Domingo Manuel Suárez Boedo
88. Legajo N° 43997 Chaja Brickman de Di Pasquale
89. Legajo N° 60009 Carmen Gómez de Landa
90. Legajo N° 51626 Carlos Joaquín García Díaz
91. Legajo N° 104736 Carlos Horacio Rizzi
92. Legajo N° 60780 Carlos Hernán Canitrot
93. Legajo N° 90475 Carlos Ferrero

94. Legajo N° 80773 Carlos Aurelio Sosa
95. Legajo N° 58937 Blanca Agueda Gamba
96. Legajo N° 128790 Alicia Narbaitz
97. Legajo N° 64446 Aldo Milic
98. Legajo N° 94664 Adolfo Chorny
99. Legajo N° 71211 Abraam Sonis

**Títulos, Antecedentes y Trabajos presentados ante la FCMUBA consultados en
Archivo Central de la Facultad**

1. Baranchuk, Norberto
2. Tommasi, Nemo
3. Abadie, Juan Pablo
4. Wendt, Juan Manuel
5. Sevlever, David
6. Rothman, Boris
7. Chorny, Adolfo