

Tecnoburocracia sanitaria

Ciencia, ideología y profesionalización
en la salud pública

Celia Iriart, Laura Nervi, Beatriz Olivier, Mario Testa



COLECCIÓN CUADERNOS DEL ISCO

55. *Salud, medicina y clases sociales*
Alberto Vasco Uribe, 2025

54. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*
Eduardo L. Menéndez, 2025

53. *Historias comparadas de la profesión médica: Argentina y EEUU*
Susana Belmartino, 2024

52. *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina: ¿Quién será el árbitro?*
Susana Belmartino, 2024

51. *Como se vive se muere: Familia, redes sociales y muerte infantil*
Mario Bronfman, 2024

50. *Meningitis: ¿una enfermedad bajo censura?*
Rita Barradas Barata, 2024

49. *Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina: Contribuciones de la antropología médica crítica*
Rubén Muñoz Martínez, Paola María Sesia, 2024

48. *Teoría social y salud*
Floreal Antonio Ferrara, 2024

47. *Historia y sociología de la medicina: selecciones*
Henry E. Sigerist, 2024

46. *Locos y degenerados: Una genealogía de la psiquiatría ampliada*
Sandra Caponi, 2024

45. *Acerca del riesgo: Para comprender la epidemiología*
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, 2024

44. *Los discursos y los hechos: Pragmatismo capitalista, teoricismos y socialismos distantes*
Eduardo L. Menéndez, 2024

43. *Participación social, ¿para qué?*
Eduardo L. Menéndez,
Hugo Spinelli, 2024

42. *Teoría social y salud*
Roberto Castro, 2023

41. *Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud*
Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy, 2023

40. *Epidemiología en la pospandemia: De una ciencia tímida a una ciencia emergente*
Naomar de Almeida Filho, 2023

39. *Pensamiento estratégico y lógica de programación: El caso salud*
Mario Testa, 2023

38. *Dispositivos institucionales: Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*
Gregorio Kaminsky, 2023

37. *De hierro y flexibles: Marcas del Estado empresario y consecuencias de la privatización en la subjetividad obrera*
Maria Cecília de Souza Minayo, 2023

36. *El recreo de la infancia: Argumentos para otro comienzo*
Eduardo Bustelo, 2023

35. *La planificación en el laberinto: un viaje hermenéutico*
Rosana Onocko Campos, 2023

34. *Introducción a la epidemiología*
Naomar de Almeida Filho, María Zélia Rouquayrol, 2023

33. *Investigación social: Teoría, método y creatividad*
María Cecília de Souza Minayo (organizadora),
Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes, 2023

32. *Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen*
Patricia Aguirre, 2023

31. *pensar-escribir-pensar: Apuntes para facilitar la escritura académica*
Martín Domecq, 2022

30. *Hospitalismo*
Florencio Escardó, Eva Giberti, 2022

29. *Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna*
Madel T. Luz, 2022

28. *La enfermedad: Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo*
Giovanni Berlinguer, 2022

27. *Búsqueda bibliográfica: Cómo repensar las formas de buscar, recopilar y analizar la producción científica escrita*
Viviana Martinovich, 2022

26. *Precariedades del exceso: Información y comunicación en salud colectiva*
Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcelos-Silva, 2022

25. *La historia de la salud y la enfermedad interpelada: Latinoamérica y España (siglos XIX-XXI)*
Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti, María Silvia Di Liscia, 2022

“Ver Colección cuadernos del ISCO
(Continuación)”

Tecnoburocracia sanitaria: Ciencia, ideología y profesionalización en la salud pública

Celia Iriart
Laura Nervi
Beatriz Oliver
Mario Testa



EDUNLA
COOPERATIVA

Secretaría de Investigación y Posgrado

Tecnoburocracia sanitaria : ciencia, ideología y profesionalización en la salud pública /
Celia Iriart ... [et al.]. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad
Nacional de Lanús, 2025.
Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo ; 56)

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-8926-86-5

1. Salud Pública. 2. Ideologías. 3. Administración de Personal. I. Iriart, Celia
CDD 610.69

Colección *Cuadernos del ISCo*
Serie *Salud Colectiva*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Carina Pérez, Jorge Arakaki, Mariano Vigo Deandreis*

Coordinación editorial de esta obra: *Jorge Arakaki*

Ilustración de tapa e interiores: *Pixabay*

Digitalización del texto: *Guillermo Eisenacht*

Corrección de estilo: *Jorge Arakaki*

Diagramación: *Martina Florio*

Edición 1994, Lugar Editorial

© 2025, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-8926-86-5

DOI [10.18294/CI.9789878926865](https://doi.org/10.18294/CI.9789878926865)

La edición de este libro fue financiada por la Universidad Nacional de Lanús a partir de la Resolución SPU 329/23 y su rectificatoria SPU 394/23 que aprueban y asignan los fondos otorgados por el Programa de Doctorados, de la Dirección Nacional de Programas de Ciencia y Vinculación Tecnológica (DNPCyVT), de la Secretaría de Políticas Universitarias (SPU) del Ministerio de Educación de la Nación, 2023.

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727. edunla@unla.edu.ar

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Wertheim"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958. <http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0. Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.





Celia Iriart

Socióloga (UNMDP, Argentina). Doctora en Salud Colectiva por la Universidad Estadual de Campinas, Brasil, y diplomada en Salud Pública (UBA, Argentina). Es profesora emérita de la Facultad de Salud de la Población (Universidad de Nuevo México, EEUU), donde trabajó veinte años como docente e investigadora. En la década de 1990 participó de la creación del primer posgrado de Gestión en Salud en la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, junto a Mario Testa. Actualmente, es docente invitada por la Facultad de Medicina de la Universidad de Girona en España y colabora con asociaciones profesionales y colectivos de investigación, formación y activismo de Brasil y Argentina. Su especialidad es el análisis de las reformas

del sector salud promovidas por las pujas distributivas en el complejo médico-industrial-financiero, con especial énfasis en el impacto en la subjetividad de usuarios y trabajadores en la concepción del proceso salud-padecimiento-atención-cuidado y sus profundas consecuencias en la salud individual y colectiva. Publicó sus investigaciones en revistas académicas internacionales como *New England Journal of Medicine*; *Social Sciences and Medicine*; *The Lancet*; *Globalization and Health*; *Interface*; *Saúde em Redes*, *Revista Panamericana de Salud Pública*, entre otras.



Laura Nervi

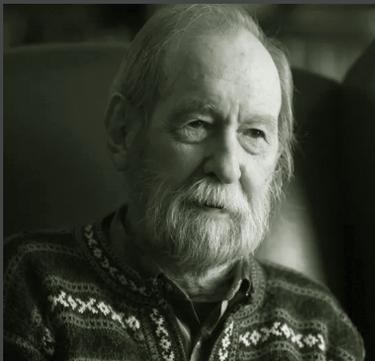
Antropóloga (UNMPD, Argentina); Doctora en Antropología (UBA); posee una maestría en Ciencias Sociales por el Centro de Investigaciones para la Integración Social (México); un diplomado en Salud Pública (UBA) y una Residencia en Salud Internacional (Washington DC, OPS/OMS). Actualmente, es docente e investigadora de la Facultad de Salud de la Población de la Universidad de Nuevo México, en Albuquerque, EEUU. Se dedica a la salud internacional y ha trabajado como investigadora, profesora o cooperante en la mayoría de los países de las Américas con gobiernos, agencias bilaterales y multilaterales, universidades, organizaciones no gubernamentales y movimientos sociales, abogando por la construcción de sistemas públicos

y universales de salud con el protagonismo de los trabajadores de salud y las comunidades. Asimismo, ha enfocado su investigación en las políticas de reformas sectoriales y de cooperación internacional en salud en función de las transformaciones neoliberales operadas desde inicios de la década de 1990 y el impacto de los acuerdos de libre comercio en la salud y el ambiente.



Beatriz Olivier

Profesora de Historia por la Universidad de Buenos Aires. Periodista y editora especializada en temas científicos.



Mario Testa

Es un destacado sanitarista argentino. Su trayectoria profesional se inició en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA), en donde se graduó como médico en 1951. Bajo el rectorado de Risieri Frondizi, en 1958, asumió el cargo de responsable de Bienestar Estudiantil de la Universidad de Buenos Aires, lo que marcó el comienzo de su compromiso con la promoción de actividades de investigación. En la década de 1960, Testa

partió a Venezuela con una beca otorgada por el gobierno de ese país. Allí, se radicó en la Universidad Central de Venezuela, ámbito en el que participó de la creación del método de planificación en salud conocido como “Método CENDES-OPS”. Posteriormente trabajó en la difusión del Método dando cursos y seminarios para OPS en América Latina. Fue funcionario de la Organización Panamericana de la Salud en Washington y en el Centro Panamericano de Planificación de Salud en Santiago de Chile, cargo al que renunció para regresar al país en 1971. De regreso a Argentina, en 1973, asumió el cargo de delegado interventor y decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y Popular de Buenos Aires, liderando la creación del Instituto de Medicina del Trabajo. En 1976, el inicio del terrorismo de estado llevado a cabo por la dictadura cívico-militar obligó a Testa a exiliarse en Venezuela hasta 1985. El retorno de la democracia lo devolvió al país, donde desarrolló su principal tarea como investigador, contratado por el CONICET, hasta 1992, y por la OPS, manteniendo también una relación de trabajo con el Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de la Asociación Médica de Rosario (CESS-AMR). Entre sus publicaciones en la revista científica *Salud Colectiva* se encuentran *Del diagrama de Venn al nudo borromeo: recorrido de la planificación en América Latina*; *Decidir en salud: ¿quién?, ¿cómo? y ¿por qué?*; *La capacitación, la enseñanza y la investigación para una política de reconstrucción nacional en el área de la salud*; *Vida: Señas de identidad (miradas al espejo)*, entre otras. Además, es el autor de obras fundamentales como *Pensar en salud*, *Saber en salud: La construcción del conocimiento*, y *Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores*, publicadas en la colección Cuadernos del ISCo, de acceso libre y gratuito.



Índice

| | |
|--|-----|
| Prólogo | XI |
| <i>Celia Iriart, Laura Nervi</i> | |
| Introducción | 1 |
| Capítulo 1. Reflexiones preliminares | 5 |
| <i>El biologismo en la salud pública: una etapa previa para su abordaje</i> | 8 |
| <i>La naturalización del mundo social de la vida</i> | 12 |
| <i>Estado y aparatos de Estado</i> | 21 |
| Capítulo 2. Surgimiento de la política de formación de recursos humanos en salud pública en Argentina | 27 |
| <i>El pasaje del Estado liberal al Estado social</i> | 27 |
| <i>Los cambios en el sector salud en la década de 1940</i> | 29 |
| <i>El desarrollismo y la planificación en áreas de la administración estatal</i> | 35 |
| <i>La formación de recursos humanos en salud pública</i> | 38 |
| Capítulo 3. La profesionalización en salud pública | 43 |
| <i>Creación de los posgrados en salud pública</i> | 44 |
| <i>Caracterización del campo profesional por parte de los sanitaristas</i> | 54 |
| <i>La organización profesional</i> | 67 |
| Capítulo 4. Los ejes temáticos de la concepción sanitarista | 73 |
| <i>Centralización-descentralización</i> | 73 |
| <i>Seguro de salud</i> | 103 |
| <i>Participación comunitaria</i> | 123 |
| Capítulo 5. Matriz teórico-metodológica de la salud pública argentina: Salud, economía, biología, ecología | 139 |
| Capítulo 6. La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires | 191 |
| <i>La elección del diplomado, los cuestionamientos y su resolución</i> | 206 |
| <i>Plan de estudios</i> | 209 |
| A manera de reapertura | 217 |
| Bibliografía | 221 |

Prólogo

Celia Iriart, Laura Nervi

La publicación digital de *Tecnoburocracia Sanitaria: Ciencia, ideología y profesionalización en la Salud Pública* a 30 años de su publicación impresa y 35 años de la finalización del estudio que le dio origen, cobra sentido fundamental como homenaje a nuestro inquebrantable maestro y amigo Mario Testa, quien recientemente voló hacia otros mundos, quizás a reencontrarse con su querida compañera Asia, quien había partido unos meses antes.

Podemos agregar que el libro aporta un análisis histórico de la profesionalización en salud pública como política impulsada por el Estado luego del golpe militar que derrocó al peronismo en 1955, la que dio como resultado la configuración de la tecnoburocracia sanitaria. Este trabajo fue realizado a partir de la recopilación de numerosas fuentes documentales, libros y revistas académicas, en muchos casos imposibles de acceder en la actualidad. Asimismo, a pesar de los años que pasaron, el libro mantiene vigencia debido a la continua necesidad de profundizar el análisis crítico de la formación y práctica en el espacio sanitario que, en algunos casos bajo la denominación de salud pública crítica, adoptó ciertos conceptos de la salud colectiva y de la medicina social, pero que tuvo más dificultad para correrse de las posiciones epistemológicas sustentadas por esa tecnoburocracia que este libro analiza, tanto en sus concepciones como en sus prácticas y las consecuencias de las mismas.

Comenzando por el homenaje al querido maestro Mario Testa, nos importa rescatar sus enseñanzas, que en nuestro caso empezaron unos años antes del inicio de este estudio, cuando nos acercamos a él para que nos ayudara a pensar las incomodidades que el inicio de nuestra formación en el campo sanitario nos había suscitado. Esta formación inicial fue el Diplomado en Salud Pública de la Escuela de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Mario nos recibió con la amorosidad y generosidad que lo caracterizaban y nos abrió su casa, su saber intelectual y político, y sus experiencias de vida. Mario recién regresaba al país luego del exilio. Nosotras, que viniendo de las ciencias sociales ya habíamos iniciado nuestro acercamiento a la medicina social, sentíamos que el Diplomado no nos había ayudado a tener una mejor comprensión de la problemática sanitaria.

Convencidas de la necesidad de realizar un análisis crítico de la formación obtenida en el Diplomado con el objeto de contribuir a un debate que aportara a la transformación del campo sanitario argentino, recurrimos a Mario para que nos acompañara y orientara en el desarrollo de un proyecto de investigación. Con el apoyo financiero del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET 1986-1988), iniciamos este rico proceso de intercambio, al que luego se pudo agregar Beatriz Olivier cuando obtuvimos el apoyo financiero de la Organización Panamericana de Salud (OPS 1988-1990). Beatriz, por su formación como historiadora, colaboró especialmente en las búsquedas de fuentes con las que situamos y analizamos históricamente el proceso de consolidación de la profesionalización en salud pública en Argentina.

El libro revisa las transformaciones del Estado argentino desde el Estado liberal clásico al Estado social y la posterior reconfiguración al neoliberalismo. Estas transformaciones implicaron asimismo diversas formas de entender la salud de la población y las políticas de salud, desde la concepción higienista a la creación del Ministerio de Salud en el año 1946. El Dr. Ramón Carrillo, quien ocupó el cargo de ministro de esta nueva cartera, propuso una salud personal y colectiva de acceso universal y concebida como derecho social, y al Estado como su responsable. El proceso de desarrollo del campo sanitario en el país continuó con los cambios políticos producidos por el golpe militar de 1955, los que dieron lugar a la concepción desarrollista que se afianzó en la década de 1960 bajo el comando de la CEPAL y de la OPS/OMS. Esta visión consideró a la salud como una inversión del Estado desde una concepción técnico-administrativista de los programas y servicios de salud y tuvo un impacto determinante en el surgimiento de la formación en salud pública en Argentina como política estatal. A pesar del advenimiento de la democracia en 1983 constatamos que la tecnoburocracia permanecía consolidada en los espacios de gestión y era un cuerpo técnico y administrativo difícil de reemplazar. La tecnoburocracia se presentó como un cuerpo técnico ejecutor de políticas definidas en otras esferas y, por lo tanto, capaz de mantenerse y ejercer su práctica profesional en diferentes gobiernos, incluyendo las dictaduras más opresivas. De allí la importancia de reconocer la historia de la formación de esta capa profesional para entender el sistema de salud argentino y el peso que la profesión médica y el sanitarismo, como especialización de esta, tienen incluso en la actualidad argentina.

Otro aspecto que nos parece importante rescatar es que el libro aporta elementos para profundizar los análisis críticos en el espacio sanitario actual. En Argentina sigue siendo esencial revisar los procesos histórico-sociales y políticos de la construcción del sanitarismo argentino para entender las raíces político-epistemológicas de la actual salud pública, que a veces se quiere presentar

aggiornándola con palabras de otras epistemologías críticas, pero que en esencia continúa reproduciendo este conocimiento y práctica de control de las poblaciones. Esto acontece pese al reconocimiento que muchos profesionales hacen de la fundamental importancia de las condiciones de vida y trabajo en los procesos de salud-enfermedad y en el acceso a la atención personal y colectiva. Lo mismo sucede con la falta de comprensión, al analizar los sistemas de salud, del impacto de la reconfiguración capitalista en las políticas públicas en el ámbito sanitario y en las transformaciones de la seguridad social y del ámbito privado, tanto prestacional como de financiamiento. En la formación y práctica de la salud pública se ha incorporado la economía de la salud, pero desde vertientes compatibles con la tecnoburocracia sanitaria, con una mirada economicista que privilegia la relación costo-beneficio y la productividad, lo que contribuye a reforzar la concepción del usuario como cliente consumidor sujeto a seguros de salud diferenciales según su poder adquisitivo.

Si bien se han desarrollado muchos espacios de formación académica que han introducido los debates presentes en otros países a través de la medicina social y la salud colectiva, la salud pública continúa teniendo una importante hegemonía, ahora adaptada a los desarrollos predominantes a nivel global y que son impulsados desde organismos sanitarios estadounidenses. Esto ha implicado una salud pública que potencia una promoción y prevención en salud cada vez más clínica e individual, la utilización de formas de recolección de datos vía protocolos desarrollados en EEUU que se estandarizan para todos los países sin considerar contextos y necesidades diferenciales, y con los cuales se definen prevalencias de enfermedades y, por lo tanto, prioridades sanitarias que están más en consonancia con los intereses de corporaciones multinacionales que con las necesidades sanitarias de los diversos grupos que habitan el país. Son minoritarias las voces que analizan la necesidad de un análisis crítico del positivismo y de una concepción impuesta por los formatos de la modernidad y sus secuelas en la posmodernidad que imponen el pensamiento de una ciencia universal, en este caso sustentada en la biomedicina con sus raíces profundamente biologicistas y deterministas que han hecho de lo social solo una variable más y no el contexto situacional en el que se produce y reproduce la vida en sus diferentes manifestaciones, no solo la humana.

Por lo expuesto pensamos que esta reedición hace honor a Mario, quien en su extensa trayectoria demostró la necesidad de formular críticas y autocríticas que permitan generar un conocimiento democrático y situado en defensa de la vida de los colectivos humanos y de la naturaleza de la que somos parte.



Introducción

Este libro es el resultado de una investigación finalizada en 1990 sobre el proceso de profesionalización en salud pública en Argentina, que contó con el apoyo financiero del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET, 1986-1988) y de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS, 1988-1990) y cobertura institucional del Instituto de Antropología de la Universidad de Buenos Aires, en la primera etapa, y del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de Rosario, en la segunda. A todas estas instituciones les expresamos nuestro agradecimiento.

La preocupación que guio el planteo de la investigación fue la profunda crisis por la que atravesaba la formación de posgrado en los temas referidos a la salud pública. Esta crisis, que reflejaba la de la universidad en su conjunto, con la ruptura institucional que se produce en el año 1976 que aisló a la Argentina de los debates de la medicina social latinoamericana, tuvo un elemento que condicionó el mantenimiento de la hegemonía de la concepción desarrollista de la salud, pese a su probada ineficacia para dar respuesta a la cuestión sanitaria.

Analizar el mantenimiento de esta hegemonía implica un esfuerzo por comprender los mecanismos políticos e ideológicos que permitieron la perdurabilidad del discurso, así como considerar las posibilidades de adecuación que tiene esta concepción para responder a los procesos de transformación de la sociedad y el Estado que se vienen produciendo desde mediados de la década de 1970. Asimismo, nos parece indispensable reflexionar sobre el contenido del discurso y el lugar ocupado por sus emisores dentro del aparato estatal, ya que esto posibilitó que se convierta en una concepción socialmente compartida. La profesionalización en salud pública fue una política definida por los estados latinoamericanos a partir de la década de 1940 como expresión, en el ámbito sanitario, de la transformación de los aparatos estatales ante las nuevas condiciones de acumulación capitalista que surgen con la crisis del Estado liberal. Si bien, en varios países, especialmente México y Brasil, las corrientes cuestionadoras de la concepción desarrollista de la salud pública se desarrollaron ampliamente, en los ámbitos estatales continúa teniendo un peso importante la corriente gestada a la luz del proyecto *cepalino*.

Por lo señalado, consideramos que el presente estudio, que se circunscribe al caso argentino, muestra un desarrollo teórico-metodológico que

permite analizar las articulaciones que se establecen entre un campo profesional específico y la sociedad en la que se inserta.

Los profesionales de la salud pública constituyen una capa técnica que consolidó una concepción de la salud y que, por su desempeño en el aparato estatal, en los organismos internacionales y en las instituciones intermedias vinculadas a salud, se constituyeron en actores privilegiados en la difusión de un discurso que se emite al conjunto de la población. En Argentina, la política de formación de sanitaristas comienza a desplegarse a partir de 1955, se cristaliza con el proyecto desarrollista y alcanza su máximo potencial durante el gobierno militar que se instaura en 1966, y que pretende llevar adelante la modernización del capitalismo argentino. El discurso sanitario en Argentina se genera y consolida a lo largo de la década de 1960, como el correlato del discurso modernizante que se extiende en la sociedad y que plantea la necesidad de la planificación como instrumento indispensable para una utilización racional de los recursos.

En la actualidad, este discurso tiene plena vigencia y son estos profesionales a través de su saber y su práctica quienes contribuyen a realizar la adecuación que las políticas de ajuste imponen al sector salud. La *entrada en la modernidad* se hace de la mano de la eficiencia, de la optimización del nivel técnico y de la exaltación de la relación costo-beneficio, premisas justificadoras de la *solución* privatizante que se postula desde la esfera oficial y desde diferentes sectores de la sociedad civil. El nuevo perfil del Estado implica la negación de arraigadas conquistas sociales y un nuevo recorte del presupuesto asignado a la educación, la salud y la asistencia social. La sociedad se polariza entre los defensores a ultranza de la privatización indiscriminada y aquellos que añoran los años de esplendor de un Estado que asumía la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud, la educación y la asistencia social. Consideramos oportuno analizar la posición del sanitarismo argentino y reconocer el espacio que en el ámbito de la salud se abre para propiciar alternativas distintas a los polos enfrentados.

El análisis de la constitución y el desarrollo del campo de la salud pública en Argentina, con su saber y práctica particulares y las múltiples determinaciones que incidieron en este proceso fue organizado expositivamente en seis capítulos. El primero de ellos, "Reflexiones preliminares", contiene consideraciones de orden teórico y metodológico que orientaron la investigación en su intento por reproblematicar la cuestión sanitaria. Se considera el aporte de los conceptos de campo científico, *habitus* y Modelo Médico Hegemónico; se propone ampliar la comprensión del paradigma biológico en función del discurso sanitario, para reconocer los alcances de la influencia de la corriente neodarwiniana, sobre todo en sus desarrollos más recientes; se caracteriza al Estado y sus

aparatos marcando una diferenciación que nos condujo a visualizar el proceso de profesionalización del sanitarismo bajo una nueva perspectiva.

El segundo capítulo, "Surgimiento de la política de recursos humanos en salud pública", describe las condiciones sociohistóricas y las transformaciones en el carácter del Estado y del sector salud que dieron lugar a la emergencia en la sociedad argentina de la profesión del sanitarismo.

Los caracteres específicos de la profesionalización en salud pública se analizan en el capítulo tercero. Consideramos aquí el proceso de institucionalización del sanitarismo, que culmina con la creación de los posgrados (escuelas de Salud Pública); la caracterización que realizan los sanitaristas de su campo profesional, donde se focaliza el discurso con el que definen su rol en la sociedad; la conformación de estos profesionales como tecnoburocracia estatal y el surgimiento y desarrollo del gremialismo sanitario.

El cuarto capítulo, "Los ejes temáticos del sanitarismo", se refiere a los tres temas principales que forman parte del discurso sanitario desde la década de 1960: centralización normativa y descentralización ejecutiva, seguro de salud y participación comunitaria. Muestra críticamente el enfoque técnico con el que los sanitaristas, como partícipes de las políticas que estructuran el sector salud, definen su actuación. Es a partir del análisis de los ejes temáticos que nos propusimos reconocer las articulaciones del saber y la práctica de la tecnoburocracia sanitaria con la reconfiguración del aparato estatal. Los temas considerados continúan vigentes materializados en políticas estructurantes del sector salud enmarcadas en el proceso de reforma del Estado.

En "Matriz teórico-metodológica de la salud pública argentina" —como se titula el capítulo 5— se analiza desde una posición crítica la concepción formulada por los sanitaristas a lo largo de la década de 1960 en numerosas publicaciones y se presenta una propuesta alternativa a la misma.

El último capítulo tiene como objetivo caracterizar la formación de posgrado que hegemonizó durante casi tres décadas la profesionalización en salud pública mediante el análisis del curso de Diplomado de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires. Se analiza su desarrollo institucional, los objetivos propuestos en los distintos periodos, los motivos que justifican la elección de este curso y los contenidos transmitidos.

Capítulo 1

Reflexiones preliminares

La preocupación de carácter epistemológico que guía nuestro análisis sobre la problemática del sanitarismo reside en mantener una perspectiva que no escinda los aspectos referidos a la formación de recursos humanos de aquellos relacionados con la práctica profesional.

En líneas generales, la lectura de los trabajos que desde una posición crítica analizan el tema de recursos humanos médicos, manifiestan una tendencia a ubicarse en uno u otro de los puntos en cuestión (formación/práctica). Así es como aparece una caracterización de la educación médica que la presenta con un grado relativo de autonomía, o determinada en última instancia por el sistema de atención médica entre aquellos investigadores que recortan su objeto de estudio por el polo formativo; hay otra caracterización que propone centrar el análisis en la práctica, dado que se considera que esta sobredetermina la formación. De manera tal que, para los investigadores ubicados dentro de la primera corriente, existiría la posibilidad de que proporcionando una formación diferente a los futuros médicos se les impondría la necesidad de transformar su práctica, mientras que, para los ubicados en la segunda posición, lo fundamental radica en producir modificaciones en las prácticas profesionales sin las cuales son inútiles los cambios que se propongan a nivel de la educación médica.

La certeza de hoy respecto de que los cambios curriculares no produjeron por sí mismos modificaciones en la práctica médica, es producto de las evaluaciones realizadas a posteriori de la introducción de dichos cambios en la formación, tanto de grado como de posgrado. En efecto, a partir de la década de 1950, se introducen en los programas de las escuelas de medicina las ciencias sociales, bajo el supuesto de que un aprendizaje que permitiera al futuro médico reconocer los factores sociales que inciden en la producción de la enfermedad, los conduciría a considerar a su objeto de estudio en una dimensión que lo integrara como un ser biopsicosocial. Las evaluaciones mostraron los limitados avances que esto supuso para la forma de concebir a la salud-enfermedad como un proceso determinado por sus condiciones sociales de producción y para propiciar formas de práctica que condujeran a una atención médica integral.

Por nuestra parte, consideramos que las transformaciones curriculares que se efectuaron supusieron una inserción subordinada de las ciencias sociales a las ciencias biológicas, y que las teorías sociales incorporadas eran las provenientes de las corrientes positivistas con una fuerte impregnación biológica.

Por otro lado, considerar que las transformaciones se deben producir en la práctica, supone las limitaciones que devienen al relacionar las prácticas médicas con la estructura social que las determina, lo que conduce en este tipo de análisis a un inmovilismo propiciado por el reconocimiento de que —de no producirse cambios estructurales en el conjunto de la sociedad— difícilmente la medicina modifique su forma de interpretar el mundo de la salud-enfermedad.

De todas formas, creemos necesario reconocer la importancia de los aportes realizados desde estas diferentes ópticas, ya que hoy permiten avances significativos que posibilitan analizar la problemática en cuestión tomando en cuenta los múltiples condicionantes y determinaciones en juego.

En los estudios sobre el campo médico se ha avanzado en la actualidad hacia una propuesta integradora que propone el análisis del mercado de trabajo. Esto supone analizar:

El conjunto de relaciones que pueden reconocerse entre el trabajo médico, la producción de servicios de atención médica, la formación de profesionales de salud y su capacitación de posgrado, por una parte, y entre estos procesos y las determinaciones sociales de carácter extrasectorial por la otra (Belmartino *et al.*, 1986).

Los resultados de estos análisis son de particular importancia para nuestro trabajo, dado que a partir de una experiencia previa en el tema del sanitarismo, pudimos reconocer las limitaciones a que nos conduciría reducir nuestra mirada y tomar a este grupo profesional solo en el momento en que formaliza su capacitación de posgrado, y su posterior inserción en la práctica específica, sin tener en cuenta las múltiples determinaciones entre una y otra que dan como resultado una forma particular de entender a la salud pública. Asimismo, creemos fundamental no escindir al sanitarismo de su campo más amplio de pertenencia que es el campo médico, ya que mayoritariamente los profesionales que se desempeñan en el ámbito sanitario provienen de la medicina. Esto supone una forma previa de interpretar la salud-enfermedad que proporciona una impronta al profesional que luego se dedicará a la salud colectiva.

Planteamos ubicar la problemática a estudiar en su relación con la estructura económico-social que le da origen y condiciona el surgimiento de una ciencia sanitaria específica, la cual se asienta en determinados sujetos que

se constituyen como agentes de ese saber a partir de su propia práctica, y cuyo ámbito fundamental de pertenencia son los aparatos de Estado. Este saber, que construye su propio discurso, va a tener una legitimación formal por parte del Estado y una legitimación real a partir de la eficacia de su accionar.

Los conceptos de “campo científico”, desarrollado por Pierre Bourdieu (1983; 1986), y de “modelo médico hegemónico”, trabajado por Eduardo Menéndez (1979), nos permiten abordar las cuestiones relativas a los espacios y a las formas que adopta la síntesis entre los portadores de un saber y una manera de realización de las prácticas con las condiciones sociales de producción de ese saber y de esas prácticas. Estos conceptos nos posibilitan, por un lado, mirar hacia adentro del espacio social que recorta los intereses específicos de los actores sociales comprendidos en el campo científico que nos ocupa y, por otro, una mirada hacia afuera en el espacio social general donde se pueden analizar los intereses que involucran a otros sectores de la sociedad con el ámbito sanitario.

Asimismo, como este discurso adquiere su hegemonía a partir de la posición de los intelectuales que lo sostienen dentro de los aparatos de Estado, consideramos necesario explicitar las categorías que dan cuenta del carácter dependiente del Estado argentino y de las características de su inserción en el capitalismo mundial. Esto nos facilitará el reconocimiento del desarrollo de los aparatos estatales, tanto los propiamente sanitarios como los educativos que, en conjunto, representan los ámbitos de producción y reproducción del discurso que hegemoniza el campo de la salud pública.

Nos propusimos dar cuenta de las implicancias que, tanto para el saber como para la práctica, tiene el hecho de que para el abordaje del objeto de estudio el sanitarismo, en tanto disciplina que debería estudiar procesos sociales, se asimile al positivismo y a las metodologías propias de las ciencias naturales ignorando las determinaciones sociales y reduciendo sus explicaciones a causas exclusivamente biológicas. Esta forma que el sanitarismo tiene de interpretar el proceso salud-enfermedad nos condujo a problematizar la cuestión en torno al concepto de *habitus* de Pierre Bourdieu (Bourdieu, 1988; Tenti, 1981) y desde allí preguntarnos por la incidencia que las concepciones biologistas en general y las desarrolladas más recientemente por las corrientes neoconservadoras estadounidenses tienen en el saber sanitario que nos ocupa y sus implicancias en las políticas de salud del Estado argentino.

El biologismo en la salud pública: una etapa previa para su abordaje

El sustrato sobre el que se va a apoyar el saber sanitario

Basándonos en el concepto de *habitus* identificaremos algunos aspectos de la formación y la práctica médica, que funcionan como estructuras estructuradas a partir de la experiencia desarrollada en el mercado de trabajo médico, a la vez que estructurantes, lo que significa que constituirán los principios en base a los cuales se generarán las prácticas y representaciones de quienes se forman en salud pública. Es decir que se trata de establecer, en primer lugar, el sustrato sobre el que se va a imponer la práctica formativa del saber sanitario.

Numerosas investigaciones dan cuenta de la naturaleza del saber y la práctica médicas, así como de la determinación de ese saber por parte del mercado de trabajo médico. La incorporación de ese saber, sus mecanismos de interiorización y los modelos sociales que reproduce, quedan evidenciados en lo que se denomina “la transmisión del saber”. Como pone en evidencia Díaz Polanco (1982), para los aprendices ese saber opera como un mecanismo de socialización, a través del cual se produce la integración de los nuevos profesionales a los modelos ideológicos de las clases dominantes. Aquí es necesario anotar que esos mecanismos de socialización son tanto más eficaces en cuanto se estructuran sobre los *habitus* de clase que portan los aprendices (dada su pertenencia masiva a los estratos sociales medios y altos) y sobre el estatus asignado a la medicina por el conjunto de la sociedad (aun después de la crisis de su modelo y de la descalificación de la clínica señaladas por Menéndez) (1985), a lo que se agrega la experiencia del enfermo y la experiencia de la curación mediada por la práctica médica.

La crisis del modelo médico en la década de 1960, momento en que se manifiestan los límites de su eficacia para atender las enfermedades que como axioma era de su competencia (el tratamiento de la enfermedad es un problema médico) curiosamente se expresa en un proceso de aceleración de la superespecialización médica y cierta impermeabilidad conservadora, aun cuando desde los organismos internacionales, y desde distintas facultades, se propone la reformulación de ese modelo. Esa crisis surge del agotamiento del modelo de saber médico, interiorizado por los países latinoamericanos como consecuencia de las necesidades de la expansión de los países centrales. Esto es particularmente claro en el desarrollo de la medicina estatal, enfocada en

un primer momento a la sanidad marítima, luego a la sanidad interna y, por último, a la atención médica hospitalaria (García, 1981).

Una investigación sobre educación médica realizada en Argentina (Troncoso, 1986) da cuenta de la contradicción superespecialización/ineficacia que se presenta en la educación médica en el país y concluye, después de analizarla desde principios de siglo (“momento en que se instaura el modelo que en esencia persiste hasta hoy”), lo siguiente: “El paradigma de educación médica dominante ha resistido con éxito [...] todos los intentos de cambio, vinieran de donde vinieran”. Como evidencia de esto, proporciona, a manera de resumen, un “esquema de contradicciones entre los postulados del paradigma deseable y la realidad de las Escuelas de Medicina” que relaciona los siguientes temas:

Aunque desde 1950 se postula formar un médico generalista, se observa cada vez mayor tendencia a la especialización. [...] Se postula un mayor énfasis en Medicina Preventiva y Social, mientras que se presenta una crisis de su enseñanza. [...] La propuesta de formar un médico integrado a la comunidad en Programas de Atención Primaria, se contradice con una práctica médica centrada en el diagnóstico individual con hipertrofia del uso de tecnología. Sobrevaloración del estudio de casos en el currículo. [...] A una necesidad reconocida de cambios curriculares profundos se le opone una limitación a la tecnología pedagógica sobre currícula tradicionales. [...] El postulado de integración docente-asistencial se contradice con la articulación en forma de unidades separadas autosuficientes. La Universidad tiende a crear servicios propios y los servicios a crear sistemas de docencia propios. [...] La importancia asignada a la investigación se contradice con la investigación limitada y no integrada a la enseñanza. [...] Se postula formar médicos de acuerdo con las necesidades de nuestros pueblos, mientras que en la realidad se ignora cuáles son esas necesidades y no se investigan. (Troncoso, 1986, p. 46)

Dos líneas de análisis se han desarrollado para explicar esa contradicción entre el paradigma deseado y la práctica observada. La primera tiende a situar el origen de la contradicción en la oposición entre el discurso explícito y el discurso velado impuesto en el interior del ámbito educativo. La segunda tiende a situar la contradicción en las determinaciones que impone el mercado de trabajo médico. En la primera línea de análisis puede encuadrarse el trabajo de Amanda Galli (1988); en la segunda las investigaciones desarrolladas por el equipo del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (Belmartino, 1986).

Según el razonamiento de Eduardo Menéndez en la obra citada anteriormente, las contradicciones internas del discurso médico se constituyeron históricamente en las tres primeras décadas del siglo XIX en Europa, mediante la articulación entre la sociedad y las instituciones de salud, y dieron como resultado el modelo de la medicina al que hacen referencia los investigadores que observan su configuración biologista, mecanicista y ahistórica.

En el nivel económico-político este modelo se construye en los países capitalistas metropolitanos, conjuntamente con la fase del capitalismo de libre comercio. El proceso capitalista que exige la expansión del capital y la conversión de los bienes en mercancía, determinará que las actividades médico-sanitarias se conviertan en bienes de cambio. La mercantilización de las actividades médicas acompañará las fases del capitalismo de libre cambio y el capitalismo monopolista en la transformación de una profesión médica liberal a la de profesional asalariado (o capitalista-empresario).

En el nivel institucional, se presenta el desarrollo de la práctica médica basada en dos instituciones: el consultorio y el hospital. El primero dirigido a los sectores que pueden hacer frente a la atención privada (directamente o a través de mutuales), el segundo al conjunto de los trabajadores (empleados o desempleados). El hospital ha sido la institución a través de la cual se aprende la práctica de la medicina (lugar de aprendizaje, de entrenamiento y de ejercicio que a través del ensayo y error permite asumir la *responsabilidad* de la atención privada). Hoy esos lugares de aprendizaje se han extendido parcialmente a los servicios privados y de obra social, donde los médicos residentes cumplen con su entrenamiento aportando mano de obra barata a la estructura empresaria sobre la cual se organizan los servicios.

La ahistoricidad de este proceso eminentemente histórico resulta como consecuencia de su forma de traslación a la práctica, donde se expresa como una teoría fundada en el empirismo positivista y en algunas concepciones vitalistas. Esta teoría descansa en los supuestos biologistas a los que hicimos referencia en el punto anterior:

Una profesionalización (institucionalización universitaria de la formación y de la autorización estatal del ejercicio profesional de los diplomados) que se instituye entre fines del siglo XVIII y principios del XIX, en Europa y a fines del siglo XIX en EEUU.

Una hegemonía inicial de la clínica (en la atención médica y en la producción de investigaciones) que hacia 1930 se desplazará hacia la investigación separada de la clínica como producto, por un lado, de las necesidades del capitalismo que encuentra en la física, química, biología y medicina respuestas para algunos de sus problemas

estructurales y, por otro, del proceso de descalificación creciente de la clínica motivado en los límites que muestra su eficacia. La investigación reforzará el empirismo y el positivismo de la práctica médica, basado en la objetividad indiscutible, la neutralidad respecto del objeto, la cosificación del mismo, y por tanto la asocialidad y ahistoricidad del objetosujeto estudiado. (Menéndez, 1985)

La subordinación de la clínica implica que:

...la enfermedad aparece abstraída ya no solo de su situación social, sino de la situación clínica, y los resultados de la investigación bajan al médico a través de indicaciones generales, de estadísticas, de información inductiva y no analítica y, sobre todo, de una información cargada de importancia diferencial. El dato de investigación se autonomiza y baja a los médicos prácticos casi metafísicamente. La nueva división del trabajo se profundiza calificadamente [...] asume [...] el proceso de descalificación diferencial de la práctica médica [...]. La práctica clínica no solo se descalifica por un deterioro objetivo del proceso de aprendizaje, se descalifica por un proceso de subordinación tácito. Los elementos clínicos en los cuales aparecían depositados los elementos “personales”, “psicosociales” y sociales generados en la relación médico-paciente pasan a desaparecer cada vez más en la práctica. Los criterios de productividad que establecen tanto la medicina privada monopolizada, como sobre todo las instituciones de seguridad social, avalan este proceso. El reemplazo de la “actitud” clínica por la “actitud” farmacológica, estrechamente relacionada con el proceso anterior, es parte de esa situación de creciente descalificación. (Menéndez, 1979, p. 43)

La discusión previa destaca la creciente importancia de los componentes ideológicos en la conformación del modelo médico, el cual interioriza y refuerza algunos caracteres dominantes en las sociedades capitalistas metropolitanas de principios de siglo (individualismo, racismo, eficacia) y cumple por ello funciones profesionales y de clase.

Este papel se refuerza si consideramos que, a diferencia de otros campos científicos, el de la medicina entra en una relación cotidiana con los sujetos sociales (su objeto), especialmente tratándose de los sectores urbanos, aunque varias investigaciones muestran el alto grado de medicalización y subordinación de las prácticas alternativas entre campesinos y asalariados rurales (Menéndez, 1981). Este contacto legitima el saber organizado bajo los ya

anunciados patrones de biologismo, mecanicismo y ahistoricidad, que tienen como base tanto la práctica médica asistencial como la medicina preventiva, los que organizan una práctica de tipo liberal, adaptativista (la salud es la adaptación al ambiente, es decir, a la sociedad dada) eminentemente curativa, asimétrica (autoridad científica sobre el cuerpo del enfermo), individualista y mercantilizada (Testa, 1982; Menéndez, 1979).

A su vez, en el mundo de las representaciones, era posible transformar en normal (en natural) la práctica médica diferenciada entre el consultorio y el hospital, y sustentar a esta última en la vocación de servicio y en la abnegación. Asimismo, era factible considerar normal la participación pasiva del sujeto de la enfermedad y la de los conjuntos sociales en las acciones sanitarias (Menéndez, 1979).

Ese sustrato, sobre el que se construirá el saber sanitario, no es otro que la ideología de lo que es la práctica médica dominante, el Modelo Médico Hegemónico de Menéndez, que expresan incluso aquellos alumnos no médicos de los cursos de formación; es frecuente que los profesionales no médicos de las actividades de salud combatan la *dominación* de los médicos en la práctica, aun compartiendo la ideología del Modelo Médico Hegemónico. Esta ideología, cuya manifestación más obvia es la asignación de un cierto estatus a la práctica médica, constituye la base de asentamiento de la práctica formativa, sobre la cual la *ciencia sanitaria* —especialidad de la ciencia médica en la definición de sus profesionales— establecerá sus propias pautas, modificando o reforzando los saberes y las prácticas —al mismo tiempo que la ideología y la ciencia— y contribuyendo a crear y recrear el propio campo profesional.

Desde este punto de vista la emisión —producción— del discurso médico hegemónico tiene como respuesta o devolución —circulación— a partir de sus receptores, la asignación de un estatus a los emisores. La formación de sanitaristas, en consecuencia, se impone como una práctica discursiva sobre sujetos ya ideologizados en base a su formación y su práctica previamente realizadas y consagradas por el estatus que les ha sido asignado.

La naturalización del mundo social de la vida

El postulado positivista de la unidad de la ciencia exige la adopción de la epistemología de las ciencias naturales por parte de las ciencias sociales, como condición de científicidad. Este tema, abordado por muchos autores europeos desde la segunda mitad del siglo XX, cobra especial importancia en el campo de la medicina, pero no se circunscribe a él. Actualmente la biología es el

modelo a partir del cual las sociedades se explican a sí mismas. Una buena parte del universo simbólico del mundo social está estructurado en base a su propia naturalización. El saber preteórico del que habla Habermas (1988, p. 453) contiene manifestaciones donde lo natural tiene la función ideológica de la aceptación de lo dado en la sociedad en tanto *es natural*, entendiendo por esto no la naturaleza de un hecho social, sino el hecho social como parte de la naturaleza, sinónimo de la biología.

El campo político se legitima a sí mismo a través del discurso biológico:

La relación entre las ciencias biológicas y el poder ya se daba en biólogos y médicos del siglo XIX, quienes manifestaban poseer las condiciones para regir políticamente los estados europeos. Así, los promotores de la reforma médica en Alemania y Francia (Virchow, Guerin, Neumann) sostenían que quien es capaz de diagnosticar y remediar el dolor individual también lo es para resolver los problemas políticos de la sociedad a la que pertenece. Si bien las ambiciones de estos médicos y biólogos no pudieron concretarse, ya que fueron otras profesiones las que surtieron los elencos gobernantes, el biologismo alcanzó el poder por un camino indirecto, hegemonizando el saber. (Mercer, 1980, pp. 9-10)

Y, agregamos, fundamentalmente el saber médico.

Las ciencias sociales, por su parte, obtuvieron su acta de nacimiento a partir de la formulación de teorías construidas bajo los supuestos del evolucionismo biológico. El (autorizado como) padre de la sociología, Comte, fue antes un filósofo de la biología que —como señala Canguilhem— combatió por la autonomía de la biología, frente a la pretensión de universalidad de los principios de explicación de las ciencias fisicoquímicas, en particular del mecanicismo cartesiano (Lecourt, 1986, p. 24).

Comte y Claude Bernard, con intereses y trayectorias muy distintas, desempeñaron un papel fundamental —uno en la sistematización y difusión, otro en la experimentación y formulación de un método experimental— en la exposición de una teoría basada en la identidad de los fenómenos normales y patológicos que, como señala Canguilhem “...se convirtió -durante el siglo XIX- en una especie de dogma, científicamente garantido, cuya extensión en el dominio filosófico y psicológico parecía exigida por la autoridad que biólogos y médicos reconocían” (Canguilhem, 1986, p. 18). Dicha identidad radica en explicar los fenómenos patológicos en lo viviente mediante variaciones cuantitativas (aumento o disminución) de los fenómenos fisiológicos. Hasta entonces, dos concepciones habían predominado sobre la enfermedad

(la teoría ontológica y la dinamista) que se unían en explicarla como un estado (cualitativamente) distinto del estado de salud (Canguilhem, 1986).

Comte le asigna validez universal a la teoría biológica de la identidad de los fenómenos normales y patológicos que, como principio de su filosofía positiva, se traduce en que “el progreso no es más que el desarrollo del orden”. La patología —aboga Comte— debe ser subordinada a la biología. Las leyes sociológicas deben ser construidas en analogía a las leyes biológicas.

Como indica Zeitlin citando a Comte, este con la intención —explícita en su *Curso de Filosofía Positiva*— de frenar el “espíritu revolucionario” de la “multitud” mediante el gobierno de la racionalidad científicista (orden intelectual) como oposición a la racionalidad política, Comte reconoce en el “... principio positivo [...] la ley fundamental del continuo desarrollo humano, que presenta la evolución existente como resultado necesario de la serie gradual de transformaciones previas, extendiendo simplemente a los fenómenos sociales el espíritu que rige el tratamiento de todos los otros fenómenos naturales” (Zeitlin, 1973, p. 89).

La naturalización del mundo social es la tarea que le corresponde a la ciencia sociológica desde su reconocimiento como tal y, aunque como es obvio que en este campo se desarrollaron corrientes teóricas alternativas al organicismo, es este, sobre todo en la variante funcionalista de la escuela norteamericana, el que fue convocado al campo médico-sanitario.

Por otra parte, está por demás demostrado que una de las características básicas que definen al modelo médico es su biologismo, entendiendo por este:

...el exclusivismo creciente de las explicaciones biologists sobre la causalidad de la enfermedad y sobre las formas terapéuticas utilizadas: esta exclusividad supondrá en los hechos la negación de los factores sociohistóricos. (Menéndez, 1979, p. 16).

Esta negación se expresa igualmente en el modelo bioecológico de la *historia natural de la enfermedad*, que la reconstruye según su naturaleza biológica y la vincula a un ambiente definido también de acuerdo a sus condiciones de equilibrio o desequilibrio biológico.

La epidemiología —y de esto dan cuenta numerosos trabajos de medicina social latinoamericana— que se genera bajo este modelo desde la salud pública, descansa igualmente en un conjunto de indicadores biológicos (edad, sexo, distribución poblacional) mediante los cuales se pretende establecer la distribución y causas de las enfermedades a nivel colectivo. A su vez, la utilización de estos indicadores no se realiza bajo el supuesto de que expresan condiciones sociohistóricas determinadas y que son el producto de

esas condiciones, sino que se comprenden dentro de la racionalidad de los procesos biológicos.

El desconocimiento (ausencia) de las determinaciones sociales de la enfermedad en el modelo biomédico se apoya, según analiza A. Chauvenet (1980), en tres dimensiones epistemológicas: el principio de realidad que define a la enfermedad, a su sentido y a la función del sujeto.

Comencemos por esta última. En la definición de enfermedad, presente ya en Hipócrates, se plantea la dicotomía entre naturaleza y sujeto, es decir, una relación de exterioridad de aquella con relación a este. Sin embargo, esa exterioridad pasó de una concepción basada en un papel subordinado del sujeto a la naturaleza (esta tiene —según los autores de los que se trate— la función de conservar al enfermo o aparece como agresora frente al organismo que reacciona ante dicha agresión) a una concepción —que es la hegemónica en la actualidad— en la cual se niega la función del sujeto en su cuerpo. Esto está presente ya en Claude Bernard, para quien las leyes de la naturaleza son absolutas y son las que rigen los estados fisiológicos y patológicos. La naturaleza actúa independientemente del sujeto y este se halla sometido a sus leyes.

La negación de la función del sujeto en su cuerpo es analizada por Chauvenet como el requisito que tiene la medicina para adquirir su reconocimiento como ciencia. A su vez, esta niega o subordina a las ciencias que incorporan al sujeto individual o colectivo, imponiéndoles sus propias leyes biológicas (es el caso de la psicología, la medicina psicosomática y el de las ciencias sociales convocadas por la medicina).

En segundo lugar, el principio de realidad que define la enfermedad ha variado de una concepción basada en la observación científica de la reacción del organismo frente a la agresión de la enfermedad a una intervención en la creación de la entidad “enfermedad” mediante el trabajo de definición y clasificación científica:

La ciencia se transforma en una instancia productora de lo real; por ella la enfermedad existe, evoluciona según leyes naturales y dentro de los límites de su definición. Se desemboca en una hipóstasis de la ciencia y, al mismo tiempo, en la de su objeto. En el mismo movimiento se establece una confusión entre el objeto y el método. Asistimos a una estricta objetivación de la existencia humana regida por leyes científicas, es decir, por leyes casi físicas que descubren fisiólogos y biólogos y a una percepción mágica de la función de la ciencia, en tanto que instrumento de producción y de dominación de lo real [...] La mitología médica produce una medicina omnipotente, capaz

de decir la causa de la muerte, de decidir la hora de su llegada y de tenerla en jaque cada vez más. (Chauvenet, 1980, p. 26)

En tercer lugar, el sentido dado a la enfermedad ha pasado de una concepción basada en una naturaleza al servicio de la acción del hombre (naturaleza como medio) a otra según la cual la naturaleza domina al hombre y a la vez posee una finalidad (y un principio) exterior a él. Ya la finalidad y el sentido no le pertenecen al individuo, sino a las leyes naturales absolutas y a la ciencia que los “descubre” y los controla.

La naturalización de la enfermedad lleva a una naturalización de la muerte, reducida a un hecho biológico, producto de la evolución natural. Como señala Chauvenet, en esta concepción “la muerte no es más que el grado cero del trabajo de la naturaleza” por lo cual todos quienes estén próximos a ella (ancianos, enfermos crónicos, moribundos) carecen de valoración social. “La desvalorización social de la muerte” produce “una prestación social de un tipo particular de muerte”, basada por un lado en su reducción a un hecho natural y atendida en virtud de apelaciones a la “higiene pública” y a la “responsabilidad administrativa”, y por otro en conductas de negación y ocultamiento (Chauvenet, 1980, p. 40).

Pero la hegemonía de la biología evolucionista darwiniana no se manifiesta exclusivamente en las representaciones biológicas de la enfermedad y de la muerte de los sujetos individuales. La teoría del comportamiento innato de la etología de K. Lorenz, las teorías conductistas en psicología, el análisis de sistemas como método unificador de las ciencias, tienen su origen en la biología neodarwiniana, la que define al mundo social como un orden natural dado con sus principios inapelables de selección natural, jerarquías sociales de origen natural, diferenciación progresiva de funciones como correlato individual de la complejidad social, todo bajo la forma de leyes biológicas absolutas que se les imponen a los sujetos sociales, los cuales no tienen otra salida que adaptarse a ellas para su supervivencia (y la de la especie), a excepción de los objetivadores científicos que, con la fuerza de la tantas veces proclamada neutralidad científica tienen la misión de cuidar a la humanidad de sus desviaciones, para lo cual hasta pueden dominar las leyes absolutas de la naturaleza (Lage, 1980; Neve, 1980).

Volvamos por un momento a la teoría de sistemas, *teoría general de los sistemas*, que constituye en este momento el medio teórico-metodológico a través del cual se pretende garantizar la unidad positivista de la ciencia y, por tanto, aparece como un conjunto de proposiciones altamente formalizadas y aplicables a las ciencias sociales, a la biología, a la física, y aparece también como la más acabada tecnología de gestión administrativa (en los ámbitos públicos y privados (Achard, 1980). Originada en la investigación

operativa para planificar los sistemas militares durante la Segunda Guerra Mundial, tomada a su vez de la termodinámica, es apropiada por la biología que le proporciona su fundamento teórico actual. En los sesenta comienza su aplicación a los sistemas humanos, desde el modelo desarrollado por la biología. Modelo analógico por excelencia, con instrumentos de análisis de fácil manejo, puede vérsela con cualquiera de los fenómenos (físicos, biológicos, sociales, administrativos) que interesen a *la* ciencia.

Chauvenet muestra cómo se abandonan los modelos mecánicos y orgánicos para la explicación de la sociedad y se retoman los principios cibernéticos de control, se construyen los conceptos en base a la teoría de la información y de los juegos, y se organizan bajo los supuestos de la filosofía social de la biología neodarwiniana, de la cual se toman los conceptos de integración, de jerarquía de los niveles y la perspectiva teleológica (Chauvenet, 1980).

La *teoría general de sistemas* usada en la gestión administrativa implica la extrapolación mediante operaciones analógicas del mundo natural al mundo social, sin la pretensión de desarrollar una epistemología del pasaje de uno a otro mundo. Cabe destacar que esta concepción, a la vez naturalista, asocial y ahistórica, es la versión más reduccionista de todas las teorías de sistemas aplicadas a la sociedad en los últimos treinta años, algunas de las cuales se han esforzado por construir los pasajes para abordar fenómenos sociales desde los principios proporcionados por la cibernética. Estos esfuerzos no han sido retomados por la gestión administrativa¹ y volvemos al inicio de este punto: los principios de hoy son en esencia los principios de ayer. El Comte de 1830 se sentiría complacido ante el reforzamiento de sus supuestos centrales.

En forma particularmente manifiesta, en Argentina, el saber de la biología hegemoniza el saber médico y el de las ciencias sociales ligadas a la medicina. Los conjuntos sociales interiorizan y recrean esos principios para pensarse a sí mismos. La gestión tecnocrática en el Estado los reproduce en las distintas áreas de su competencia (incluyendo la salud pública). La medicina social latinoamericana, fecunda en la deconstrucción del biologismo en medicina, en epidemiología, en la gestión tecnocrática y en las ciencias sociales ligadas a salud, no ha podido —por lo menos en Argentina— disputar desde una posición de fuerza espacios de poder en los ámbitos de formación académica y aun menos en aquellos espacios (el mercado de trabajo médico-sanitario) que cada vez más aparecen como los verdaderos modeladores de los profesionales de la salud pública y la medicina.

¹ Para una exposición crítica de la teoría de sistemas de Luhmann, ver "El funcionalismo en ciencias sociales" (Habermas, 1988).

Esta particular *impermeabilidad* de la tecnoburocracia en el área de salud, de la medicina pública y privada y, a la vez, los límites (teóricos y prácticos) que encuentran gran parte de los agentes sociales que intentan construir alternativas válidas para el trabajo en salud (entre los cuales se observa personal de salud de instituciones públicas, de organismos no gubernamentales, docentes y estudiantes de grado y de posgrado en medicina o alguna de sus especialidades —sobre todo salud pública y pediatría—), nos devuelven la necesidad de explorar (en el campo científico que nos ocupa) los mecanismos de producción y reproducción del saber hegemónico, cuya comprobada ineficacia práctica no ha sido óbice para la consecución de su hegemonía.

La actualización del neodarwinismo

La *impermeabilidad* demostrada por la corriente sanitaria hegemónica, para plantearse alternativas democratizadoras en la gestión de la salud colectiva, nos conduce a reflexionar sobre las implicancias que en el saber y en la práctica del sanitarismo argentino tienen los desarrollos más recientes del neodarwinismo elaborados por los sectores neoconservadores estadounidenses.

Estas nuevas propuestas realizadas para propiciar la unidad de la ciencia tienen su materialización en las prácticas políticas que cuestionan la existencia del Estado de Bienestar y basan las soluciones en la aplicación del neoliberalismo que ve en la injerencia que el Estado tomó en la dirección de la sociedad civil (entendida como el espacio reservado a los individuos) el motivo de las permanentes crisis que vive el capitalismo. Este pensamiento que se viene consolidando desde la mitad de la década de 1970 en EEUU fue puesto a disposición de los sectores dominantes latinoamericanos quienes lo aceptaron y pusieron en práctica con notable rapidez logrando resultados también inmediatos sobre la transformación ideológica de los conjuntos sociales.

En Argentina este proceso de transformación del Estado, con el consiguiente desarrollo de la ideología propia del neoliberalismo, se inicia con la dictadura militar en 1976. Este proceso fue acompañado por sanitaristas enrolados dentro de la corriente hegemónica, de allí que consideramos de vital importancia para la siguiente etapa de la investigación comprender la adecuación del discurso sanitario a las nuevas concepciones biológicas de la sociedad.

Dado el *habitus* sobre el que —como vimos anteriormente— se asienta el saber sanitario, la actualización de las propuestas neodarwinianas constituye su *natural* continuidad. Esto nos conduce, en esta parte de la investigación, a realizar una sucinta presentación de este pensamiento que consideramos muestra la continuidad sustancial con el pensamiento objetivista del positivismo y los nexos

naturales que tiene con ciertas propuestas largamente defendidas por los sanitarios. Estos nexos se perciben en relación con la concepción de las políticas de salud en función de la relación costo-beneficio; la idea de desarrollar un aparato tecnoburocrático que privilegie la eficiencia y el cumplimiento de los fines en oposición a un aparato burocrático que basa su eficacia en el cumplimiento de las normas impuestas; la concepción de la educación para la salud entendida como la inculcación autoritaria de hábitos individuales que posibiliten pautas de conducta adecuadas para disminuir los gastos sociales en salud; la atención primaria entendida como responsabilidad de la comunidad que debe asumir por lo tanto la ejecución de actividades sanitarias antes en manos del Estado, entre otras.

Las propuestas más recientes realizadas en pos de la unidad de la ciencia datan de 1975, tienen por escenario EEUU y por autor a un entomólogo que propuso una nueva síntesis de las ciencias naturales y sociales a partir de una sistematización de los últimos adelantos de ciencias tales como la etología, la ecología, la zoología, la entomología, la biología a secas, la biología poblacional y fundamentalmente la genética. La nueva ciencia totalizadora del comportamiento de todas las especies animales (incluido por supuesto el hombre) es la sociobiología general².

La sociobiología es concebida, como el “...estudio sistemático de la base biológica de todo comportamiento social”. Combina elementos esenciales del neodarwinismo con la genética, adhiere a los planteos ya tradicionales de la selección natural de los organismos que sobreviven mediante un proceso de adaptación al medio ambiente y de reproducción en las siguientes generaciones. Pero es el gene y no el organismo la unidad última de la cadena evolucionista (Nelson, 1987, p. 82).

Los sociobiólogos analizan el comportamiento social basándose en la lucha que libran los organismos, grupos y especies para lograr su *adecuación genética inclusiva* en las siguientes generaciones. Definen a los genes como “egoístas” ya que buscan su sobrevivencia y procreación aun al costo de aniquilar a los oponentes.

Los genes, según el sociobiologismo, para cumplir con la finalidad de la sobrevivencia y la procreación se atienen a dos formas de altruismo: “el altruismo duro” y “el altruismo blando”.

El altruismo duro, que se relaciona con las teorías de la selección basadas en el parentesco, nos indica que como compartimos el 50% de los genes con los hermanos y los hijos, en caso de que estos estén en peligro los salvamos

² Estas propuestas vieron la luz en 1975 y su autor fue Edward O. Wilson, entomólogo de Harvard (Nelson, 1987; Sahllins, 1982).

para garantizar la supervivencia de nuestros genes. Esto supone una cadena de altruismo cada vez menor en tanto las relaciones de parentesco se van alejando.

El altruismo blando se vincula con la teoría de la selección grupal y supone que los miembros de un grupo se arriesgan para salvarse entre sí porque basándose en las reglas de reciprocidad, cada miembro se asegura el auxilio de los demás en caso de requerirlo y con ello la supervivencia de sus genes.

Los sociobiólogos refuerzan su arsenal metodológico con el enfoque sistémico-cibernético que les permite mostrar la interdependencia entre el genotipo (constitución genética de la especie) y el fenotipo (constitución genética que resulta de la interacción individuo-medioambiente —lugar donde ubican el componente cultural—). Esta interdependencia reconoce la determinación genética para los comportamientos sociales: “No se niega la importancia de la cultura de los seres humanos, pero la cultura en sí está anclada en la biología” (Nelson, 1987, p. 84).

Para la sociobiología el hombre es por naturaleza agresivo dada su constitución genética que privilegia la supervivencia. Wilson sostiene que son erróneas las teorías acerca de la naturaleza bondadosa del ser humano y de que son los sistemas sociales los que los vuelven agresivos. Por el contrario, postula que el sistema social puede poner limitaciones a los aspectos más dañinos innatos en el hombre. Asimismo, sostiene que en la expresión de la hostilidad es donde se manifiesta la cultura entendida como interacción entre el organismo individual y el medioambiente. Esta concepción desarrolla, obviamente, una justificación para la dominación de unos estados sobre otros, de unas clases sobre otras, de unas razas sobre otras, de un sexo sobre otro.

Los conceptos y la metodología de la sociobiología han sido adaptados por economistas de la Universidad de Chicago para dar cuenta de temas de naturaleza microeconómica tales como, la familia nuclear, la cantidad y calidad de hijos, la privacidad individual. Para dichos economistas el concepto de altruismo sirve para hacer los análisis económicos relacionados con el ingreso, el consumo, la utilidad personal y la maximización de los beneficios. Con relación a la familia consideran que el jefe de la misma (altruista) busca la mejor relación costo-beneficio para el grupo familiar logrando así la mejor supervivencia para sus genes. Se basan en el supuesto de que no hay igualdad de oportunidades y de que los hijos heredan ventajas (o desventajas) de los padres:

Los padres que se preocupan por mejorar su propia adecuación genética inclusiva a través del logro de hijos “superiores”, merecen el

premio de la seguridad casi absoluta del fortalecimiento acumulativo de sus genes. (Nelson, 1987, p. 92)

Los análisis de costo-beneficio se amplían en las relaciones macrosociales a través del altruismo blando comenzando por los grupos más cercanos hasta llegar al análisis de las relaciones entre naciones.

La continuación del análisis de las propuestas de la sociobiología nos lleva a ver cómo dando carácter determinante a la constitución genética de los individuos esta propuesta “científica” nos conduce a la consideración de la inmodificabilidad, a través de transformaciones sociales, de elementos tales como la inteligencia, la delincuencia y la criminalidad, la drogadicción y el alcoholismo, temas entre muchos otros que deben ser tratados como temas médicos, no sociales. Esta concepción que conduce a *culpar a la víctima* de su situación presente permite dejar intocado al contexto social, político y económico al considerarlo absolutamente prescindente en la determinación de toda problemática; estas siempre serán individuales y biológicas.

La actualización del neodarwinismo otorga una base científica de indudable interés para justificar la “necesaria” desaparición del Estado de Bienestar y la aplicación de la ideología política de un liberalismo renovado. La ubicación del discurso sanitario dentro del paradigma biológico y más recientemente dentro de la sociobiología permite encuadrar el proceso de constitución y posterior desarrollo del sanitarismo dentro del nivel político-ideológico que le otorgan su significado más amplio en tanto cuerpo tecnoburocrático que desempeña sus funciones en el aparato de Estado.

Estado y aparatos de Estado

Analizar el sanitarismo como una de las expresiones de la compleja trama de relaciones que operan en la sociedad argentina implica reconocer el carácter del Estado capitalista argentino y el momento específico del desarrollo del mismo en el que se constituye esta profesión. Este requisito para el estudio del campo profesional de la salud pública se sustenta en que el sanitarismo nace como una profesión para ser desempeñada en el aparato de Estado. Se expresa, desde sus comienzos, como un cuerpo tecnoburocrático ligado a los sectores dominantes en el espacio social de la salud que buscan consolidar su hegemonía política luego del período peronista.

Lo señalado requiere la explicitación de la forma en que caracterizamos al Estado en general y al Estado argentino en particular. Vamos a entender

al Estado como el ámbito donde se articulan las relaciones entre las clases sociales ya que expresa la síntesis de las contradicciones que se manifiestan en la sociedad y permite mantener la unidad de la formación social. Si bien dicha articulación se realiza bajo la hegemonía de la clase dominante, esto no implica que el Estado sea la expresión de la dominación directa de estas clases, sino que, en su carácter de unificador de dicha sociedad, genera también políticas en favor de los sectores sociales subordinados (Poulantzas, 1976).

En tanto condensación concreta de las relaciones de clase de una sociedad determinada debemos, en nuestro caso, reconocer los rasgos distintivos del Estado argentino que resumen el carácter dependiente de la estructura social y encuadrar el análisis dentro de la problemática del capitalismo dependiente.

La principal característica del tipo de Estado que se desarrolla en las formaciones económico sociales latinoamericanas es justamente la dependencia a nivel económico, político e ideológico respecto del mercado mundial. De tal forma, la acumulación y la reproducción ampliada se establecen en forma bipolar, es decir que, por un lado, se realiza la acumulación para la transferencia de capital a los países dominantes y, por el otro, se debe asegurar la acumulación en el interior del país dependiente la que, obviamente, queda subordinada a la primera instancia.

Este esquema impide el desarrollo autónomo de los llamados países periféricos ya que implica una continua sangría de capital —además de otras múltiples formas de sometimiento— y delinea a la dependencia estructural como un polo indispensable para la acumulación de capital a escala mundial.

Un rasgo específico de los países capitalistas dependientes alude a la contradicción que se plantea entre un sistema económico delimitado por su sujeción a las leyes generales del capitalismo y un Estado que tiene jurisdicción sobre un ámbito estrictamente nacional.

La contracara de esta dualidad en el terreno social es el desarrollo de un tejido de clases de gran complejidad. La heterogeneidad estructural de la sociedad se refleja en las variadas fracciones en las que se fragmentan tanto la clase dominante (de acuerdo a su forma de apropiación del excedente y a las particularidades de su relación con el mercado mundial) como la clase dominada.

El carácter dual de la estructura socioeconómica de la dependencia se resume en la fractura que opone al Estado y a la sociedad civil. En los momentos de crisis el conflicto alcanza proporciones particularmente agudas. Aunque la clase dominante haya logrado establecer su preeminencia dentro del aparato del Estado, no llega a extender su dominio al conjunto de la sociedad civil, que es el campo en el que se expresan las contradicciones sociales en toda su amplitud y desde el que nacen los intentos de desarticular el proyecto hegemónico.

En la Argentina la brecha entre la sociedad civil y el Estado se ha profundizado a partir del año 1955 con la caída del gobierno peronista. Desde entonces comienza un largo periodo atravesado por una crisis de hegemonía que afectó al bloque en el poder, e impidió a la gran burguesía financiera transnacional consolidar su dominación en la sociedad civil, ya que no ha logrado obtener el consenso social necesario, como así tampoco formular un proyecto ideológico-cultural coherente.

En este sentido puede afirmarse que el estado capitalista dependiente corresponde al estado de excepción o emergencia permanente que es justificado por la situación de crisis política continuada y que se impone con diferentes grados de violencia según los casos y según la forma que asume la relación bipolar del capital. Estos estados de excepción se han repetido en los últimos treinta y cinco años de nuestro país en tres oportunidades: con los gobiernos dictatoriales de la Revolución Libertadora (1955-1958), el de la Revolución Argentina (1966-1973) y, entre 1976 y 1983, el del Proceso de Reorganización Nacional (Sonntag, 1977; Evers, 1989).

Plantear la problemática del Estado también nos remite a las consideraciones sobre el poder estatal y sobre las formas de su expresión y los ámbitos donde se ejerce. Sintéticamente diremos que el poder estatal manifiesta la relación que se establece entre las clases sociales y se expresa en el contenido de la política. Este poder estatal es ejercido a través de los aparatos de Estado que ponen así en evidencia los rasgos estructurales de la dominación que operan en una formación social.

En tanto lugar de concreción de las relaciones sociales en el nivel político, los aparatos de Estado van a sintetizar las contradicciones de las clases y fracciones de clases de la sociedad, motivo por el cual no se los puede vincular mecánicamente a los sectores hegemónicos de la misma, sino que reconocen una especificidad emanada de las formas que adquieren los cuerpos burocráticos en su relación con el conjunto de la sociedad y que los hacen aparecer como la encarnación del interés general (Therborn, 1979).

Esta caracterización general de los aparatos de Estado en las sociedades capitalistas debe ser utilizada en los análisis de los países dependientes teniendo presente la especificidad que asume el Estado en ellas dado que, a la luz de lo señalado más arriba, los aparatos estatales también serán expresión de las dificultades de los sectores dominantes por imponer su hegemonía.

Dentro del llamado *aparato de Estado* se distinguen según sus funciones: el aparato gubernativo (organismos ejecutivos y legislativos), el aparato administrativo, el judicial y el represivo. Cada uno engloba a su vez una serie de aparatos. La existencia misma de esta organización estatal tan ramificada supone la presencia de las contradicciones de la sociedad en el Estado, ya

que si bien todos estos aparatos expresan el mismo carácter de clase también manifiestan la compleja trama de relaciones sociales.

Esta característica de los aparatos estatales nos permite recortar para nuestro análisis dentro del nivel administrativo a dos de sus aparatos: el educativo y el sanitario, y reconocer los intereses sociales específicos que generaron la disputa entre ambos en el proceso de formación del campo profesional del sanitarismo. Tal el sentido que le podemos dar desde esta perspectiva a la emergencia de dos escuelas de posgrado para la formación de sanitaristas (la vinculada al Ministerio de Salud y la escuela universitaria).

El predominio del aparato educativo en la formación puede interpretarse a la luz de la hegemonía de un sector social específico del bloque en el poder, tal el vinculado a las concepciones ideológicas que se imponían para América Latina desde los centros de poder mundial liderados por EEUU.

La conquista de los espacios dentro del aparato sanitario para los miembros del campo de la salud pública, que se consolida científicamente en la universidad, va a desarrollarse a lo largo de la década de 1960; con la Revolución Argentina se inicia el momento de mayor penetración en dicho aparato y será asimismo esta etapa la que marcará los caracteres específicos del discurso sanitario hegemónico.

A los profesionales de la salud pública, como grupo tecnoburocrático, le corresponde la gestión tendiente a la articulación de las distintas formaciones presentes en la sociedad a través de la regulación y control de la medicina tanto en su práctica privada individual como colectiva, de la práctica ligada al hospital público y a las obras sociales y de las prácticas no médicas del ámbito sanitario. También depende de este aparato la ejecución de las políticas ligadas a la atención colectiva de la salud, entendiendo por tales las vinculadas a la promoción y protección de la salud del conjunto de la población.

Dadas las funciones señaladas podemos indicar que es en el interior de este aparato donde, fundamentalmente, se dirimen los conflictos entre la corporación médica y la de los trabajadores respecto al tema de las obras sociales. Allí también se sintetiza la relación entre la corporación médica y los representantes de la industria médico-farmacéutica. Por supuesto que en todas estas cuestiones intervienen también otros aparatos de Estado pues, como ya señalamos, se trata de un todo relacionado.

El aparato que atiende la problemática de la salud debe ocuparse también de la formulación de las políticas que contemplen las necesidades de los sectores marginales al sistema productivo, ya que su no inclusión en la problemática sanitaria genera contradicciones que cuestionan la unidad de la sociedad. Asimismo, esta es la vía por la que el poder político obtiene legitimidad y consenso. En líneas generales se puede decir que la gestión de salud

como proceso articulador de todas las instancias presentes en la sociedad produce un discurso que abarca al conjunto social y que hace aparecer la intervención del aparato sanitario como la representación del interés general, tendiendo a encubrir y en consecuencia legitimar los intereses de los sectores dominantes que son los efectivamente reproducidos.

A partir del proceso que desplegamos con esta investigación tratamos de reconocer las vinculaciones de los sanitaristas con los sectores dominantes dentro del campo de la salud y las contradicciones que se presentan entre ellos ya que, como cuerpo tecnoburocrático constituyen una categoría social específica que en determinados momentos privilegia sus intereses de cuerpo. Asimismo, en tanto funcionarios del aparato estatal estas contradicciones también surgen cuando los sanitaristas se ven en la necesidad de representar los intereses de otros grupos sociales.

La definición que hacemos de los sanitaristas como un cuerpo tecnoburocrático obedece a visualizarlo como un emergente de los cambios que se producen en la consolidación del capitalismo monopolista de Estado y que implicaron transformaciones organizativas profundas en los aparatos estatales. La tecnoburocracia constituye una forma diferente de organización en relación con la burocracia tradicional, que en el caso que nos ocupa estaba ligada a la concepción del higienismo.

Las características específicas que hacen de los sanitaristas una capa tecnoburocrática son: su referente en un cuerpo de funcionarios de arraigada trayectoria como es la que se constituye en los organismos internacionales; la rotación de sus miembros entre la función pública, los organismos internacionales y las gremiales médicas; la exaltación de la eficiencia por encima de la eficacia que se revela en su preocupación por los resultados económicos por sobre el cumplimiento de los reglamentos; la preeminencia otorgada a la eficiencia en el manejo de presupuestos por programas en detrimento del cumplimiento de la ley de procedimientos administrativos; la subordinación de la racionalidad política a la técnica (se autodefinen como técnicos que reciben las metas desde el nivel político del que no participan (Muñoz *et al*, 1988).

Consideramos que es en este nivel del análisis donde también será fructífero incorporar los conceptos de *habitus* y de campo científico, dado que la constitución de un cuerpo tecnoburocrático supone ciertas complicidades básicas que son adquiridas por los sanitaristas en su proceso de profesionalización.



Capítulo 2

Surgimiento de la política de formación de recursos humanos en salud pública en Argentina

El pasaje del Estado liberal al Estado social

Los cambios en el sector salud que se consolidan hacia la década de 1940 forman parte de la reconfiguración del Estado —iniciada en la década de 1930— y se operan tanto en el aspecto jurídico-político como en su papel en la reproducción económica de la sociedad (Consoli, 1979). Este fenómeno es la expresión superestructural de las transformaciones económicas que dieron lugar al capitalismo monopolista y que se manifiesta en el conjunto de los países capitalistas. La nueva forma de Estado —denominado Estado Social o Estado Benefactor— descansa en un pacto fundado en la alianza vertical de las clases y fracciones participantes que enmarca a la mayoría de los partidos obreros de los países capitalistas (cualquiera sea su grado de desarrollo) en una lucha social *en el capitalismo* y no *contra el capitalismo*.

Para que fuera posible constituir un pacto social en términos de clases, los sectores en el poder debieron integrar, de manera diferente a la etapa anterior, a las clases sociales, sectores o corporaciones con intereses antagónicos. El Estado sigue apareciendo ante la sociedad como la *encarnación del interés general*, pero esta sociedad no es ya visualizada como un conjunto de individuos con intereses contrapuestos, sino como una compleja red de asociaciones que representan distintos intereses de clase. En términos de Cerroni (1972), este triunfo del asociacionismo afecta la separación clásica entre vida privada y vida política, a raíz de que asociaciones de la sociedad civil pueden incorporarse formalmente al estado, a través de los nuevos mecanismos de participación y confrontación impuestos. El reconocimiento de las clases sociales y de sus intereses específicos, por parte del Estado, sumado a las propias demandas de

las clases subalternas, lleva a su vez al reconocimiento de los *derechos de los trabajadores*, y con este al impulso de las políticas sociales.

Pero la modificación más importante se realiza en el terreno económico, donde el Estado pasa de ser un regulador, un garante de las condiciones de reproducción económica, a la intervención directa. Esto se observa en las inversiones del Estado en áreas de baja rentabilidad o imposibles de afrontar por los sectores dominantes en función de su envergadura, pero que son necesarias para favorecer la acumulación capitalista.

En Argentina, es con la crisis de 1929 cuando se inician los cambios en la sociedad que darán lugar a esta nueva forma de Estado que comenzará a desplegarse hacia 1940 hasta alcanzar su mayor desarrollo durante el gobierno peronista. Este proyecto político significó, por un lado, formas diferentes de representación política de algunos sectores sociales, tal el caso de las clases subalternas y de las mujeres; por otro, fue la expresión de las transformaciones en la composición de los sectores dominantes que se articularon en función de un proyecto económico que benefició a los sectores ligados al mercado interno. Desde el peronismo se propiciará una política redistributiva para estimular la ampliación de este mercado mediante la incorporación de amplias capas sociales antes marginadas del consumo de bienes y servicios con miras a lograr el desarrollo de la industria nacional. Para llevar adelante este proyecto, el Estado desarrolla un papel activo en la reproducción económica y en las políticas sociales orientadas a reforzar la alianza con los sectores populares.

El cumplimiento por parte del Estado del papel de articulador de las distintas instancias sociales, que se generaron como expresión del desarrollo capitalista en nuestro país, dio lugar a una organización estatal de gran complejidad ya que debía atender las demandas de los diversos sectores sociales y participar activamente en la acumulación de capital; esto último supuso su participación directa en diversas ramas de la economía que requerían grandes inversiones e implicaban altos riesgos para el capital privado.

El carácter intervencionista del Estado será un rasgo que acompañaría a los sucesivos regímenes políticos argentinos, y que aun a los definidos como liberales no les fue posible modificar en forma sustancial hasta épocas recientes. En Argentina, pese al golpe militar de 1955, con la consiguiente implantación de un modelo autoritario, la represión a los sectores populares y la derrota de muchas de las conquistas alcanzadas durante el gobierno peronista, se mantendrán con diferente carácter las funciones económicas adquiridas por el Estado y parte de sus políticas sociales. Será recién con el terrorismo de Estado en 1976 que comenzará la aplicación sistemática de las doctrinas neoliberales que muestran en la actualidad contundentes resultados

en la transformación de las funciones estatales conducentes a la eliminación del Estado Social.

Los cambios en el sector salud en la década de 1940

El sanitarismo que se constituye hacia 1960 va a ser expresión de las múltiples determinaciones del desarrollo capitalista en nuestro país. En efecto, por un lado, como campo especializado de la medicina va a resumir en su saber y en su práctica las transformaciones operadas en esta ciencia y, por otro, en tanto su intervención se realiza fundamentalmente desde los aparatos de Estado será también producto de la adecuación de éstos a nuevas necesidades sociales que reclaman la intervención estatal.

El desarrollo de la medicina se manifiesta en los avances logrados en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades, basados fundamentalmente en adelantos tecnológicos, ya sea a nivel de la aparatología como de la química. Esto se tradujo en el mejoramiento de las técnicas de diagnóstico tales como la radiografía y los análisis clínicos, las de tratamiento y prevención por medio de la radioterapia, la farmacología y los descubrimientos de diversos productos biológicos¹. Estos desarrollos fueron asumidos por empresas capitalistas que le otorgarán al ejercicio de la medicina y al sanitarismo, en tanto expresión de los sectores dominantes en el aparato estatal, características diferentes a las que prevalecían en el ámbito sanitario durante la vigencia del Estado liberal. El Estado social mantiene su función de reproductor de la acumulación, pero en base a una articulación diferente de los intereses sociales.

Los avances reseñados implicaron la complejización de la atención médica, que pasa de una práctica individual centrada en el consultorio médico o en pequeñas instituciones y que reservaba el hospital público para el moribundo o el indigente, al desarrollo de ámbitos de trabajo que concentran recursos humanos y materiales. Esta nueva modalidad de trabajo se lleva adelante tanto a nivel estatal como privado, aunque es en el primero donde se inicia más tempranamente debido a las grandes inversiones que implican estos cambios. La instrumentación de estas transformaciones demandaba un personal de salud con una capacitación especializada, diferente a la adquirida a partir de una

¹ Diversos puntos de la problemática tratada en este capítulo son analizados desde una perspectiva más amplia en Testa (1993).

práctica exclusivamente asistencial, de investigación biomédica o a la formación adquirida por los higienistas, enfocada en la problemática del saneamiento.

Durante la gestión del ministro Carrillo (1946-1952) se sientan las bases que definirán el futuro del sector salud. En esta etapa se intenta desarrollar una capacitación sistemática de aquellos profesionales destinados a administrar la medicina estatal; con ese objetivo se impulsa la formación de técnicos en el área sanitaria. La preocupación de Carrillo por los recursos humanos en salud pública —aunque no pudo cristalizarse en acciones duraderas— emanaba de las exigencias de su proyecto transformador en materia de atención médica. Este proyecto acompañaba el proceso de profundos cambios que, como ya lo señaláramos, se venían operando desde la década de 1930 en el sector salud, en especial en la medicina estatal. Algunas modificaciones se producen como consecuencia directa del propio proyecto político peronista y la presión de la clase obrera, que incluye la demanda en salud como parte de los derechos de los trabajadores. Otros cambios reflejan el desarrollo de la medicina a nivel mundial o expresan un proceso que se dará simultáneamente en la mayoría de los países de América Latina como producto de la creciente hegemonía de EEUU en la región.

En el ámbito específicamente sanitario las transformaciones que se operan en esta etapa tienen su expresión más acabada en los cambios que se producen a nivel de la organización de los aparatos estatales, tanto con relación a las formas jurídico-políticas que adquiere la relación entre el Estado y la sociedad en la problemática salud-enfermedad, como a la concepción que desde el Estado se va difundir hacia la sociedad y que prefigura la forma en que los conjuntos sociales van a internalizar dicha problemática. La modalidad asumida por el Estado en esta etapa del desarrollo capitalista en Argentina implica el establecimiento de nuevas reglas de juego para los diferentes actores del drama sanitario.

La nueva configuración de los aparatos estatales al producir la síntesis entre el Estado y la sociedad articulará las formaciones preexistentes en una y otra instancia. Esto implica que, en el aparato sanitario, a partir de este período, se integran —puesto que de allí emanan las autorizaciones o se procede a su regulación— la práctica médica individual y colectiva, privada y pública, como así también la administración de los servicios colectivos en su versión personal (red hospitalaria) y los dirigidos al conjunto de la población (programas de prevención y promoción de la salud). Esto supone un régimen de asociación entre lo público y lo privado, entre la sociedad civil y el Estado en tanto implica el reconocimiento de los diversos intereses sociales en juego y su incorporación como tales a la esfera estatal. A partir de esta etapa los

intereses contrapuestos que aspiran a ser hegemónicos se expresan a nivel de grupos que se van consolidando bajo formas corporativas.

Esquemáticamente, las transformaciones que se operan en las funciones del aparato de Estado y que sintetizan los cambios jurídico-políticos, ideológicos y económicos en el espacio sanitario pueden resumirse en los siguientes puntos: reestructuración del aparato sanitario; hegemonía de la práctica médica basada en la atención individual; expansión del hospital público y desarrollo de las obras sociales impulsadas desde el Estado.

Reestructuración del aparato sanitario

A partir de ella se resignifica la relación Estado-sociedad, ya que se trata de la transformación organizacional del aparato sanitario tendiente a que asuma sus nuevas funciones de articulador de las distintas formaciones presentes en el ámbito de la salud en esa etapa. Esta reestructuración se produce tanto a nivel de los organismos administrativos de sanidad estatales como de los servicios médicos.

Las sucesivas denominaciones que sufrieron las unidades nacionales de salud, Departamento Nacional de Higiene (1880-1944), Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social (1944-1946), Secretaría de Salud Pública (1946-1949) y Ministerio de Salud Pública en 1949, marcan un punto de inflexión hacia inicios de la década del cuarenta. La concepción que queda atrás con la desaparición del Departamento Nacional de Higiene es aquella que hacía predominar la sanidad sobre el resto de las áreas médicas. Como señala Juan César García, la sanidad era entendida hasta la década del treinta como el "...conjunto de servicios gubernativos ordenados para preservar la salud del común de los habitantes" (García, 1981, p. 78).

En estrecha vinculación con el desarrollo capitalista mundial que exige de los países subordinados el cumplimiento de las pautas impuestas por los que hegemonizan el proceso, América Latina en su conjunto atraviesa diversas etapas con relación a la temática sanitaria; Argentina, con algunas diferencias respecto de los tiempos en que se cumplen esas etapas, presenta características semejantes a los otros países de la región.

En un primer momento, la sanidad se había centrado en la regulación de cuarentenas, saneamiento de puertos y otras medidas tendientes a garantizar la actividad marítima ligada a la exportación de la producción agrícola. A partir de principios de siglo, la sanidad marítima se transformó en sanidad interna, ligada a dos campos: la producción industrial y la producción agrícola, obras de ingeniería sanitaria en ciudades y puertos importantes (García,

1981, p. 104). En la década de 1930, estimulada por el desarrollo capitalista que requiere mano de obra en condiciones favorables para la producción, cobra nuevo impulso la concepción preventiva de la salud impulsada desde el Estado. Las campañas de prevención se centraron fundamentalmente en aquellas enfermedades que disminuían el rendimiento físico y en acciones sanitarias que bajaban los costos de reproducción de la mano de obra. Crece paulatinamente la importancia que desde el Estado se le otorga a la atención médica de la población y aumenta, en consecuencia, la importancia relativa del nivel central en la prestación de los servicios frente al resto de las jurisdicciones y regímenes, debido al incremento de su capacidad instalada producto de las transformaciones técnico-científicas del campo médico, y a las nuevas formas que adopta la relación entre el Estado y la sociedad civil.

Hegemonía de la práctica médica basada en la atención individual

Hacia 1940, en América Latina se observa la consolidación de una práctica médica que desplaza a la concepción higienista basada en lo que hoy se califica como acciones de saneamiento ambiental y en el desarrollo de áreas de conocimiento como la microbiología y la parasitología.

El sector público comenzará a interiorizar un modelo que se desarrollaba en el sector privado, es decir, la atención médica centrada en el individuo enfermo, quien es visto como consumidor de prestaciones médicas directas y descontextualizado de los emergentes socioeconómicos que determinaron su padecimiento. Esta práctica, esencialmente curativa, requirió del desarrollo de nuevos campos de conocimiento, tales como la biofísica, la bioquímica y la fisiología (García, 1981, p. 109). Es decir, mientras decae el ejercicio de la práctica liberal de la medicina su modelo se instituye asumido por el Estado, que favorece de tal manera el proceso de medicalización de la sociedad y, consecuentemente, el consumo de prestaciones médicas.

Expansión del hospital público

El hospital público, de jurisdicción nacional, se convierte en el centro de los esfuerzos y la inversión de la medicina estatal. Durante el ministerio de Carrillo se duplicó el número de camas del conjunto del sector. El primer intento de regionalización sanitaria determinó la instalación de nuevos servicios de atención médica en cada una de las seis regiones en las que se dividió el país. Esos servicios estaban compuestos por hospitales de alta complejidad

dotados de recursos materiales y humanos, articulados con otros centros asistenciales de distinto nivel de complejidad.

Se instrumentó la concepción del centro de salud como unidad preventivo-curativa de baja complejidad. Según señala Veronelli:

Además del “médico de familia”, nivel primario de atención para zonas o barrios con desamparo médico, Carrillo enfoca la organización más general de un nivel primario de atención prefiriendo la modalidad institucional, [...] los “centros de salud”, que define como la institución integrativa de la asistencia médica ambulatoria, médico sanitarista y médico social, que actúa sobre el individuo y su familia, su medio ambiente biológico, biofísico y social con el objeto de habilitarlos física, intelectual y moralmente frente a las contingencias posibles o actuales de enfermedad, todo ello dentro de un radio y núcleo determinado de población. (1975, p. 70)

El proceso social a que daba lugar la organización sanitaria desarrollada durante la gestión de Carrillo, que desde el aparato estatal asumía como eje central de sus políticas el principio de igualdad social ante la salud-enfermedad, genera contradicciones, tanto a nivel del Estado como de la sociedad, que no pueden ser resueltas en el marco del proyecto político peronista. De allí que en 1952 se produzca el alejamiento del Dr. Carrillo de la conducción del Ministerio de Salud con la consiguiente interrupción de sus propuestas sanitarias y su posterior desarticulación al producirse el golpe militar de 1955.

Durante el período que estamos analizando, el hospital público se constituye en el centro de la formación profesional del médico y su desarrollo se presenta como la síntesis de las transformaciones producidas en el interior del campo de la medicina a nivel internacional (establecimientos asistenciales con concentración de tecnología y capacidad instalada y en foque asistencial-curativo del enfermo) con las operadas en las funciones del estado, que suponen una mayor intervención en la economía y en la política social.

Desarrollo de las obras sociales impulsadas desde el Estado

En la década de 1940, en materia de salud y previsión social, se instituyen nuevas formas de asociación entre intereses y sectores sociales y se cristaliza una modalidad que definirá, al cabo de dos décadas, la actual estructura del financiamiento y organización de los servicios de atención médica, además de determinar el carácter del *consumo* popular de las prestaciones relacionadas con la salud.

A diferencia de lo propuesto por Carrillo y de lo dominante en otros países de América Latina, donde el Estado organiza la seguridad social cubriendo un sector de la población económicamente activa sin que existan diferencias en el seno de los beneficiarios, en Argentina las obras sociales aparecen como logros parciales de diferentes sectores de asalariados, según su mayor poder de negociación o capacidad de reclamo, y también según la importancia del respectivo sector en el aparato productivo (Belmartino & Bloch, 1985, p. 9).

A pesar de que Carrillo impulsaba una red de servicios de salud manejada por el Estado nacional, donde se contemplaba la relación con las obras sociales y un seguro de salud para los sectores de menores ingresos, la promoción de la solidaridad social sindical desde el mismo Estado (Secretaría de Trabajo y Previsión) generó una vertiginosa expansión de las obras sociales sindicales. El Estado apoyó este proceso en materia de seguridad social mediante aportes financieros, recursos profesionales y una legislación acorde con el proyecto político del gobierno que, a la vez que propugnaba la creación de servicios de asistencia médica y otro tipo de prestaciones sociales en cada una de las ramas de actividad —para que conservaran una relativa independencia del Estado—, reservaba a este un papel fundamental en la organización y control de la financiación (Cortés, 1985, pp. 55-56).

Como consecuencia de la política de salud emanada desde el Ministerio de Salud Pública y de la política de seguridad social impulsada por el Ministerio de Trabajo —constituyendo ambos ministerios aparatos con funciones diferenciadas— quedan definidos los grupos que acceden a las diversas modalidades de las prestaciones sociales, y se instituye una configuración marcadamente dual de la sociedad definida por la importancia relativa que cada clase o fracción social adquiere con relación al proceso productivo. De tal forma se observa una primera separación entre los sectores populares (que prioritariamente se asistirán en el sector público o de obra social) y los sectores *pudientes* (que continuarán acudiendo al sector privado a recibir asistencia médica). Una segunda división se presenta dentro de los sectores populares, entre los asalariados estables y los inestables. Los primeros, que gozan efectivamente de las conquistas enmarcadas en los *derechos de los trabajadores*, tenderán a recibir asistencia médica y social en los establecimientos de sus obras sociales sindicales (modalidad directa) o recibirán prestaciones en el sector privado, pero financiadas por aquéllas mediante contratos (modalidad indirecta de organización de servicios). Los asalariados inestables, los desempleados o subempleados, tenderán a centrar su atención en el hospital público en materia de salud y en la asistencia social del Estado. Por último,

una tercera separación se observa entre los asalariados estables, dado que las obras sociales de los sectores de punta de la economía y con mayor poder de negociación frente al Estado, obtienen un poder económico que les permite a sus afiliados disponer de un nivel de prestaciones sociales sustancialmente superior al de obras sociales *pobres*.

Las transformaciones operadas en el sector salud permiten situar en la década de 1940 el punto de ruptura entre dos grandes etapas: el pasaje del Estado liberal al Estado social. Las tendencias señaladas se desplegarán totalmente en las décadas siguientes y definirán en gran medida las modalidades que adoptará el campo de la salud pública, así como las diferentes prácticas de los grupos que se irán vertebrando a partir de dichos emergentes.

El paso del higienismo al sanitarismo supuso la reformulación de la función estatal. Esta consistió en el desplazamiento del interés público del saneamiento urbano y la prevención del contagio a la atención médica, con la consiguiente sustitución de las organizaciones de beneficencia por organismos especializados que requerían profesionales para su conducción.

El desarrollismo y la planificación en áreas de la administración estatal

El golpe militar de 1955 en Argentina no fue un fenómeno aislado en el contexto de América Latina. A excepción de aquellos países que se habían mantenido estrechamente subordinados a los intereses estadounidenses y gobernados por dictaduras, en la mayoría de los países latinoamericanos se producen, en la década de 1950, cambios políticos que expresan su adecuación a las transformaciones en las formas de dominación mundial. A nivel social expresa la crisis de hegemonía que afecta al bloque en el poder y señalan una diferente correlación de fuerzas de los distintos sectores sociales.

Nuestro país comenzará a incorporarse —durante los siguientes quince años— a una tendencia predominante en los programas gubernamentales de los países latinoamericanos que representa la búsqueda de las clases dominantes por instaurar un proyecto que abarque consensualmente a toda la sociedad. Este nuevo modelo que se constituyó en un *movimiento continental* explica la crisis por el subdesarrollo que padecen las economías latinoamericanas (Furtado, 1971).

Para superar el atraso de las estructuras productivas se propone promover una política intensiva de industrialización y modernización, basada en la

atracción de la inversión extranjera y el aumento de la tasa de capitalización interna, mediante la racionalización de recursos y la restricción del consumo interno (en especial el consumo popular). El nuevo modelo que impulsa el desarrollismo produce cambios importantes en las alianzas en el poder y trae como consecuencia la exclusión política y el control de los sectores populares. Se comienza a construir una alianza integrada por grupos orgánicos del Estado —tanto de las cimas de la administración pública como de los militares—, por el capital estadounidense a través de la Alianza para el Progreso y por los sectores más dinámicos de la burguesía agraria e industrial de los países subdesarrollados. Participan de la alianza, pero en forma subordinada, las clases medias y algunos grupos de las burocracias obreras, representantes de la industria de punta.

Con la nueva inserción de los países latinoamericanos en el mercado mundial, se plantea como prioritario el tema de la *modernización* del Estado con un criterio eficientista. Este criterio es central en la concepción desarrollista, ya que permitiría la *optimización de recursos* en un modelo de intervención estatal que, a la vez que concibe el gasto público como inflacionario, requiere de él como agente activo en la acumulación de capital. Los gobiernos de la región basarán el proyecto modernizante en el fomento de una competencia por los mercados, que solo las inversiones extranjeras podrán sostener. Los capitales nacionales participantes de la alianza en el poder requieren espacios económicos para actuar, que solo puede otorgar la intervención directa del Estado, el que también deberá garantizar las condiciones sociales que se subordinen a dicho proceso. A esto se debe el papel protagónico que asume en la economía y en las políticas orientadas a la reducción de las tensiones sociales.

El modelo de desarrollo impulsado para América Latina emana de los organismos internacionales y refleja el papel que le atribuyen los centros de poder mundial en el sistema capitalista. Cada país se constituye en un componente de la planificación global efectuada por dichos organismos para la región. Por ello la planificación se incorpora prioritariamente a nivel de los aparatos estatales que regulan la actividad económica. Son estos aparatos los que favorecerán el desarrollo de una concepción netamente productivista de las políticas sociales, debido a que el modelo se basa en propuestas centradas en la redefinición de las variables económicas para dar lugar al papel que la economía local debe cumplir en el conjunto del sistema.

Asimismo, dada la dependencia estrecha de la planificación latinoamericana con las imposiciones de los organismos internacionales liderados por EEUU, los márgenes de libertad que le quedan a cada país para la definición de políticas de carácter estructural son tan limitados que, aunque cada gobierno enuncie la importancia otorgada a la planificación, en los hechos queda reducida

a áreas muy restringidas; de allí que en el ámbito sanitario de Argentina esta práctica se limite casi exclusivamente a los servicios hospitalarios.

El organismo internacional que más ha expresado el pensamiento del desarrollismo es la CEPAL y su influencia se extendió en América Latina durante más de dos décadas (aproximadamente entre 1945 y 1970). La CEPAL se preocupó por desarrollar bases teóricas conjugadas con técnicas que sirvieran de instrumento para ejecutar los planes de desarrollo. Desde 1951, este organismo discute y plantea el tema de la planificación ligado a la problemática del desarrollo económico (Furtado, 1971, p. 248). En 1962 auspicia la creación del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES). La actividad que desarrollan estos organismos consiste en la elaboración de soluciones programáticas para la resolución de los problemas visualizados como esenciales. La investigación se realizaba con un carácter instrumental, de utilización en el corto plazo y para la ejecución de acciones gubernamentales.

Ajustado a esta metodología, el debate sobre la planificación en el Estado está centrado más en el llamado *criterio de eficiencia* (optimización de la relación inversión-producto o costo-beneficio) que en el de *eficacia* (cumplimiento de objetivos). A esto coadyuvó la teoría inflacionaria del gasto público y la extrapolación de criterios organizacionales desarrollados en los países centrales para la industria privada.

El capitalismo en los países que hegemonizaban el proceso había consolidado su etapa monopólica y requería la adecuación de las economías periféricas; esto implicaba una profunda reestructuración del Estado para cumplir un papel protagónico en la acumulación y reproducción del capital, requisito indispensable en esta fase del desarrollo capitalista que demandaba inversiones de gran envergadura y alto riesgo. Esta intervención directa del Estado en el proceso económico hacía indispensable una gestión más dinámica y, por lo tanto, la subordinación de la burocracia tradicional a una capa tecnoburocrática, preocupada más por la eficiencia en el cumplimiento de los fines propuestos que en la eficacia con que se cumplen los procedimientos administrativos.

La aplicación en cada país de las metodologías elaboradas requería de profesionales capacitados en su manejo. La formación de recursos humanos va constituyéndose en una de las preocupaciones centrales a medida que se extiende la adhesión a las propuestas desarrollistas. Aunque este tema está subordinado a la disponibilidad de capital, se considera prioritaria la inversión pública en la formación de recursos humanos. Para ello se establecen pautas internacionales y se convierte en una política característica de los gobiernos desarrollistas latinoamericanos, cuyos cuadros técnicos están vinculados con los organismos internacionales, ya sea porque han participado en la elaboración de métodos y técnicas, o porque los interiorizan

para aplicarlos a sus campos de acción específicos, cumpliendo casi exclusivamente una función ejecutora.

Para que el desarrollismo se formalizara como un *movimiento continental*, y la política de formación de recursos humanos se desplegara completamente, tuvo que pasar la década de 1950, producirse la Revolución Cubana y realizarse la Conferencia del Consejo Interamericano Económico Social en Punta del Este en 1961. De esta última surgió la Alianza para el Progreso, como iniciativa del gobierno estadounidense para reforzar los vínculos políticos y económicos con América Latina, definidos como “cooperación para el desarrollo económico-social del área”.

De la Conferencia del Consejo Interamericano Económico Social, surgió la Carta de Punta del Este; donde se define a la planificación como el instrumento fundamental de las políticas de desarrollo. Por medio de la misma se podrían racionalizar las demandas del sector público en vertiginoso aumento y establecer una política de reforma fiscal para financiar esos gastos. Asimismo, la Carta de Punta del Este señala la necesidad de optimizar los recursos disponibles e incrementarlos con un criterio de máxima eficiencia y reconoce “...las relaciones recíprocas que existen entre salud, desarrollo económico, nivel de vida y bienestar” y que “los programas de Salud Pública son esenciales y complementarios de los económicos” (OEA, 1961).

En relación con la salud se fijaron objetivos generales de mejoramiento de las condiciones de vida, en los cuales el argumento productivista sobre la salud de los pueblos no estuvo ausente y se delinearón acciones para alcanzar dichos objetivos. Entre las acciones recomendadas ocuparon un lugar prioritario el tema de la formación y capacitación de recursos humanos y el de la intensificación de la investigación científica. Se formaliza así a nivel continental la integración de la salud pública a los principios y metodologías de la planificación económica y con ella la necesidad de formar recursos humanos para aplicarlos.

La formación de recursos humanos en salud pública

En nuestro país las acciones de formación de recursos humanos en salud pública se viven de forma particularmente intensa, dada la convergencia de diversos factores.

El gobierno de Arturo Frondizi está consustanciado con las posiciones de la CEPAL en cuanto a la necesidad de formar recursos humanos para la ciencia y

la técnica como elemento fundamental para proporcionar personal al capital privado más dinámico que aplicaba una tecnología de punta, a las universidades, centros de investigación y sobre todo al aparato administrativo del Estado, ya que en él se ubicaba el personal que tenía la responsabilidad de formular y ejecutar planes ajustados a los objetivos definidos en los centros de decisión. Esta aceptación, por parte del gobierno desarrollista, de la propuesta cepalina, se vincula con el carácter técnico que se le pretende imponer al Estado como forma de sustraerlo de la crisis de hegemonía por la que atraviesan los sectores dominantes desde 1929 y que tiene su manifestación en el nivel político.

Por su parte, en la Universidad de Buenos Aires se generó, para extenderse a la mayoría de las universidades del país, la corriente *cientificista*, que orientó la universidad hacia la investigación y generó un nuevo tipo de científicos especializados inclinados a la investigación básica. Este proceso no incluyó solo la transformación de la universidad, sino que se reestructuraron y crearon organismos estatales semiautónomos: en 1955, el Instituto Balseiro (Bariloche) para el desarrollo de físicos nucleares; en 1956 surge el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) como unidad autárquica y el Consejo de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires; en 1957 se crea el Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI) y se reestructura la Comisión Nacional de Energía Atómica (CNEA), el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) se crea en 1958. En el período surgen otros institutos que se financiaban con fondos estatales, por contribuciones de los organismos internacionales y por donaciones de fundaciones sobre todo norteamericanas.

En el sector privado a mediados de la década de 1960, se fundan el Instituto Di Tella e IDEAS; su financiamiento proviene en su mayor parte de la Fundación Ford. En 1963 se crea la Fundación Bariloche. El Banco Interamericano de Desarrollo, dentro de los marcos de la Alianza para el Progreso, propicia un programa de préstamos a los países latinoamericanos para el desarrollo científico y técnico, financiando investigaciones en ciencias físico-naturales, en ciencias agrarias y en desarrollo institucional (Trabajadores de la ciencia, 1971). Las fundaciones y las instituciones estatales reciben subsidios y becas para la formación de recursos humanos en cursos de posgrado en el extranjero. Mediante este mecanismo comienzan a capacitarse en salud pública médicos con o sin antecedentes en el área de la administración de servicios o en la formulación o ejecución de políticas a nivel de la administración pública.

El ministro de Salud de Frondizi, el Dr. Héctor Noblía, una de las personalidades más fuertes del gobierno, jerarquizó la capacitación técnica del personal de salud pública. Para ello contó con el financiamiento y el apoyo político para impulsar la formación de posgrado en salud pública en condiciones de

excelencia con respecto a otras áreas, ya que su decisión estaba avalada por un organismo internacional como la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En efecto, una de las primeras medidas en materia de salud que había tomado la dictadura militar surgida del golpe de 1955, había sido el pedido a la OPS para que una comisión de expertos realizara un diagnóstico sobre el estado de los servicios asistenciales a nivel nacional y recomendara medidas para mejorar su eficiencia. Como veremos más adelante, el informe es fuertemente crítico respecto de la falta de capacitación del personal de salud en la administración de los servicios y en la ejecución de planes y programas y recomienda la toma de medidas a corto plazo.

De la idea de Nóbilía de centrar la formación de recursos humanos en el área del ministerio a su cargo y del impulso que recobró la Universidad de Buenos Aires como centro formador de profesionales de la salud (en el que la salud pública era definida como una especialidad de la carrera de medicina) surgió la primera confrontación en la política de recursos humanos en salud pública, la que se expresó en la creación casi simultánea de dos escuelas paralelas que proporcionaban títulos y perseguían objetivos similares en materia de capacitación: la Escuela Nacional, dependiente del Ministerio de Salud Pública y la Escuela de Salud Pública, dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (ESPUBA).

El período de coexistencia de ambas escuelas es representativo de las contradicciones que enfrentaron al aparato sanitario y a la Universidad. Por un lado, desde el aparato sanitario se propone un proyecto cuyo eje es una burocracia política apoyada a nivel ejecutorio por una capa de funcionarios capacitados técnicamente, mientras que, desde la Universidad, representativa de los sectores que propician el proyecto modernizante, se favorece la constitución de un cuerpo tecnoburocrático que deslinde toda relación con la esfera política y cumpla eficientemente los postulados de la ciencia sanitaria. En torno de ambos proyectos se nuclea buena parte de la intelectualidad argentina.

Las dos propuestas son resistidas por los grupos reaccionarios ligados a la oligarquía terrateniente, con distintas consecuencias según el ámbito de cuestionamiento: en la Universidad se descartan muchas propuestas transformadoras, en especial en la Facultad de Medicina donde las reformas del plan de estudios que propone una coalición de estudiantes y profesores ligados a la corriente científica no logra superar la oposición conservadora; el gobierno, por su parte, debe atravesar las sucesivas crisis que generan los incesantes planteos militares, que terminan con el derrocamiento —golpe mediante— del presidente de la Nación.

El cientificismo era, entonces, la propuesta de modernización de la sociedad al impulso de la inversión extranjera; el desarrollismo en el

gobierno, en su intención de perdurar otorga concesiones a los sectores más reaccionarios del bloque dominante y devela así paulatinamente su propio carácter reaccionario; ambas propuestas admiten, sin embargo, un mismo origen liberal. El gobierno desarrollista es derrotado políticamente debido a que, al no representar los intereses del conjunto de los sectores dominantes, no logra sintetizar sus contradicciones y es derrocado por un golpe militar que pretende reimponer la hegemonía de la burguesía agraria. En tanto el positivismo subsiste y se fortalece en la Universidad durante el largo período del rector Risieri Frondizi, en el cual el apoyo que la intelectualidad había prestado al presidente Arturo Frondizi se vuelca masivamente a la defensa de la gestión universitaria. La ESPUBA incorpora y sintetiza ambas raíces —encarnadas en los mismos personajes— que ya no dejarán de estar presentes hasta la actualidad, aunque con variaciones circunstanciales en su carácter más o menos progresista. Esa síntesis hará que no haya inconveniente alguno en aceptar la propuesta del ministro de Salud del nuevo gobierno, Tiburcio Padilla, por eliminar la Escuela Nacional de Salud Pública y transferir todos sus activos: profesores, subsidios, becas, estudiantes, a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.

La resolución de este conflicto en favor de la formación universitaria puede interpretarse como la consecuencia de la consolidación a nivel estatal de las transformaciones operadas en las formas de dominación. El discurso que se impone desde el Estado, a partir del gobierno instaurado por el golpe militar de 1955, escindió lo técnico de lo político considerando a este último como un factor que operaba negativamente sobre las posibilidades de éxito de cualquier plan gubernamental. Los diagnósticos de la realidad se propusieron para poner al descubierto el *desorden* y la *mala administración*, heredados del gobierno peronista, e indicar las acciones a seguir para iniciar los cambios requeridos.

Capítulo 3

La profesionalización en salud pública

La constitución de un cuerpo técnico dentro del aparato sanitario hizo necesaria la institucionalización de una formación acorde a los requerimientos de la propuesta modernizante. Dicha institucionalización se tradujo en los posgrados de salud pública creados a partir de 1958 que dieron lugar a una nueva profesión: el sanitarismo.

En tanto proceso de profesionalización, el sanitarismo implica la adquisición de la legitimidad formal, mediante el reconocimiento del Estado acerca de su saber y de su práctica específicos, y de la legitimidad real a partir de la existencia de la demanda social del tipo de saber y práctica que provee la nueva profesión. La legitimidad formal implicará entonces la exigencia, para el desempeño profesional, del título otorgado por la institución formadora como garantía de competencia e idoneidad. La legitimidad real, en el caso del sanitarismo, está representada predominantemente por la demanda estatal, manifestada en la creación de puestos de trabajo en los distintos niveles del sector público. Esta particular demanda laboral otorga a los sanitaristas el carácter de funcionarios.

Como participantes de este proceso de profesionalización los sanitaristas coadyuvan a configurar el campo de la salud pública imprimiéndole características específicas surgidas del lugar que ocupan en el espacio social y de la forma en que, desde ese lugar, internalizan los procesos sociales generales. En este movimiento van modelando una imagen de sí y otra del resto de la sociedad en base a la posición que se asignan dentro del campo médico y dentro de la estructura social, y a la formación de un cierto espíritu de cuerpo.

De acuerdo a lo dicho hasta aquí, analizaremos la constitución de la especialidad sanitaria con relación al proceso de profesionalización; para ello recortamos los siguientes ejes:

- Creación de los posgrados en salud pública
- Caracterización del campo profesional por parte de los sanitaristas
- La organización profesional

Creación de los posgrados en salud pública

La política de formación de especialistas en salud pública en Argentina se cristaliza en la institucionalización de la capacitación de posgrado. Esta presenta dos etapas que se diferencian por el grado de autonomía respecto de la carrera de medicina y por la vinculación con el aparato sanitario. En la primera etapa la formación es impulsada desde los ámbitos académicos, donde se impartieron los cursos de médicos higienistas que constituyen los antecedentes de las escuelas de salud pública. La segunda etapa se desarrolla a partir de la preocupación del Estado por la formación, desde sus ámbitos específicos de salud; en general se va a realizar en forma conjunta entre la Universidad y los organismos de salud pública. En esta etapa se desarrollan las escuelas de salud pública con las actuales características (Santas, 1976).

Antecedentes de las escuelas

La primera etapa comienza a principios del siglo XX y se extiende hasta la década de 1950. Estuvo teñida de la visión higienista más ligada al medio ambiente como expresión de la problemática colectiva de salud. En general, se reproducían en las escuelas los programas de salud aplicados en los ministerios. A pesar de esto, no existían conexiones orgánicas entre el ámbito universitario y los organismos sanitarios. No se consideraba la posibilidad de realizar evaluaciones de la atención médica. Estas áreas eran campo de los médicos asistenciales.

La mayoría de los alumnos de los cursos de médicos higienistas no abandonaban su actividad asistencial mientras hacían el posgrado y pocos fueron los que la dejaron después para dedicarse completamente a la salud pública. En parte, esta situación se explica porque los cursos no eran de dedicación exclusiva: los alumnos concurrían por sus propios medios, es decir, no pertenecían a un organismo que tuviera interés en su formación. Los puestos públicos a los que podían acceder carecían de estabilidad y buenas remuneraciones ya que expresaban las necesidades, en materia técnica, de la inestable burocracia política y administrativa. Por otra parte, la actividad médica

privada gozaba de mayor prestigio y posibilidades de ascenso económico (Sevlever *et al.*, 1963).

En 1911 el Dr. Gregorio Aráoz Alfaro propone la creación del Instituto Superior de Higiene y Medicina Social para la formación de peritos en higiene y medicina social, con la finalidad de que desempeñaran funciones sanitarias y de asesoramiento a los poderes públicos. El desinterés de las autoridades por concretar este tipo de propuestas se pone de manifiesto en el VI Congreso Nacional de Medicina, realizado en 1938, donde se insiste sobre la necesidad de que el país contara con profesionales especialmente formados para la organización y conducción de instituciones sanitarias.

Tal como vimos en el capítulo anterior en este período se está gestando una nueva organización estatal que complejizará sus aparatos —con la consiguiente ampliación de la capa burocrática— para dar cabida a las crecientes demandas sociales. En este marco la multiplicación de cursos que se organizan en diferentes puntos del país parece responder a un mayor requerimiento por parte del estado de personal idóneo.

Así es que en 1941 se crea el curso de *médico higienista* a cargo de la Cátedra de Higiene y Medicina Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. La formación se realizaba en dos años lectivos con seis horas semanales de clases (este curso continúa dictándose). En 1946, la Universidad de Tucumán organizó un curso de Higiene y Medicina Regional que se dictó muy poco tiempo. En 1949, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata inicia un curso para formar médicos higienistas que se dictaba diariamente. Fue interrumpido en 1952 y recibieron el título solo tres médicos.

La segunda etapa, que podemos caracterizar como la del surgimiento de las escuelas de salud pública, se inicia hacia la década de 1950, aunque se registran antecedentes en la década anterior. Este proceso es semejante al acontecido en el resto de Latinoamérica, donde observamos que en la década de 1930 funcionaban dos escuelas, la de San Pablo y la de México; en la del cuarenta se agrega la de Chile y es recién en la década de 1950 cuando aparecen las siete restantes que conforman el panorama de instituciones de posgrado en salud pública que se observa en la década de 1960 (Santas, 1976).

Volviendo a nuestro país, en 1940, en la provincia de Santa Fe, se sanciona la Ley de Unificación y Coordinación de la Sanidad y se crea el primer Ministerio de Salud Pública. Desde este nuevo organismo se propiciará la formación de profesionales especializados en temas de sanidad.

En 1945 se crea, a solicitud del gobierno de la provincia de Santa Fe, una Escuela de Sanidad dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad del Litoral. En diciembre de 1946, las autoridades de la Universidad comisionaron al Dr. Lorenzo García para organizar lo que constituyó

la primera Escuela de Salubridad del país. Esta escuela se transformó en Facultad de Higiene y Medicina Preventiva el 4 de julio de 1947. Funcionó hasta 1956, formando médicos higienistas, odontólogos sanitarios e ingenieros higienistas. La duración del curso era de dos años lectivos, con una frecuencia de seis horas semanales y se llegaron a formar 49 profesionales.

En 1956, a instancias del decano interventor de la Facultad de Higiene y Medicina Preventiva de la Universidad del Litoral, esta institución se desdobra en dos escuelas: una en Santa Fe, de técnicos de la sanidad y otra a nivel de posgrado, que se llamó Escuela Superior de Sanidad, bajo la dependencia de la Facultad de Medicina de Rosario. En esta escuela se dictaron cursos de un año de duración, desde principios de 1957 a fines de 1958, con dedicación semiexclusiva. Estaba dirigida a médicos, odontólogos y bioquímicos. A partir de 1958 los cursos se dictaron con una frecuencia de seis horas semanales y duraban dos años lectivos; finalmente se dejaron de dar en 1961. El título que otorgaba era el de especialistas en Salud Pública; accedieron a él 35 profesionales.

Entre 1958 y 1960 funcionó una Escuela de Higiene bajo la dependencia de la Facultad de Medicina de Tucumán. Estas primeras escuelas, si bien administrativamente formaban parte de las facultades de medicina, funcionaban con un alto grado de independencia respecto de ellas.

La capacitación de técnicos

La pérdida de hegemonía de las escuelas de medicina francesa y alemana en favor de la norteamericana, trajo también aparejados cambios fundamentales para la formación en salud pública. Las escuelas argentinas siguen esta tendencia y, por lo tanto, comenzaron a tener un perfil semejante a las norteamericanas. Desde entonces, tomaron injerencia en la formación de pregrado y a la salud pública se la definió dentro del ámbito del área médica. Estas transformaciones en la formación profesional se vinculan con las nuevas necesidades del aparato de estado que requiere para su funcionamiento de un cuerpo profesional con un perfil diferente al de la fase anterior.

Se abre un período en el que las escuelas pasan a formar parte orgánica de las facultades de medicina y sus profesionales a ocuparse de la planificación de la atención médica. En el ámbito académico, se iniciaba el paso del higienismo a la salud pública que supuso una ruptura, tanto en las áreas de conocimiento como en la práctica profesional del sanitarismo. Este proceso se enmarca en el impulso estatal a la formación de recursos humanos que se inició en el país en la segunda mitad de la década de 1950 y que, tal como

vimos en el capítulo anterior, priorizará la capacitación de técnicos especializados en planificación y administración para responder a la nueva configuración del aparato sanitario.

Consecuentemente con las transformaciones operadas en las formas de dominación, el discurso que se impone en ese momento desde el Estado, a partir del gobierno instaurado con el golpe militar de 1955, escindirá lo técnico de lo político, considerando a este último como un factor que operaba negativamente sobre las posibilidades de éxito de cualquier plan de gobierno. Los diagnósticos de la realidad se propondrán para poner al descubierto el *desorden* y la *mala administración* heredados del gobierno peronista e indicar las acciones a seguir para iniciar los cambios requeridos.

En lo que atañe a la salud pública esto se pone de manifiesto en la solicitud que realizara el gobierno argentino en diciembre de 1955, a través del subsecretario de Asistencia Social y Salud Pública, Dr. Francisco J. Elizalde, al representante de zona de la Oficina Sanitaria Panamericana para que prestara su colaboración en la realización de un estudio que permitiera conocer las deficiencias técnicas del sector salud.

Un grupo de consultores designados por la OPS inicia, en 1956, el estudio que dará origen a dos informes, uno que explicita la situación de la organización sanitaria nacional (OPS-OMS, 1957a) y otro que analiza especialmente la organización hospitalaria (OPS-OMS, 1957b). En esta evaluación, los consultores consideraron que la organización sanitaria del país se encontraba notoriamente atrasada respecto de las concepciones más avanzadas vigentes en los países centrales.

Asimismo, los expertos argumentaron la ausencia de una práctica diferenciada entre la medicina y la administración, entre la técnica y la política, y destacaban que la mayoría de las veces se priorizaba esta última. Señalaron que en hospitales y centros de salud la medicina que se practicaba era meramente curativa, desconociéndose las actividades preventivas. A esto se agregaba, a su juicio, un nivel central muy desarrollado, lo que había conducido a una estructura excesivamente ramificada y compleja. Observaron ausencia de estudios sobre las necesidades y características de la población del país y de programas de largo plazo, falta de información fidedigna sobre recursos humanos, físicos y presupuestarios, incoordinación sectorial e intersectorial. A nivel de los servicios, consideraron que existía un desconocimiento casi total de la técnica de la administración, de sus funciones y del papel que debía desempeñar en la sociedad.

Se consigna en el informe que los reglamentos de los hospitales, cuando existían, eran anacrónicos y en la mayoría de los casos los directores los

desconocían. No se hacían estudios de costos de mantenimiento y no se podía saber si los fondos se usaban adecuadamente.

Una problemática que se destaca en el informe es la inexistencia de organismos federales o provinciales suficientemente capacitados para orientar y solucionar los problemas vinculados con el desarrollo de la asistencia hospitalaria y la falta de personal suficientemente capacitado para dirigir y resolver los problemas de funcionamiento y administración de hospitales (OPS-OMS, 1957b). Consideran que el organismo federal debe priorizar el inicio de un programa de capacitación del personal, recomendando que:

...con la mayor rapidez posible, los puestos superiores de los organismos técnicos, en todos los niveles, sean ocupados por personal profesional capacitado para la función profesional específica correspondiente. Con el transcurso del tiempo todos los otros puestos técnicos y auxiliares han de ser ocupados por personal adiestrado, hasta que esto se convierta en un requisito de la selección. (OPS-OMS, 1957b, p.42)

Junto a esto opinan que:

...no puede haber estímulo ni atractivo en la especialización, ni podrá retenerse a los funcionarios competentes, a menos que se reconozcan oficialmente otras condiciones esenciales, como son las siguientes: creación de la carrera [escalafón] para profesionales de los distintos ramos que componen el equipo de funcionarios de sanidad; un sistema de trabajo a tiempo completo [dedicación exclusiva]; remuneración adecuada; deberes y derechos claramente establecidos en los reglamentos de personal. (OPS-OMS, 1957b, p. 85)

Para llevar adelante la capacitación proponen las siguientes alternativas:

- 1) Adiestramiento de personal en el extranjero, en particular médicos que se formen en administración sanitaria y hospitalaria.
- 2) El Ministerio Nacional debería realizar adiestramiento en servicio de su propio personal, como así también del personal de los servicios provinciales y municipales.
- 3) Propiciar con la mayor celeridad posible la creación de una Escuela de Salud Pública que cuente con los recursos humanos y presupuestarios adecuados para llevar adelante una formación acorde con las normas

aceptadas por los países más avanzados en el tema y que otorgue títulos y diplomas con reconocimiento oficial.

Las conclusiones manifestadas por los consultores internacionales serán tomadas como propias por el gobierno de Frondizi y reivindicadas por los sucesivos gobiernos hasta las postrimerías de la década de 1960. Se abre así, desde el Estado, un espacio para la profesionalización de la salud pública que supondrá la jerarquización de su formación y la creación de puestos laborales.

Las escuelas de salud pública

Veamos, en primer término, cómo se institucionaliza la formación caracterizada en esta etapa por una concepción de la salud pública que incluirá la atención médica como parte de sus preocupaciones, donde lo ambiental quedará subsumido en la visión ecológica y serán temas centrales la administración y la planificación de recursos.

La institucionalización de la formación en salud pública que se inicia en este período va a tener dos protagonistas fundamentales: el propio Estado, a través del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública y la Universidad, por intermedio de la Facultad de Medicina de Buenos Aires. El Dr. Noblía, ministro de Salud del gobierno de Frondizi se constituirá en artífice de esta política.

Dentro del naciente campo del sanitarismo se entabló, como ya lo señaláramos, una pugna por el dominio del espacio en el seno del aparato del Estado, que se expresó en la creación de una Escuela de Salud Pública bajo la dependencia del Ministerio de Salud y otra en la Universidad de Buenos Aires. En la disputa por el control de la formación en salud pública y los recursos económicos para materializarla triunfó, en primera instancia, el ámbito ministerial, lo que le representó una acumulación de poder dado que, a la vez que definía los criterios de selección de alumnos (priorizando la formación de funcionarios), establecía y determinaba los espacios del ejercicio profesional de los graduados.

Este conflicto manifiesta las contradicciones propias de un momento de transformaciones profundas de la sociedad, ya que si bien desde el punto de vista ideológico no se pueden reconocer diferencias importantes en ambos proyectos, como veremos al analizar las resoluciones de creación de ambas escuelas, se observan matices diferenciales que hacían al tipo del personal a capacitar. Mientras que la Escuela del Ministerio dirigió sus esfuerzos fundamentalmente a los funcionarios estatales, la Escuela universitaria captaba médicos asistenciales de reciente graduación que aspiraban a desempeñarse en el ámbito de la salud

pública. La propia conformación del grupo de alumnos conducía a que de la primera surgieran profesionales capacitados técnicamente, pero ligados aún a la concepción de la burocracia tradicional, mientras que de la segunda —cuyos alumnos no eran funcionarios— egresaban con una formación que exaltaba la función técnica por sobre la gestión burocrática.

La Escuela del Ministerio

En 1959, por Resolución N° 1580 del 3 de julio, el Dr. Noblía creó la Escuela Nacional de Salud Pública dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. En los fundamentos y considerandos de la resolución se utilizan categorías que reproducen las transformaciones en los términos del discurso oficial que, a nivel político, prioriza la prevención del conflicto sustituyendo la represión abierta de los males sociales por la disuasión de los comportamientos considerados nocivos; en este contexto se construye un nuevo discurso sobre el enemigo: ya no se habla de eliminarlo sino de contenerlo. En consecuencia, las categorías sanitarias enfatizan por un lado la eficacia técnica y por el otro señalan el desplazamiento de la concepción curativa hacia la preventiva, lo que se traduce en una modificación de las acciones que pasan de la erradicación al control de las enfermedades (García, 1977).

Esta Escuela dictó cursos de “Expertos en Salud Pública” para médicos, odontólogos, veterinarios y otros graduados universitarios. Los cursos duraban un año, con una dedicación de tiempo completo; los alumnos provenían de organismos sanitarios de todo el país y se graduaron un total de 54 profesionales (Sevlever *et al.*, 1963).

La Escuela Nacional funcionó hasta principios de 1962 ya que, destituido el Dr. Frondizi, el nuevo ministro de Asistencia Social y Salud Pública, Dr. Padilla, consideró innecesaria la existencia de esta Escuela dentro del Ministerio, pues desde 1960 funcionaba la Escuela de la universidad. Así fue como los alumnos que habían iniciado su capacitación en 1962 en la Escuela Nacional, son absorbidos por la ESPUBA al igual que sus docentes. Se consagra en este acto —a pesar de la intención de sus promotores— la hegemonía de esta institución y del tipo de formación técnica. En efecto, el Dr. Padilla expresa con su intervención el desinterés del liberalismo —que retomó al gobierno durante un corto período— por la autonomía técnica y la revalorización de lo político.

La escuela universitaria

Por Disposición N° 46 del 5 de febrero de 1958 de la Universidad Nacional de Buenos Aires, el entonces rector Dr. Risieri Frondizi, tomó la iniciativa de crear una institución para capacitar profesionales en salud pública como una especialidad de la Facultad de Medicina. Se creó una comisión especial que se abocó al estudio de las bases necesarias para la creación de una institución de esta naturaleza.

En el documento presentado por la comisión se señala que la medicina argentina tiene una orientación casi exclusiva hacia lo asistencial, que los hospitales y demás organismos de salubridad de todas las jurisdicciones están dirigidos por médicos a tiempo parcial, que no están capacitados en la técnica moderna de la administración hospitalaria, ni sanitaria y que no tienen conocimientos adecuados de epidemiología ni de estadística.

La comisión considera que estas deficiencias no se deben a falta de recursos o a insuficiencia de personal, sino más bien a una mala política programática y a una deficiente preparación, y responsabiliza de tales fallas a los organismos sanitarios por no haber creado los espacios profesionales adecuados para el personal requerido y a las facultades de medicina por no haber preparado al personal médico y *auxiliar* indicado. Por todo ello aconsejaban la creación de una Escuela de Salud Pública dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas (Sevlever *et al.*, 1963), que se concreta con la Resolución 603 del 8 de noviembre de 1958, del Consejo Superior de la Universidad.

La concepción subyacente es la misma de la resolución ministerial, es decir, formar un cuerpo técnico diferenciado de la medicina asistencial-curativa que asuma los aspectos sociales de la problemática salud-enfermedad, a partir de una concepción que encuadre esos aspectos como componentes del ambiente y, por lo tanto, despojados de los niveles políticos e ideológicos.

Tanto en el informe de la comisión especial, como en la Resolución del Consejo Superior de la Universidad, se tuvo presente constantemente la necesidad de programar la formación en estrecha relación con las necesidades del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, buscando la permanente colaboración entre ambas instituciones. Sin embargo, eso no fue posible hasta 1962, cuando se cerró la Escuela del Ministerio, ya que el presupuesto ministerial para este tipo de capacitación se dirigía con exclusividad a su propia escuela y la OPS debía apoyarla también sin poder concretar la colaboración que había prometido a la ESPUBA.

La articulación entre ambas propuestas

La ESPUBA atravesó por grandes dificultades para realizar sus cursos, dado que no se contaba con suficientes docentes y alumnos para posibilitar el funcionamiento adecuado de dos escuelas. Es así que recién hacia 1962 —con la desaparición de la Escuela Nacional— la ESPUBA comenzará su etapa de consolidación y se constituirá en la única institución de esa época que perdura hasta la actualidad.

El apoyo ministerial se formaliza a través de un presupuesto importante para la ESPUBA, lo que hará posible, sumado a los aportes de la Universidad, un adecuado mantenimiento de las actividades. Gracias a estos recursos económicos pudieron brindar becas en número y montos suficientes como para atraer aspirantes, que serán mayoritariamente reclutados en las administraciones nacionales y provinciales.

El nexo con el Ministerio le permitía a la Escuela obtener información actualizada sobre la situación sanitaria del país, participar en el estudio, la planificación y ejecución de los programas sanitarios y contar con espacios apropiados para desarrollar las experiencias en terreno de los alumnos. Desde sus inicios contó con el apoyo de las provincias de Buenos Aires, Chaco y San Juan, que enviaban a su personal a capacitarse. Las administraciones provinciales fueron creando las condiciones laborales necesarias para la inserción de los nuevos profesionales. También mandaron aspirantes al curso de Diplomado los organismos de Sanidad Escolar, Servicios Médicos Ferroviarios, Fuerzas Armadas y algunas instituciones privadas. Asimismo, se pudo concretar el apoyo de la OPS y paulatinamente se agregaron nuevos aportes, como el de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y el Consejo Federal de Inversiones.

A partir de este momento se consolida una única línea institucional y una política de recursos humanos que superará la contradicción que se había generado entre el Ministerio como formador y la Universidad. Dicha contradicción se resuelve siguiendo las tendencias de la política científica vigente en el país en el período, en el que corresponde a la Universidad desempeñar el papel de centro formador por excelencia.

Legitimación formal de la profesión

La exigencia de la posesión del título que acredite la formación de posgrado en salud pública va a difundirse a lo largo de la década de 1960 con la consolidación de la ESPUBA. Desde ese ámbito y desde la Asociación Argentina

de la Salud Pública, los sanitaristas reclamarán a las autoridades sanitarias la inclusión de profesionales egresados de la Escuela dentro de los cuadros de la administración central y de los servicios de salud. En las II Jornadas Argentinas de Salud Pública realizadas en 1964 se recomendaba que los cargos fueran ocupados por concurso y que se exigiera el título profesional (Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública, 1964).

En los servicios de salud se comenzó a exigir el título con anterioridad a la administración central. Los cargos de directores de hospital —antes ocupados por médicos de reconocido prestigio en la práctica asistencial— fueron cubiertos por aquellos profesionales que acreditaban la realización de un curso en Administración Hospitalaria y, en especial, el de diplomado en Salud Pública. En el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación la primera estructura data de 1969. En esta se incluyó para algunos puestos jerárquicos el requisito del título de diplomado en Salud Pública.

Esta valoración de la formación universitaria de posgrado por parte de las autoridades sanitarias posibilitó el rápido ascenso de profesionales jóvenes que deseaban dedicarse a la salud pública. A su vez, propició el interés en los cursos universitarios de posgrado.

El título de diplomado en Salud Pública fue siempre el que mayor puntaje otorgó en los concursos. Un ejemplo de esta situación lo dan los testimonios recogidos para este trabajo entre los profesionales que integraron la promoción que inició el curso en la Escuela Nacional en el año 1962 y que luego, por el cierre de esta, pasaron a la ESPUBA. Estos entrevistados consideran que obtuvieron un gran beneficio al recibir un título universitario y no el que otorgaba el Ministerio de Salud.

Los motivos principales que señala el conjunto de los entrevistados para la realización del curso de diplomado en Salud Pública son: la necesidad de capacitación y la de obtener la legalidad que el título otorga y que supone mayores posibilidades de acceso laboral. Incluso aquellos entrevistados que realizaron el curso luego de varios años de inserción profesional dentro del área de salud pública, relacionan su decisión de hacer el posgrado con la necesidad de legalizar su práctica previa. El paso por la ESPUBA significa la acreditación de su calidad de especialistas en el tema por parte de una institución estatal prestigiosa como es la Universidad de Buenos Aires.

Caracterización del campo profesional por parte de los sanitaristas

En la etapa fundacional, los sanitaristas definen a la salud pública como una especialidad médica que posee un vasto campo de conocimiento que incluye a las ciencias físico-naturales y a las sociales y que se diferencia de la medicina preventiva y social. Reconocen sus antecedentes en el higienismo, aunque plantean la existencia de una ruptura entre ambas disciplinas. También delimitan su campo profesional en oposición a la medicina asistencial privada y privilegian la actuación en el sector público vinculada a la formulación de políticas desde el saber técnico.

La salud pública como mediadora entre la sociedad y la medicina

Los antecedentes

El carácter fundante que los sanitaristas participantes en la constitución del campo profesional otorgan al proceso por ellos vivido condiciona su reconocimiento de los antecedentes. Se pueden leer, en distintos discursos de la época, expresiones casi idénticas de diversos sanitaristas y autoridades nacionales de salud pública que hablan de una ruptura en el desarrollo de la especialidad, entre quienes reivindicaban como sus antecesores y ellos mismos, y muestran el carácter fundacional y protagónico que reservan al sanitarismo en la construcción de la concepción modernizante en el espacio de la salud (Sonis, 1964; Oñativia, 1965).

Entre sus antecesores reconocen a Rawson, Coni, Penna, Méndez, Aráoz Alfaro, Lozano, Cabred y Mazza. De la obra de Rawson resaltan su preocupación por transformar la enseñanza de la medicina hacia una concepción más ligada a la prevención; por relacionar la salud con la pobreza, las condiciones de trabajo y el urbanismo; por realizar estudios demográficos y por la importancia que le atribuyó a las estadísticas vitales. Emilio Coni es destacado por haber desarrollado los principios básicos del saneamiento ambiental por medio de la provisión de agua potable, vacunación de la población y educación sanitaria. Penna, Méndez, Aráoz Alfaro, Lozano y Cabred son mencionados como continuadores de esta tradición higienista con un elevado contenido médico-social. A Mazza se lo menciona como el último antecedente valioso por sus estudios de patología regional y por los cursos y reuniones con los que se esforzó por motivar a los médicos del país que debían atender

diariamente las enfermedades por él estudiadas. Los sanitaristas resaltan asimismo que estos higienistas eran al mismo tiempo:

...grandes clínicos, patólogos o bacteriólogos. En esto también fueron auténticos. Hicieron la síntesis o la integración cabal de las dimensiones esenciales de la salud pública, unificando en una sola filosofía médica la reparación, el fomento y la protección de la salud. (Sonis, 1964, p. 23)

Mientras exaltan estas características de los higienistas, ubican en el período que se abre con la creación del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública en 1949, el inicio del proceso de burocratización y pérdida de la función normativa y rectora de la jurisdicción nacional respecto de los demás organismos de salud del país debido, según sus expresiones, al desconocimiento de los problemas sanitarios. Recae así en el peronismo, la ruptura de una continuidad y de una tradición que los nuevos especialistas en salud pública intentan rescatar.

El sanitarismo argentino, que reconoce sus orígenes en el desarrollismo, no ve en Carrillo un antecedente inmediato de una nueva manera de entender a la salud pública más ligada a la organización de la atención médica y que subsume en su visión a la etapa anterior vinculada casi exclusivamente con el saneamiento; lo ve más bien como el obstáculo que hay que salvar para rescatar una línea histórica en la cual encontrar el propio sentido, el cual se vincula más que con una forma de conocer, con una manera de entender la práctica y de exaltar las dificultades para llevar adelante una misión técnica debido a la incompreensión política de los gobiernos de turno.

El argumento económico central en la concepción de la salud pública desarrollista tiene sus antecedentes en el primer gobierno peronista, cuando la discusión sobre las condiciones de salud de la población giraba en torno a su valor económico en horas de trabajo perdidas o en recursos gastados a consecuencia de los daños. Sin embargo, el discurso de la moderna salud pública, no registra estos antecedentes y logra que temas y argumentos presentes en otros momentos históricos aparezcan como originales y fundantes. Es obvio que ese sentido fundante está cumpliendo una función escamoteadora respecto de la salud pública desarrollada durante el peronismo.

La exaltación del argumento técnico, en marcada oposición a toda caracterización política que se pudiera hacer de la actividad sanitaria, señala la divisoria de aguas que se pretendía realizar con un *período oscuro de la historia argentina*, tal como era considerada la época peronista por la mayoría de los intelectuales argentinos del período. La relación paradójica con la figura de

Carrillo la debemos encuadrar en el conflicto suscitado entre las formas burocráticas de gestión y las tecnocráticas. Para el sanitarismo, en tanto expresión de un enfoque eminentemente técnico, el adversario está representado por los estilos burocráticos implementados por el Estado Social que alcanzó su máximo desarrollo durante el gobierno peronista; esto le impide al sanitarismo emergente reconocer —precisamente— los antecedentes que lo ligan a la gestión de Carrillo.

El discurso que desarrolla el sanitarismo hegemónico —que es, a la vez, su autoconstrucción en ese carácter— construye también su propia historia a través de una doble maniobra: por un lado, recupera los componentes técnicos —simples o complejos— de los predecesores, al mismo tiempo que descarta los políticos. Por el otro, les asigna la paternidad de los componentes que considera legítimos, es decir los técnicos, a aquellos antecesores con quienes tiene coincidencias ideológicas, construyendo así su legitimidad y desconociendo a quienes destacan los componentes políticos, anulándolos de ese modo para intervenir en la construcción de su discurso.

La administración

Los protagonistas de la salud pública argentina han definido su campo profesional en oposición a otras prácticas con las que, sin embargo, guardan una relación esencial. Todas remiten, en opinión de estos protagonistas, a la medicina. Los sanitaristas definen a su profesión en la primera etapa como *la especialidad en Salud Pública*. En los documentos de la época coinciden en marcar que la salud pública es una especialidad médica, pero con un campo más amplio, que requiere un entrenamiento en otras áreas de conocimiento (Sonis, 1964; Sevlever, 1963; Revista de Salud Pública, 1963). Consideran a la salud pública “hija de la medicina”, pero la ingeniería, la enfermería, la educación, la estadística y la administración forman parte de ella.

Entre las disciplinas que sitúan como parte del saber sanitario se enfatiza por un lado las que diferencian la práctica asistencial de las actividades de la salud pública (saneamiento, higiene, prevención, etc.), pero *la novedad* en el planteo se observa en la importancia que se le da a la administración como disciplina inherente a *la nueva especialidad*.

Esta exigencia (administración sanitaria, planificación, economía de la salud) es reconocida como característica de la adecuación de la salud pública a las exigencias del desarrollo económico social y a la dinámica interna de un campo de actividad que se profesionaliza y ocupa espacios nuevos en la administración de los servicios de salud y de los programas que se implementan desde el Estado. La principal diferencia que la salud pública tendrá con el higienismo será,

justamente, la injerencia que los especialistas en salud pública desarrollarán en temas vinculados a la administración y planificación de la atención médica.

Preeminencia de la mirada biológica

Los profesionales que participan en la constitución del campo se preocupan más por demostrar la amplitud de los temas en salud pública que por definir los límites del campo de actividad y su relación con otras ciencias. Así, se la califica como “ciencia social aplicada basada en las ciencias biológicas” (*Revista de Salud Pública*, 1963, p. 92). La preocupación central está en demostrar la cantidad de áreas de conocimiento y prácticas que incluye y la vitalidad que esa amplitud le otorga. Se ven como intermediarios entre la medicina y la sociedad.

Así, en 1963, cuando Sonis explica en la parte introductoria de su libro la pluralidad de temas que se propone tratar, sostiene:

La diversidad de conceptos nos obliga a un espectro de extremada amplitud que no hemos tenido más remedio que cubrir invadiendo campos complejos y difíciles para nuestra formación médica de la que estaríamos aparentemente alejados; los hemos invadido con toda tranquilidad, y sin prejuicios de ninguna clase, haciendo nuestras las palabras de Gaylord Anderson en su mensaje como presidente de la American Public Health Association, en 1952: “La Salud Pública no tiene limitaciones artificiales que restrinjan sus actividades a cierto tipo de problemas. Nuestro mandato es mantener el pueblo en buenas condiciones (feliz) y no simplemente mantenerlo vivo”. (Sonis, 1964, pp. 15-16)

Los sanitaristas que participan en la etapa fundacional en el proceso de profesionalización de la salud pública la presentan como la síntesis superadora y multidisciplinaria de lo que consideran las miradas parciales de las ciencias físico-naturales y sociales. En efecto, cuando aparece una referencia sistemática a otras ciencias, se lo hace considerándolas *disciplinas auxiliares* que colaboran en el ejercicio de la salud pública.

La vastedad de la problemática definida como campo de actividad de la salud pública ha hecho decir a Sevlever:

...la función del médico de Salud Pública podríamos decir que es la de organizador de la comunidad. Esta tarea la realiza con las finalidades de: a) crear las condiciones medioambientales físicas más adecuadas para el normal desenvolvimiento de la vida del hombre,

su progreso y bienestar; b) obtener un ajuste apropiado del hombre al medio ambiente social y cultural en el que debe vivir; c) fomentar una salud positiva que le permita liberarse de toda tara genética inconveniente para su pleno desenvolvimiento, maduración y progreso; d) alejar al hombre de las contingencias que afectan directa o indirectamente su salud, lo incapacitan, acortan su existencia y afectan la salud y el bienestar de la comunidad. (Sevlever, s/f, p. 151)

Se brega por la importancia de la salud pública en el desarrollo económico social y se incorporan los conceptos de inversión social de la salud y las metodologías para la administración de los recursos del sector dominantes en la época. La relación salud-economía no solo se exalta como argumento económico, centrado en el aumento de la productividad de una población sana y con elevada esperanza de vida, sino también como relación básica para la organización y administración de la propia actividad del sector salud con un criterio de eficiencia.

Delimitación del campo

La *nueva especialidad* se diferencia así de las actividades estatales centradas en el saneamiento del medio que predominaba en la etapa anterior. Pero la afirmación del nuevo saber se produce, en realidad, en la discusión con el modelo clínico y la práctica asistencial. Si bien la separación entre la concepción biologista clásica de la medicina clínica y la sanitarista se había producido anteriormente, es recién en la década de 1960 cuando la salud pública adquiere el vigor necesario como para sostener y difundir su visión crítica con respecto a la primera, a la vez que discute con ella la especificidad del campo de la salud pública. Abundan los documentos que critican el ejercicio de la tarea sanitaria por parte de médicos no especializados en salud pública y se le atribuye a la improvisación y a la falta de capacitación muchas de las deficiencias del sector público.

Se considera que el médico asistencial coincide en su práctica con elementos de la medicina preventiva y social, pero se insiste en diferenciarlas de la salud pública. La medicina preventiva "...es la aplicación del conocimiento médico para la prevención de las enfermedades; su aplicación alcanza esencialmente a individuos" (*Revista de Salud Pública*, 1963, p. 92). Por esta razón, no se la considera una especialidad en sí misma, sino que es parte de la práctica individual del médico general (Sbarra, 1964). La medicina social tampoco se trataría de una especialidad. En términos de Noel Sbarra, "...constituye antes que otra cosa, un enfoque nuevo de la problemática médica". La novedad estaría dada en que considera al hombre

en el “medio social”, “recibiendo las múltiples influencias de este”. La medicina social sería la consecuencia de la evolución de la medicina hacia el campo social y a la medicina integral (Sbarra, 1964, p. 10).

En las Primeras Jornadas de Salud Pública, Sbarra plantea la necesidad de promover la integración de la medicina curativa, preventiva y social como un todo. Este enfoque debería lograrse mediante su inclusión en la carrera de medicina. Así, pese a que la medicina social incorpora los conocimientos de las ciencias sociales, se la visualiza como “...un enfoque particular del problema médico”. Se considera que:

...la Medicina Preventiva y Social debe enseñársela, pues, a lo largo de toda la carrera médica [...] para que no siga dominando en la mente del estudiante la idea de enfermedad sobre la salud y la de tratamiento sobre la de prevención. Crear desde el comienzo de la carrera una conciencia sanitaria en el estudiante es no solo beneficioso para el enfoque individual de la medicina sino imprescindible desde el punto de vista colectivo, toda vez que en último término son los médicos y los auxiliares de la medicina quienes van a aplicar los programas de salud planeados por el administrador sanitario profesional. (Sbarra, 1963, p. 29)

La salud pública, en cambio:

...es una especialidad que requiere preparación en diversas materias médicas y no médicas que integran el plan de estudios de las escuelas de Salud Pública de alto nivel, que desarrollan cursos de posgrado con dedicación exclusiva y excluyente. (Sbarra, 1963, p. 9)

Decía Sevlever, en el discurso de entrega de diplomas de la ESPUBA en 1962:

En un futuro próximo, la atención de los problemas de organización y administración sanitaria y la formulación de programas de salud pública deberán ser cumplidas por personal idóneo diplomado. El curanderismo en el terreno médico individual es pernicioso. En el terreno de la salud pública puede constituir un mal irreparable. (Sevlever, s/f, pp. 143-144)

La demanda, por parte de los sanitaristas, del reconocimiento de la salud pública como especialidad médica en la mayoría de los artículos de la época, evidencia la resistencia que tenían los médicos a entenderla como un campo

de trabajo específico que necesitaba para su desarrollo un cuerpo de conocimientos no proporcionados por la ciencia médica. Esto era producto de la visión peyorativa que se había desarrollado sobre el higienismo y que luego se extiende a los profesionales de la salud pública. Si éstos centran sus argumentos en que no se puede atender la salud colectiva sin capacitarse en salud pública, los médicos arguyen que no se puede planificar o administrar sobre una realidad desconocida en lo asistencial. Esto pesó más en la organización y administración de los servicios de salud que en otros niveles. El alejamiento de la asistencia y de la investigación clínica es percibido como el alejamiento de *toda práctica médica*, y reserva el lugar de *burócratas* o *teóricos* a los que se incorporaban completamente a la salud pública. Teórico tiene el contenido de aquel distante de la práctica; esta, a su vez, para la concepción dominante en medicina, es el ejercicio de la atención de las personas en forma directa, es decir, práctica asistencial (en los ámbitos de establecimientos de salud públicos y privados o en el consultorio) o bien práctica de investigación, entendida como práctica de laboratorio.

Ética y vocación

En nuestro país, la diferenciación del modelo clínico por parte de la salud pública se realiza con especial virulencia y el punto de conflicto es no solo la práctica asistencial exclusivamente curativa e individual, sino la medicina privada.

Efectivamente, entre los escritos de la primera época juega un papel especial la apelación a una ética diferencial que los aspirantes a entrar en el nuevo campo deberían poseer. Esta ética diferencial conjuga vocación por lo social entendido como *lo colectivo* con la inclinación a mantener "...agrado en el trato de las gentes", capacidad directiva e iniciativa institucional a veces hasta definida como "...cierta cualidad directiva innata...", inclinación a comprender la diversidad cultural, entendida como "...ese amplio rango de aficiones culturales para el que nada de lo humano es extraño". A todo esto, se suma, como elemento decisorio de esta suerte de "vocación misional", el "desprendimiento económico", el renunciamiento a la acumulación rápida de dinero y a la práctica mercantilizada, la resignación a las prerrogativas del ejercicio liberal de la medicina para ajustarse a salarios insuficientes, a la inestabilidad en los cargos y a la falta de reconocimiento por parte de la profesión médica en general y de las autoridades sanitarias o gubernamentales.

Sevlever, citando a Kretschmer señala: "La Salud Pública no es ante todo un problema de bacterias, sino un problema de ética" (s/f, p. 144). En otro texto esa ética queda reflejada en las diferencias que Sevlever atribuye al

médico dedicado a la práctica privada y al médico “... consagrado a tareas de interés de la comunidad”. Veamos cuáles son para él estas diferencias:

- 1) El médico sanitario realiza su función como agente al servicio de una comunidad o un grupo social, defendiendo toda la población respectiva contra los riesgos posibles y contando con una autoridad emanada de leyes de salud pública, con recursos propios de la misma comunidad. El médico individual actúa solo en respuesta a solicitudes y necesidades de quienes pueden pagar sus servicios. Se orienta el primero a la prevención y el segundo al tratamiento de las enfermedades.

La autoridad otorgada por el Estado se diferencia de la idoneidad profesional y convierte al sanitarista en funcionario de determinadas políticas, y continúa enumerando:

- 2) El médico sanitario tiene como objetivo proteger la comunidad. El médico individual se responsabiliza de la salud del enfermo que contrata sus servicios.
- 3) Busca el sanitarista distribuir los beneficios de la medicina al mayor número posible de habitantes; el médico individual trata de dar la mejor asistencia a quien dispone de mayores medios para pagar su trabajo.
- 4) El médico sanitario sale al encuentro del posible enfermo y trata de adelantarse a la enfermedad. El individual, consideraría poco ético salir en busca del enfermo para tratar.
- 5) El sanitarista afronta problemas de orden administrativo y legal de interés colectivo. El médico individual actúa como dueño de una pequeña empresa privada, que administra en su propio beneficio (Sevlever, 1962, p. 133).

A su vez, debido a su caracterización de la salud pública como la ciencia que tiene un tipo de conocimiento que la hace necesaria para la administración eficiente de recursos y la prevención colectiva de la enfermedad, considera que los profesionales especializados deben cumplir un papel de reorganización del hospital público que incluye la función educadora hacia el médico asistencial.

Los sanitaristas como técnicos al servicio del Estado

La demanda de reconocimiento de la especificidad del sanitarismo hacia la medicina asistencial tiene un segundo destinatario: la administración del

Estado. En efecto, el sanitarismo es definido como una profesión para desempeñar en la administración superior, en los servicios de salud estatales o en las obras sociales.

El sector público es considerado el de mayor importancia relativa frente a los otros sectores, la evidencia estadística estaría dada por la mayor capacidad instalada respecto del sector privado y de obra social. Asimismo, el sanitarismo vincula los períodos de apogeo de su carrera con los períodos de apogeo del sector público y ubica el máximo desarrollo de este sector durante la segunda mitad de la década del sesenta, cuando conquistó el mayor espacio laboral de su historia y el reconocimiento de la importancia de su actividad.

Desde el inicio, los sanitaristas plantean la necesidad de que los políticos dejen en sus manos la organización del sector salud y basan el logro de la misma en el ordenamiento de los recursos existentes. Para ello consideran esencial la implementación de un sistema de información que les permita tener datos sobre la morbimortalidad y sobre la composición y distribución de los recursos humanos y materiales. También abogan por la reorganización financiera de la atención médica a través de un seguro de salud. Tal la forma en que caracterizan su práctica vinculada con la definición de las políticas del área a través de su saber técnico. Son los sanitaristas con sus conocimientos quienes pueden encontrar las soluciones pertinentes a las necesidades de salud de la población.

En la producción discursiva del sanitarismo argentino se pone en evidencia que “la historia de la Salud Pública es la lucha por ocupar el espacio que dejan los gobiernos” y se señala que no hay relación causal entre ese espacio y la condición democrática o autoritaria de los gobiernos. Afirman también que ese “espacio conquistado durante el onganato” llegó a los niveles decisivos y que fue un período donde “los técnicos lograron venderle el plan al gobierno” constituyéndose, por este hecho, en un factor de poder en la definición de las políticas sociales del momento. Se considera que la ejecución de éstas, en dicha etapa, fue solo un aspecto, y no el más importante, de la actividad desarrollada.

Aquí resulta interesante señalar que los propios sanitaristas se consideran ajenos a los procesos políticos que los tienen como protagonistas privilegiados. Esta es precisamente una de las características fundamentales de la tecnoburocracia que al otorgarle autonomía técnica al aparato de Estado permite sustraerlo de los conflictos permanentes en el nivel político.

Profesionalización y contexto histórico

Consideramos de utilidad referenciar la caracterización que realizan los sanitarios sobre las formas que adquiere su práctica con algunos momentos significativos del desarrollo de la salud pública.

Entre 1957 y 1966 se configura la matriz teórico-metodológica del sanitarismo basada en una concepción económica y bioecológica de la salud que interpreta lo social bajo la determinación del biologismo. La administración es la disciplina hegemónica dentro de este pensamiento y se inicia un proceso de diferenciación entre la administración sanitaria, de aplicación en la esfera de la administración superior del Estado y la administración de servicios de salud, destinada a los efectores y basada en el enfoque productivista de la sociología administrativa. La estadística y los indicadores cuantitativos se desarrollan como instrumentos privilegiados de la administración y de la epidemiología.

El núcleo problemático de la salud pública descansa en tres ejes que persistirán con distinto énfasis hasta el presente: la discusión sobre el seguro de salud, el dilema centralización-descentralización y el tema de la participación comunitaria en los programas de salud.

En este período nace la Asociación Argentina de la Salud Pública como institución con fines científicos y gremiales, que expresará hasta 1966 el pensamiento dominante en salud pública y será el ámbito de discusión de sus temas centrales. Se crean los órganos de difusión más importantes, representados por la *Revista de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires*, cuyo primer número sale a finales de 1961 y el *Boletín de la Asociación*, que tiene como objetivo fundamental la publicación de los resultados de las Jornadas de Salud Pública, cuyo primer número se publica en 1963. Los *Cuadernos de Salud Pública de la ESPUBA* comienzan a editarse en 1968; en años posteriores será el único órgano de difusión del pensamiento en salud pública ligado a los organismos estatales, ya que en 1969 desaparece el *Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública*, y en 1970 la *Revista de la Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires*.

La apelación a la racionalidad técnica se traduce en la preocupación por la formación de técnicos en salud pública, administradores de hospitales, trabajadores sociales, auxiliares de medicina, etc., y en la creación de programas para la formación de enfermeros y pediatras sociales. Asimismo, se formaliza la relación entre el Ministerio de Salud y las universidades para la formación del recurso humano requerido (Belmartino & Bloch, 1985).

Los sanitarios se integran en calidad de asesores a las marchas y contramarchas que se presentan en la descentralización de establecimientos recomendada por el Informe de Expertos de la OPS. En 1961 la provincia de Buenos Aires crea su propia regionalización sanitaria, que incluye la creación

de servicios de distinta complejidad para establecer una red total en el área provincial, se privilegia la presencia de sanitaristas en la organización de los centros de salud y hospitales. Hacia 1964 se reorganizan las delegaciones sanitarias federales y las regionales que se habían creado en la época de Carrillo, y se establece una oficina coordinadora en el Ministerio.

El objetivo de la Oficina Coordinadora y las Delegaciones era mejorar la relación entre la Nación y las provincias, organizar la red de servicios e identificar los problemas sanitarios. Para realizar esta tarea, se proporcionó asesoramiento técnico de especialistas en salud pública, así como recursos materiales y financieros (Isuani & Mercer, 1986).

Se da inicio a la formulación del Modelo Nacional de Programación de Actividades, en el que se venía insistiendo desde las II Jornadas Argentinas de Salud Pública, elaborado por profesionales del Consejo Nacional de Desarrollo, del Consejo Federal de Inversiones, del Ministerio de Salud Pública de la Nación y los docentes de Planificación de la ESPUBA. Este modelo se publicó en 1967 y en ese mismo año se difundió a organismos de todo el país en el marco del Primer Curso Nacional de Planificación realizado en la ESPUBA.

En esta fase la salud pública se presentaba como una carrera a desarrollar con dedicación exclusiva; inclusive ese era un requisito para desempeñarse en las Delegaciones Sanitarias Federales y en la estructura del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. La carrera sanitaria presentaba posibilidades de rápido ascenso en las estructuras ministeriales, planteándose importantes posibilidades económicas, sociales y de capacitación.

Con el golpe militar encabezado por Onganía se abre la que los sanitaristas consideraban la época *de oro* de la salud pública argentina. Este período se caracteriza por la integración masiva y subordinada de los profesionales de la salud pública a los intereses gubernamentales, con la consiguiente pérdida de los espacios relativamente independientes de debate científico y gremial que se habían configurado en los últimos años. Así, la Asociación de la Salud Pública pierde vitalidad y poder de convocatoria hasta desaparecer en 1969; en la última etapa había reunido a profesionales que se oponían al régimen de Onganía. El debate profesional se institucionalizará en las Reuniones Nacionales de Autoridades de Salud.

Los técnicos en salud pública son promocionados e incorporados masivamente en los organismos sanitarios nacionales y provinciales. Es el período de mayor reclutamiento de sanitaristas en puestos altos, que incluían los de ministros provinciales designados desde el nivel central. Mientras se experimentaba esa *sensación de poder* el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública se había transformado en Secretaría de Estado, dependiente del nuevo Ministerio de Bienestar Social.

Para el sanitarismo, durante el onganato el sector salud giraba en su totalidad en torno a la salud pública, los ministerios se denominaban de Salud Pública, la capacidad instalada pertenecía mayoritariamente al sector público. Este sector se considera en apogeo con respecto a otros períodos. Dada la importancia atribuida a dicho sector en la atención de la salud durante la década de 1960, creímos conveniente revisar estas afirmaciones a la luz de los resultados de una investigación realizada en el año 1966 por el Centro de Investigación y Adiestramiento en Salud Pública. La investigación, que tenía entre sus objetivos la determinación de las características y estructura de la demanda de servicios en el área del Gran Buenos Aires, muestra que la mayoría de las consultas médicas y odontológicas y de las prestaciones de los servicios complementarios, así como un alto porcentaje de los egresos hospitalarios y la atención del parto fueron atendidas por el sector privado¹.

Basándonos en estos resultados cabe señalar que la importancia asignada al sector estatal que se apoya en la idea de que el hospital público es el eje del sector salud, se sustenta estadísticamente en la preeminencia otorgada a los indicadores que miden capacidad instalada sobre otros datos de rendimiento de las prestaciones médicas. La medición de camas, consultorios y médicos y no la de consultas y egresos habría embozado desde este primer período el hecho de que la atención de la salud no pasaba prioritariamente por el subsector público.

La valoración del sector público como hegemónico en el área de salud es solo un aspecto de una construcción ideológica que ubicó a la racionalidad técnica, centrada en la asignación eficiente de los recursos, en el lugar de la formulación de políticas. Lo importante de destacar aquí no es la propia racionalidad técnica que caracterizó tanto al pensamiento sanitario como al conjunto

¹ Este centro de investigación estaba dirigido, en el período en que se realizó la investigación, por el Dr. Carlos Canitrot y reunía a reconocidos sanitaristas. La información se relevó en Capital Federal y 19 partidos del Gran Buenos Aires y los resultados indican que el 70% de las consultas médicas fueron atendidas por el sector privado, el 20% por el sector oficial y el 10% por obras sociales y mutuales. En lo referido a los egresos hospitalarios pone en evidencia que, si bien existen marcadas diferencias entre el comportamiento de la población de Capital Federal y del conurbano, es considerable la influencia del sector privado en ambas, ya que es responsable del 42% de los egresos en Capital y del 34% de los del conurbano, mientras que el sector estatal lo es del 29% y del 54% respectivamente. En la atención del parto el sector privado aumenta considerablemente su participación ya que tiene a su cargo el 59% de los partos en Capital y el 41% de los producidos entre la población del conurbano. El 80% de las consultas odontológicas fueron realizadas en el sector privado en el total del área estudiada, como asimismo alrededor del 60% de los servicios complementarios fueron atendidos por dicho sector (Abadie & Canitrot, 1967).

de la concepción desarrollista de la década de 1960, sino poner en evidencia la reproducción actual de dicho pensamiento que se expresa en las entrevistas realizadas a sanitaristas para esta investigación y en su producción discursiva.

La caracterización que realizan los entrevistados, con relación al tema de la injerencia del sanitarismo en el nivel de la decisión política, oscila entre quienes atribuyen al saber técnico un espacio de decisión autónomo en las políticas sociales y quienes consideran que la actuación de los sanitaristas solo se circunscribió a la ejecución técnica de las políticas. La primera caracterización la expresamos sintéticamente con anterioridad; veamos ahora la segunda. Los sanitaristas que la sostienen, a quienes podemos considerar críticos de los logros obtenidos por la gestión del sanitarismo en la década de 1960, señalan que el mismo proceso de profesionalización hizo que los programas y acciones sanitarias tuvieran una impronta distinta a la observada en períodos anteriores, cuya vigencia tendría que ver con la programación intermedia, la planificación y la programación de actividades, pero que habría estado alejada de los niveles de decisión política.

La ambivalencia en la visualización del papel que asumen los profesionales de la salud pública, evidenciada en las entrevistas y material documental, permite analizarlos como un cuerpo diferenciado en la sociedad que busca recortar un espacio de poder. Por ello desconoce la vinculación que, a partir de su inserción en el aparato estatal, tiene con los sectores dominantes del espacio social de salud. Estos profesionales consideran que deciden desde lo técnico —autónomamente— las políticas, o que están desvinculados del nivel político sin asumirse siquiera como participantes en la decisión que al transformar los aparatos de Estado dio cabida a la tecnoburocracia. En estas posiciones lo que subyace es que los sanitaristas se reivindican como una categoría social independiente ya que se conciben como una unidad autónoma respecto de las luchas por el poder que se generan en la sociedad a la que pertenecen.

Si bien se debe reconocer la autonomía relativa que presentan respecto a los sectores dominantes, esa autonomía —reivindicada para sí por este equipo técnico— es la que corresponde al Estado capitalista en las relaciones de conflicto social. De los análisis sobre la autonomía relativa del Estado respecto a la clase dominante se desprende que dicha autonomía es la que acentúa el carácter de unidad de las capas técnicas, dado que supone su aislamiento con relación a las clases presentes en la formación económico social; esto favorece su caracterización como representantes de los intereses sociales generales (Poulantzas, 1976).

Las formulaciones del sanitarismo tienen la particularidad de constituir propuestas técnicas —destinadas a propiciar un uso más racional de

recursos— para problemas de índole política. Al analizar las cuestiones tratadas por el sanitarismo argentino vemos que son problemáticas vinculadas al poder, ya que los recursos no adquieren significación si no se reconoce quién o quiénes los poseen y en beneficio de qué sectores se asignan. Las intervenciones de los técnicos en salud, que prescinden de estas preguntas, ocultan su propia participación en las instancias de poder y escamotean el hecho de que con sus propuestas consolidan determinadas posiciones. La neutralidad valorativa de sus propuestas no es tal².

Ya hemos señalado las condiciones histórico-políticas en las que el sanitarismo se constituye en un grupo diferenciado tanto por su formación profesional como por su inserción en el aparato estatal y cómo logra su cohesión y permanencia a partir de la instauración del gobierno autoritario en 1966 que impulsa la modernización del capitalismo argentino. La expansión y consolidación de la concepción en salud pública, que emerge en nuestro país hacia 1955, requiere que se plasme una cultura que la sostenga. Es decir, esta forma particular de dar cuenta de la problemática sanitaria fue irradiada hacia el conjunto de la sociedad como la única forma posible de comprensión de la salud-enfermedad y, por lo tanto, para ser compartida por los conjuntos sociales. Esto supuso que el discurso se constituyera a partir de la incorporación de conceptos que, dado el nivel de abstracción con que se presentan en las formulaciones, parecen hablar en nombre del interés general cuando no de los sectores más postergados de la población.

La organización profesional

A poco de constituirse la especialidad en salud pública con autonomía de la carrera de medicina y luego de un primer momento que se caracterizó por una fuerte injerencia estatal en su definición —etapa del Dr. Noblía como ministro de Salud— se abre un espacio para la conformación de la profesión a nivel corporativo. Coincide con un interregno político en el cual se pretende retornar a regímenes de carácter liberal, sostenidos por la burguesía agraria. Estos regímenes restan importancia a las capas técnicas en tanto tienen nexos más fluidos con la burocracia tradicional, lo cual demandó la organización de los sanitaristas para reclamar reconocimiento y espacios laborales y señala un

² Véase "La cultura como problema estratégico", en *Pensamiento estratégico y lógica de programación* (Testa, 1989) y "Autocrítica", en *Pensar en salud* (Testa, 1993).

momento de independencia profesional con respecto al Estado. Esa situación se mantiene hasta 1966 cuando desde el Estado —luego del golpe militar que impone nuevamente el proyecto desarrollista— se retorna a una política de cooptación de los técnicos en salud. La profesión sanitaria integrada al aparato estatal no mostrará rasgos de autonomía hasta nuestros días.

La Asociación Argentina de la Salud Pública, constituida entonces como ámbito de defensa de los espacios laborales de los sanitarios y de debate científico e ideológico, se origina el 8 de julio de 1962, cuando en la ESPUBA se realizó una asamblea a la que se convocó a los profesionales que estuvieran realizando tareas sanitarias —fueran diplomados o no— con la finalidad de crear una institución que los nucleara. La comisión que promovió la realización de esta asamblea fue presidida por el Dr. David Sevlever y estuvo integrada por los doctores Carlos Canitrot, Luis Corach, Mateo Jelich, Eduardo González, Abraam Sonis, Vicente Di Pasquale y César Pepa.

La asamblea resolvió la creación de la nueva institución bajo el nombre de Asociación Argentina de la Salud Pública de la que formarían parte profesionales médicos y no médicos dedicados a la salud pública, residentes en el área metropolitana y en el interior del país. Se resolvió asimismo que habría varias categorías de socios entre las que se destacan la de titulares y la de activos con iguales derechos y obligaciones, solo diferenciados por la tenencia de una graduación universitaria en la especialidad.

En la Asamblea General del 12 de octubre de 1962 se aprobaron los Estatutos de la Asociación en los que se fijan objetivos de carácter general vinculados al desarrollo de la actividad y otros que se relacionan específicamente con la configuración del espíritu de cuerpo, tales los que señalan: “Promover la constante jerarquización de los profesionales vinculados con la salud pública; defender los derechos profesionales; velar por la ética profesional.” (Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública, 1964b).

Para cumplir con los objetivos se consideraba indispensable lograr un entendimiento entre los profesionales de la salud pública, los organismos sanitarios del país y la Asociación, como asimismo con los médicos asistenciales, ya que, según opinión de los miembros de la Asociación, éstos eran hasta ese momento, quienes mantenían la salud de la comunidad, si bien se hacía imprescindible que reconocieran la especificidad de los conocimientos que demandaban las actividades de salud pública, para permitir que cada uno desde su especialidad contribuyera a fomentar y proteger esa salud.

Las jornadas se constituyeron en un ámbito jerarquizado de discusión de la realidad sanitaria nacional donde participaban los grupos de sanitarios que se nucleaban en la Asociación y en la ESPUBA, los funcionarios del sector salud de los niveles nacional, provincial y municipal, y los asesores de organismos

internacionales. Los debates se encuadraban en las dificultades que se observaban para llevar adelante la política sanitaria basada en los lineamientos propuestos por la Alianza para el Progreso. Enmarcadas en estos objetivos, las jornadas posibilitaban también el ámbito propicio para que el grupo de sanitarios impulsara el desarrollo de su especialidad y promoviera la expansión de los espacios laborales, así como su jerarquización y estabilidad.

Las Jornadas de Salud Pública fueron la principal actividad desplegada por la Asociación; abarcan un período importante ya que se realizan a lo largo de siete años, desde la etapa fundacional hasta fines de la década de 1960, momento en que se observarán las primeras rupturas. Estas se inician con el golpe militar encabezado por Onganía y se mantendrán y profundizarán a lo largo de la década de 1970.

El análisis del desarrollo de las jornadas pone de manifiesto la persistencia de temas y problemas caracterizados como de índole técnica que no se lograban superar y las dificultades que tenía la profesión por afianzarse. Veamos entonces, cuáles fueron estos temas y estas reiteraciones a lo largo de las cinco jornadas:

- a) El tema de las Primeras Jornadas de Salud Pública en 1962 se ocupó de examinar la realidad sanitaria argentina. El Dr. Noel H. Sbarra plantea en el relato central de estas Jornadas que la salud es un componente del desarrollo económico-social y que se comenzaba a hacer investigaciones que relacionaban salud y economía. Concluye su presentación con un listado de prioridades que sintetizan las preocupaciones de la época y que reflejan fehacientemente las recomendaciones realizadas por la Comisión de Expertos de la OPS en el año 1957, mientras que soslayan toda relación del aparato sanitario con los otros aparatos de estado y del sector público con el privado. Destacamos las siguientes propuestas:
 - La necesidad de rever y modificar las estructuras sanitarias nacionales y provinciales.
 - Aprobación de un Código Sanitario nacional, imprescindible para la aplicación, con respaldo legal, de programas y medidas de salud pública.
 - Centralización normativa y descentralización ejecutiva.
 - Reemplazo de la organización vertical de tipo político, por la horizontal de tipo geográfico y económico-social.
 - Organización coordinada de los servicios, para evitar duplicidad de acciones y pérdidas de recursos económicos y humanos.
 - Sistemas estables de financiación de la salud.

- Organización de la estadística vital y sanitaria como base para planificar en salud.
- Llevar a cabo la normatización de los servicios de salud para que todos alcancen un promedio mínimo.
- Capacitación técnica del personal en todas las especialidades de la salud pública.
- Desarrollo de las acciones de protección, promoción y recuperación de la salud en los servicios de todos los niveles jurisdiccionales.
- Desarrollo del saneamiento ambiental y de la educación para la salud como base para el desarrollo del programa de salud pública (Sbarra, 1963, p.13).

b) Las II Jornadas Argentinas de Salud Pública realizadas en 1963, giraron en torno a la necesidad de elaborar un plan nacional de salud pública. Para ello se tratan sus aspectos legales, financieros, organizativos y administrativos. Quizás sean las más representativas de la concepción que primaba en la época y las que muestran la preeminencia que se otorgaba a la técnica en la resolución de los problemas sanitarios. La elección del tema estuvo definida a partir de una caracterización de la realidad argentina que mostraba: bajo poder adquisitivo, analfabetismo, subalimentación y deficiente estado de salud en enormes áreas del territorio y en importante proporción de su población. Para modificar esta situación, los participantes de estas Jornadas, opinaban que: "...es imprescindible [...] ordenar y racionalizar recursos, fijar metas u objetivos, y coordinar acciones, constituyen la médula de un proceso que exige una técnica, una metodología de acción. Ese proceso es la planificación." (Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública, 1964a, pp. 9-10). Planteaban, asimismo, que la toma de conciencia de esta necesidad de planificar debía conducir al reconocimiento de que quienes estaban capacitados técnicamente fueran quienes lo llevaran a cabo.

c) El tema de las III Jornadas Argentinas de Salud Pública realizadas en 1965, fue *Actualidad Sanitaria Nacional*, dividido en tres subtemas: Información básica necesaria, determinación de prioridades y organización de la atención médica y su financiación.

d) Las IV Jornadas Argentinas de Salud Pública se realizaron en 1967. Su tema fue *El problema de la salud materna e infantil* que se dividió en subtemas, tales fueron: Organización y administración; aspectos legales y financieros: salud materno-infantil en el desarrollo global y aspectos médico-sociales. En líneas generales estas jornadas propiciaban enfocar un tema específico a la luz de los conocimientos propios de la admi-

nistración y de la planificación con la intención de aportar a su organización. Quizás lo más interesante de resaltar sean las palabras del Dr. Canitrot, presidente de la Asociación Argentina de la Salud Pública en ese momento y que muestran su preocupación por el estancamiento de los indicadores que, por ejemplo, se ponen de manifiesto en la tasa de mortalidad infantil en el periodo que va de 1955 a 1967, en contraste con lo sucedido en los 12 años anteriores, es decir, de 1942 a 1953 donde dicha tasa descendió alrededor de 20 puntos. El Dr. Canitrot se plantea dos órdenes de problemas para explicar esta situación: por un lado, los específicos de la acción de los sanitarios y, por otro, el deterioro de las condiciones de vida provocado por fenómenos económico-sociales. En lo atinente al ámbito donde ejercen su accionar los sanitarios pone de manifiesto una tendencia a la acción aislada, a la falta de coordinación institucional y humana, a la persistencia de dicotomías clásicas entre lo curativo y lo preventivo. Resalta que "...la coordinación más que un problema de programación es un problema de práctica, un modo de actuar más que una técnica" (Canitrot, s/f., p. 25). Estos comentarios parecen indicar el comienzo por parte de algunos sanitarios de un cuestionamiento a la *verdad revelada* que significó la concepción desarrollista desde comienzos de la década de 1960 y a la exaltación del nivel técnico para resolver todos los problemas sociales.

- e) En concordancia con el tema que comenzaba a priorizarse en la salud pública argentina, las V Jornadas de Salud Pública, que se realizaron en 1968, tuvieron por tema principal la *Atención médica* desglosado en cinco temas: oferta y utilización de los recursos; demanda y organización de la atención médica; financiación de la atención médica; problemas profesionales y atención médica rural.

En estas Jornadas, las últimas que realiza la Asociación, se destaca el discurso del Dr. Mondet, subsecretario de Salud Pública de la Nación, quien expresa que considera dificultoso el progreso de la Asociación en base al trabajo voluntario de sus miembros y señala que:

...las asociaciones deben crear cuerpos estables de profesionales con dedicación exclusiva para que se dediquen a profundizar los estudios como el que aquí se plantea toda la sanidad, la salud pública independiente [...] es el Estado [propone] el que debe acudir por medio de subsidios a facilitar que estas asociaciones [se refiere también a la Asociación Médica Argentina] [...] cumplan con una misión determinada [...] va a crear un clima altamente favorable y sobre todo

extraordinariamente independiente para poder dar opiniones eminentemente técnicas. Creemos que con esto se cumple otro de los principios que sustenta el actual gobierno [...] que la Subsecretaría de Salud Pública no debe hacer, sino que debe hacer. (Mondet, 1969, p. 15-16)

Anuncia también la entrega de una propiedad para uso de la Asociación Argentina de la Salud Pública y un subsidio que comenzaría a partir del año siguiente. Sin embargo, esta es la última jornada realizada por la Asociación la que a partir de entonces se desmembra. Esta situación revela la subordinación de la práctica profesional en salud pública a la función gubernamental. Llamamos a la reflexión las palabras del Dr. Mondet, funcionario gubernamental que contrataba sanitaristas, al considerar como lo más adecuado que la Asociación dependiera de un subsidio estatal para desarrollar sus funciones, sobre todo si tenemos en cuenta que esta institución además de tener fines científicos perseguía intereses gremiales y que de ella formaban parte muchos de los hombres que habían sido desplazados por el gobierno de Onganía.

Además, no podemos dejar de mencionar que con la asunción de la conducción sanitaria por parte de los doctores Holmberg y Mondet en 1966, se implementaron las Reuniones Nacionales de Autoridades de Salud que despertaron el interés de los sanitaristas que en gran número formaban parte de las estructuras nacionales y provinciales de salud. De esta manera la etapa que se inicia con el golpe militar de 1966 estará signada por una fuerte iniciativa gubernamental en el tema sanitario y la decadencia de la Asociación. A partir de la desaparición de la Asociación Argentina de la Salud Pública estos profesionales no lograrán nuclearse en ninguna otra institución de tales características. Hubo otros intentos por reagrupar a los sanitaristas; conocemos dos en particular, el del año 1976 y el del año 1987. En el primero lograron constituirse institucionalmente pero no tuvo ninguna trascendencia. La segunda vez fueron solo reuniones preliminares que no llegaron a plasmar el objetivo de crear una institución.

Capítulo 4

Los ejes temáticos de la concepción sanitarista

El discurso sanitario que se constituye hacia la década de 1960 caracteriza la problemática de la salud pública en base a tres ejes centrales: centralización normativa-descentralización ejecutiva; seguro de salud y participación comunitaria. Los dos primeros reconocen antecedentes en etapas previas al surgimiento del sanitarismo y fueron sostenidos por los higienistas desde la función pública y por el gremio médico desde sus asociaciones. La preocupación por la participación comunitaria surge con el sanitarismo, y representa el interés de la medicina por incorporar a los conjuntos sociales otorgándoles una definida ubicación en la problemática sanitaria. Si bien se pueden rastrear antecedentes sobre participación comunitaria en los programas de salud rural de épocas anteriores, consideramos que este tema se presenta a partir de la década de 1950 con características específicas que sintetizan las transformaciones sociales acaecidas desde la crisis de 1929.

El análisis de los ejes temáticos nos permite mostrar la forma en que los sanitaristas expresan su vinculación con las políticas —que entendemos como forma de distribución de poder— ya que estos ejes se transformaron en el período analizado en políticas públicas que contribuyeron a estructurar el sector salud tal como se encuentra en la actualidad.

Centralización-descentralización

La centralización sanitaria en la constitución del Estado argentino

En la concepción sanitaria que sostiene el desarrollismo está presente como uno de los ejes temáticos nucleares el problema de la centralización normativa y la descentralización ejecutiva. Este tema será permanentemente

sostenido a lo largo de las tres décadas de vigencia de la concepción que hegemoniza el pensamiento sanitario hasta la actualidad. Ahora bien, es necesario tener en cuenta que no se trata de una problemática nueva en los debates sobre la organización sanitaria del país. Por el contrario, es un tema que se liga con la propia organización nacional y la constitución del Estado argentino.

En efecto, ateniéndonos estrictamente al ámbito sanitario podemos ver que entre 1880 y 1943 se producen constantes planteos en cuanto a las atribuciones que —en dicha materia— debía tener el gobierno central. En estas discusiones participaban desde una perspectiva técnica los higienistas, quienes aportaban su saber en favor de la centralización en la toma de decisiones y en la ejecución de las medidas sanitarias.

El discurso de los higienistas que se vinculan al Estado desde 1880 va a estar en concordancia con la necesidad de constitución de ese Estado. Durante esa década se produce la culminación del proceso de secularización por el cual el Estado se apropia de una serie de actividades de índole básicamente social, que se encontraban en manos de la Iglesia. Tal el caso de la educación y de la salud. Los higienistas tuvieron un papel protagónico en este proceso ya que aportaron los argumentos técnicos en favor¹.

Los planteos de la higiene vigente en el período de consolidación del Estado nacional enjuiciaron diversos aspectos de la vida social cuyos principios rectores emanaban de la Iglesia. Pusieron en cuestionamiento, por considerarlas atentatorias de la salud pública, a las prácticas funerarias y al destino de los cadáveres. Sostenían que estas prácticas debían ser reguladas por el poder público, quien debía disponer las medidas más adecuadas para preservar la salud de la población (Recalde, 1989).

Otro tema en el cual incursionaron apoyando la secularización del Estado fue en el referido al control de la información demográfica básica, que consideraron esencial para la organización sanitaria del país. En efecto, hasta la década de 1880 fue la Iglesia la encargada de registrar los nacimientos, los matrimonios y las defunciones; con la creación del Registro Civil en 1884, se le quitaron estas funciones.

¹ Jugaron un papel preponderante, entre otros, Eduardo Wilde, Guillermo Rawson, José María Ramos Mejía, José Penna, Telémaco Susini, Pedro Mallo, Emilio Coni. Los argumentos que sustentaron en diversos temas excedieron las posibilidades de su concreción debido a que sostenían una concepción sanitaria demasiado avanzada con relación a las prácticas aceptadas socialmente y por las resistencias de los sectores de poder involucrados en sus cuestionamientos.

Los higienistas cuestionaron, asimismo, la injerencia de la Iglesia en la prestación de servicios de asistencia social; estos profesionales:

...pretendieron implantar una dirección idónea, centralizada y profesionalizada; no bastaba la buena voluntad, reiteraron: era necesaria la formación científica para garantizar el éxito de la empresa. Era imprescindible, además, que las acciones colectivas en pro de la salud fueran encaradas por las autoridades. (Recalde, 1989, p. 17)

Dos citas de Wilde expresan la concepción sobre la salud pública sostenida mayoritariamente por los higienistas en el período y el papel atribuido por estos al Estado como promotor y ejecutor de numerosas acciones de salud.

Siendo la misión del gobierno a este respecto cuidar la salud del pueblo, separamos qué se entiende por salud del pueblo. Nosotros no hemos de entender lo que se entiende vulgarmente, preservación de enfermedades, impedimento a la importación y propagación de las epidemias; no de ninguna manera, nosotros tenemos que entender por salud del pueblo, todo lo que se refiere a su bienestar y este comprende todo lo que contribuye a su comodidad física y moral [...] salud del pueblo quiere decir: instrucción, moralidad, buena alimentación, asistencia pública, beneficencia pública, trabajo y hasta diversiones gratuitas. (Wilde, 1878, p. 9)

En otro párrafo se pregunta a quién corresponde la dirección de la sociedad en lo que respecta a la higiene pública:

No puede estar encargada a un particular sino a la autoridad general. Es el gobierno el que tiene que dirigirla, el que tiene que vigilar todo el terreno donde ha de ejecutarse el desenvolvimiento social. (Wilde, 1878, p. 9).

La concreción, por parte del gobierno, de las aspiraciones planteadas por los higienistas fue mucho más limitada, veremos en los siguientes párrafos a qué se circunscribió².

² Para el proceso histórico institucional de la problemática en cuestión se usaron datos de *La fragmentación institucional del sector salud en la Argentina: ¿Pluralismo o irracionalidad?* (Isuani & Mercer, 1986) y de *Medicina, gobierno y sociedad* (Veronelli, 1975).

El higienismo en el Estado liberal

Hacia fines de 1880 se dispone la creación del Departamento Nacional de Higiene que reconocerá una doble dependencia: por un lado, del Ministerio de Guerra y Marina para los temas referidos a sanidad de puertos, y del Interior cuando se trate de cuestiones sanitarias ligadas al territorio federal, no se le establecen competencias en relación con las provincias. Esta situación generará dificultades para el desenvolvimiento de las actividades del organismo sanitario y conflictos reiterados con distintas jurisdicciones.

En 1891 se suscita un conflicto jurisdiccional entre la Municipalidad de Buenos Aires y el Departamento Nacional de Higiene a raíz del cual el presidente de este, el Dr. Udaondo, eleva al ministro del Interior un informe donde

...plantea los deberes y derechos de las autoridades sanitarias, defiende la conveniencia de la centralización, examina y compara la experiencia internacional en la materia y termina solicitando al Ministerio del Interior la autorización para confeccionar una ley general de salud pública. (Veronelli, 1975, p. 47)

En octubre de 1891, se establece la Ley Orgánica del Departamento Nacional de Higiene; se amplían sus competencias al facultarlo, como único organismo autorizado, para intervenir en cualquier jurisdicción en caso de enfermedades pestilenciales, para declarar la existencia de una epidemia y para el establecimiento de cuarentenas. Esta ley se reglamenta en 1900.

Desde su puesto de director de la Asistencia Pública de la Municipalidad de Buenos Aires, Emilio Coni, en 1892, aboga también por la centralización en el manejo de los hospitales y hospicios de la Municipalidad, cuestionando su administración por la beneficencia al considerar que:

...no basta la distinción y belleza, la alta posición social y los sentimientos de caridad indiscutibles en las damas argentinas para tornarlas hábiles en la administración de establecimientos esencialmente técnicos que requieren conocimientos que ellas no pueden tener. (Coni, 1918, p. 310)

Cuando le presentó al presidente Pellegrini sus aspiraciones, este le manifestó acordar con su pensamiento, pero alegó la imposibilidad de llevar adelante tal proyecto dado el enorme poder que tenía la Sociedad de Beneficencia a la que definió "...como una fortaleza inexpugnable..." (Coni, 1918, p. 310).

La gestión para lograr la centralización realizada por José Penna, en 1903 como director de la Asistencia Pública de Buenos Aires, tuvo igual resultado. El pensamiento de Penna respecto a la centralización sanitaria en una autoridad competente se sustentaba en que:

...la higiene debe estar regida por sistemas unitarios bien reglados, porque necesita echar mano de muchos elementos profilácticos íntimamente vinculados entre sí, de los cuales ninguno debe fallar si ha de cumplir sus funciones con un criterio único, sancionado por el estudio y la experiencia y adaptado al caso especial que lo motiva. (Belmartino *et al.*, 1987).

La prédica de los higienistas para lograr la centralización continúa; en 1906 se sanciona la Ley de Creación de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales regionales que presidiría el Dr. Cabred. A lo largo de 25 años de funcionamiento crea numerosos hospitales en distintos puntos del país, logrando establecer 7.000 camas de dependencia nacional. En 1908 esta Comisión es incorporada al Departamento Nacional de Higiene.

Las funciones del Departamento son ampliadas en 1911 al reorganizarlo. Se ocupará a partir de entonces de la sanidad marítima y terrestre, contará con secciones destinadas a profilaxis específicas (paludismo, viruela, lepra, tuberculosis, bocio y cretinismo, e infecciosas) y con delegaciones provinciales y estaciones en los territorios nacionales, asimismo se ocupará de la demografía sanitaria. Tomará a su cargo la higiene escolar, infantil, industrial y social, el control del ejercicio profesional, la bacteriología, la conservación de la vacuna y el control de las especialidades medicinales, desinfección y saneamiento. En 1923, se produce un nuevo agregado de funciones que suponen la expansión de la *mirada* médica hacia problemas sociales antes no tenidos en cuenta para su control, tal el caso de las enfermedades venéreas, la tuberculosis, la enfermedad mental, el alcoholismo y las toxicomanías, como así también de enfermedades que afectaban los niveles productivos de los trabajadores como el tracoma y la anquilostomiasis. El Departamento se ocupará también de difundir la problemática sanitaria y las medidas que favorezcan su prevención a través de las secciones de Propaganda Higiénica y Educación Popular.

Pese a los constantes intentos de crear una autoridad central que se ocupara de la cuestión sanitaria del país, coordinara los esfuerzos y tuviera una visión de conjunto de la situación para facilitar las respuestas, el propio Departamento se convirtió en un organismo que nucleó programas verticales cuya formalidad era dar respuesta a problemas específicos sin coordinación

entre ellos. Asimismo, se mantuvieron los conflictos jurisdiccionales y los reclamos de las provincias por su autonomía.

El presidente del Departamento de Higiene en 1923, Dr. Lecour, propone al Ministerio del Interior la realización de una Conferencia Sanitaria Nacional para:

...conocer, centralizar y discutir las ideas, las aspiraciones y las necesidades de las provincias en materia sanitaria (debido a que considera que los enormes esfuerzos realizados por las autoridades provinciales) se esterilizan en el aislamiento y la pobreza de medios, cuando reunidos bajo la dirección sanitaria nacional podrían ser eficacísimos auxiliares, tanto más valiosos cuanto que a la indiscutible preparación científica [...] se unen: el conocimiento del medio en que actúan y el poder disponer de la fuerza efectiva emanada de las leyes locales. (Lecour, 1986)

En su exposición destaca los proyectos de ley para la creación de un organismo nacional de salud, que fueron presentados al Congreso de la Nación por diversas autoridades del Departamento Nacional de Higiene y por legisladores médicos³.

La conferencia se lleva a cabo en el mismo año bajo la presidencia de Aráoz Alfaro y se propone como objetivo la organización de una Dirección Nacional de Salud Pública basada en un acuerdo entre las autoridades de las distintas jurisdicciones que permitiría establecer normas y bases para una organización centralizada de los servicios sanitarios y de la asistencia hospitalaria en todo el país. El Dr. Aráoz Alfaro sostenía en esta reunión:

Se ha visto siempre en nuestro régimen federal de gobierno el principal obstáculo a una organización nacional eficiente de la profilaxis y la asistencia pública [...] la autonomía de las provincias determinando a cada una de ellas a tener sus autoridades sanitarias propias y sus reglamentos particulares fue causa a menudo de una verdadera anarquía de opiniones y de procedimientos sanitarios con notorio perjuicio de la defensa colectiva que para ser eficaz, debe estar sujeta a reglas y normas fijas y uniformes. (Veronelli, 1975, p. 57)

³ Se refiere a los proyectos de Carlos Malbrán, José Penna y Nicolás Lozano, Luis Agote, Juan Capurro, Martín Torino y Jerónimo del Barco (citado por Veronelli, 1975, p. 55).

El conjunto de los participantes de la conferencia sustenta opiniones similares en torno a la necesidad de que se constituya una autoridad central que permita unificar los criterios sanitarios para resolver los problemas en todo el país. Las provincias de menores recursos sostienen la necesidad de una conducción sanitaria central con autoridad absoluta tanto en la implementación de normas como en la ejecución. Las provincias más prósperas son partidarias de que una autoridad central posea facultades de carácter normativo y que se deje en manos de las provincias los temas referidos, sobre todo, a la atención médica. Más allá de acuerdos y desacuerdos, nada sucede.

En las conclusiones de la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social, reunida en 1933, se vuelve a reiterar la necesidad de la coordinación de los servicios asistenciales para lo cual se consideraba indispensable, dada la dispersión jurisdiccional de las instituciones centralizar en una sola autoridad todas las cuestiones referentes a la salud pública.

Sin embargo, la atomización del sector salud siguió siendo casi absoluta. Decía el Dr. Carrillo refiriéndose a la situación encontrada en junio de 1943:

Existían 15 o 20 instituciones, sin contar con que la Municipalidad tenía, por su gravitación, casi carácter nacional. Y del viejo Departamento de Higiene, quedaba solo una oficina para otorgar permisos a los empleados enfermos. Además, existía la Sanidad de Fronteras, para graves emergencias internacionales, por pestes [...] Claro es que se trazaron muchísimos planes de reorganización, porque este es un "hobby" de nosotros, los médicos. Pero lo malo es que luego que uno traza los planes viene enseguida otro que en un determinado momento tiene poder y se lleva un trozo de la centralización. Y sucesivamente otro y otro. (Carrillo, 1951, pp. 397-398)

Las políticas de salud en el Estado social

A partir de 1943 se suceden cambios que modificarán sustancialmente la fisonomía de la organización sanitaria del país, produciéndose en lo que respecta al ámbito estatal de salud una importante centralización de programas y servicios asistenciales. En octubre de este año se crea la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social que relacionados, nuclea a todos los organismos existentes hasta ese momento con la salud pública, la asistencia social y los cuerpos médicos, incluyendo a la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal. En agosto de 1944 se separa de la dirección el área de Asistencia Social, que pasa a depender de la Secretaría de Trabajo y Previsión.

La competencia tan amplia de la Dirección de Salud Pública sobre todo el territorio nacional hace muy dificultosa la conducción, supervisión, asesoramiento y control desde la Capital Federal. Con la intención de resolver esta dificultad se crean cuatro Delegaciones Regionales (Norte, Litoral, Oeste y Sur).

La Dirección de Salud Pública es sustituida en 1946 por la Secretaría de Salud Pública dependiente de la Presidencia de la Nación y el secretario pasa a tener rango de ministro. El pensamiento médico-sanitario tendrá, a partir de ese momento, su expresión más clara en el Dr. Carrillo, quien ocupa la Secretaría y se constituye en el primer ministro de Salud cuando, en 1949, se crea esta dependencia. Indudablemente es este el período donde se verán concretadas muchas de las propuestas organizativas que durante décadas sostuvieron con escaso éxito los higienistas. El área de salud a cargo del gobierno central iniciará un acelerado crecimiento y tomará para sí la conducción sanitaria del país.

El propio Perón expresa, ya desde su cargo en la Secretaría de Trabajo y Previsión, su preocupación por la falta de organización sanitaria del país que para él cobra dramática expresión en los pronunciados aumentos que manifiestan los indicadores de morbilidad. Si bien reconoce el elevado nivel de capacitación que se les brinda a los médicos considera imposible que se puedan resolver los problemas sanitarios de la población contando solo con que cada médico salga al encuentro de los enfermos. Por el contrario, postula que:

La lucha contra el mal colectivo hay que hacerla con un ejército colectivo. Los médicos tienen que formar un verdadero ejército, con su comando y sus estaciones sanitarias y con sus columnas sanitarias; colectivamente con sus armas para combatir el flagelo. (Veronelli, 1975, p. 64).

Se reedita la concepción del *Comando Único*, que tuviera vigencia en la década de 1930, y reaparece la asimilación de la organización sanitaria a la militar, lo que marca la centralización del poder de decisión en el nivel ejecutivo del Estado nacional, que se afirma con la reglamentación de la Ayuda Federal en los rubros de los presupuestos provinciales destinados a salud pública y atención médica.

La capacidad instalada de dependencia nacional, para la atención médica, crece de 63.000 camas en 1946 a 108.000 en 1955. Se divide al país en seis regiones sanitarias donde se instalan hospitales y centros de atención ambulatoria; se crean institutos de investigación y tratamiento de diversas patologías; se prioriza la capacitación de recursos humanos en especial de enfermería, técnicos y en salud pública que serán absorbidos fundamentalmente por el nivel nacional. El hospital público se constituye, por su peso cuanti-cualitativo en la atención a la salud, en un elemento central en la organización.

Dentro de la concepción peronista el Estado asume un papel directivo fundamental en las diversas áreas de su intervención, como fiscalizador y regulador de toda actividad que atienda al bienestar de la población. En lo referente a salud era intención del gobierno —expresada en la Ley de Bases para la preparación de un Código Sanitario y de Asistencia Social— propender a la unificación de la asistencia médica y social y a la regulación y control de la actividad privada mediante la intervención estatal en la autorización para crear nuevas instituciones. El ministro Carrillo se proponía crear un sistema unificado para la atención médico-social.

Mientras se desarrollan estas propuestas sanitarias en el Ministerio de Salud, a instancias de Trabajo y Previsión Social se produce un acelerado crecimiento de las obras sociales sindicales. Este proceso marca el límite de la centralización en el organismo sanitario nacional, debido a que la dependencia diversificada de las instituciones que tienen a su cargo la financiación de la atención médica imposibilita la aspiración de Carrillo de vincular a las obras sociales —como ente financiador— con el sector público —como ente prestador— ya que la dirigencia sindical va a priorizar la contratación médica con el sector privado. Estas diferencias señalan la compleja trama de relaciones e intereses sociales que comienza a desplegarse en esta etapa en la sociedad argentina.

El Segundo Plan Quinquenal expresa una intencionalidad menos dirigista por parte del Estado, evidentemente motivada por la imposibilidad de continuar con la política de gasto fiscal que comenzó a hacerse insostenible a partir de 1949. Se plantea entonces para el Ministerio de Salud un papel de coordinador de los distintos sectores que atienden la salud de la población.

La posición centralizadora se atenúa también con relación a las provincias y territorios nacionales. En el Segundo Plan Quinquenal se afirma que “...la Nación ejercerá su acción médico asistencial en las provincias y territorios, hasta tanto adquieran la capacidad técnica y económica para afrontar sus propios problemas y deberes en lo que respecta a la salud de su población”. Se afirma, asimismo, por primera vez, la posibilidad de transferir hospitales a la jurisdicción provincial (Belmartino & Bloch, 1980, p. 22).

El Estado desarrollista y el discurso sobre la descentralización sanitaria

La crisis del Estado social

El golpe militar de 1955 marca, dramáticamente, los límites del modelo de acumulación económica y la fragilidad de la alianza de clases sustentados por el peronismo. Como vimos en el segundo capítulo, se imponía una nueva

forma de articulación al capitalismo mundial que reconociera la hegemonía de los EEUU. Las formas de acumulación capitalista que surgen a partir de este reacomodamiento trajeron aparejada la necesidad de profundizar los cambios en las políticas sociales, que ya se habían comenzado a esbozar en el último período peronista.

Al discurso sustentado por el peronismo, que se basa en el reconocimiento del Estado como garante de la salud y del derecho de la población a acceder a las mejores condiciones de vida, sucede otro que, si bien no podrá dejar de lado la primera condición, le otorga cada vez más un carácter subsidiario del papel que da a los individuos y a la comunidad en la obligación de velar por su salud. Centrará asimismo la preocupación de la gestión estatal en las mejoras organizativas que conduzcan a un uso racional de los recursos y a un elevado nivel de eficiencia del sector. Este nuevo discurso es tributario del que, desde comienzos de 1950 se desarrolla en los organismos internacionales (en el caso específico del sector salud, la Oficina Sanitaria Panamericana).

En consecuencia con lo expresado, vemos que el pedido de ayuda técnica a la OPS, realizado a poco de instaurado el nuevo régimen (en diciembre de 1955) por el subsecretario de Asistencia Social y Salud Pública nacional, hace referencia al propósito del gobierno de "... perfeccionar la organización de los servicios de Salud Pública y Bienestar Social del país y, consecuentemente, mejorar las condiciones sanitarias de la población y facilitar así su desarrollo económico-social". Manifiesta en la solicitud que la organización sanitaria adolecía de "defectos fundamentales [...] debidos a la falta de una debida coordinación y a la existencia de organismos y servicios que actuando en los mismos campos tienen un rendimiento mínimo con gran dispersión de esfuerzos y materiales...", indicaba asimismo, que estas inquietudes originaban el pedido de realización del estudio a la OPS ya que consideraban que las recomendaciones aportadas por los expertos de la misma, permitirían la reorganización de los servicios de salud (OPS-OMS, 1957a, p. 7).

Si bien se señala que es a partir de la información provista por el estudio que se podrán hacer las correcciones necesarias en la organización sanitaria del país, las decisiones no se hicieron esperar y el informe de los expertos debió incluir el análisis del "Plan de Gobierno para el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública" y del Decreto del Poder Ejecutivo Nacional por el cual se autoriza a ese Ministerio a transferir establecimientos asistenciales pertenecientes al nivel nacional.

En efecto, la urgencia de reducir el déficit fiscal no podía esperar la culminación del trabajo de los consultores de OPS que, como argumentan ellos mismos, sufrió notable atraso dadas las dificultades para la recolección de la información.

Pese al retraso fue de gran utilidad para las autoridades gubernamentales ya que adquirió un carácter eminentemente legitimador de sus decisiones.

Basados en principios federales y en las dificultades técnicas y económicas que supone la conducción de establecimientos asistenciales ubicados a distancia del centro de decisión, las autoridades nacionales procedieron a transferirlos a las provincias y municipios para lograr así la descentralización de las funciones administrativas y técnicas. En lo que respecta a los recursos, se establece un régimen de subvención anual del gobierno nacional a las provincias o municipios, cuyo monto máximo no podría superar el costo de mantenimiento al momento de la transferencia. Se señala asimismo que se establecerá un “...régimen de reducción gradual del aporte estatal hasta su total mantenimiento por la provincia o municipio beneficiario” (OPS-OMS, 1957a, pp. 128-129).

El Plan de Gobierno para el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública señala que la función que tendrá este organismo, de acuerdo a los lineamientos de respeto por el federalismo que propicia el “Gobierno Provisional de la Revolución Libertadora” será:

...fundamentalmente rectora y normativa en aquellos problemas de interés general para la Nación, aunque la acción correspondiente compete a las provincias y municipios. [Se señala asimismo que] como corolario de esta orientación de las funciones del Ministerio se prevé la transferencia del problema asistencial y social a los organismos sanitarios provinciales y ulteriormente a los municipios [...] estimulando de esta manera a las autoridades locales a fin de que ellas cumplan los fines específicos de la salud pública en su propio medio y con sus propios recursos, fomentándose también la colaboración del pueblo con las autoridades sanitarias ya sea por intermedio de cooperadoras o individualmente.

El Ministerio se reserva las funciones correspondientes a la sanidad de puertos y fronteras, de medios y vías de comunicación de jurisdicción nacional, la prevención y erradicación de endemias y epidemias, o de cualquier enfermedad que ponga en peligro a la comunidad y las enfermedades sociales que puedan adquirir esos caracteres; serán también funciones del organismo nacional los problemas que atañen a la maternidad e infancia, a la sanidad del tráfico nacional e internacional, lo concerniente a la salud del inmigrante.

Debido a estos cambios en las funciones se indica que se procederá a la reestructuración técnico-administrativa del Ministerio nacional para “subsananar la frondosidad burocrática” lo que supone la necesidad de reducir

considerablemente el número de organismos y dependencias. Con igual fin proponen la reorganización de los cuadros administrativos, para ello procederán a realizar "...la selección de los funcionarios sobre la base de su idoneidad republicana (antecedentes democráticos) y la idoneidad para el cargo (capacidad)..." (OPS-OMS, 1957a, pp. 124-126)

No se puede dejar de marcar la *preocupación* que muestran las autoridades emanadas del golpe militar que derrocó al peronismo por preservar el *espíritu democrático* y la Constitución Nacional, así como el deseo de que la comunidad tenga injerencia en el sostenimiento y control de los servicios de salud que se pone de manifiesto en el párrafo anterior y en diversas apelaciones que figuran en el decreto de transferencia (OPS-OMS, 1957a, pp. 128-129).

Dado que la posición descentralizadora adquiere en esta etapa toda su fuerza y fundamentación, por lo menos a nivel del discurso, nos detendremos a analizar la caracterización que desde el punto de vista técnico se realiza en el Informe de Expertos de la OPS, ya que estas argumentaciones impregnan la concepción sanitaria que es motivo de nuestro análisis y se mantiene vigente en el discurso sanitario actual.

Se señala en el Informe que una de las más importantes conclusiones se refiere a que la organización sanitaria argentina refleja la manera errónea como se interpreta el concepto de salud pública. Indican que en las distintas jurisdicciones y en especial a nivel local predominan los servicios curativos siendo prácticamente inexistentes las acciones de prevención.

En lo referente a la organización, los consultores, acuerdan con el planteo descentralizador del gobierno al que apoyan basándose "...en principios de administración de salud pública". Sostienen, en coincidencia con el Ministerio nacional, la imposibilidad de administrar eficientemente los servicios dispersos en el país desde la Capital Federal ya que esto supone:

- a) aumento de personal en los organismos centrales del Ministerio;
- b) escaso o ningún contacto del personal central dirigente con los organismos locales y la población interesada, lo que impide que este personal tenga un adecuado conocimiento de las necesidades o características especiales de la población a la que ha de prestarse los servicios;
- c) escasa o ninguna participación de la comunidad en los programas locales de salud, en detrimento de la eficacia de los servicios;
- d) falta de coordinación entre los organismos nacionales, provinciales y municipales en el nivel local, con la consecuente duplicidad de esfuerzos. De este modo, las autoridades responsables tendrán un mejor conocimiento de las condiciones locales, la proximidad eliminará los problemas de una administración lejana y la

opinión pública podrá estimular la eficacia de los servicios que le son prestados. (Le asignan al Ministerio la función de) órgano central de coordinación, orientación, fomento, asesoramiento técnico y ayuda financiera a los servicios provinciales. Debería encargarse también del establecimiento de normas técnicas mínimas que deberían seguirse en el país, de la diseminación de información científica y de aquellas investigaciones que son de importancia en el programa sanitario del país. (OPS-OMS, 1957a, p. 31.)

En relación con los programas verticales manifiestan que solo se deben mantener aquellos que apunten a la solución de problemas específicos, sobre todo los que revisten un compromiso internacional y que deban tener alcance nacional, que se conozca el problema, que los métodos y técnicas utilizados sean de eficacia comprobada y que la solución demande un plazo relativamente breve. Otro tipo de programas que se encuadran bajo la denominación de “Grandes Luchas” deben ser ejecutados por el nivel local y el Ministerio nacional tendría que cumplir solo funciones de asesoría, estímulo, coordinación y cooperación técnica y económica.

Los expertos sustentan el programa de descentralización en un adecuado estudio de los recursos necesarios para sostener los servicios y la consiguiente modificación de la distribución de impuestos para que las provincias cuenten con los fondos necesarios para ello. En el nivel de la estructura central señalan dos circunstancias que toman casi imposible su conocimiento, ellas son: la excesiva ampliación que experimentó en los años inmediatamente anteriores y las sucesivas reformas —ninguna totalizada— que se llevaron a cabo.

En cuanto al funcionamiento y administración indican como deficiencias importantes la ausencia de diagnósticos que permiten conocer los problemas, necesidades y características de la población y de la subsiguiente planificación de “programas objetivos a desarrollar a largo plazo”. También muestran la dificultad y hasta imposibilidad de obtener información y datos fidedignos “...lo cual impide el desenvolvimiento de una administración buena y eficaz” (OPS-OMS, 1957a, p. 36).

El informe señala la falta de coordinación sectorial e intersectorial lo que produce superposiciones o ausencia de acciones, se considera que el sistema administrativo es complicado y deficiente dado que las responsabilidades están distribuidas entre numerosos funcionarios y dependencias. Las normas administrativas son excesivamente rígidas para la aplicación del presupuesto lo que deteriora la eficacia y la economía.

Con relación al nivel provincial, los expertos muestran que tiene las mismas deficiencias del nivel central, pero destacan que las acciones tienen

un carácter casi exclusivamente asistencial. Los servicios funcionan verticalmente, sin coordinación entre unidades centrales y periféricas, al no existir personal capacitado en administración de salud pública no cuentan con asesoramiento técnico. En el nivel local caracterizan las deficiencias encontradas de la siguiente manera:

...dispersión de las actividades de salud pública en unidades separadas; predominio de las actividades de medicina curativa sobre las demás; escasez de personal competente; servicios estáticos y falta de participación de la comunidad. (OPS-OMS, 1957a, p. 45).

A pesar del panorama crítico que plantean, a nivel provincial y local, para llevar adelante acciones de salud pública, en las recomendaciones propician enfáticamente la descentralización de servicios a través de la transferencia de funciones tanto a las provincias y municipios como al sector privado que según señalan "...debe asumir cada vez más un papel importante en estos problemas" (OPS-OMS, 1957a, p. 72).

La tendencia descentralizadora que cuestiona básicamente la excesiva burocratización de la estructura sanitaria basa el logro de la eficiencia en la conformación de un nivel central eminentemente técnico y asesor y la formación de recursos humanos en salud pública para ser ubicados en todos los niveles de la organización sanitaria. De allí que entre sus recomendaciones se encuentran las atribuciones que debe tener el Ministerio nacional y que podemos reseñar como concentración de información, elaboración técnica de la misma, disseminación de normas, establecimiento de métodos uniformes de planificación y programación, capacitación de personal, coordinación y asistencia técnica a las diversas jurisdicciones y apoyo financiero acordado en base a pautas de regulación. Para cumplir con estas actividades y lograr el nivel de eficiencia requerido, los expertos de la OPS desarrollan largamente sus argumentos en favor de la capacitación de posgrado en salud pública de profesionales destinados a ocupar puestos directivos en la conducción sanitaria.

Conscientes del tiempo requerido para poner en marcha esas actividades y de la urgencia que presenta la reorganización sanitaria, los consultores internacionales proponen el dictado de cursos de corta duración en la Capital Federal y en las provincias, dirigidos por el Ministerio nacional y destinados a los altos funcionarios. La finalidad que plantean para estos cursos es que dichos funcionarios conozcan las nuevas orientaciones en materia de salud pública y *lograr su colaboración*.

También sugieren que se cree una *zona de demostración* en una localidad de una provincia *nueva* con poco desarrollo del organismo sanitario “...libre, por tanto, de todos los obstáculos inherentes a una maquinaria burocrática tradicional llena de numeroso personal acostumbrado a prácticas anticuadas”. En esta zona se deberían concentrar recursos técnicos y materiales para la puesta en funcionamiento del organismo sanitario provincial y uno de los departamentos locales de salud pública. “Estos servicios deberían planificarse e instalarse de acuerdo con todas las exigencias de la técnica moderna de salud pública...”. Tendría la función de mostrar en la práctica cómo pueden organizarse y funcionar eficientemente los servicios de salud pública provinciales y locales (OPS-OMS, 1957a, p. 95.)

Tanto para la capacitación en salud pública como en la enseñanza de la medicina, los expertos manifiestan su agrado por el interés expresado por el gobierno de solicitar apoyo internacional y sugieren que la OPS/OMS puede brindarlo, ya sea a través de asesores para la reorganización de la formación o del envío de profesionales a realizar cursos en el exterior. Enfatizan, además, que en la enseñanza de la medicina también se podría solicitar el apoyo de fundaciones privadas como Kellogg y Rockefeller, así como de las asociaciones profesionales del país.

Este discurso nos habla de la necesidad de crear una cultura de la salud pública que contenga las *normas de administración universalmente aceptadas* y la constitución de un grupo que porte y difunda esa cultura. Dicho discurso, al que se le abre un espacio desde el propio Estado, nos habla también, aunque más sutilmente, de la necesidad de la reorganización del aparato estatal para llevar adelante las políticas requeridas por la nueva modalidad de inserción al mercado mundial y para atenuar, a través de la autonomía técnica del Estado, las crisis políticas que se suceden en la sociedad argentina desde 1929.

La reorganización del aparato estatal requirió de la constitución de un equipo técnico que, aunque semejante en algunos rasgos a la burocracia tradicional —especialización, despersonalización y monopolio estratificado de los saberes intelectuales—, 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.

Otra particularidad de esta capa profesional, que nos permitiría utilizar más específicamente el concepto de tecnoburocracia, es que representa una unidad entre la gestión técnica y la administrativa. Esta característica no los

exime de los conflictos con la burocracia legal (por competencias, procedimientos y jerarquías) y genera una relación asimétrica con los profesionales que dentro de una determinada actividad —en el caso que nos ocupa, la sanitaria— no pertenecen al grupo tecnoburocrático. En efecto, esta concepción subordina a los profesionales no especializados dentro de ella a la autoridad de los administradores del sistema. Tal el caso de los médicos respecto a los administradores de los programas de salud pública y de los servicios asistenciales.

Asimismo, esta fase del desarrollo capitalista supone, como ya lo señaláramos, una separación menos acentuada entre lo público y lo privado y son estas capas técnico-profesionales las que, en el sector salud, se vinculan con los representantes de la actividad sanitaria privada (Therborn, 1979; Testa, 1989).

La consolidación a nivel estatal del grupo técnico

La formación de los expertos en salud como grupo diferenciado se vincula, según vimos más arriba, con las propuestas realizadas por los organismos internacionales liderados por los EEUU y con los requerimientos de transformación del aparato estatal para adecuarse al nuevo modelo de acumulación.

Si bien no podemos hablar del grupo sanitarista que sostiene esta concepción como un bloque monolítico, sí sostenemos que las diferencias están presentes más en el discurso que en el accionar, ya que esas diferencias se diluyeron durante la gestión estatal. También creemos oportuno poner en claro que, aunque algunos miembros de esta capa tecnoburocrática están presentes sobre todo en las gestiones democráticas mientras que otros se encuentran definitivamente ligados a los gobiernos autoritarios, mayoritariamente no se cuestionan las formas que adopta el gobierno y participan de ambas.

La consolidación de la concepción sanitaria que analizamos se produce con el advenimiento de la Revolución Argentina, es decir, a partir de 1966. Si bien los sanitaristas habían tenido participación en los gobiernos anteriores, es durante el gobierno presidido por Onganía que se cristalizan muchas de las propuestas re organizativas del aparato estatal sostenidas desde 1955, y que se abre para este grupo profesional la posibilidad de una inserción permanente en las estructuras del Estado.

Consideramos paradigmático el relato que realiza el Dr. Bello de sus experiencias en la función pública durante ese periodo de intervención militar. Señala en principio que los pilares sobre los cuales se asentó la gestión estatal del gobierno presidido por Onganía, eran las ideas “...de modernización del Estado, de su tecnificación, de jerarquización de las distintas instancias de la operatividad estatal, de solidaridad y de participación”. Indica que esta propuesta atrajo el interés de sectores técnicos de salud, que expresaban una

amplia gama ideológica en lo político, a quienes se brindó la oportunidad de acceder a la conducción del sector (Bello, 1981, pp. 5-13). Cita las palabras de César Pepa al inaugurar la *Primera Reunión de ministros de Salud Pública*:

Comienza una nueva etapa que resultará definitiva en el afianzamiento del enfoque técnico para enfrentar y solucionar los problemas de salud en nuestro país. Por eso los técnicos que nos dedicamos a los problemas de salud pública desde hace años, que parecen muchos años, porque éstos se alargan hasta la incomprensión y la arbitrariedad, estamos hoy no esperanzados sino seguros, de que se abren ante nosotros las más amplias posibilidades de realización.

Agrega Bello: “Estas palabras sintetizaban un poco la actitud de la gente joven de salud pública que tenía acceso a un poder político no usual en nuestro país”. Bello continúa su exposición realizando una caracterización de lo que considera el *marco teórico*, es decir, los temas u objetivos sostenidos por la concepción sanitaria del momento, que reproducen los del periodo fundacional. El tema central era la vinculación entre el desarrollo económico y el social, dentro del cual cobraba importancia la discusión sobre la conceptualización de la salud como gasto o como inversión; en segundo lugar y consecuentes con los pilares en que —como vimos— el gobierno de Onganía fundamentaba la idea de transformación del Estado, los técnicos de salud buscaban el reordenamiento de la oferta estatal mediante el Modelo Nacional de Programación de Actividades. Este permitía el estudio de costos con la finalidad de contribuir a un ordenamiento sistemático y nacional de la oferta disponible, que también se buscaba mediante la racionalización administrativa a través, fundamentalmente, de la transferencia de los servicios y de las modificaciones de los organigramas que daban lugar a largas discusiones. También se planteaba la subsidiariedad del Estado entendida como la función que este debe asumir ante la debilidad de los grupos marginados y de los grupos intermedios. Otros temas eran la planificación, la regionalización, el plan nacional de estadísticas, la atención médica integrada y la participación comunitaria. Dice Bello: “...era un lugar común que los recursos disponibles en salud pública eran suficientes, que la verdad estaba en racionalizar la oferta”.

La exposición realizada por Bello de las ideas predominantes en el sector salud, en el momento en que se consolida la participación de los sanitarios en el Estado, tiene por finalidad mostrar que, tanto las ideas como mucha de la gente que lleva adelante los proyectos a partir de 1966, estaban presentes en los periodos anteriores. Señala en su disertación este sanitarista:

Gran parte del elenco directivo de la Secretaría de Salud Pública provenía del elenco radical, cuando no del personal formado por la gestión del Dr. Noblía [...] la mayoría de los responsables políticos en este tema de salud proveníamos de los planteles técnicos del Ministerio y de alguna manera habíamos trabajado sobre estas ideas [e indica que la] continuidad en nombres en las distintas administraciones en cierto modo permitieron concretar algunas cosas en el área de salud. [Y concluye] yo diría que, en Salud Pública, los aspectos políticos, eminentemente políticos, de la Revolución Argentina, no fueron propios, sino que tuvo la sabiduría de recoger la línea histórica que empezó Noblía, consolidó Oñativia y se hacía fuerte con este gobierno. (Bello, 1981, pp. 5-13)

Como señala otro protagonista de la época, el Dr. Holmberg, secretario de Estado de Salud Pública entre 1966 y 1970: “El enfoque sanitario de los problemas comenzó a ser algo común a todos, la utilización racional de los recursos se convirtió en meta y la integración de esfuerzos en la herramienta apropiada” (1981, p. 24).

El enfoque técnico del discurso descentralizador

No nos ocuparemos de las marchas y contramarchas de la política de descentralización ejecutiva y centralización normativa, ni de los matices conceptuales que supusieron algunas medidas, pues ya ha sido tema de análisis de trabajos realizados por otros autores (Veronelli, 1975; Isuani & Mercer, 1986). Nuestro interés radica en analizar la posición adoptada por el grupo tecnoburocrático porque su permanencia a través de las diferentes gestiones gubernamentales hace que funcionen como obstaculizadores o facilitadores en la implementación de las políticas, según sea el grado de acuerdo con cada gobierno. También porque estos grupos son depositarios, por parte del poder político, del discurso técnico sanitario que transfieren a la sociedad en numerosas intervenciones públicas, lo que los constituye en actores privilegiados en la construcción social de la concepción sobre el proceso salud-enfermedad.

Dadas las características anteriormente señaladas, nos interesa analizar de qué hablan y qué omiten los sanitarios cuando se refieren a la descentralización ejecutiva y a la centralización normativa. Este discurso que, como vimos, es asumido por los sucesivos gobiernos a partir de 1955, va a ser tomado como propio por los sanitarios desde su constitución.

Al analizar las expresiones discursivas de los sanitaristas, observamos una amplia producción alrededor del tema de la centralización-descentralización. En la mayoría de los casos el tema no es tomado como eje central de los análisis, sino que aparece como un estereotipo del discurso, en otros se plantea como un objetivo estructural alrededor del cual definen al sector junto con la participación comunitaria y el seguro de salud.

La definición que emerge sistemáticamente de la descentralización ejecutiva y la centralización normativa en los trabajos de los sanitaristas, es que el organismo nacional de salud adopte un carácter normativo, orientador y coordinador de políticas, planes y programas, con funciones de control y evaluación, deje los aspectos operativos a cargo de las jurisdicciones y del sector privado. La fundamentación técnica que realizan los profesionales de salud pública sobre el tema en cuestión, parte de la crítica a la burocratización del sistema, de la defensa del federalismo, de la necesidad de implementar la participación comunitaria, de la consideración de que son las autoridades locales quienes conocen por su cercanía los problemas sanitarios de su área y de que la centralización implica superposición de actividades y recursos de las distintas jurisdicciones. Como se puede observar, tanto la definición como la fundamentación de la descentralización, reproducen la concepción desarrollada por los expertos de OPS en el trabajo sobre la organización sanitaria argentina.

Ahora bien, consideramos oportuno realizar una lectura menos lineal del discurso sanitarista sobre este tema, poniéndolo a la luz de los procesos históricos que le otorgan el sentido concreto que tuvieron/tienen en nuestro país estas formulaciones, y poder así mostrar que responde a principios menos federales y de menor respeto por las autonomías provinciales y comunales.

Las formulaciones de los sanitaristas tienen la particularidad de constituir propuestas técnicas para problemas de índole política. De tal forma cuando hablan de la descentralización ejecutiva sus propuestas se refieren al uso más racional de los recursos. Como vimos al analizar el discurso centralizador vinculado a otras formas de organización estatal, las cuestiones que se sintetizan en la centralización/descentralización están referidas al poder. Los recursos no adquieren significación si no se reconoce quién o quiénes los poseen y en beneficio de qué sectores se asignan. Las intervenciones de los técnicos en salud, que prescinden de estas preguntas, ocultan su propia participación en las instancias de poder y escamotean el hecho de que con sus propuestas consolidan determinadas posiciones. La neutralidad valorativa de sus argumentos técnicos no es tal.

Ya se señaló a partir de qué condiciones histórico-políticas los sanitaristas se constituyen en un grupo diferenciado, tanto por su formación profesional

como por su inserción en el aparato estatal, y la forma en que logran su cohesión y permanencia a partir del gobierno autoritario que se instala en 1966 e impulsa la modernización del capitalismo argentino. Asimismo, indicamos que la expansión y consolidación de la concepción en salud pública, que emerge en nuestro país hacia 1955, requiere que se plasme una cultura que la sostenga. Es decir, esta forma particular de dar cuenta de la problemática sanitaria fue irradiada hacia el conjunto de la sociedad como la única forma posible de comprensión de la salud-enfermedad y, por lo tanto, para que sea compartida por los conjuntos sociales. Esto supuso que el discurso se constituyera a partir de la incorporación de conceptos que, dado el nivel de abstracción con que se presentan en las formulaciones, parecen hablar en nombre del interés general cuando no de los sectores más postergados de la población.

Esta forma discursiva que adopta la tecnoburocracia es la que permite concluir a García Díaz, al sintetizar las ideas que se desarrollaron a lo largo del Seminario sobre “Políticas de Salud; la experiencia argentina” —del que participaron quienes tuvieron a cargo la conducción sanitaria desde 1965 hasta 1980— que se observan:

...valores aceptados por todos los participantes: el derecho a la salud, la solidaridad social, la participación, la subsidiariedad, las prioridades de la educación médica y la capacitación del personal de salud, la información y la investigación, la necesidad imperiosa de coordinación en un sistema pluralista que tiende a la dispersión. (García Díaz, 1981)

También son, aparentemente, compartidos y reiterados en esta reunión como en muchas otras intervenciones, temas tales como descentralización ejecutiva y centralización normativa, participación comunitaria y seguro de salud.

Ahora bien, a diferencia de García Díaz, creemos que las palabras no siempre son portadoras de los mismos conceptos y que el uso de los términos como códigos vacíos de contenido no puede ocultar, ante una lectura cuidadosa, que aquellas intervenciones que bajo una misma apariencia técnica son operadas desde proyectos políticos diferentes, producen resultados también diversos.

Prueba de ello es que, si bien durante la gestión del ministro Oñativia —representado en el Seminario por Bernabé Cantlon— se aceptaba la idea de propiciar la descentralización ejecutiva y la centralización normativa, su posición al respecto era diferente a la que sustentaban, tanto los sanitaristas como grupo técnico como las autoridades de los gobiernos autoritarios que tuvo el país desde 1955, porque era asumida desde un modelo político que pretendía reimplantar el liberalismo. Así vemos que el Dr. Oñativia era partidario de una descentralización sanitaria que se apoyara:

...en una efectiva política de descentralización que posibilite el desarrollo, la evolución y el progreso de las regiones del interior del país, favoreciendo el pleno auge de las autonomías económicas provinciales, ya que estas no podrán absorber los presupuestos que le demanda la medicina asistencial mientras no se resuelva esta cuestión central. Mientras tanto Salud Pública de la Nación debe asumir la responsabilidad de mantener la eficiencia de sus hospitales. (Oñativia, 1965)

Los gobiernos que dieron espacio a la gestión técnica de los sanitaristas llevan adelante con particular énfasis la política de centralización normativa y descentralización operativa, con la consiguiente transferencia de servicios. Tal es el caso de los gobiernos de los periodos 1955-1957, 1966-1970 y 1976-1983, que coinciden con los procesos políticos de mayor autoritarismo de la historia argentina. En estos periodos, en especial en el segundo, participaron mayoritariamente los sanitaristas desde puestos de conducción técnico-política, proponiendo —entre otras— las medidas para llevar adelante las transferencias a los niveles provinciales y municipales, y las normas que debían conducir a la organización sanitaria argentina.

Los sanitaristas sustentan su criterio técnico en la necesidad de utilizar racionalmente los recursos, pero omiten explicitar otra necesidad, tal vez más acuciante para el nivel central: la de hacer frente a las crisis fiscales reduciendo su participación en el gasto. Esta situación se pone en evidencia cuando se observa que la contrapartida de las transferencias —avaladas argumentalmente por la necesidad de respetar las autonomías provinciales— son las escasas o nulas transferencias de recursos para mantener los servicios y la implantación de férreas normas en cuanto a la manera de llevar adelante los programas y la administración sanitaria y hospitalaria. Muchos de los recursos se hacen efectivos a las provincias luego de la aceptación por parte del organismo nacional de las actividades propuestas y de la evaluación de su cumplimiento.

También hay que destacar que a partir de 1966 se generaliza el interés por la capacitación de los recursos humanos en salud pública posibilitándose la extensión de la capa tecnoburocrática hacia los distintos niveles jurisdiccionales. De esta manera se fue logrando una ideología compartida, liderada por los profesionales ubicados en el centro de decisión política, es decir, el Estado nacional, donde confluyen los diversos sectores de poder. Este liderazgo supone formas de subordinación motivadas —según se desprende de las entrevistas realizadas— en lo que podríamos denominar la influencia ideológica representada, para los sanitaristas ubicados en las jurisdicciones provinciales, en el grupo de profesionales del nivel central. Dicha influencia la ejercen por ser estos profesionales, en muchos casos, docentes de la ESPUBA

la que es considerada como el ámbito de mayor prestigio y actualización conceptual, sobre todo por aquellos ubicados en el interior del país. Esta idea se refuerza por la apreciación que tienen los sanitaristas del nivel provincial acerca de las dificultades que enfrentan para mantener una adecuada actualización técnico-científica.

Otro aspecto que favorece esta influencia es el reducido número de sanitaristas con que cuentan las provincias con relación a la jurisdicción nacional. Así es como, mientras en el ámbito nacional cada programa se halla generalmente a cargo de un profesional que cuenta con varios colaboradores tanto técnicos como administrativos, en el nivel provincial —y aún más en el local— cada profesional reúne las actividades de varios programas siendo asistido solo administrativamente, lo cual los conduce a pedir asesoramiento técnico al nivel central para llevar adelante las acciones sanitarias.

Estas formas de subordinación, en las que participan activamente los profesionales ubicados en los niveles provinciales, dio como resultado el establecimiento de redes tecnoburocráticas a través del conjunto de la organización sanitaria estatal. Así es como se desarrolló un circuito donde los sanitaristas ubicados en el organismo central normatizan autoritariamente sobre situaciones muchas veces desconocidas, y quienes se desempeñan en las otras jurisdicciones cumplen con lo pautado, a la espera de que una vez reconocida su *obediencia* aquellos les permitan compartir algún privilegio, tal como el acceso a reuniones internacionales, becas, cursos, o mayor cantidad de recursos que les posibilite mostrar la eficacia de su gestión ante el nivel político.

La consolidación, en la década de 1960, del enfoque técnico sobre la centralización normativa y la descentralización operativa, y la del grupo que la sostiene, será de particular importancia para esta problemática sanitaria en las etapas sucesivas.

La década de 1970 y la reconfiguración del Estado argentino

La crisis del modelo de desarrollo que se intentó imponer a la sociedad argentina durante la década de 1960 implicó también el cuestionamiento a la forma de organización estatal apoyada en la tecnoburocracia. El peronismo en el poder intenta desarrollar la vía de un capitalismo independiente, basada en el “Pacto Social” entre la burguesía nacional y los sectores populares que se apoyaba en un acuerdo previo entre los partidos políticos mayoritarios, el empresariado, la burocracia sindical y las Fuerzas Armadas. Se repolitiza al Estado y las tecnoburocracias son desplazadas de sus puestos para ubicar en ellos a militantes del partido triunfante.

Esta alianza entre los sectores sociales antes mencionados tiene límites muy estrechos y rápidamente se desarticula jaqueada por los intereses económicos perjudicados. De ahí en más el deterioro del gobierno se acentúa cotidianamente, los nuevos planes económicos que responden a los lineamientos de la burguesía agroexportadora y del capital transnacional hunden al país en el desabastecimiento, el mercado negro y la especulación, y provocan una aguda tensión social.

Ante los signos de reacción popular las fuerzas sociales se polarizan y la represión se articula sentando las bases del terrorismo de Estado. En franca descomposición el gobierno peronista no encuentra apoyo en la sociedad civil cuyas organizaciones contribuyó a desintegrar. En este contexto las Fuerzas Armadas, con el consenso de vastos sectores de la población, derrocan al gobierno el 24 de marzo de 1976.

El proceso que describimos debe insertarse en el marco de la crisis económica mundial derivada de la crisis del petróleo que estalla en 1974, a raíz de la cual el capitalismo configura un nuevo patrón de acumulación que desplaza el modelo histórico de desarrollo e industrialización vigente desde la segunda posguerra. Se trata de una crisis internacional de larga duración de carácter profundamente recesivo cuyas manifestaciones más notorias son el crecimiento de la inflación, la pérdida masiva de empleos, la crisis fiscal del Estado y un inusitado aumento de la deuda pública.

Ya desde los inicios de la década de 1970, América Latina atravesaba un proceso de gran convulsión política liderado en la mayoría de los países por corrientes progresistas y antiimperialistas que, en algunos casos, llegaron a expresarse a nivel de gobierno. Ante la creciente amenaza, las clases dominantes locales aliadas a EEUU provocan el derrocamiento de los gobiernos populares (Bolivia, 1972; Chile, 1973; Uruguay, 1974; Perú, 1975) y abrieron las puertas al capital financiero transnacional, una de las formas en que los países centrales lograron paliar su crisis.

El golpe militar en Argentina, que inauguró el autodenominado Proceso de Reorganización Nacional, debe analizarse en este contexto perturbador de la visión simplificadora que ubica como sus únicas causas a la descomposición del gobierno y a la situación de violencia interna. La represión organizada desde el aparato estatal tuvo como objetivo eliminar cualquier oposición a un proyecto de modificación estructural del Estado y la sociedad argentina.

La aspiración del bloque en el poder (burguesía agroexportadora, capital financiero y empresas transnacionales) apuntaba a adecuar a la Argentina a la nueva división internacional del trabajo. Siguiendo la tendencia mundial se rompe definitivamente con las concepciones keynesianas que dieron cuerpo

al Estado Social, acusado de producir la crisis del 75 por su intervencionismo económico, y por posibilitar una *excesiva* democratización de las sociedades.

Este es uno de los argumentos claves de la doctrina neoliberal impulsada por los gobiernos de EEUU y Gran Bretaña y que tiene gran influencia en el proyecto que se instaura en 1976 en Argentina. El neoliberalismo (o neoconservadurismo) hace una defensa acérrima del libre mercado, con la consecuente libre circulación de bienes y capitales a nivel internacional, y la revitalización de las teorías monetaristas. El mercado, según esta doctrina, es el regulador de todos los aspectos de una sociedad y reclama del Estado la prescindencia en las leyes de la economía como vía para reducir el gasto público (en especial, el originado en las políticas sociales) e incentivar la iniciativa privada. Paradójicamente, para llevar adelante estas premisas se demanda un Estado autoritario que se erija en garante del *bien común* (es decir, gran capital nacional e internacional), en la práctica se traduce en la exclusión de amplios sectores sociales.

Consecuentemente con esta posición, el discurso neoliberal que adopta el Estado en 1976 pone de manifiesto la concepción de las clases dominantes, según la cual en Argentina existe un Estado excesivamente interventor que afecta el desarrollo del capital privado ya que los gastos sociales gravan, según este pensamiento, al capital en favor de los sectores asalariados, desocupados y jubilados.

El proyecto neoliberal está mancomunado con los intereses del capital financiero internacional en franca expansión a partir de la crisis que afecta al capitalismo mundial, y fomenta la concentración y centralización de capitales y el endeudamiento externo de los países periféricos. Se propone como un proyecto fundante de un nuevo tipo de sociedad capitalista (esa imagen es autoasumida por el Proceso de Reorganización Nacional) no solo en el área económica sino en el nivel político, social e ideológico.

El discurso neoliberal se legitima al absorber una serie de demandas sociales justificadas, como los malos servicios públicos, la excesiva burocratización estatal, la mala administración de los recursos, etc., que avalan su prédica contra el intervencionismo del Estado y abonan su cruzada privatizante. Así, la nueva derecha se erige en la campeona de los derechos individuales de los ciudadanos contra las pretensiones “colectivistas” del Estado. Se busca profesionalizar nuevamente al Estado y para ello se reinserta en el aparato estatal a las capas tecnoburocráticas. En las estructuras ministeriales se produce un vaciamiento de los profesionales que venían de la etapa anterior y la paulatina captación de otros que se desempeñaban en distintas provincias o fuera del sector público.

Nos parece importante destacar que este discurso oculta que si bien en Argentina los gastos sociales tuvieron un desarrollo temprano, que incluso en las primeras décadas del presente siglo la ubicaron en condiciones similares a los países europeos, se observa que a partir de la década de 1950 y, en particular, en la de 1960 se produce un permanente retroceso de las asignaciones sociales del Estado argentino.

Un reciente estudio de Adriana Marshall (1988) muestra que los gastos sociales en nuestro país nunca fueron soportados por la clase capitalista debido, por un lado, al carácter altamente regresivo del sistema impositivo argentino (los impuestos se dirigen mayoritariamente al consumo y no al capital) y, por otro, a que las denominadas cargas sociales al trasladarse a los precios son pagadas por el conjunto de la población. En líneas generales esta autora señala que el sostenimiento de las políticas sociales en Argentina recayó mayoritariamente en los sectores asalariados, ya fuera por medio de los descuentos sobre los salarios o por los impuestos al consumo.

Asimismo, Marshall indica que:

...una mirada retrospectiva a las formas de intervención social del estado en la Argentina, por lo menos desde la década del cuarenta muestra que durante gobiernos tanto civiles como militares, y gobiernos más o menos populistas, prevaleció el énfasis sobre el papel subordinado que debía desempeñar el estado frente a la actividad privada, incluida en esta última la "solidaridad social" expresada a través de la acción de organizaciones intermedias no estatales vinculadas, entre otros, a gremios y diversas agrupaciones corporativas. (Marshall, 1988, p. 47)

Aunque el concepto de subsidiariedad se comienza a explicitar desde las corrientes socialcristianas, a partir de la década de 1960, en particular para el área de la seguridad social, coincidimos con Marshall en que dicho concepto estuvo presente aun en el gobierno peronista del periodo 1946-1955, que se corresponde con la forma más desarrollada del Estado Social a la que se llegó en Argentina.

La tendencia descentralizadora a partir de 1976

El gobierno del Proceso de Reorganización Nacional acentúa las medidas tendientes a disminuir la participación estatal en el gasto en salud, así como

en las restantes áreas sociales y, en especial, se profundiza la política descentralizadora tendiente a favorecer la menor responsabilidad del Estado nacional en dichas áreas.

Bajo el imperio del Estado subsidiario se pretende transferir a las organizaciones intermedias, a la comunidad o a los individuos la responsabilidad en la provisión de servicios sanitarios ocupándose el Estado solo de los sectores más carenciados. También se lleva adelante con gran énfasis la política de transferencia de servicios sanitarios a las provincias y municipios para que se hagan cargo de su administración y sostenimiento.

Los datos analizados por Marshall sobre el gasto público social del Estado nacional, en el período 1930-1975, muestran la siguiente tendencia: un incremento gradual entre 1930 y 1955 (con picos entre 1945 y 1954) y una paulatina disminución hasta la primera mitad de la década de 1970 donde se produce un nuevo repunte para caer y estancarse hacia 1976.

Basándonos en el trabajo anteriormente mencionado podemos decir que en el período 1976-1983 se distingue un primer momento de desarticulación de las políticas sociales implementadas por los anteriores gobiernos. A nivel sanitario se desmantelan y cierran hospitales, salas de hospitales y centros sanitarios, se deroga el Sistema Nacional Integrado de Salud y se desarticulan los programas nacionales. En una segunda etapa se reorganiza la política social sustentada en los principios de subsidiariedad y de descentralización. El Estado nacional transfiere hospitales y reorganiza los programas sanitarios en su mayoría con un carácter vertical. La descentralización se circunscribe, con relación a estos últimos, a los aspectos administrativos ya que a nivel programático se sostiene la necesidad de la centralización normativa (las provincias administran los recursos que el nivel nacional le otorga previa aprobación de sus propuestas programáticas que se evalúan a posteriori).

A pesar del discurso descentralizador que prima en los planes y programas, de este período data la decisión de que los programas provinciales reciban los recursos económicos convertidos en recursos materiales (dosis de vacunas, material para la cadena de frío, jeringas, agujas, estufas para esterilización, medicamentos, pasajes), o dinero con previa asignación, y cuyos nuevos reembolsos se harían contra entrega, por parte de las autoridades locales, de la información requerida para evaluar el cumplimiento de lo aportado por Nación. Esta modalidad continúa en la actualidad.

Acorde con los lineamientos político-ideológicos del gobierno militar en las políticas que sustentan la descentralización prima la necesidad de disminuir las cargas fiscales del Estado nacional.

La apertura democrática

En las elecciones de 1983 el radicalismo se impuso al justicialismo. El nuevo gobierno se inicia con una correlación de fuerzas favorable al bloque dominante y con los sectores populares, aunque recompuestos en determinados niveles de organización, muy debilitados por la derrota de la etapa anterior. El radicalismo en el poder significó la vuelta a las llamadas libertades democráticas y la revisión y el esclarecimiento de lo actuado durante el Proceso.

En el área económica, a pesar de los iniciales intentos de autonomía, la presión del poder económico dominante impuso el acercamiento a Washington en el que se convino otro programa de ajuste, el Plan Austral, al que se enmarcó en un *proyecto de modernización*, que proponía un nuevo modelo de país, con lo que se desplazó el eje de discusión de la crisis del capitalismo dependiente a la crisis del Estado. Bajo la fachada modernizante este proyecto continúa la línea de transformaciones sociales y económicas que comenzó en 1976.

En función de las necesidades de la acumulación capitalista se plantea entonces la puesta en marcha de un proceso de reforma del Estado que, en los hechos, propone un modelo de democracia restringida basado en el bipartidismo, que excluye la participación popular y privilegia las estructuras tecnoburocráticas. Este esquema demanda un Ejecutivo fuerte en el que se concentra la mayor capacidad de decisión —con prescindencia de los otros poderes cuando resulte necesario— y un presidente autónomo situado por encima de las luchas por el poder de los distintos sectores.

Durante el gobierno radical el Congreso pasa a ser el espacio en el que se dirimen los intereses de los grupos económicos que ejercen presión a través de mecanismos de lobby. Algunos de cuyos representantes se insertan en los aparatos del Estado en áreas que resultan funcionales para la defensa de dichos intereses. De estos grupos participan tecnoburócratas, parlamentarios, sindicalistas, comunicadores sociales, que gestionan privilegios y subsidios para las grandes empresas ya que el gobierno continuó subsidiando a la gran burguesía, sobre todo bajo el régimen de promoción industrial.

Desde el Poder Ejecutivo se introducen otras formas de alianza con los grupos económicos como la Mesa de Concertación, el Consejo Económico Social y otros organismos de acción conjunta que acentúan el avance de la sociedad civil sobre los aparatos estatales. De tal forma el Estado se convierte en un dador de prebendas para los sectores dominantes, en una clara política de capitalismo asistido, y resulta colonizado por los lobbies que se enquistan en su seno con gran capacidad de maniobra política.

Muchos parlamentarios, así como otros funcionarios estatales, se convirtieron en *operadores* políticos de estos grupos e impartieron a su función un

carácter decididamente tecnoburocrático. Es así que los aparatos estatales se transforman al servicio de los sectores dominantes y, de la mano de la modernización, la política pasa a ser dirigida por las corporaciones, a través de las cuales la ideología neoliberal se constituye en el discurso hegemónico, disolvente de los discursos alternativos. Este proceso homogeneizó a los partidos políticos, a los que la sociedad deja de tomar como referente, neutralizó su poder de decisión y originó una fragmentación de la actividad política y una paulatina despoltización de la población ganada por la resignación y la indiferencia.

Dentro del proyecto de modernización, la política de privatización de las empresas estatales constituye uno de los pivotes del discurso neoconservador —hábilmente desplegado por los medios de comunicación masivos hacia el conjunto de la población y asumido como propio por una amplia franja de la sociedad— que enfatiza cotidianamente los vicios de un Estado ineficiente e hipercentralizado, al que maneja una burocracia lenta y cuando no, corrupta. Esta burocracia, que no resulta funcional al bloque dominante, es paulatinamente reemplazada en algunas instancias por una estructura tecnoburocrática —profundizando la política de la etapa anterior— que se personifica en administradores estatales.

Tal como lo señalamos, la gestión modernizadora resulta artífice —en nombre de una supuesta política de descentralización— de la fragmentación y achicamiento del aparato estatal en pequeños grupos de control técnico, que operan con criterios de eficiencia, racionalidad y rentabilidad, y adoptan el perfil de las empresas privadas (Rubio, 1988, p. 21).

El creciente poder de los grupos tecnoburocráticos se manifiesta en toda su crudeza en el área económica, ya que es allí donde se plantea más claramente el proceso de reconfiguración. Al impulso del proyecto privatizador, postulado tanto por los radicales como por los peronistas, el Estado retrocede y deja el terreno libre para el avance de los grandes grupos económicos, replanteando los términos de las alianzas entre los representantes estatales y los altos ejecutivos de las empresas privadas. La línea que separa lo público de lo privado se vuelve cada vez más borrosa, y es en ese espacio en constante redefinición en el que se mueve la tecnoburocracia estatal en esta etapa.

Otro de los aspectos de la desestatización es la desregulación, que refiere al abandono de algunos de los mecanismos por los que el Estado arbitraba sobre las diferentes relaciones establecidas en el área económica y que en esta etapa entorpecen la acción de los sectores dominantes. La desregulación es otra de las armas que impulsan el proceso de centralización y concentración de capital —que continúa siendo el rasgo dominante en la Argentina—, se extiende al ámbito laboral, y deja el terreno libre a las formas más graves de la explotación de los trabajadores (Muñoz *et al.*, 1988).

En la redistribución de roles, el Estado argentino abandona el control sobre las funciones productivas directas y sobre las que hacen a la reproducción de la fuerza de trabajo, pero refuerza su conducción sobre la política económica general. El sometimiento al pago de la deuda externa heredada y sus fabulosos intereses imponen una estricta reducción de los gastos del Estado. Los drásticos términos del ajuste económico acentúan la crisis del sistema asistencial y de seguridad social.

Al profundizarse la reconfiguración del Estado, la posición descentralizadora adquiere un vigor mucho mayor que en la etapa anterior. En efecto, a partir de ese momento la descentralización se entronca con la reforma político-administrativa del Estado como uno de sus elementos directrices.

A nivel discursivo se define conceptualmente a la descentralización como el instrumento capaz de producir el aumento de poder, de autonomía de decisión y de control de los recursos, de las responsabilidades y de las competencias de las comunidades locales en detrimento del Estado nacional. Se pretende por esta vía lograr una redistribución territorial del poder que ponga fin al centralismo causante de las dificultades para el desarrollo de las comunidades locales en la medida que actúa desconociendo sus reales necesidades (De Mattos, 1989).

Los objetivos que el gobierno radical declara perseguir con la descentralización son: propiciar la democratización de los procesos sociales, aumentar la participación popular, reducir la injusticia social y promover el desarrollo de las comunidades locales involucradas. En función del análisis histórico cabe la pregunta que realiza De Mattos: ¿cómo es que a partir de una reforma político-administrativa se pueden lograr transformaciones tan profundas en sistemas donde se observan prácticas enraizadas estructuralmente que operaron en forma diferente? Creemos oportuno, asimismo, plantearnos otro interrogante que se formula este autor y es el referido al motivo por el cual este tema, presente desde hace más de dos décadas en los planes de desarrollo para el continente y en los programas de las distintas áreas gubernamentales, adquirió tanta actualidad en la década de 1980.

Asimismo, llama la atención que la descentralización sea apoyada desde dos vertientes ideológicas opuestas tales como los sectores progresistas que propician la democratización del poder y las corrientes neoliberales. Dada esta peculiaridad que presenta la política descentralizadora tendremos que responder la pregunta inicial en función de estas dos posiciones ya que, indudablemente, los objetivos finales propuestos —más allá de las semejanzas discursivas— son esencialmente distintos. Pocas veces se clarifican estas posiciones y lo que se observa es que los sectores progresistas quedan atrapados en el discurso neoliberal al plegarse a las políticas que impulsan

procesos descentralizadores por considerarlos, por definición, facilitadores de la democratización del poder.

Desde esta posición —en la que subyace la idea de que es posible cierto grado de autonomía política local— se considera que en este nivel los sectores más postergados tienen mayores posibilidades de negociación con lo que pueden inclinar la balanza en favor de propuestas más equitativas. Se sostiene también que se favorece el desarrollo de las libertades individuales, que se propicia el control de la gestión pública y que se puede trabajar en la construcción de consensos en torno a situaciones de interés general local.

Ahora bien, cuáles son los fundamentos que tiene la propuesta descentralizadora para las corrientes neoliberales que son sus impulsoras desde posiciones reales de poder. Como señala De Mattos, para dichas corrientes, la propuesta de la descentralización se inscribe en las transformaciones que se vienen operando en el sistema capitalista a partir de la crisis de mediados de los setenta. Estas transformaciones condujeron a acentuar las contradicciones entre los procesos controlados por el capitalismo lucrativo y los controlados por los estados nacionales que buscaban mantener el orden social por encima de los intereses capitalistas individuales. Estas contradicciones se tienden a resolver en favor de los primeros por lo cual se empezó a cuestionar el funcionamiento y organización de los aparatos estatales como fuente de dificultades para la acumulación capitalista. Esta crítica opera con particular virulencia en el caso de los estados latinoamericanos que, debido a la modalidad adquirida por el desarrollo capitalista, tuvo un carácter marcadamente interventor que lo condujo a un gran crecimiento.

La propuesta neoliberal propicia el desmantelamiento de la centralización estatal y, especialmente, los remanentes del Estado de Bienestar. La búsqueda se orienta hacia un agrupamiento de carácter mundial con réplicas en los niveles locales sin el entorpecimiento que significa un Estado central burocrático. En síntesis, la propuesta busca la desburocratización, la privatización y la descentralización. La contrapartida de esta posición se plantea con la tendencia a la centralización del capital.

El impulso descentralizador del gobierno democrático que, como vimos más arriba, sostiene a nivel discursivo una posición aparentemente progresista debemos contextualizarlo en el marco del proyecto más amplio de reforma del Estado que analizamos con anterioridad. Aquí retomaremos sintéticamente la idea de que la propuesta del gobierno radical sostiene la necesidad de modernización del Estado, para lo cual considera indispensable la privatización de todas aquellas áreas de interés para el sector privado, la descentralización de funciones asumidas por el Estado nacional que deberían ser llevadas adelante por los estados

provinciales, y la tecnificación de las áreas que queden en poder de la jurisdicción nacional.

La tendencia, ya claramente desplegada ha sido la de fragmentar el aparato estatal multiplicando los centros de decisión y por ende de negociación. La provincialización y regionalización iniciada en 1976 se continúa y profundiza a partir de 1983. La descentralización —basada en el supuesto sentido federalista— se lleva a cabo a través del traspaso de competencias a las jurisdicciones locales o de la compartimentación geográfica de organismos de carácter nacional. Se trata, en definitiva, de crearle al gran capital contrapartes pequeñas, localizadas, menos capaces de generar una lógica autónoma de actuación que los grandes entes de carácter nacional (Muñoz *et al.*, 1988).

En el ámbito sanitario la tecnoburocracia que viene sosteniendo este discurso desde la década de 1960 es un recurso humano apto, en el nivel ideológico, para cumplir con los postulados de la modernización estatal. Incluso, el sostenimiento de la centralización normativa, junto con el concepto de descentralización ejecutiva son funcionales a los intereses del capitalismo, en tanto permiten el disciplinamiento ideológico-político de los recursos humanos ubicados en las jurisdicciones locales. De allí que en el ámbito sanitario se observa la continuidad de aquellos profesionales que vienen ocupando los niveles ejecutivos de la administración de programas y de servicios desde, por lo menos, la última dictadura militar, como así también, el nombramiento como asesores de las autoridades de salud de conocidos sanitaristas que desempeñaron las mismas funciones en los gobiernos autoritarios⁴.

⁴ Del análisis de las historias laborales de los sanitaristas, que se realizan en el transcurso de 1987-1988, se observó que un gran número (70%), que se desempeñan en funciones ejecutivas, tienen una trayectoria, en el ámbito estatal, que supera los 15 años, mientras que otra importante cantidad se incorporó a la función entre 1976-1977. A partir de la asunción del gobierno democrático, es ínfimo el número de profesionales de salud pública incorporados a las direcciones que conforman el Ministerio nacional. Asimismo, muchos de los directores nacionales, nombrados por el gobierno radical, habían desempeñado cargos, ya fuera en Nación o provincias, en el gobierno militar.

Seguro de salud

Los procesos sociales y el seguro de salud

A partir de la década de 1930 se identifican en la comunidad médica las primeras huellas de una formulación del seguro que puede vincularse con la del posterior discurso del sanitarismo desarrollista. Surge en ese momento, en el que la sociedad atraviesa por una profunda crisis, la necesidad de la implementación de un seguro para cubrir la atención de la salud de la totalidad de la población argentina.

La crisis generalizada tuvo su correlato en los diferentes aspectos del ámbito de la salud. Algunas de las características posibles de definir en este período son: el aumento de la intervención estatal en la salud pública, la concentración de la producción en grandes instituciones, el decisivo flujo de la demanda hacia los servicios de atención gratuita, el aumento del número de médicos, pero sobre todo su concentración en áreas urbanas que, entre otras causas, provocaron el descenso del nivel de ingresos y la pérdida de autonomía profesional. Todos estos factores, varios de antigua data que se acentuaron con la crisis, obligan a la búsqueda de soluciones que se adecuen a las nuevas necesidades.

Hasta entonces la atención de la salud de la población argentina se repartía en una gama de instituciones cuyo diverso origen y competencia formaban un cuadro de gran complejidad. Estas organizaciones prestadoras de salud podrían dividirse en tres grupos: en primer lugar, las mutualidades o sociedades de socorros mutuos, nacidas en su mayor parte del principio de solidaridad, ya sea entre las diferentes comunidades de inmigrantes con sus conacionales o entre trabajadores que, en general, se agrupaban por pertenecer a la misma empresa, repartición, rama de industria o gremio; en segundo lugar, existía el sistema hospitalario estatal y el de las sociedades de beneficencia que supuestamente tomaba a su cargo la atención de la población indigente y, por último, el sector de la medicina privada que restringía su atención a los sectores más favorecidos.

En virtud de la transformación a todo nivel que se produjo en la sociedad argentina, el antedicho esquema de organización médico-asistencial llegó al límite de sus posibilidades. Uno de los aspectos que resaltan cuando se tratan de abordar los múltiples factores de la crisis en el área de la salud en la década del treinta, es el sensible giro de dirección de la demanda que se vuelca hacia los grandes establecimientos, ya sea públicos o privados en busca de una atención gratuita o financiada. Según las diferentes interpretaciones, este cambio en el carácter de la demanda se origina en la tendencia a

la concentración debida a la creciente complejización de la atención médica, a los avances técnicos en los métodos de diagnóstico que requerían de una costosa capacidad instalada, como también a la necesidad de trabajo en equipo, todo lo cual encarecía notablemente las prestaciones.

Esta situación dará lugar a un reordenamiento del mercado médico. En el sector privado se ofrecen nuevas formas organizativas, algunas de las cuales intentan paliar las dificultades tanto del paciente como del médico. Se multiplican los sanatorios y clínicas particulares, los sistemas de atención por abonos (antecesores de los prepagos) y las clínicas cooperativas organizadas por grupos de médicos que tratan de luchar contra la explotación de las *pseudomutualidades*⁵. Pero, en definitiva, de aquí en más, se consolida una amplia franja de entidades que abordan la atención de la salud con un criterio exclusivamente empresario.

Por otro lado, a la luz del cambio en las necesidades de la población se configura una nueva imagen de la institución hospitalaria, cuyos servicios serán desbordados por la concurrencia masiva de pacientes de los distintos sectores sociales, como consecuencia de la complejización de la práctica y de la reducción del poder adquisitivo de las clases medias.

La situación antes reseñada pone en tela de juicio el papel del Estado respecto de su responsabilidad sobre la salud de la población, ya que debe ampliar su función como prestador de servicios médico-asistenciales, lo cual evidencia la insuficiencia de la capacidad instalada y provoca una sobrecarga para el personal que, en el caso de los médicos, los lleva a cuestionar su inserción laboral gratuita y también su responsabilidad por la atención del paciente indigente en sus consultorios particulares. En efecto, la mayoría de los médicos no percibe ningún salario por el trabajo que realiza en los hospitales estatales, lo que ocasiona continuas quejas, discusiones y luchas en el ámbito del gremio médico durante todo el periodo que nos ocupa.

En un estudio sobre la corporación médica se sintetiza de esta forma la visión que se va estructurando dentro del gremio médico con relación a la responsabilidad que el Estado debe asumir en la atención de los sectores desprotegidos:

Solo hay un margen de acuerdo entre todos los comentaristas que se ocupan del tema: la situación presente es insostenible. Pero cuando se trata de diseñar las soluciones de corto plazo el abanico se abre en por lo menos tres grandes opciones: el mantenimiento del sistema de “puertas abiertas”, inyectando recursos que lo hagan viable;

⁵ Así llamaba el Dr. A. Bunge a las entidades que con apariencia de neutralidad encubrían fines de lucro o políticos.

la limitación del hospital a la población indigente; el arancelamiento, que permita obtener un flujo financiero proveniente del sector con capacidad de pago, sin limitar la atención gratuita al carenciado. (Belmartino *et al.*, 1988, p. 79)

Así es que emergen con gran fuerza en esta etapa las cuestiones ligadas al financiamiento de la salud. Para la mayor parte de la comunidad médica resulta cada vez más claro que la atención de la salud de la población indigente debe estar a cargo del Estado. También se hace evidente que los sectores sociales medios y obreros tienen crecientes dificultades para hacer frente a la atención médica.

Enmarcado en el contexto que hemos bosquejado va tomando cuerpo en el gremio médico y en otros ámbitos de la sociedad la idea de la implementación de un seguro de salud que cubra la demanda del conjunto de la población⁶.

En el año 1936 el Dr. Bunge, que había sido jefe de Inspección de Higiene Social del Departamento Nacional de Higiene, logra imponer su propuesta sobre seguros sociales en el Primer Congreso Médico Gremial y Social realizado en la ciudad de Rosario, que reconoce como antecedentes otras propuestas que se habían planteado desde principios de siglo⁷. Bunge entiende como seguro social “toda forma de previsión de los riesgos de enfermedad, maternidad, desocupación, invalidez, vejez, defunción y orfandad, practicada mediante cotizaciones periódicas de los aspirantes a los respectivos beneficios” (Belmartino *et al.*, 1988, p. 49). Este seguro estaría a cargo de las mutualidades que deberían regirse por un directorio renovado periódicamente elegido en asambleas o comicios libres. Las utilidades y servicios de dichas instituciones serían para beneficio exclusivo de los socios, los que gozarían de idénticos derechos según las categorías prefijadas. Estas mutualidades debían ponerse bajo jurisdicción del Ministerio del Interior.

En los años siguientes la propuesta del seguro sigue ganando adeptos, como se manifiesta en el Segundo Congreso Médico y Gremial (1938) y en

⁶ Según mencionan Belmartino *et al.* (1988), las diferentes propuestas que el gremio formula para enfrentar la crisis de los servicios de salud pueden agruparse en tres grandes núcleos: “oficialización”, “seguro”, y “recuperación de la práctica privada”.

⁷ Bunge había presentado su proyecto en 1919 y 1927 ante la Cámara de Diputados de la Nación, siendo rechazado en las dos oportunidades. Los más destacados fueron el proyecto Iburguren (1913), el del partido socialista presentado por el diputado Ángel Giménez en 1914 y los de la Liga de Tuberculosis realizados bajo la presidencia de Gregorio Aráoz Alfaro.

el Segundo y Tercer Congreso de Sanidad realizados en Santa Fe en 1942. Aunque en el Segundo Congreso de Medicina Gremial y Social que tuvo lugar también en 1942 se formula una severa advertencia:

...los seguros sociales [...] a la vez que han reportado ventajas para la población beneficiaria han contribuido a agravar el problema económico de los médicos debido a las remuneraciones mezquinas de los profesionales incorporados a su régimen. (Belmartino *et al.*, 1988, p. 181)

A principios de la década de 1940 entre los médicos que apoyan el seguro se manifiestan dos posiciones: una, defensora de los *seguros sociales*, de neto corte antiestatista, sustentada entre otros por Juan Lazarte, propugna una organización descentralizada, con apoyo en las entidades propias de la sociedad civil y administrado por cajas gobernadas por la institución gremial; la otra, favorable al llamado “seguro nacional”, era partidaria de una organización centralizada con una cobertura universal ya que abarcaría a todos los habitantes de la República sin ningún tipo de distinción y obtendría sus recursos del aporte proporcional a sus ingresos realizado por todas las personas beneficiadas.

Aunque una parte del gremio médico aún resistía la propuesta del seguro, otros actores sociales, como la Unión Industrial Argentina, la Confederación General del Trabajo y algunos sectores de la Iglesia Católica, se muestran favorables a la implantación de un seguro de enfermedad.

El seguro de salud como problemática del Estado

A partir del año 1943 se produce un acelerado proceso transformado, que involucra a todos los ámbitos de la sociedad y en el cual el Estado asumirá un papel protagónico. Muchas de las demandas sobre atención médica surgidas desde distintos sectores sociales en la década precedente son retomadas por el Estado que interviene decididamente en el ámbito de la salud. Es así que una de las funciones de la Dirección Nacional de Salud Pública debía ser la formulación de un proyecto sobre la implementación del seguro social obligatorio para todos los habitantes del territorio nacional.

En 1944 se crea la Comisión de Servicio Social encargada de determinar los servicios sociales mínimos que debían establecer las empresas en beneficio de su personal (atención médica gratuita, atención farmacéutica, proveeduría al costo, servicio de comedor, baños fríos o calientes, etc.). La prestación de estos servicios podía ser proporcionada por la organización mutualista o

cooperativa del personal. Esta medida es considerada como la piedra basal de la organización de las obras sociales sindicales, muchas de las cuales se desarrollan a partir de las sociedades de socorros mutuos y mutualidades gremiales ya existentes. Pero esta política cobró un gran impulso a través de la creación de las obras sociales de la administración pública, cuyo personal estaba obligado a afiliarse. A partir de entonces y hasta fines del gobierno peronista se organizarán los servicios sociales para el personal dependiente del Estado y se irá conformando el heterogéneo cuadro de las obras sociales.

El grupo nucleado en la Secretaría de Trabajo y Previsión comienza a esbozar algunas temáticas que serán dominantes en el discurso peronista sobre salud: la de la relación entre salud y productividad, la del Estado como garante de la salud de la población y la del derecho que posee cada habitante a un acceso igualitario a la atención médica (Belmartino & Bloch, 1980). En noviembre de 1944 se crea el Instituto Nacional de Previsión Social con el fin de implementar un régimen de previsión que proteja a los sectores desfavorecidos de los riesgos de enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo, etcétera.

Ya en el gobierno peronista se formula bajo el Primer Plan Quinquenal un proyecto de ley que busca implementar un sistema de seguridad social con financiación del Estado federal, los estados provinciales, las municipalidades y los beneficiarios. Respecto al seguro de enfermedad se especifica que la cobertura es solo para aquellos que tengan ingresos inferiores a un monto fijado de acuerdo a los salarios. El Dr. Ramón Carrillo, ministro de Salud durante casi todo el período peronista, era partidario de la implementación de un seguro bajo la dirección y administración del Estado. Proponía un sistema indirecto y los efectores, en su mayor parte, serían los hospitales públicos; el organismo recaudador tendría a su cargo exclusivamente las funciones financieras, Carrillo pensaba que el seguro no se realizaría en una etapa próxima, sino que sería necesario atravesar distintos momentos hasta llegar a su concreción. Aunque el ministro creía que se debía impulsar el desarrollo de mutualidades como una de las fases en el camino del seguro, se oponía a que estas instituciones extendieran su capacidad instalada, ya que lo contrario dificultaría llegar a la unificación de los servicios de salud y porque consideraba que estas instituciones debían contratar las prestaciones con el sector estatal.

Uno de los aspectos más polémicos del pensamiento de Carrillo es su apoyo a la medicina privada para los que pudieran pagarla; en concordancia con este concepto los sanatorios privados debían ser protegidos y fiscalizados por el Estado. En la práctica se proponía una atención diferenciada que produjo:

...un sistema de organización de la atención médica que terminará siendo definitivo. El subsector privado asistiendo a la población con capacidad de pago directo y el hospital público orientado a la cobertura de los sectores de menor ingreso. (Belmartino & Bloch, 1980, p. 18)

El Segundo Plan Quinquenal, que restringía notablemente los objetivos del primero, priorizaba la racionalidad y economía en la utilización de los recursos. El proyecto del seguro es dejado de lado y se pide el apoyo del Estado en la creación de mutualidades y cooperativas (en especial las de tipo gremial). Esta política ampliará el espacio de las obras sociales, las que a partir de entonces (aunque con algunos retrocesos) irán incrementando su poder.

Gradualmente durante el gobierno peronista el sistema de salud fue modificando las relaciones de fuerza entre los distintos subsectores de la atención médica, proceso que se llevó a cabo con muchas contradicciones, una de ellas fue el fuerte incremento de la capacidad instalada del Estado con el paralelo impulso a la expansión de las obras sociales, que como vimos van a priorizar la contratación con el sub sector privado.

En la comunidad médica el tema del seguro nacional de salud continuó vigente, según se manifiesta en el Primer Congreso Nacional de Higiene y Medicina Social en 1948, el III Congreso Médico Gremial (Córdoba, 1950) y en el de la Confederación Médica Argentina (Mar del Plata, 1954).

La visión de los sanitaristas acerca del financiamiento

Con la caída del peronismo, el Estado abandona su papel tutelar e implementa una política de disminución del gasto a todo nivel. En el ámbito de la salud se traduce en la detención del desarrollo de la capacidad instalada y en la falta de mantenimiento de la misma. A partir de entonces se producen numerosos proyectos, formulados desde el gremio médico o dependencias del Estado, que mantienen vigente la propuesta de un seguro nacional de salud. En el año 1958, tanto el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública como la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires, crean comisiones para el estudio de un Seguro Nacional. En 1964 se habla de una *avalancha de proyectos* de seguro presentados ante los poderes públicos (Sonis & Martini, 1964, p. 65).

Con distintas motivaciones, tanto desde el Estado como desde el gremio médico, se intenta controlar el creciente poder de los sindicatos en el manejo de las obras sociales. El gremio médico insiste en su propuesta de un seguro

nacional de salud dirigido por los profesionales, como forma de proteger el mercado médico al que ve amenazado por el desarrollo de las mutualidades, las obras sociales y la retribución del trabajo profesional mediante el pago de un salario.

El Consejo Federal de Seguridad Social (COFESES) fue creado en 1961 con el objetivo de proponer un plan de Seguridad Social. En su Primer Informe Técnico especifica las dificultades que encontró al intentarlo:

Es indudable que, si el país no contase con una legislación tan arraigada en la materia y con un conjunto de instituciones en pleno funcionamiento, no se tropezaría con muchos de los inconvenientes que se plantean cada vez que se proyecta una reforma de fondo o se procura un perfeccionamiento del sistema. (Provenzano, 1964, p. 31)

Además, el organismo caracteriza negativamente a las obras sociales y mutualidades de la época aduciendo, entre otras cosas, la mala calidad de las prestaciones, la terrible burocracia con la que se administran y las bajas remuneraciones de los médicos.

En 1965 el gobierno del presidente Arturo Illia encarga una encuesta preliminar sobre mutualidades y obras sociales la cual fue realizada por el Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE). La encuesta demuestra que el Estado es una de las fuentes principales de financiación de las obras sociales, subraya la atomización y heterogeneidad del sistema y las grandes diferencias en la situación económica de cada entidad, lo que da lugar a prestaciones muy disímiles.

Entre los sanitaristas se manifiesta el reclamo por un seguro de salud que sintetiza las posiciones presentes hasta ese momento: la del gremio médico y el Estado, que será manifestada a través de diferentes canales. Uno de ellos es el de las Jornadas de la Asociación Argentina de la Salud Pública. En las cinco jornadas que se realizan desde 1962 hasta 1968 se reitera la recomendación para lograr un sistema estable de financiación de la salud junto a una organización coordinada de servicios.

Las V Jornadas que, como ya hemos visto, tuvieron como tema el de la atención médica, en lo relativo a la aplicación de un futuro sistema de financiación sugieren: cobertura universal y obligatoria, con un sistema único que fusione a los sub sectores público, de obra social y privado con un sentido de promoción y protección de la salud vinculado con el aspecto curativo y de rehabilitación.

Durante el gobierno de la Revolución Argentina, la Secretaría de Salud Pública había pasado a formar parte del Ministerio de Bienestar Social que reemplazó, en 1966, al de Asistencia Social y Salud Pública. La Secretaría estuvo a cargo del Dr. Holmberg y el Dr. Mondet, quienes a la cabeza de un

equipo de sanitaristas expresan la posición de los técnicos en el tema de la salud y formulan una línea favorable a un sistema de salud único y centralizado que termine con la atomización de los servicios; proponen un seguro de salud en el que la seguridad social se haga responsable de la financiación, pero no de las prestaciones.

Esta línea se manifiesta en las Reuniones de Autoridades de Salud Pública que nuclean a los sanitaristas de mayor peso en el aparato del Estado. En la III Reunión, en la que participaron autoridades provinciales, de la Secretaría de Estado de Salud Pública y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y que tuvo lugar en Mendoza en diciembre de 1968, surge entre las recomendaciones finales el pedido al Estado por la definición de una política de salud “...como base ineludible de orientación para una política de financiamiento [que] deberá armonizar las fuentes de financiación de la salud actuales...” tendiendo a la creación de “un seguro de salud para las prestaciones de atención médica integrada, a través de un sistema de seguridad social que deberá actuar como ente financiero y no como prestador de acciones”. Como forma de financiación se propone el aporte del conjunto de los interesados (beneficiarios, empleadores, comunidad, Estado). El Estado cubrirá a la población indigente y la administración estará a cargo de un ente autárquico en el que participarán todos los sectores interesados.

En lo relativo a los efectores, la III Reunión recomienda que deben asegurar la calidad de las prestaciones y un mejor uso de recursos, así como “un sistema de retribución justo y adecuado”, y solicitan que se legisle “posibilitando a los establecimientos estatales ingresos y erogaciones diversas”. Para desarrollar la propuesta se sugiere la creación de una comisión que elabore un proyecto de seguro (*Revista de Salud Pública*, 1986, p. 146).

La reglamentación de las obras sociales

Alrededor de 1970 esta propuesta pierde peso cuando se manifiestan dos corrientes contrapuestas en el sector salud, una sustentada por la Secretaría de Salud, a la que nos hemos referido y la otra, que se impone a través de la Secretaría de Bienestar Social y defiende un sistema pluralista y descentralizado que no cambie demasiado la situación vigente con el sistema de las obras sociales, como forma de evitar un enfrentamiento con el sector sindical. Esta línea logra la sanción de la Ley 18610 en cuya formulación el sanitarismo como grupo profesional no tuvo una intervención directa.

Con la aplicación de la Ley 18610 se pretende reglamentar una situación ya planteada en la sociedad, dado que se generaliza la forma de organización

del sistema de prestaciones a través de las obras sociales como ente financiador. Mediante esta ley se universaliza la cobertura ya que al declarar obligatoriedades de los empleadores sobre la recaudación. Además, se crea el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) bajo jurisdicción de la Secretaría de Seguridad Social que tendrá a cargo la conducción del sistema.

Varias son las consecuencias de la implementación de la Ley 18610 en el conjunto de la sociedad. Por un lado, a partir de la afiliación obligatoria aumenta el poder de convocatoria de los sindicatos y al mismo tiempo acrecienta la intervención estatal en dichas entidades al ponerlas bajo la supervisión del INOS.

En lo inmediato la inyección de fondos hizo que algunos sindicatos crearan servicios propios, pero en la práctica se vio que esta solución no era viable para el conjunto. Los hechos posteriores demostraron que el sector privado fue el que ganó mayor espacio ya que aumentará su capacidad en escala creciente como principal prestador de las obras sociales. Al negarse a la contratación de atención en las instituciones del sector público, las obras sociales refuerzan el grave retroceso de este sector. Como sintetizan Belmartino y Bloch:

Se consagran así definitivamente las características principales del “modelo criollo de la seguridad social”: falta de universalidad, atención médica no igualitaria y un sistema de cobertura que está dirigido exclusivamente a la población económicamente activa, quedando marginados del mismo varios millones de personas con excepción de jubilados y pensionados. (Belmartino & Bloch, 1982, p. 21)

La sanción de la Ley 18610 da inicio a una larga etapa en la que se imponen nuevas modalidades en todos los aspectos del ámbito de la salud. Esta reestructuración pondrá en juego numerosos intereses sectoriales; en el caso de los sanitaristas se perfilan dos vertientes: una que defiende la inserción profesional en el ámbito estatal, la otra que opta por el prometedor espacio que se abre con la seguridad social y para la cual el tema central será el de los recursos destinados a la financiación.

Como uno de los efectos de la ley, la afiliación obligatoria aumenta ostensiblemente el poder de convocatoria de las organizaciones sindicales y, asimismo, a partir de la contratación masiva de los servicios del sector privado, se refuerza la presencia de los organismos que nuclean a los establecimientos privados y la de las asociaciones médicas.

Este proceso forma parte del proyecto de corte corporativo del gobierno de la Revolución Argentina, el cual, como ya hemos mencionado, a través de uno de sus aparatos, el Ministerio de Bienestar Social —artífice de la Ley

18610— otorga una gran importancia a la seguridad social; en consonancia con esta orientación teje una espesa trama de intereses con los sindicatos a los que privilegia según su grado de influencia social y movilización. Esta es la política que guía la ley al vincular a cada obra social con su sindicato.

En efecto, gracias a su particular ubicación en el esquema de poder, como asimismo en el mercado de trabajo, algunos organismos sindicales obtuvieron mayores recursos financieros, lo que les permitió ampliar notablemente la cantidad y calidad de sus prestaciones, mientras que otras entidades, por ser más pequeñas, o no resultar funcionales al proyecto político, ofrecían una cobertura social mucho más reducida.

De esta forma se refuerza un modelo de seguridad social basado en la inequidad ya que, por un lado, fomenta la diferenciación en la atención de la salud y en la prestación de otros servicios sociales que reciben los trabajadores, de acuerdo a su inserción en la estructura productiva y a los favoritismos de turno y, por otro, no cubre a un amplio grupo de la población que no se inserta en el mercado laboral formal⁸.

Desde el aparato estatal se legitima un modelo prestador que en la práctica favorece el desarrollo de la medicina privada, ya que los dirigentes sindicales contratan sus servicios y no los del sector público. El reforzamiento del poder económico y político de los sindicatos los convertirá, a partir de entonces, en actores fundamentales del juego político y en partícipes insoslayables en la definición de las políticas de salud.

Al implementarse la Ley 18610 el tema del seguro nacional de salud queda vinculado a la problemática de las obras sociales y en este sentido es asumida por una de las líneas del sanitarismo, aquella que optó, como tema central de interés intelectual y de inserción laboral, por el de la financiación.

Durante el gobierno peronista que asume en 1973 se perfila una nueva y efímera perspectiva cuando los cambios del sector salud se orientaron hacia la conformación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en el que la corriente del sanitarismo identificado con el sector público encuentra una virtual vía de concreción de la concepción que sustentaban respecto a lo que debía ser la seguridad social en la Argentina.

El texto definitivo de la ley expresó los cambios a los que debió sujetarse su articulado original como resultado de la negociación dentro del gobierno y

⁸ Aunque con la implementación de la Ley 18610 aumentó en un gran porcentaje la población cubierta por las prestaciones, a partir del gobierno del Proceso de Reorganización Nacional este crecimiento se detuvo debido a la regresión industrial. Parte de la mano de obra expulsada de este sector se transformó en cuentapropista.

las fuertes presiones de otros sectores interesados. Los sindicatos presentaron una férrea oposición al SNIS, así como las empresas farmacéuticas y médicas y la mayoría de los que ejercían su profesión en forma liberal.

El sector privado luchó ferozmente contra el SNIS ante la amenaza de que mermaran las contrataciones de las obras sociales. El SNIS se aplicó únicamente al sector público y a los territorios de jurisdicción nacional, y quedó librado a la voluntad de las provincias y del sector privado su incorporación al sistema lo cual limitó en gran parte su aplicación. De hecho, el SNIS llegó a adoptarse en algunas provincias, pero solo en zonas de poca población donde era más sencilla la integración de los efectores y donde el sector privado tenía poca incidencia.

A partir de 1976 el gobierno del Proceso de Reorganización Nacional desmanteló estos débiles intentos de organización. La ley fue derogada en 1978. El marco legal de la política de seguridad social sostenida por el gobierno de la dictadura militar fue dado por la Ley 22105 de Asociaciones Profesionales que, dentro de otras medidas dirigidas a mermar el poder de los sindicatos, niega a éstos la posibilidad de desarrollar o mantener servicios asistenciales propios, y estimula la transferencia de fondos al sector privado de salud.

Esto se reafirma con las disposiciones de la Ley 22269 (1980) que dispone la confiscación de los establecimientos existentes por parte del INOS, minimiza la representatividad de los beneficiarios, aunque aumenta a un 3% sus aportes (los aportes patronales no se modifican) y obliga a que el 80% de los fondos se destinen a salud, reduciendo la asignación a otros ítems como vivienda y turismo. Se desplaza a los sindicatos del manejo de las obras sociales que quedan bajo la administración de interventores militares y un Consejo de Administración, en el que, además de los representantes estatales figuran los empresarios y los beneficiarios (en franca minoría). En los hechos, a partir del golpe militar en 1976, numerosos sindicatos habían sido intervenidos y los fondos de sus obras sociales pasaron a manos del gobierno que utilizaba parte de ese dinero en rubros ajenos a los destinados originariamente.

Una de las disposiciones más controvertidas de la Ley 22269, fundamentada en los principios neoliberales, fue la de desligar a los afiliados de la obligatoriedad de aportar a su obra social con el fin de que pudieran elegir *libremente* la forma de atención a su salud. De tal forma la política sanitaria del Proceso, además de provocar la neutralización de las organizaciones sindicales, representó un decisivo apoyo desde el nivel institucional al sector privado de salud, en especial a las empresas de prepago o seguro privado. Aunque la Ley 22269 no fue reglamentada algunas de sus disposiciones se aplicaron parcialmente, sobre todo la medida que se refiere a los aportes obligatorios al INOS, que por largo tiempo habían escapado a un control efectivo.

A nivel de los aparatos estatales el proceso descrito no estuvo exento de contradicciones, las cuales reflejaron los diferentes intereses de los grupos tecnoburocráticos que actuaban desde dentro de las estructuras institucionales, y que se expresaron en el debate sobre el proyecto de ley de las obras sociales con el enfrentamiento de las posiciones del Ministerio de Economía (apoyada por los Ministerios de Interior y Justicia) y el Ministerio de Bienestar Social.

La postura del Ministerio de Economía, basada en la doctrina neoliberal, planteaba directamente la separación de las obras sociales de sus sindicatos. Por un lado, se apuntaba al debilitamiento de las organizaciones sindicales y por el otro, coherentemente con el plan económico postulado, se buscaba el abandono del Estado de su función social la que, según este planteo, era ejercida en detrimento del sector privado. De acuerdo a este sector, el tema de la salud pertenece a la esfera privada de las personas, las cuales en forma individual deben optar por el sistema que más les favorezca.

Así, como forma de desvincular tanto al Estado como a los sindicatos y al empresariado de la responsabilidad de la salud de la población, el proyecto para las obras sociales del equipo económico proponía eliminar los aportes de los afiliados y de los patrones, lo cual —se afirmaba— significaba un beneficio para ambos grupos que se liberaban de esta imposición considerada arbitraria. Al Estado le cabía hacerse cargo de la atención de la salud de aquellos que no pudieran acceder a los seguros privados. Obviamente esta propuesta fue apoyada tanto por las patronales como por las empresas de prepagos.

Desde el Ministerio de Bienestar Social, y más específicamente, desde la Secretaría de Seguridad Social, el grupo tecnoburocrático que, a partir de la puesta en práctica de la Ley 18610 había accedido al ámbito laboral de las obras sociales, así como al INOS, postulaba un proyecto de orden corporativista inspirado en la doctrina social de la Iglesia Católica, que reivindicaba la solidaridad grupal y la aplicación de políticas sociales selectivas acordes con los postulados socialcristianos de la subsidiariedad del Estado.

Según la propuesta de Seguridad Social se debía mantener el sistema vigente de atención de la salud, constituido en parte por las obras sociales, aunque con modificaciones, que se dirigían a restringir tanto la injerencia del Estado como el poder de los sindicatos (los colocaba bajo el control de un ente estatal centralizado) otorgando mayor participación a los otros sectores involucrados, es decir las gremiales médicas y los beneficiarios (Belmartino & Bloch, 1985).

En la etapa que consideramos la puja entre las tecnoburocracias de Economía y de Seguridad Social fue saldada a favor de la última, ya que prácticamente la Ley 22269 Y en particular los artículos ligados a la libre elección del sistema por parte de los usuarios, prácticamente no se aplicó.

La tecnoburocracia sanitaria y el seguro de salud

La tecnoburocracia sanitaria que desde la puesta en funcionamiento de la Ley 18610 se relaciona más estrechamente con el tema de la financiación y, como ya dijimos, accede al ámbito laboral de las obras sociales y al INOS, es un grupo profesional ligado ideológicamente a la Iglesia Católica y, por ende, defensor del Estado subsidiario. Esta corriente de pensamiento entiende que la responsabilidad estatal se debe dirigir al sostenimiento de los más carenciados y de aquellas áreas que no revisten interés para el capital privado, y que en el Estado deben estar representados los diversos intereses sectoriales expresados a través de sus organizaciones corporativas.

Desde 1978 el grupo estará representado orgánicamente por la revista *Medicina y Sociedad* la cual se autodenomina: *Revista sobre Organización y Financiación de la Salud* y que a lo largo de más de una década de publicación desarrolla una concepción del seguro nacional de salud que mantiene una línea teórica de gran coherencia, aunque se exprese a través de distintos colaboradores. Asimismo, dicho grupo creó la Escuela Superior de Administración Médica.

En julio de 1980, a propósito del aniversario de la promulgación de la Ley 18610 la Escuela organizó un Coloquio de Obras Sociales. Desde ese ámbito el Dr. Mera, secretario de redacción de *Medicina y Sociedad* explica la posición del grupo profesional nucleado en ella respecto al tema del financiamiento de la salud:

...en la Argentina, el régimen de obras sociales, en su estructura de prestaciones médicas, forma auténticamente un seguro nacional de salud y debe ser asumido como tal, como un sistema peculiar que nuestro país ha elegido para la cobertura del riesgo de enfermar. (Mera, 1980)

Definen a esta estructura como un seguro, y no como un servicio del tipo inglés, porque señalan que el régimen de las obras sociales cubre financieramente el riesgo de enfermar, pero casi no tiene capacidad instalada propia, es decir que da prestaciones indirectas. Otros dos rasgos que —según esta corriente— les otorgan a las obras sociales el carácter de seguro nacional de salud en el mismo sentido que la mayoría de los países europeos son: 1) que la financiación se realiza mediante aportes del trabajador y contribuciones del empleador y 2) el sistema de seguridad argentino surgió de una larga evolución en el tiempo, tiene su génesis en pequeñas iniciativas que se van multiplicando y luego son reglamentadas (como sucedió con la Ley 18610).

Este concepto se amplía al incluir a los servicios públicos de salud y las empresas médicas privadas como los restantes factores del seguro nacional de salud. Aunque sin atentar contra la idea de que el seguro nacional de salud ha alcanzado un desarrollo en la Argentina, todos los participantes del coloquio coinciden en que esta estructura presenta numerosas falencias organizativas o conflictos no resueltos, entre ellos: superposición de organismos públicos privados, dilapidación o mal manejo de recursos, falta de universalidad en la cobertura, desorganización en el sistema de prestaciones, indefinición acerca de la conducción de las obras sociales y también indefinición en el papel del Estado.

En el mes de noviembre de 1982, otro renombrado sanitarista, el Dr. Abraam Sonis, que en ese momento fungía como asesor del Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente a cargo del Dr. H. Rodríguez Castells expresa una posición semejante:

...la Argentina está muy cerca de un seguro de salud [...] estamos arañando el seguro [...] muchos de los problemas y distorsiones que surgen cuando analizamos hoy nuestro sistema de atención no son impedimentos, sino que por el contrario lo hacen más perentorio y probable. [Y agrega] ...señalamos también como hecho indiscutible a tener en cuenta para el sistema que se organice que en la República Argentina la seguridad social pasa por las obras sociales, tiene en gran parte su expresión en las obras sociales por lo cual sin duda éstas constituyen una sólida base del sistema. (Sonis, 1983)

Como el factor clave que no ha permitido la total concreción del seguro de salud, Sonis señala la discontinuidad en las acciones lo cual se vincula con las diferentes alternativas políticas.

El discurso acerca del seguro nacional de salud está atravesado explícita o implícitamente por la defensa del sistema privado de servicios el cual, como principal efector de las obras sociales, aseguró y acrecentó su espacio amenazado por una virtual desaparición ante la imposibilidad de la mayor parte de la población de cubrir sus costos. Es necesario no perder de vista este aspecto para comprender en toda su dimensión el discurso analizado.

Por lo que cabría preguntarse: ¿de qué hablan los sanitaristas cuando hablan del Seguro Nacional de Salud? En realidad, están hablando de la administración de recursos y su punto crucial: ¿quién será el encargado de administrar estos recursos? El reclamo continuo es el de que hay que introducir racionalidad en el manejo de esos recursos. De allí que centren el análisis sobre los *protagonistas de la organización del seguro* (Salud Pública, Seguridad

Social —especialmente el INOS—, los gremios médicos, los sindicatos y sus obras sociales y los establecimientos privados) y en la forma de resolución de la disputa por los espacios de poder y por el manejo de los recursos.

Asimismo, sostienen que:

...los protagonistas deben aceptar que ninguno va a conseguir imponer sus intereses el cien por cien al resto de los sectores; nadie puede entrar a las negociaciones —y de negociaciones se trata, en el mejor sentido de la política— con la idea de imponer a los demás la totalidad de sus ventajas e intereses: resulta indispensable la concertación, el compromiso [...] a fin de no matar la gallina de los huevos de oro. (Sonis, 1983)

Desde esta perspectiva es crucial desarrollar el papel que dentro de esta concepción le cabe desempeñar al Estado en la implementación del seguro nacional de salud. De tal forma, el Estado tiene la misión de orientar la política de salud, observar el cumplimiento de las leyes sanitarias, buscar un equilibrio entre los intereses de todos los sectores, planificar, normatizar y supervisar el sistema. En síntesis, el Estado debe ser el garante de la salud de la población y el conductor general de las acciones en el sector salud.

Dentro de este esquema del seguro nacional de salud al Estado se le asigna otro papel, la asistencia a la población de escasos recursos y a los que padecen patologías no redituables para la medicina privada. Es así que el hospital público debe encargarse de los indigentes, los pacientes crónicos físicos y mentales, del saneamiento, etcétera.

Otra de las premisas básicas en este discurso sobre el seguro de salud es que el Estado debe hacerse responsable del uso *eficiente* de la capacidad instalada del sector público. Pero, obviamente, según esta concepción cuando se habla de la incorporación del hospital público al seguro nacional de salud se sobreentiende que:

...el hospital público que integrará el sistema no es este hospital tal como hoy se encuentra sino un hospital redimensionado parte de una red de servicios racionalizada y seguramente regionalizada, descentralizado en su administración, abierto en su funcionamiento y su organización con amplia participación comunitaria. En estas condiciones sí podrá constituirse en un efector apropiado de un seguro de salud. (Sonis, 1983, p. 117)

La base de esta teorización sobre el Estado es el principio de subsidiariedad que, como ya señaláramos, este debe ejercer en beneficio de las entidades intermedias de la seguridad social que cumplan una función en el área.

Al Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) se le critica la ineficiencia con que ha operado, pero se rescatan, como necesarias para el seguro nacional, las funciones que le fueron atribuidas: coordinación, normatización, promoción y fiscalización de las obras sociales y concertación con las entidades. Aparece como el lugar más adecuado para el funcionamiento de los técnicos sanitarios quienes están en inmejorables condiciones por su saber y distanciamiento de los diversos intereses sectoriales para administrar desde allí el sistema.

A las obras sociales se les asigna el papel de financiadoras, pero no de presadoras; a lo largo de los años este discurso insistió en afirmar que las obras sociales no deben desarrollar una capacidad instalada propia. Esta posición, también asumida por el Dr. Carrillo (1946-1952), sin embargo, manifiesta una concepción de la atención de la salud diferente; la corriente que analizamos sostiene el papel financiador de las obras sociales y la canalización de sus recursos hacia el sistema prestador privado, mientras que Carrillo apoyaba la vinculación entre obras sociales y sector público.

El que algunas obras sociales tengan mayor tamaño que otras (lo que en los hechos casi siempre significa mejores prestaciones) no se considera importante, sino un problema contingente del esquema del seguro nacional de salud, ya que esto se enmarca en el principio de solidaridad (grupal y nacional), por lo que se presupone que las diferencias entre obras sociales grandes y chicas serán superadas.

Según se señaló, la inequidad en las prestaciones es una de las deformaciones más graves que avala la Ley 18610 y que, a través de los años, no pudo ser superada, sino que se profundizó a pesar de las encendidas apelaciones —ninguna concretada— al principio de solidaridad desde los distintos sectores involucrados.

¿Cómo se justifica a nivel discursivo el apoyo a ese otro protagonista, el sector privado? Jorge Mera habla de:

...las empresas de atención médica, las clínicas y los sanatorios a veces acusadas de anteponer el lucro al servicio. Sin embargo, nos han enseñado la tecnología de una gestión empresaria [...] es muy importante recordar que sin la red de establecimientos privados que la Argentina tiene, no hubiéramos podido llegar a los niveles de cobertura que hoy alcanza el seguro nacional de salud. Además, la tecnología de gestión que hay detrás de muchos de estos establecimientos ha determinado que haya centros de atención médica privados que hoy superan en calidad técnica al mejor hospital público y otros que

tienen probablemente los mejores sistemas de docencia e investigación de nuestro país, precisamente superando al hospital público en lo que parecía su mérito indiscutible. (Mera, 1988, p. 107)

A su vez, García Díaz (miembro del staff de *Medicina y Sociedad*) se extiende sobre el tema justamente en la 1ª Jornada Latinoamericana de Medicina Prepaga realizada en Buenos Aires en octubre de 1983. Al referirse a las relaciones del Estado con la medicina privada institucionalizada aduce que el equilibrio entre ambas debe encontrarse en que “el Estado sea más Estado y la medicina privada más institución privada” y sugiere que:

El rol del Estado debe ser asumido en el contexto del proyecto nacional que el país espera, como una definición de las grandes líneas políticas en las que la subsidiariedad estatal y la participación privada jueguen sus papeles armónicos y complementarios. La subsidiariedad debe llevar al Estado a incorporar a sus preocupaciones la situación y desarrollo de la medicina privada. (García Díaz, 1983)

Y para cerrar el tema desarrolla una abierta defensa de los principios más caros al neoliberalismo:

La medicina privada significa muchas cosas positivas para la salud de la población.

Significa confort, no en el sentido común del término, relacionado con el lujo sino en un contexto de trato personalizado, de ambientes acogedores, de privacidad e intimidad para el dolor y la angustia que acompañan a la enfermedad.

Significa emulación entre el personal, estímulo por mejorar la propia actuación, deseos de progreso mediante la capacitación, el estudio, la contracción al trabajo, el esfuerzo que se acompaña del prestigio social o científico.

Significa competencia, lucha por sobresalir, actitud dinámica frente a las dificultades.

Significa estabilidad profesional lejos de los vaivenes políticos y mejores posibilidades de remuneración para el personal. (García Díaz, 1983)

Hasta aquí una reseña de la posición de la tecnoburocracia sanitaria en el tema de la seguridad social en Argentina que nos muestra la manera en que concatena sus intereses con los del capital privado que opera en salud.

Hacia una nueva perspectiva acerca del tema del seguro de salud

Desde la apertura democrática, en 1983, el tema del seguro nacional de salud vuelve a ser relevante para el conjunto del sanitarismo. Con el Proyecto sobre el Seguro Nacional de Salud se intenta plasmar en una política uno de los temas centrales del sanitarismo desde su constitución.

Además de involucrar a los protagonistas del sector y a los círculos teóricos, el debate se extiende a los partidos políticos y a la Confederación General del Trabajo y sus ecos llegan a los distintos sectores de la sociedad a través de la difusión en los medios de comunicación de las discusiones sobre el Proyecto y de la amplia campaña propiciada por el oficialismo. Este Proyecto expresa la posición de los sanitaristas más ligados a la administración estatal de salud en el tema de la financiación y nos permite reconocer los nexos que vinculan a su discurso con el de la línea del financiamiento y la trama ideológica que caracteriza a la tecnoburocracia como grupo que actúa dentro del aparato del Estado.

El Proyecto de Ley del Seguro Nacional de Salud tiene en lo esencial muchos puntos de contacto con la concepción del seguro ligada a la línea del financiamiento, que se expresa desde *Medicina y Sociedad*. Aunque en el proyecto la capacidad reguladora del Estado estaría sobredimensionada —si se confronta con la concepción sustentada por dicha línea— esta permitiría cumplir con la función de limitar el poder de los sindicatos sobre las obras sociales, una premisa que vincula a ambos discursos.

Ambas perspectivas se unen, asimismo, en la reivindicación de la historia de las obras sociales y del papel que estas han jugado en la asistencia a la salud de la población. Pero se explicita que su desarrollo espontáneo, *voluntarista*, ha ha signado con la ineficiencia. Es así que el proyecto condiciona el desarrollo de los servicios propios de las obras sociales, lo que también coincide con la otra postura.

A través del proyecto y el posterior debate que se lleva a cabo se pone en evidencia la concepción de la línea dominante en la tecnoburocracia sanitaria. Las disposiciones del proyecto se basan en los principios de cobertura universal, solidaridad nacional, pluralismo, participación y federalismo que forman parte de la tradición del discurso sanitarista sobre el tema.

Con la invocación al pluralismo, apoyada por los argumentos de la “realidad dada” y el “respeto a las condiciones históricas” que aduce el ministro Aldo Neri en el mensaje que acompaña al proyecto, se justifica el mantener la estructura múltiple de las obras sociales y la red de prestadores públicos y privados. Pero no se aclara de qué forma se integrarán estas acciones para no perpetuar la anarquía, la superposición de recursos en algunas zonas y la desigualdad en el tipo de servicios (Ministerio de Salud y Acción Social, 1987).

Respecto de esto último, se destaca la plena utilización del subsector público. En la época de presentación del proyecto, una encuesta de la Comisión Nacional de Médicos Residentes revelaba que el 70% de los hospitales relevados no cumplía con las condiciones elementales de hábitat, higiene y calidad alimentaria. A pesar de las insistentes declaraciones sobre la creciente reactivación del subsector público, la pretensión de integrar la capacidad instalada al seguro, resulta otra de las medidas impulsadas desde la gestión técnica sin tener en cuenta la situación real.

De tal forma, en la práctica, los servicios públicos no pueden integrar el sistema ni siquiera en igualdad de condiciones respecto del subsector privado, cuyo papel como prestador del seguro no se define en el proyecto, como así tampoco se especifican los mecanismos de control que se ejercerán sobre su actividad. La ausencia de reglamentación dejaría el campo libre para las prácticas abusivas de la medicina comercial y para la multiplicación de las empresas médicas sin ningún tipo de limitación, con lo cual no se modifican las políticas liberales que se dieron tradicionalmente en esa materia (Lerner, 1988). Estas disposiciones o falta de ellas no hacen más que consolidar la derivación de prestaciones hacia el subsector privado.

La concepción curativa de la medicina —en los términos del Modelo Médico Hegemónico— que se expresa en el proyecto se revela, entre otros ítems, en la disposición de destinar el 80% de los fondos de las obras sociales a las prestaciones médico-asistenciales, soslayando la promoción de la prevención primaria. Este es otro apoyo implícito a intereses sectoriales y a que las empresas médicas privadas hacen eje en la medicina asistencial.

En general, es notoria la falta de disposiciones acerca de la organización de los servicios y de la forma de articulación de las acciones que garanticen el tan mentado principio de cobertura universal, a pesar de que el proyecto incorpora a los trabajadores autónomos y a los carenciados. Sin embargo, el pluralismo respecto de los prestadores y los agentes de financiación evidencia numerosas dificultades para la real concreción de este objetivo.

Aunque la propuesta del Proyecto del Seguro Nacional de Salud pretenda poner al sistema bajo la dirección técnica y fiscalización del Estado, subraya el papel del hospital público como prestador de servicios e intenta un sistema de financiación regido por principios de solidaridad nacional, en los hechos no tiene visos de concreción ante la aguda crisis económica, los diversos planes de ajuste y la creciente desvinculación del aparato estatal de la atención a la salud de la población que ha llevado a los servicios públicos a un grado de deterioro tal que no pueden brindar la atención mínima ni siquiera a los sectores carenciados.

Es así que muchos de los principios sostenidos por la corriente sanitarista dominante siguen siendo recursos discursivos o expresiones de *buena voluntad*,

que encubren la participación de la tecnoburocracia en las relaciones de poder sostenidas dentro del ámbito sanitario. Básicamente su concepción no difiere demasiado de la sustentada por la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) y llega a tener fuertes puntos de contacto con la de las agrupaciones que rigen a los empresarios de la medicina, ya que, de una u otra manera, lo que en definitiva se apoya es el desarrollo del sector privado.

El dilatado debate en torno al Proyecto del Seguro es una expresión más de la crisis de la sociedad global y de la lucha por el reparto de los recursos en la que el Estado no logra ejercer su papel de contralor. La disputa entre el gobierno y la primera oposición, el peronismo, gira alrededor de la administración y conducción de las obras sociales y el papel que debe cumplir el Estado.

El peso del sector sindical en el esquema de poder de nuestra sociedad y lo cuantioso de los recursos que surgen de las obras sociales condicionaron desde un principio la propuesta del gobierno radical. Los sindicatos reivindican su derecho histórico sobre las obras sociales a las que crearon y organizaron, mientras que desde la posición sustentada por el gobierno, que es a su vez la expresada por la corriente dominante del sanitarismo, se plantea que la seguridad social no es patrimonio de un grupo sino de toda la comunidad.

La intención declarada desde el aparato estatal es que el Seguro Nacional de Salud represente una herramienta ordenadora del sistema de salud que someta a las obras sociales a su jurisdicción, considerándolas agentes del seguro. El Estado debe hacerse cargo de la conducción del sistema y desplazar a los sindicatos en nombre de los principios de eficiencia, equidad y solidaridad ampliada a toda la comunidad, aduciendo las falencias que la conducción sindical demostró en el cumplimiento de estos principios.

En las numerosas declaraciones que se hacen sobre el tema desde distintos sectores resulta difícil encontrar argumentos que coloquen el marco de la discusión fuera de la pugna por las obras sociales y que incorporen el tema del tipo de servicios de salud que es necesario implementar en el país. Anteponiéndose a la preocupación por la salud de la población, lo que continúa debatiéndose entre los protagonistas implicados en el tema del seguro nacional de salud es la parte que a cada uno debe corresponderle en el manejo del sistema y en los fondos derivados.

Participación comunitaria

El surgimiento del tema de la participación comunitaria se liga con aspectos fundamentales del desarrollo capitalista en los países avanzados, donde el crecimiento

económico requería de la creación de una fuerza de trabajo localizada territorialmente que sustentara el desarrollo de base regional. Esto implicaba la necesidad de generar fuerza de trabajo capacitada en el nivel local, para lo cual, los países centrales, implementaron la estrategia de *desarrollo de la comunidad*. Como es habitual, esa conceptualización es exportada a los países dependientes como solución abstracta a problemas que no encuentran contraparte en la realidad, pero que de todas maneras se mantiene como consigna que permite réditos en el terreno ideológico, apoyada en una sesgada interpretación (en gran medida no explícita) del concepto de “comunidad”.

El otro rédito importante, ahora en el terreno de la salud en nuestro país, es la aplicación de la concepción del desarrollo comunitario para enfrentar una doble cuestión, por un lado, las dificultades del Estado para hacer frente a los crecientes costos de la atención médica y, por otro, la expansión de la industria relacionada con la medicina, en particular la producción de fármacos y tecnología de diagnóstico y tratamiento, que eclosiona a partir de 1960 y requiere del aumento de la demanda. Ambas cuestiones hacen necesario *promover* el desarrollo de la comunidad (que poco después se transformará en participación comunitaria).

El discurso técnico sanitario, que se constituye en esta etapa, se articula con las condiciones señaladas y contribuye a la adecuación a este proceso de la sociedad. Los sanitaristas proporcionarán las justificaciones científicas y los métodos apropiados para adecuar las respuestas al proceso salud-enfermedad. En concordancia con ello, propiciarán la generalización de una concepción que hace hincapié, por un lado, en la responsabilidad de los individuos en el cuidado de su salud y en el sostenimiento y control de los servicios asistenciales y, por otro, en la ampliación de coberturas a partir de la creación de necesidades sanitarias en la población, favoreciendo la medicalización del conjunto de la sociedad.

En el plano político, el discurso sobre participación de la población en salud comienza a cobrar presencia en 1955 y aparece ligado a la descentralización operativa y, en especial, a la transferencia de servicios. La participación a la que se hace referencia, en las medidas implementadas por el gobierno de Aramburu, es a la de propiciar “... la colaboración del pueblo con las autoridades sanitarias ya sea por intermedio de cooperadoras o individualmente...” (OPS/OMS, 1957a, p. 125). También sostiene este gobierno que la conducción de los servicios, por parte de las autoridades locales, permite a la población un control de la gestión y que “...la fuerza de la opinión de los pobladores en los regímenes democráticos es decisiva en la selección de sus dirigentes, lo que redundará en beneficio de su eficiencia” (OPS/OMS, 1957a, p. 129).

Los consultores de la OPS convocados en ese momento por el gobierno para estudiar la organización sanitaria argentina, son algo más explícitos en cuanto a las ideas que se comenzaban a sostener internacionalmente en relación con la participación comunitaria y que adquirirán mayor fuerza durante las décadas siguientes. Defienden la participación de la población en todas las etapas de un programa de salud pública y señalan:

Todo el personal de salud pública, sin excepción, ha de tener una clara comprensión del alcance de esta colaboración y de su importancia para resolver los problemas locales de salud pública. Por lo tanto, es imprescindible que se lleve a cabo un buen plan de divulgación de información y educación sanitaria, de modo que la población se dé cuenta del papel que debe desempeñar. (OPS/OMS, 1957a, p. 90)

Con relación a la participación en la conducción de los servicios, los consultores opinan que otra posibilidad a tomar en cuenta es la transferencia de establecimientos a instituciones privadas, pues, consideran que:

...con orientación técnica, supervisión y ayuda financiera por parte de las autoridades públicas resultaría de gran beneficio para la colectividad y representaría un paso firme de avance hacia la descentralización, a la vez que estimularía la participación directa del público. Las organizaciones particulares, libres de los numerosos inconvenientes de la burocracia oficial, están en condiciones de poder administrar los hospitales con mucha más eficiencia y economía. (OPS/OMS, 1957a, p. 70)

Tanto en el discurso oficial como en el de los representantes del organismo internacional, el tema de la participación comunitaria aparece unido a la necesidad de un uso racional de los recursos y ambos asumen, sin realizar un análisis de su viabilidad, la posibilidad de que la población lleve adelante el control de las gestiones estatales para lograr dicho objetivo. Aparece así como una delegación de la responsabilidad, asumida hasta ese momento por el Estado, de garantizar el acceso a la salud a todos los sectores sociales. Delegación realizada hacia la sociedad que es caracterizada, por un lado, como una agrupación de individuos que, como tales, deben asumir dicha responsabilidad y, por otro, como asociaciones de particulares capaces técnica y económicamente de administrar establecimientos asistenciales.

El tema de la participación comunitaria encontrará, al ser retomado con creciente énfasis por los sanitaristas, una mayor explicitación. En consonancia con los planteos de la OPS este grupo profesional encuadrará la participación dentro de la educación sanitaria.

La participación comunitaria y la educación para la salud

En efecto, como vimos anteriormente, la participación comunitaria aparece sobre todo durante la década de 1960, como un tema a tratar por aquellos profesionales de la salud pública que se ocupan de llevar adelante programas de educación para la salud. Parten del supuesto de la modernización de los criterios de la salud pública, desde entonces centrados en la protección, promoción y recuperación de la salud, y consideran que esos criterios no pueden ser impuestos como en el pasado, cuando las actividades se restringían prácticamente al saneamiento y al control de las enfermedades transmisibles.

Citando a Roosevelt, el Dr. Deferrari, jefe del Departamento de Educación Sanitaria del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en 1962, expresa la concepción generalizada sobre la necesidad de la educación sanitaria para propiciar la participación de la población:

...se trata de una tarea mucho más difícil que la simple aplicación de medidas preventivas en las cuales no se requiere que el público tome la iniciativa. Exige el mayor uso posible de la educación sanitaria como medio para que los ciudadanos comprendan las medidas que son necesarias para su propio bienestar y les presten su colaboración. Importantes son las medidas legislativas, pero más importante es todavía la comprensión inteligente por parte de los individuos y de la comunidad. [Continúa Deferrari] El objetivo no tendrá posibilidades de alcanzarse, mientras no se haya despertado en el individuo y en la comunidad, el deseo de actuar positivamente y de modo consciente, y que tales cosas tengan profundidad y permanencia suficientes, como actitudes propias hondamente sentidas, en cada uno de los individuos. (Deferrari, 1962, pp. 22-23)

En el mismo sentido se expresa la nota editorial de ese número de la revista en que se desarrolla el pensamiento antes transcrito. Allí se señala que:

Los progresos en los campos de la medicina y de la salud pública no pueden juzgarse únicamente ateniéndose a los constantes descubrimientos científicos o a los adelantos técnicos en materia de diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades; deben medirse por la rapidez con que tales conquistas alcanzan a todos los miembros de la comunidad. Y en tal concepto no cabe duda de que la ignorancia, el temor y la indiferencia crean una barrera, muchas veces infranqueable [...] El medio que los organismos de salubridad poseen hoy para facilitar a la gente nuevos y renovados conocimientos, persuadiéndola a aceptarlos y aplicarlos a fin de alcanzar una mejor salud, y por ende una vida más feliz y fecunda, es lo que se ha dado en llamar educación sanitaria. (*Revista de Salud Pública*, 1962, p. 9)

Los profesionales de la salud pública definen, asimismo, a la educación sanitaria de la comunidad como un proceso que conduce a un cambio progresivo de la conducta que tiende a la implantación de nuevos hábitos. Diversos pasos se indican para lograr dicha finalidad y una sola evaluación de su cumplimiento, que la sintetizan en una frase de W. Peter: "...la verdadera prueba de la labor de educación sanitaria no consiste en lo atractivo que sea el anzuelo o el cebo, sino en el número de peces que se pescan." (*Revista de Salud Pública*, 1962, p. 10).

Los sanitaristas de comienzos de la década de 1960 indican insistentemente que un programa de salud que se proponga una cobertura integral deberá contar con la participación de la comunidad para lograr un grado aceptable de eficacia. Estiman que esta participación es más factible de lograr si los técnicos parten de un adecuado diagnóstico que dé cuenta del momento cultural, del estado económico, de las condiciones medioambientales y de la comprensión de cuáles son los problemas sentidos por la población como prioritarios.

El aparente respeto a la comunidad, puesto en evidencia por la forma de acercamiento de los técnicos, queda rápidamente invalidado si consideramos las siguientes expresiones: "Nosotros dividimos de modo muy general a nuestra *clientela*, digamos así, en dos grandes grupos. Por un lado, la niñez, sobre todo a nivel de los escolares y por otro, la población adulta" (cursiva agregada).

El papel fundamental en el desarrollo de la educación sanitaria del niño lo reservan a la escuela. Además, como la suponen integrada a la comunidad que la rodea, la ven como la institución que puede llegar a la familia. Consideran que: "Los resultados en este campo son extraordinariamente fecundos, en profundidad, en posibilidades de inculcar hábitos para la salud, y también en cuanto a su perduración y proyecciones en el adulto de mañana". Por supuesto que señalan la necesidad de proveer, a los docentes, de una capacitación adecuada por parte de los profesionales de la salud.

Con relación a la población adulta, el Dr. Demartini señala que, en general, se requieren varias etapas, denominando a la primera de *sensibilización* y definiéndola como aquellas técnicas que buscan “...despertar, por el camino de respuestas psicológicas aproximadamente predecibles, la conciencia respecto de la existencia de un problema de salud o de la disponibilidad de recursos para combatirlo”. La etapa siguiente la denomina de *información* y tiene por objetivo profundizar el conocimiento del problema que se desea que la población considere importante. A estas dos etapas “...que participan plenamente en las técnicas de la publicidad en general, no puede exigírseles más que un objetivo primario: lograr que el público conozca que existe un problema y que existen medios para resolverlo o controlarlo”.

Las dos etapas siguientes las denomina *educativa* y *motivadora*. La primera de ellas consistente en acciones que el educador realiza en contacto con el público, a través de la charla sanitaria o la demostración “método más eficaz, porque permite la transmisión de conocimientos al propio tiempo que la puesta en práctica de lo que enseña, con participación del público”. La etapa motivadora es la fundamental y la define como “la puesta en acción de una conducta para la salud, la expresión positiva de hábitos, en el sentido de conducta arraigada, en función de un objetivo: la salud, que deberá aparecer como meta, tener jerarquía de ideal para la comunidad”.

Demartini incluye en la nómina de educadores sanitarios, además de los docentes primarios que ya señaláramos, al conjunto del personal de los servicios de salud. Esto permitirá que dichos servicios se proyecten hacia la comunidad que integran para que la misma los sienta como propios “...aprenda a quererlos y a trabajar en común con el personal”, y finaliza: “...los médicos han vuelto a su papel de educadores y hoy es generalmente entendido que está en el propio interés de la ciencia médica el cooperar y educar al público” (Deferrari, 1962, pp. 24-30).

Otro artículo de la época amplía el sentido otorgado a la participación por los sanitaristas al sostener como un objetivo prioritario de la educación sanitaria:

...la capacitación de la población para el cumplimiento de las actividades que pueda emprender por sí misma, de modo individual o a través de sus propias organizaciones, con el objeto de alcanzar y mantener un estado de bienestar físico, mental y social. (Martini, 1962, p. 117)

También, este sanitarista explicita que es mediante la educación sanitaria que la salud pública se liga más específicamente a las disciplinas de orientación social y sostiene:

...nos aventuramos a solicitar la inclusión de trabajadores sociales de alto nivel dentro de este equipo, que actúen conjuntamente con el restante personal para descubrir los factores económicos, psicológicos y sociales de importancia en esta tarea y trabajando con él, a fin de investigar y resolver los problemas socio-educativos relacionados con las necesidades médicas y sanitarias. Asimismo, serían de gran utilidad para las evaluaciones de los programas de salud: el sociólogo, el psicólogo social y el antropólogo, de cuya importancia en la sanidad tanto se habla. (Martini, 1962, p. 123)

Esta concepción de la educación sanitaria basada en el supuesto de la existencia de dos grupos diferenciados por el conocimiento y por los valores culturales que portan, expresa en definitiva que los que *saben* y tienen los valores sociales *adecuados* se los deben inculcar a quienes ellos mismos determinan que no los poseen.

Esta forma de escindir a la sociedad se mantiene hasta el presente y los programas de educación para la salud —como ahora se los denomina— no han modificado este supuesto básico que llega a límites extremos en determinadas intervenciones. El Coordinador de Planificación Familiar de la Secretaría de Salubridad y Asistencia del Gobierno de México señala:

Puesto que la planificación familiar procura lograr un cambio de actitud de la población con relación a su patrón reproductivo, concepto de familia, valor del hijo y sus implicancias sociales y económicas, la necesidad de comunicación y educación a la misma en esta materia es apremiante para incidir favorablemente en el comportamiento individual o colectivo. (Septien González, 1983, p.270)⁹

He aquí una expresión extrema de un saber técnico en salud, que nos muestra la intención de aquellos que creen en la necesidad de penetrar hasta los valores más íntimos sostenidos por la población para producir su transformación en nombre del bienestar general. Lo que habitualmente queda encubierto en sus análisis es que este bienestar general no es tan general, sino que obedece a las necesidades de control sobre sectores populares que son los que tienen *conductas inadecuadas* para la preservación de su salud y la de sus hijos y ponen

⁹ Si bien esta cita no pertenece a un sanitarista argentino expresa cabalmente —aunque en forma más cruda— el pensamiento de estos y, por lo tanto, la consideramos una buena síntesis.

así en peligro el bienestar entonces particular de las familias que pertenecen a los sectores que detentan el poder.

Las medidas gubernamentales que, durante la década de 1960, invocan la participación de la comunidad mantienen el carácter difuso que prevalecía durante la etapa anterior. Así vemos que, al aplicarse en 1961 la regionalización sanitaria y el sistema de reforma hospitalaria en la provincia de Buenos Aires, se propicia la participación comunitaria, pero no se aclara con exactitud sus alcances ni formas concretas de implementación. La única expresión que pretende dar claridad al tema expresa que se busca "...la participación ordenada de la comunidad, a través de cuerpos representativos de sus valores, en el planeamiento y solución de las problemas asistenciales y sanitarios..." y que dichos representantes de la comunidad formarán parte de la Junta Directiva de los hospitales de reforma (Mammoni, 1961, pp. 13-15).

La experiencia fue efímera y circunscripta a dos hospitales, el de Mar del Plata y el de Gonnet, no pudiéndose hallar material que diera cuenta de las características que, de haberse producido, asumió la participación de la población.

Hacia 1964, a instancias del Dr. Oñativia, obtiene media sanción legislativa el proyecto denominado *Servicios de Atención Médica para la Comunidad*, siguiente intento de propiciar la participación comunitaria en los servicios de salud. A través de la lectura de su fundamentación observamos que se empieza a explicitar, como motivo del tema de la participación, las dificultades del Estado para hacer frente al acelerado incremento del número de prestaciones y de los crecientes costos de la atención médica. Asimismo, emerge el concepto de responsabilizar a la población en el cuidado de su salud y en su financiamiento a través de la solidaridad. En consecuencia, se explicita que se desea:

Estimular aún más una conciencia social colectiva ya existente, para que el pueblo mismo sea participe y actor en la fecunda tarea de elevar su nivel de vida y bienestar por el camino de preservar y cuidar su salud. (Belmartino & Bloch, 1984)

Este proyecto, finalmente aprobado —con escasas modificaciones— en 1966 durante el gobierno de Onganía (Ley 17102), nos permite aclarar cuál es la idea de comunidad participante que se venía esbozando desde etapas anteriores. De lo que se trata es que la población sea representada por grupos ya reconocidos socialmente por su solvencia material y moral, esto refiere a grupos legalmente constituidos y con reconocimiento oficial. La solvencia material les permitiría hacerse cargo de los gastos del indigente médico que debería ser atendido en los hospitales de comunidad. De esta manera, nuevamente, a través de la

participación comunitaria se escinde a la sociedad, ahora entre los moral y económicamente aptos, y aquellos a los que hay que representar y atender.

Desde mediados de la década de 1960, la participación también fue interpretada como ejecución de actividades por parte de la población. Se aplicó en los programas de salud rural capacitando a miembros de la comunidad en ciertas acciones menores de atención de la salud, básicamente referidas a actividades de saneamiento y control para evitar la propagación de enfermedades infecciosas. Esta modalidad de participación es la que origina que el Dr. Rodríguez Castells —quien condujo el organismo sanitario nacional en varias oportunidades, todas ligadas a gobiernos autoritarios— exprese lo siguiente:

Personalmente puedo decirles que he sentido una profunda emoción argentina cuando visitaba las provincias del norte como autoridad nacional. Es difícil de expresar con palabras esa emoción al comprobar la dedicación, el espíritu de sacrificio y de servicio, la capacidad, la mística realmente con que ese agente sanitario, un integrante de la comunidad, atravesaba largas distancias a caballo o a pie para cumplir con su misión; y, al mismo tiempo, el agrado y la gratitud con que esa visita era recibida por una comunidad que por primera vez recibía un servicio de esa naturaleza (Rodríguez Castells, 1981, p. 43)

Este sentido de la participación comunitaria en los programas sanitarios, es compartido y puesto en práctica durante su gestión por el Dr. Holmberg quien dice:

...debía ser la propia comunidad la que se responsabilizara de la ejecución de los trabajos, previa instrucción y capacitación, dejando al Estado la programación, el asesoramiento, la supervisión y el suministro de los elementos y equipos. (Holmberg, 1981, p. 25)

Indudablemente podemos encuadrar la concepción de la participación comunitaria que emerge de las expresiones de estos funcionarios que ocuparon los niveles decisivos del organismo sanitario nacional, dentro de la *atención primitiva de salud*¹⁰.

¹⁰ Concepto desarrollado en *Atención ¿primaria o primitiva? de salud* por Mario Testa (1985).

A partir de mediados de la década de 1970, el tema de la participación comunitaria alcanza una sistematización conceptual y un desarrollo práctico de envergadura y será incorporado centralmente a la concepción sanitarista.

Consolidación discursiva de la participación comunitaria

La caracterización de la participación comunitaria, que se fue desarrollando a lo largo de la década de 1960 y primeros años de la de 1970, va a encontrar su punto culminante, tanto a nivel de la sistematización conceptual como de las acciones prácticas a implementar, a partir del año 1978. En efecto, con la Declaración de Alma Ata (Rusia) —que cierra la Conferencia Mundial de Salud convocada por la OMS— se propicia la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) para alcanzar la meta de “Salud para Todos en el Año 2000” y se incluye a la participación de la comunidad como uno de sus componentes fundamentales.

Se consolidan por medio de la APS los conceptos de responsabilidad individual o comunitaria, la necesidad de incrementar la educación de la población para que modifique hábitos y genere su interés en la realización de acciones. Esta propuesta se enmarca en la necesidad de extensión de cobertura, que se viene sosteniendo desde la década anterior, pero que no alcanzó el ritmo de crecimiento que los avances de la industria médica exigían.

A la vez, la propuesta de participación comunitaria propiciada por la OMS, se inscribe en la necesidad de paliar las dificultades, cada vez más apremiantes de los Estados para hacer frente al sostenido incremento de la demanda y de los costos de las prestaciones, especialmente asistenciales.

En efecto, en la Declaración de Alma Ata se puede leer que la APS:

Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos disponibles, y con tal fin desarrolla, mediante la educación, la capacidad de las comunidades para participar. (Belmartino & Bloch, 1980)

La participación de la comunidad en la gestión estatal de los servicios de asistencia médica mantuvo en nuestro país la modalidad de la etapa anterior, es decir, la participación de *notables* abocados a la recaudación de fondos para apoyar el sostenimiento de la atención de los *carenciados* y la influencia de los sectores dominantes, a través de estos *notables*, en los grupos técnicos

que conducen los servicios y que se expresa cuando se decide la inclusión de tecnología de avanzada.

En cuanto a la participación de la población en los programas sanitarios, podemos señalar que se la incorpora formalmente a las políticas sanitarias de nuestro país a partir de la aprobación de la Declaración de la OMS. En el plan de salud publicado por el gobierno militar en el año 1979, vemos que el primer objetivo que se establece es la organización de un nivel de atención primaria de la salud para lo cual propone como política concurrente:

Estructurar una estrategia adecuada para lograr la extensión de la cobertura real de los servicios de salud a toda la población, incluyendo visitas programadas casa por casa. Estimular la activa participación de la población la que podrá tomar conciencia de sus derechos y obligaciones en salud.

Esta idea de extensión de cobertura y de participación se completa con el punto siguiente:

Facilitar la accesibilidad a los servicios de salud racionalizando la demanda espontánea, identificando la necesidad de atención médica de la población y estimulando la demanda y utilización de los servicios cuando se estime técnicamente necesario. (Ministerio de Bienestar Social de la Nación, 1979, p. 8)

Según expresa el Dr. Irán Campo, secretario de Salud desde 1976, la concepción de APS que el gobierno argentino llevó al Congreso de Alma Ata de la OMS es que:

...se trata de acciones programadas que tienen su referencia institucional en el hospital con su área programática, que constituye el apoyo logístico a las actividades de atención médica, docencia e investigación extramurales, proyectándose a la comunidad a la que busca para contribuir a efectivizar su derecho a la salud y para entender mejor las relaciones de las personas con el medio, mostrándole claramente también sus obligaciones sociales con la mira puesta en el bien común. (Irán Campo, 1979, p. 79)

En el discurso sanitario del gobierno militar de 1976-1983, se consolidan las ideas de comunidad como sujeto pasivo y la necesidad del Estado de aplicar la APS como forma de disminuir los costos a partir de una asignación eficiente de

los recursos y de su uso racional por parte de la comunidad. También quedará reforzada la concepción en el sentido de que el grado creciente de responsabilidad comunitaria, para hacer efectivas las propuestas anteriores estará determinado por la educación que en materia sanitaria se le imparta, educación que, por supuesto, corresponde al *equipo de salud*, dirigido por el médico.

En los hechos la participación se circunscribió a la capacitación de miembros de comunidades rurales como agentes de salud y a la realización de algunas acciones por parte de las propias poblaciones. Los limitados avances realizados por el gobierno militar para propiciar la participación comunitaria tienen un fundamento ideológico que se expresa en los siguientes párrafos de las conclusiones de un seminario sobre Atención Primaria y Extensión de Cobertura, llevado a cabo con los auspicios de la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación en 1977:

Las precarias condiciones de vida de las poblaciones marginales y la persistencia de situaciones extremas que no pueden solucionarse desde el sector salud han sido señaladas por algunos participantes como proclives a actitudes contestatarias que en algunas ocasiones, han sido instrumentadas política e ideológicamente. Pero se aportaron también experiencias constructivas. Cuando se ofrecieron reales servicios de salud, adaptados a las necesidades concretas; cuando se buscó honestamente la cooperación de las familias y la colaboración extrasectorial en un marco de confianza, respeto y claros objetivos; cuando se mantuvo una firme conducción en manos del equipo *de salud* que se reservó para sí mismo la decisión final de las cuestiones atinentes al orden y el desarrollo normatizado de las actividades sin interferencias del contexto político, no hubo inconvenientes que lamentar. (Belmartino & Bloch, 1980, pp. 14-15)

La participación comunitaria en la democracia

En la etapa democrática que se abre en el país a fines de 1983, el discurso político se impregna del término participación de la comunidad. De hecho, en el sector salud ocurre otro tanto y no hay planes ni programas que lo dejen de mencionar.

Tanto a nivel gubernamental como en el de las organizaciones político-partidarias y sociales se debate la cuestión de la participación popular en salud. Para la capa tecnoburocrática que, como ya señalamos, continúa conduciendo tanto a nivel nacional como provincial los programas sanitarios, la

participación va a mantener las características del período anterior, es decir, que siguen sosteniendo la necesidad de que la comunidad se haga responsable de su salud mediante la realización de acciones concretas y que este proceso debe darse a través de la educación implementada por el personal sanitario, en especial, los médicos.

En cuanto al aspecto referido a las formas que, para los sanitaristas, debe adoptar la participación de la población, lo podemos sintetizar en dos modalidades: una que contempla la participación directa, sin intermediarios, y que es la que implica la realización de trabajos vinculados con el cuidado de la salud (ligados, especialmente, al saneamiento en relación con ciertas enfermedades cuyo control básicamente depende de él, como Chagas, paludismo, fiebre amarilla). La otra modalidad vinculada, por lo menos teóricamente, con la toma de decisiones relacionadas con las necesidades de salud, la búsqueda de soluciones adecuadas y la manera de implementar dichas soluciones, la reservan a los representantes de la comunidad, definidos por los profesionales de salud pública como las comisiones vecinales, cooperadoras, centros barriales, sociedades de fomento, clubes y autoridades municipales.

Consideramos que el documento de trabajo, denominado *Políticas de salud* publicado en diciembre de 1983 por la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Provincia de Salta¹¹, expresa con claridad la concepción de la participación comunitaria del sanitarismo argentino, aunque debemos aclarar que dentro del discurso hegemónico de la salud pública este documento representa una posición más progresista que la de muchos de los miembros de la capa tecnoburocrática.

Veamos en primer término cómo es definida la comunidad y su representación en el documento mencionado:

Por COMUNIDAD se entiende el “conjunto de personas” que conviven en un área geográfica dada, que están interrelacionadas entre sí, que poseen características propias del medio, que comparten algunas condiciones vitales y que tienen INTERESES COMUNES.

Ese grupo poblacional es el destinatario primero y último de los actos de gobierno y es así como el Estado tratará de asegurar a

¹¹ La Secretaría estuvo a cargo, a partir de esa fecha, del Dr. Tanoni reconocido sanitarista y convencido defensor de la APS como articuladora del sistema de salud. El Dr. Tanoni, discípulo del Dr. Alvarado en los programas de salud rural implementados por este en Jujuy, se venía desempeñando en la provincia de Salta desde la etapa anterior, es decir 1976-1983, en la conducción del Programa de Atención Primaria de esta provincia.

todos, sus requerimientos esenciales. Uno de estos requerimientos esenciales es la salud, que además es INTERÉS COMÚN a todos los integrantes de la sociedad.

La comunidad, en su concepción primitiva, recibía estas acciones de salud de manera pasiva, silenciosa, resignada o indiferente, muchas veces como consecuencia de gestos benéficos. LA COMUNIDAD MODERNA entiende que la salud es un DERECHO PRIMARIO inherente a su existencia; que es la razón de ser del SISTEMA y que ella debe actuar responsablemente en la defensa del INTERES COMÚN; que el individuo, solo y en grupo, es el destinatario natural de las acciones programadas de salud, programas en cuya concepción filosófica y práctica, la propia comunidad ha debido participar activamente, finalmente que a ella le cabe un rol protagónico que debe prepararse para asumir. Descontando que la comunidad es la destinataria final de todas las acciones de salud, es evidente que ella habrá de poder expresarse orgánicamente acerca de si lo que se le ofrece o recibe en materia de salud le resulta conveniente, satisfactorio y suficiente, y allí habrán de nacer las correcciones pertinentes, como parte del proceso de planeamiento. (Ministerio de Bienestar Social-Secretaría de Estado de Salud Pública de Salta, 1983)

Continuando con el tema se establece que la comunidad participará a través de los Consejos Asesores Comunitarios (CAC) que precederán a los Consejos de Administración Comunitaria que serán creados cuando “la experiencia adquirida por técnicos y asesores lo evidencien conveniente”.

Estos Consejos Asesores de la Comunidad estarán constituidos en dos niveles: el provincial y el periférico. En el nivel provincial estaría integrado por representantes de:

...la Obra Social Provincial, la Municipalidad de la Capital y del Interior, las Asociaciones Cooperadoras Asistenciales, los Colegios de Profesionales de la Salud, las Asociaciones de No Profesionales de la Salud, los legisladores Provinciales de la Comisión de Salud Pública, las Obras Sociales de la Industria y del Comercio de mayor cantidad de afiliados en la provincia, la Unión de Empresarios, del Sector Pasivo y de la Asociación de Clínicas y Sanatorios. (Ministerio de Bienestar Social-Secretaría de Estado de Salud Pública de Salta, 1983, p. 29).

A este grupo se le asigna funciones al más alto nivel de las autoridades de salud provincial.

Los CAC periféricos, uno por cada hospital, actuarán a nivel de la Dirección del establecimiento y estará compuesto por “representantes de los profesionales y de los no profesionales de la institución, del CAC provincial, de la cooperadora asistencial, un delegado municipal y uno por la obra social representativa del medio”.

Por su parte, con relación a la participación en los servicios, el documento señala que se debe:

...garantizar la efectiva participación comunitaria en la planificación, conducción y evaluación de los servicios de salud propendiendo a una organización social para la salud que haga efectiva la opinión y juicio del consumidor y aportante financiero principal en el sistema. En esto las organizaciones políticas y comunitarias de base jugarán un rol fundamental; el municipio, la más antigua forma de organización social, deberá asumir un papel fundamental en la administración de los servicios de salud. (Ministerio de Bienestar Social-Secretaría de Estado de Salud Pública de Salta, 1983, pp. 62-65)

Indudablemente, este documento pone en evidencia que los sanitaristas parten de una serie de supuestos insostenibles a la luz de las prácticas concretas de los conjuntos sociales y de los resultados de las investigaciones que se vienen realizando en toda Latinoamérica y que analizan dichas prácticas.

Si bien no se puede hablar de una actitud pasiva e indiferente de la población con relación al tema de la salud, sí nos surgen algunas preguntas que los expertos en salud pública parecen ignorar: por qué la comunidad, si tiene tan claro su derecho a la salud acepta las condiciones de subordinación impuestas por el saber y la práctica médico-sanitarias; por qué tratándose de temas de indudable contenido social, como es la participación de la población en la defensa del derecho a la vida, siguen considerando a los científicos sociales como meros *cómplices* para detectar la forma de transformar las convicciones más profundas de la gente; por qué se adopta el concepto individualista de consumidor y aportante al sistema para definir a la población en lugar de considerarlos como miembros de grupos sociales interrelacionados: por qué se sigue sosteniendo que las organizaciones intermedias de nuestra sociedad son los órganos representativos por excelencia cuando, sobre todo en nuestro país, estas instituciones han contribuido más a romper las redes de solidaridad entre los miembros de la comunidad a través de relaciones clientelares que a construir dichos lazos.

La lista de preguntas que surgen ante el criterio participativo que postula la tecnoburocracia sanitaria puede extenderse enormemente, sobre todo al considerar que, luego de varios años de reinstaurada la democracia en Argentina, los planes y programas de salud no solo se han vaciado de contenidos sobre la participación comunitaria, sino que tendieron a desaparecer aun a nivel enunciativo.

Las corrientes dominantes de la salud pública argentina han logrado erradicar los intentos democratizadores que en el área de salud se pusieron en marcha desde 1983. Si bien la mayoría de los grupos que intentaron llevar adelante propuestas participativas donde se buscaba una redistribución del poder no pertenecían a las instancias gubernamentales, desde estas se boicotearon los progresos obtenidos. Los avances en la defensa del derecho a la salud de los grupos que participaron de estas experiencias eran permanentemente jaqueados por las prácticas sostenidas desde los ámbitos oficiales, con los que estos grupos entraban en relación, al reclamar atención sanitaria.

Para los técnicos de la salud pública la participación comunitaria es hoy más que nunca —ante el avance de las enfermedades del hambre y la miseria— el aporte de mano de obra barata, para realizar las medidas de saneamiento e higiene en barrios marginales, escuelas y centros sanitarios donde la actividad estatal ha dejado paso a las organizaciones intermedias que sin recursos y con los brazos de los propios carenciados deben hoy intentar enfrentar las *pestes* nuevas y viejas.

Capítulo 5

Matriz teórico-metodológica de la salud pública argentina: Salud, economía, biología, ecología

La matriz teórico-metodológica de la salud pública argentina no ha sufrido una evolución de sus conceptos más significativos desde el momento fundacional hasta la actualidad, a partir de su constitución sobre la base de una concepción económica y bioecológica de la salud. El punto de partida para demostrar estas afirmaciones es la identificación de las categorías que definen su fundamento, esto es, la base conceptual sobre la que descansa su saber.

Comenzaremos por el análisis de uno de los textos del período fundacional, que a pesar de su carácter divulgativo, tuvo una importancia destacada en la promoción de las ideas que contiene. Por otra parte, su autor, el Dr. Abraam Sonis, ha ocupado los cargos de mayor importancia en la ESPUBA, de la que fue director durante un largo período y también en la administración superior de salud. Podemos afirmar que se trata de un texto representativo de la opinión mayoritaria de los sanitaristas argentinos en el momento de su aparición y no solo expresión de la calidad y la preeminencia de su autor.

En *Salud, medicina y desarrollo económico social*, Sonis plantea la relación entre salud y desarrollo, basándose en la definición de la OMS y en el círculo vicioso de la enfermedad-pobreza, cuyas relaciones recíprocas se sintetizan en el *nivel de vida*, el cual había sido definido en una reunión de varios organismos internacionales, con la participación de la OMS, a partir de sus componentes: salud, consumo de alimentos y nutrición, educación, empleo y condiciones de trabajo, vivienda, seguridad social, vestimenta, recreación y entretenimientos, libertades humanas (Sonis, 1964, p. 24, nota 4 y p. 19). Estos componentes son examinados en los siete capítulos que conforman el libro, en una sectorización que destaca los *aspectos sociales* del desarrollo, tal como se entendía mayoritariamente entonces.

El capítulo final "Desarrollo económico social y salud pública", después de una sección introductoria donde se sintetiza la relación desarrollada en los

capítulos precedentes, examina el papel de la inversión social, que en algún párrafo identifica como *inversión humana*, destacando en particular que:

...formando parte de un plan de desarrollo la salud pública se convierte en uno de los más importantes factores para el logro de este, proporcionando la armazón humana de alta eficiencia con la cual se hará el desarrollo y no sobre la cual se levantará una estructura que lo dejará sumergido. (Sonis, 1964, p. 244)

Y más adelante:

Lo razonable es [...] canalizar las inversiones en actividades productivas de tal modo que respondan al beneficio que producirán juzgando la situación en su totalidad, y su monto debe tender a evitar un desequilibrio que, lamentablemente, es bastante frecuente.

A analizar este aspecto del equilibrio se destina la siguiente sección "Equilibrio y desequilibrio en el desarrollo", en la que se vuelve a postular la obtención del equilibrio entre inversiones sociales y productivas.

Las cuatro secciones siguientes están destinadas a examinar la programación (del desarrollo, de la salud pública), la planificación a largo y corto plazos y la programación de las acciones sanitarias en Argentina. El tema reiterado de todas estas secciones es la relación recursos objetivos, desde los distintos puntos de vista posibles: eficiencia, optimización, programación, maximización del beneficio, etc. En suma "...la labor urgente, es programar y administrar los recursos de que se dispone actualmente para su más eficiente utilización." Pero este no es el único aspecto que se destaca en la formulación, también se enfatiza la *planificación vertical* (para la que no se han dado muchos antecedentes o justificaciones en el desarrollo del texto): "...para esta planificación vertical, los organismos sanitarios, las autoridades sanitarias, no deben esperar a nadie; sus proyectos pueden y deben comenzar en forma inmediata...". Y más adelante:

No existen, pues, [...] dificultades u objeciones para la tarea de programación, normalización y coordinación reservadas a los organismos gubernamentales centrales: la planificación y la puesta en marcha de programas es, pues, responsabilidad que queda librada totalmente a su decisión. (Sonis, 1964, p. 268)

El texto de Sonis es altamente representativo de la manera en que se había encarado el debate acerca de la política social a partir de la década de 1950. Los antecedentes históricos más o menos inmediatos de ese debate se ubicaban, a nivel internacional, en torno a las consecuencias de la gran crisis del treinta, la Segunda Guerra Mundial y la reconstrucción europea posterior, junto con el largo período de la competencia entre las potencias triunfantes, que se expresa con los altibajos de la guerra fría. En ese contexto surgen las *políticas sociales* de los países capitalistas como retaguardia de la lucha internacional, es decir, como forma de asegurarse el *frente interno* de ese conflicto. Pero las políticas sociales deben ser legitimadas en el terreno que, a partir de ese momento y hasta la actualidad, domina el panorama intelectual y político en los países centrales del capitalismo, imponiendo esa dominación a los países periféricos: la economía.

La economía

El ámbito de la economía asume un carácter específico, enfatizándose uno de sus aspectos que llega a adquirir una particular relevancia práctica y teórica, como problemas y teoría del desarrollo, relacionados con el tema de la reconstrucción europea. Cuando esa temática se extiende a América Latina, el debate adquiere una configuración particular, adaptada a las condiciones de la región. Dicha adaptación se hace en los dos terrenos mencionados: el de los problemas y el de la teoría, ampliamente interrelacionados.

En cuanto a los problemas, ya no se trata de reconstruir el capital destruido o convertido hacia la producción para la guerra, sino de lograr el impulso necesario para construir el capital que desencadene un proceso de desarrollo autónomo. La necesidad de construcción es doble: por una parte, la del capital necesario en el sentido estrictamente económico del término, por otra las condiciones sociales para esa construcción, esto es las condiciones para la acumulación ampliada de capital, condiciones que varían en los diferentes países (y aun regiones dentro de un mismo país) que se encuentran en fases muy disímiles del proceso de acumulación.

La caracterización de los problemas enfrentados se va a traducir en los *diagnósticos* que se realizan en los países, impulsados por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Estos diagnósticos pueden sintetizarse en la identificación de los obstáculos que impedian el proceso de desarrollo —de su desencadenamiento o profundización— y su autosustentación. Se señalaban los *cuernos de botella* en torno a las principales variables macroeconómicas, que confluían en la escasez en la ociosidad del capital. Los problemas

reales —hambre, desempleo, marginalidad, enfermedad, analfabetismo, carencias habitacionales, de transporte, de servicios varios, de infraestructura urbana o rural, de energía, etc.— eran consecuencias de los cuellos de botella identificados y su solución estribaba en su *destrucción*, lo cual desencadenaría un proceso circular de crecimiento que llevaría a la desaparición más o menos rápida de todas esas miserias. Las carencias señaladas no son nuevas, existen desde siempre, pero en este período adquieren una nueva significación, una objetividad de *segundo orden* (Berger & Luckmann, 1986, p. 120) lo que va a permitir su discusión como *objetos teóricos*.

Estos nuevos objetos teóricos son situados, como dijimos, en el marco conceptual de la economía y más particularmente en la teoría del *desarrollo económico*, lo cual acota inicialmente la discusión, generando otro nivel de problematicidad que permanece durante bastante tiempo relativamente oculto, indefinido o definido ambiguamente, conceptualmente distorsionado y, en consecuencia, produciendo una dificultad (un *ruido* dirían los *comunicólogos*] en el diálogo establecido que no solo impide su esclarecimiento sino que trasmite su impronta hasta la actualidad y hacia el futuro: la *cuestión social*.

Pero veamos los términos del debate teórico, los que van a permitir *legitimar* los problemas reales del subdesarrollo. Este debate se va a realizar en varios planos, cada uno de los cuales exigirá alguna acotación que permita encarar políticas globales definidas y concretas. La descripción que hagamos presentará algunas superposiciones y redundancias, lo cual quiere decir que separaremos —un tanto artificialmente— planos de la teoría que no serían estrictamente separables, pero ello nos permitirá poner claramente (esperamos) en evidencia la orientación ideológica que va a dominar la discusión.

En primer lugar, la conceptualización global económica va a seguir la línea del *keynesianismo*, desarrollada por el economista inglés John Maynard Keynes en la década de 1930 y dirigida principalmente a tratar de evitar las crisis económicas que se presentaban cíclicamente en el desarrollo de los países capitalistas. La exposición teórica está contenida en un texto ya largamente clásico, la *Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero* (Keynes, 1943), que discute básicamente el significado y las interrelaciones de esas tres categorías. Pero no fue el propósito de la propuesta de Keynes lo que dominó el pensamiento latinoamericano sino el método, lógicamente derivado de aquél. Es decir, la intención de evitar las crisis cíclicas implicaba un tratamiento de conjunto de la economía, no lo que pasaba con una empresa o un consumidor, sino lo que ocurría con la totalidad de los productores y consumidores, lo cual llevó al autor a desplazar el interés metodológico desde las microvariables y su manejo mediante el análisis marginal, a las macrovariables (demanda y oferta *agregadas*) y su manejo estadístico. El resultado fue

el desarrollo de las ecuaciones macroeconómicas que sintetizaban las *cuentas nacionales* y secundariamente el análisis de su dinámica (la *teoría general*).

¿Cómo se incorporó la formulación keynesiana a los problemas del subdesarrollo? En primer lugar, se desvinculó el método del propósito, que ya no era el tratamiento de la crisis, sino la manera de impulsar un desarrollo autosostenido, lo cual, si bien tiene puntos de contacto con lo anterior, presenta particularidades propias que ameritan una reflexión independiente, que no se realizó de partida sino ya en medio de la nueva práctica política (de política económica) generada en la década de 1950, cuya expresión sintética fue la propuesta de planificación. Pero antes de examinar ese intento de actualización, veamos otros aspectos que fueron fuentes de duraderos conflictos y de evoluciones futuras.

En primer lugar, la doble descripción del proceso circulatorio: bienes y servicios *reales* por una parte y dinero por otra, con su expresión en la contabilidad de *doble partida* y el problema que genera, a partir de la confusión acerca de su significación. Esta confusión, a nuestro juicio, es consecuencia del triple papel del dinero, que, a pesar de ser permanentemente explicitado, sigue interfiriendo en la teoría y la práctica de la política económica; ese triple papel es el que corresponde a su función como *homogeneizador*, es decir como elemento de cuenta, a su función como *equivalente universal*, esto es como medio de intercambio de bienes y servicios reales, y como medio apropiado para la acumulación, es decir como *capital*.

No vamos a intentar dilucidar aquí las perplejidades a que conduce esta triple visión (y su permanente confusión), pero sí señalaremos que ello condujo a una doble formulación de los problemas del desarrollo: la que ponía el acento en la consideración de los recursos reales, tendencia que recibió el nombre de *estructuralismo*, y la que enfatizaba la importancia del dinero en sus funciones de intermediación y acumulación, que se llamó *monetarista*. Por cierto que esta descripción simplificada admitía en la realidad todos los matices que es dable imaginar, pero lo cierto es que, en la práctica, el primer enfoque tendía a desvalorizar la cuestión de la inflación en tanto privilegiaba la solución de los problemas que planteaba la *estructura* productiva y los que se derivaban de la misma: estructura del consumo, del empleo, del comercio exterior y otras. El otro enfoque hacía hincapié en la cuestión del financiamiento y muy particularmente del equilibrio fiscal y la política monetaria con el propósito de reducir drásticamente la inflación, por sus efectos distorsionadores sobre el comportamiento de las variables reales. Estas dos temáticas iban a transformarse no solo en un debate teórico, sino en aspectos parcialmente complementarios de una única propuesta: la planificación, asentada sobre la visión *real* y la administración, destinada al manejo de las cuentas y el presupuesto.

Otras cuestiones dieron origen a ampliaciones de la *práctica teórica* del sub-desarrollo, en particular las que intentaban identificar el *motor* del desarrollo. Este problema tuvo varias expresiones, que describiremos en sus diversas parcialidades. La pregunta fundamental a responder, tanto en el terreno teórico como práctico, esto es de las políticas económicas, era: ¿qué decisiones de gobierno son las que van a movilizar las capacidades para generar un desarrollo autosostenido? Las respuestas iban desde los desarrollos teóricos hasta las propuestas políticas, desde las teorías del multiplicador del consumo y el acelerador de la inversión, pasando por la relación producto/capital y los otros *parámetros de comportamiento*, a las teorías del equilibrio (parcial, general) o del desequilibrio y el desarrollo hacia adentro y hacia afuera.

Puntualicemos un poco más las cuestiones relacionadas con el motor del desarrollo. Estas cuestiones estaban ligadas originalmente con las clásicas funciones de demanda y oferta y su tendencia al equilibrio. A partir de la articulación de oferta y demanda para un solo producto, se generó el análisis acerca de las condiciones para el *equilibrio general* de todos los productos en cuanto a sus precios y cantidades, en un ámbito de multiplicidad de productores y consumidores. A partir de aquí se postularon dos posibilidades: la que intentaba desarrollar un proceso de partida equilibrado en el entendimiento que así se evitaban los cuellos de botella que retrasaban el avance, lo cual implicaba prestar atención preferencial a los aspectos retrasados de la economía, y la que, por el contrario, era partidaria de crear un desequilibrio que significara un estímulo endógeno para el crecimiento de la totalidad de la actividad económica. Dentro de esta segunda tendencia se encontraban a su vez dos variantes: la que privilegiaba el aumento autónomo de la oferta porque *la oferta crea su propia demanda*, lo cual quiere decir que se iba a estimular principalmente la acumulación de capital, y la que prefería el estímulo a partir de la demanda, que era la postulación del propio Keynes. Como es obvio en un funcionamiento ampliamente interrelacionado, cada una de estas formulaciones implicaba cuestiones que afectaban muy directamente las vidas personales de distintos grupos sociales, cuyos ingresos, consumos y ahorros se veían favorecidos o debilitados según las aplicaciones que se hicieran en las políticas de los gobiernos a través de los distintos instrumentos de regulación y control.

En otro plano de este panorama la discusión se hacía respecto de los mercados internos o externos, es decir: la estructura productiva ¿debía conformarse según las necesidades del grueso de la población del país, o era preferible orientarla hacia la demanda del exterior? El dilema generaba no solo un problema de estructura, sino también de política, pues los mismos productos (alimentos, por ejemplo) podían dirigirse a uno u otro mercado. Por otra parte, el mercado

externo no podía desatenderse por completo puesto que era necesario para equilibrar el egreso de divisas requerido para importar los insumos intermedios y, sobre todo, los bienes de capital que el proceso de desarrollo exigía.

Mencionaremos un último punto que es el de la distribución espacial, ligado a los dos anteriores: el del equilibrio-desequilibrio y el del mercado exterior. Aquí la discusión giraba en torno a la interiorización del desarrollo, invirtiendo la clásica tendencia centralista de los países subdesarrollados mediante la promoción de *polos de desarrollo*, lo cual hacía más equitativa la asignación territorial de las inversiones al mismo tiempo que producía un efecto de *arrastre* (que recuerda el efecto del desequilibrio) sobre las zonas periféricas menos favorecidas.

Los aspectos señalados hasta aquí habían estado presentes en el debate económico de los países desarrollados, en Europa y América del Norte, antes de ser retomados por los países subdesarrollados de América Latina. Pero la diferente significación de los problemas reales existentes hizo que se jerarquizaran de una manera distinta, lo cual revela un favorable intento de, por lo menos, adecuar la discusión a las circunstancias locales. Así es que se privilegió el análisis del estructuralismo o el monetarismo frente al del equilibrio-desequilibrio o al desarrollo regional (que en cambio recibía una cuidadosa atención en los países desarrollados). También, ante las opciones planteadas se estableció un sistema de preferencias que revelaba la vocación *progresista* de los intelectuales latinoamericanos. Esas preferencias se apoyaban en el estructuralismo y el mercado interno como bases teóricas, relegando el tratamiento del equilibrio y la distribución espacial al nivel metodológico —en el que jugaba un papel importante el uso de las matrices de relaciones interindustriales globales e interregionales—, lo mismo que el manejo de los instrumentos de política fiscal y monetaria. El carácter progresista de estas preferencias estaba dado por el planteo distribucionista que implicaba, ya que la ampliación del mercado interno requería cierta distribución funcional del ingreso más equitativa que la existente, al mismo tiempo que el ajuste de la estructura productiva, acentuando la producción de *bienes salario*, y la estructura de importaciones —de insumos y bienes de capital correspondientes— *cerraba* el modelo. Los interrogantes que quedaban abiertos, en particular los requerimientos externos y la generación de ahorro interno (la transformación de dinero como medio de cambio en *capital*) fueron motivo de reflexión teórica y de propuestas políticas, que completaron las esperanzas de esa época plena de ilusiones: el bienestar, la planificación, el desarrollo. Fue la época de oro del pensamiento económico de la CEPAL, que por boca de su principal vocero, Raúl Prebisch, insistió en la teoría de la *relación de términos de intercambio*, con su traducción en propuestas inmediatas y mediatas:

la política de *sustitución de importaciones* en lo inmediato, puesto que solo requería la decisión de los países periféricos, y la propuesta de renegociar las condiciones del intercambio con los países centrales, origen del *diálogo Norte Sur* y de la institución internacional conocida como GATT (*General Agreement on Tariffs and Trade*).

Estas son, a nuestro juicio, las líneas principales que guiaron la reflexión y la práctica de los países subdesarrollados de América Latina, a través de la mediación de CEPAL y del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES), encargado este último de la difusión de las ideas *cepalinas* en los cursos internacionales y en las misiones de asesoría, que abarcaron la totalidad del subcontinente latinoamericano.

Sin querer entrar en un análisis exhaustivo —que no es nuestro propósito ni está en nuestra capacidad realizar— parece pertinente preguntarse cuáles fueron las carencias que llevaron al fracaso, parcial, de la ambiciosa propuesta transformadora de las sociedades latinoamericanas generada a partir de la crisis mundial de 1930 y acentuada durante la segunda posguerra.

Señalemos de comienzo las carencias que, desde nuestra mirada actual, aparecen como resaltantes en el pensamiento cepalino y también, a pesar de algunos conatos de reflexión independiente, en el de otros centros nacionales que se encontraban bajo la dependencia de la hegemonía de CEPAL.

No había reflexión acerca del Estado, la política, la política social, los problemas organizativos ni, en general, sobre la sociedad. Puesta en estos términos la afirmación parece excesiva, demasiado *dura*, sin los grises que matizan permanentemente la realidad. Lo cierto es que se hablaba y se escribía, en los diversos centros que comenzaban a conformar una red latinoamericana posteriormente institucionalizada en FLACSO (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales) y CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales), del Estado, la política y la sociedad —más de la política social, menos de la organización— pero de una manera que dejaba en claro el carácter subordinado de esa reflexión, al asignarle el papel de garante de aspectos parciales del buen comportamiento de la economía. Así, el Estado era considerado según sus funciones de regulación y control de las políticas fiscales y monetarias y de planificador de las actividades económicas (y sociales); la política se consideraba como la manera de lograr el apoyo a las decisiones que se generaban en los aparatos de gobierno; la sociedad estaba constituida por los grupos recipientes de las acciones estatales o gubernamentales —de difícil distinción para este pensamiento— o el terreno de detección de las necesidades que el plan iba a solucionar: la política social consistía en la atención de cuestiones que de alguna manera escapaban a la resolución por vía de la economía; la organización era objeto

de alguna reflexión solo en la medida en que tuviera que adecuarse a los requerimientos del plan.

A pesar de que no faltaban profesionales de las ciencias sociales en los centros nacionales e internacionales que se ocupaban de estos temas, y de que estos no habían estado ausentes en el pensamiento de los *clásicos* —en particular Weber, Durkheim, Marx y tantos otros— el pensamiento latinoamericano demoró en incorporarlos seriamente, es decir en un pie de igualdad, por lo menos, con los temas económicos, hasta que el fantasma del fracaso comenzó a cuestionar las propuestas planificadoras. Corresponde examinar entonces cómo se realizó la transformación de esta interpretación de la economía a nuestro terreno específico de análisis, la salud pública.

La primera y más importante manifestación de la transferencia fue la aceptación de la formulación económica en cuanto tal, lo que confería a esta disciplina una posición de preeminencia respecto de los otros enfoques acerca de los comportamientos sociales. Se produjo así una *centralidad* de las categorías económicas que pasaron a desempeñar el principal papel en la explicación de los fenómenos analizados. Es posible que ello haya ocurrido debido a la aparente rigurosidad de la ciencia económica (aún hoy es la más *científica* de las ciencias sociales) o al importante papel que sin lugar a dudas juega en la vida de las sociedades (a ambas cuestiones nos referiremos más adelante), pero sea por la razón que fuere, todas las disciplinas que tienen que ver con las sociedades cayeron bajo la dominación de la economía.

Esta subordinación es claramente perceptible en el texto de Sonis citado, y en muchos —casi todos— los que se ocupaban del tema en esa época, pero se trata de una subordinación forzada, en el sentido que es el resultado de una imposición externa al ámbito estrictamente científico, como consecuencia de los términos que los países centrales, en particular los Estados Unidos de Norte América, único vencedor verdadero en la Segunda Guerra Mundial, imponen para otorgar su apoyo (y dólares) a los países que van a ser reconstruidos o desarrollados. Por esta razón es que parte del discurso de la salud postula relaciones recíprocas entre la salud y la economía, resultando en formulaciones del tipo *círculo pobreza-enfermedad*: si hay pobreza, hay menos salud, si hay menos salud hay más pobreza; o puesto en términos positivos: si hay desarrollo habrá más salud, la que contribuirá a que haya más desarrollo. Es innecesario señalar que esto no lo decían los economistas, quienes por su parte hubieran introducido alguna corrección en la afirmación del siguiente tipo: si hay desarrollo con redistribución progresiva del incremento de ingreso y un consiguiente aumento del gasto privado promedio en bienes y servicios para salud, o alternativamente un mayor gasto público vía una mayor recaudación impositiva, etc., habrá más

salud, siempre que la elasticidad del ingreso de los bienes para salud favorezca un mayor consumo y siempre que haya más salud el impacto sobre el desarrollo dependerá de que la distribución del incremento de salud en la población favorezca a la población económicamente activa, de las condiciones de empleo y de la relación entre salud y productividad. O algo así, poniendo entonces algunos necesarios interrogantes sobre el aserto de los sanitaristas, para quienes el sentido era nivelar la salud con la economía, al mismo tiempo que se intentaba la inserción *estructural* de la salud en la economía como manera de lograr el acceso a los fondos internacionales que iban a estar disponibles a partir de la reunión de Punta del Este que lanzó la Alianza para el Progreso en 1960.

Corría por cuenta de los sanitaristas demostrar que los gastos que se hacían para salud no eran gastos de *consumo* sino de *inversión*, lo cual quería decir que iban a tener una *tasa de retorno* (los esfuerzos que se hicieron para medirla demuestran, si no lo que querían demostrar, por lo menos el ingenio de quienes lo intentaban) que los justificaba plenamente en términos económicos.

Esta temática es reconocida —aunque no elaborada técnicamente— en el texto de Sonis, al examinar la inversión social (inversión *humana*), en el mismo capítulo en que se reclama el equilibrio entre inversiones sociales y productivas, a pesar de que previamente ha postulado que todas las inversiones deben ser productivas (con lo cual se da a entender que las supuestas inversiones sociales no existen), revelando la contradicción generada por la subsunción —o incorporación subordinada— de lo social en lo económico. La discusión en profundidad de este aspecto nos llevaría demasiado lejos; baste mencionar su relevancia histórica no solo en las ciencias sociales de los países occidentales sino sobre todo en el ámbito de la teoría, y la política marxistas, donde aparece de una doble manera: como el debate en torno al economicismo, que marca toda la época que va de la segunda a la tercera internacional, y como el debate teórico acerca de las nociones y la relación entre infraestructura y superestructura, que aún sigue ocasionando dificultades en la teoría y la práctica socialistas.

La cuestión del equilibrio aparece, en el caso de salud, en una versión un tanto modificada, pues ya no se trata del equilibrio de los sectores económicos, que en las versiones técnicamente sofisticadas es el equilibrio de las relaciones interindustriales expresado en el llenado de la matriz de Leontieff, sino del equilibrio entre lo económico y lo social, reapareciendo así de nuevo la contradicción señalada: si lo social no es económico, ¿por qué se lo reinterpreta como si lo fuera? Pero lo novedoso es que la polémica entre equilibrio y desequilibrio ya no aparece como tal, sino que desde el inicio se toma partido por la tesis del equilibrio. Y no puede ser de otra manera, pues de lo contrario

el fiel de la balanza se inclinaría tan obviamente hacia el lado económico que no quedaría espacio para la duda sobre el carácter obviamente ideológico del planteo que aparece ahora con toda claridad: lo primero es demostrar que el gasto que se hace para salud es inversión y no consumo, a continuación, hay que -nuevamente- demostrar que el mayor rédito se alcanza cuando se equilibran las inversiones sociales con las económicas. La pregunta que queda abierta -¿qué es el *equilibrio* entre la inversión social y la económica?- no perturba la lógica de la argumentación desarrollada por el sanitarismo.

El último punto que trataremos respecto de la transferencia de las categorías desde la economía a la salud, es el que corresponde a la planificación —que en el momento fundacional se identificaba con *programación*, posteriormente se va a diferenciar— y la administración, como dos cuestiones que corresponden ambas al terreno de la economía pero que se diferencian por dos razones: la administración tiene una larga tradición y un cuerpo teórico independiente, en tanto la planificación está en pleno período de gestación y en busca de una teoría que le dé sustento, pero además adquieren la significación política diferencial ya señalada, apareciendo la administración como apoyo de la interpretación más *conservadora*, frente al *progresismo* de la planificación. Esta última distinción no es claramente percibida inicialmente y sólo se hará evidente a partir de los choques institucionales que producirá, que darán lugar a nuevos debates teóricos acerca de la *triple racionalidad* (política, administrativa, planificadora). Por el momento, se intenta su integración operativa a través de *programar* y *administrar* los recursos; el conflicto vendrá después. Por fin, el énfasis en la planificación vertical (o normativa) no es más que la contracara de las carencias ya señaladas.

La bioecología

En cuanto a la afirmación de que la concepción bioecológica de la salud fundamenta parcialmente la matriz teórico-metodológica de la salud pública argentina, es pertinente la revisión de los textos utilizados en la docencia, en el apoyo a la investigación y en la práctica profesional de lo que denominamos el período fundacional, pero la afirmación intenta avanzar algo más que establecer esa simple relación. Lo que pretende es poner en evidencia una cierta concepción de *lo social*, cuya insuficiencia es paralela a la subordinación de lo social real a una concepción económica de mayor coherencia interna, de forma que la doble vertiente de la base económica y la bioecológica de la matriz teórico-metodológica de la salud pública argentina es, en

el fondo, una sola visión de la determinación desde el punto de vista de la salud como fenómeno colectivo.

En la revisión de textos escogemos tres artículos representativos de las funciones que mencionamos en el párrafo anterior, correspondientes a autores argentinos con responsabilidades importantes relacionadas a esas funciones. Se trata de "Metodología epidemiológica", "Sobre el método epidemiológico y "Funciones de la epidemiología en la República Argentina"¹. En el primero de esos trabajos se muestran —en forma un tanto anecdótica— los *principios* básicos de la acción epidemiológica, para lo cual:

...hay que tener en cuenta, por sobre todas las cosas, la Naturaleza y “entonces el sol o la lluvia, el frío o el sudor, la sed o el hambre suman sus acciones estimulantes para hacernos vivir con más intensidad el cuadro, al que no faltan nunca, como fondo siniestro, las miserias sociales de todo orden”.

Esas miserias sociales juegan un papel importantísimo, a juzgar por el párrafo siguiente que afirma que:

La epidemiología experimental, en colonias de ratones de Topley, Flexner, Lynch, Amoss y otros, se halla separada de la humana por el abismo infranqueable de “lo social”.

Los principios fundamentales de la epidemiología contemporánea se adjudican a Stallybrass, fechado en 1931, con la especificidad de la enfermedad infecciosa y su diseminación a partir del germen, el vector y el terreno. Esos principios se hacen extensibles a todas las enfermedades. Los *criterios adecuados a las circunstancias* en la metodología epidemiológica se refieren a lo biogeográfico y confluyen en lo biosocial. Los postulados que debieran tener

¹ El primer artículo es de autoría del doctor Atilio Báez Ponce de León, médico cirujano e higienista, director de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires; el segundo es del doctor Alfredo Rabinovich, secretario técnico de la Dirección de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, y el tercero pertenece al doctor Vicente Mazzafero, especialista en Salud Pública y jefe del Departamento de Epidemiología de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires. Cargos sustentados en el momento de la publicación de los artículos. Los tres trabajos fueron publicados en la *Revista de Salud Pública*, de La Plata, el primero en los números 2, 3 y 4 de enero/abril y de mayo/diciembre de 1962; el segundo en el número 6 de diciembre de 1964 y el tercero en el número 7 de diciembre de 1965.

en cuenta los epidemiólogos —*que evitarían la repetición de errores derivados de los viejos conceptos*— se enumeran así:

- 1) No comparar cosas o fenómenos heterogéneos; 2) no aceptar jamás, sin previa crítica el *Consensus omnium* por universal que sea; 3) no confiar jamás en la propia experiencia y mucho menos en la ajena, por dilatada que sea; 4) no aceptar como definitivamente válido el testimonio de nuestros sentidos; 5) no copiar servilmente a la naturaleza; 6) no someterse a la opinión de los “comités de expertos”; 7) no sentir el fetichismo de los números; 8) no alterar la objetividad de los resultados; 9) no emprender investigaciones con fines utilitarios; 10) tener independencia de criterio frente a las ideas ajenas y con mayor motivo, frente a las propias.

A estos postulados se los clasifica como *normas generales*, en tanto que las *normas especiales* están destinadas a la investigación de una epidemia, siendo imprescindible en este caso:

- 1) Verificar el diagnóstico, 2) verificar la existencia de una epidemia, 3) orientar la epidemia en el tiempo, 4) orientar la epidemia en el lugar, 5) orientar la epidemia de las personas, 6) en base a dicho análisis rápido y preliminar a la selección de la epidemia en lo que respecta a tiempo, lugar y persona, formular hipótesis para guiar la futura investigación. Tratar de clasificar la epidemia de acuerdo al modo de trasmisión, todo ello para] 7) búsqueda de casos adicionales que pudieran no haber sido reconocidos o registrados, 8) determinar qué información adicional es necesaria para contestar las preguntas que uno pueda haber formulado y para certificar la hipótesis.

En la segunda parte del trabajo se detalla lo que en la primera se ha denominado *criterios adecuados a la circunstancia*, es decir, lo biogeográfico y lo bio-social. Respecto a esto último la enumeración es la siguiente:

- 1) Todas las enfermedades son evitables, 2) la epidemiología es una e indivisible, 3) el espíritu de la epidemiología es antitético al de la medicina individualista o asistencial, 4) el epidemiólogo debe recoger las creencias populares, 5) las enfermedades pestilenciales proceden siempre o casi siempre (oficialmente) de países limítrofes, 6) las enfermedades trasmisibles no se extienden o propagan, lo que se difunde es su conocimiento, 7) la gente no quiere padecer

enfermedades nuevas o poco conocidas, 8) las autoridades sanitarias de cualquier país no tienen interés en descubrir enfermedades nuevas, 9) la literatura médica es una “literatura de éxitos”.

En cuanto a los criterios biogeográficos aparecen como:

1) Todas las epidemias se extinguen por sí solas, 2) la frecuencia de las enfermedades transmisibles, dentro de sus áreas de endemoepidemicidad, se halla vinculada al conocimiento de las mismas, 3) las áreas geográficas de las enfermedades metaxónicas son desbordadas, más o menos ampliamente, por las de sus agentes vectores, 4) el ecuador epidemiológico no coincide con el geográfico, 5) la experimentación realizada en animales de laboratorio es insuficiente, 6) la llegada de personas sanas a una zona afectada de ciertas enfermedades endémicas puede ser más grande, desde el punto de vista epidemiológico, que a la inversa, la entrada de casos de las citadas enfermedades en regiones indemnes de ellos, 7) en la lucha contra las enfermedades transmisibles ha correspondido un papel preponderante a los factores inespecíficos.

Los cuatro conjuntos de conceptos: normas generales, normas especiales, criterios biosociales y criterios biogeográficos, constituyen —más allá de lo heteróclito de la presentación— junto con los principios fundamentales de Stallybrass, la manera como los epidemiólogos argentinos de la época incorporaron las enseñanzas de la epidemiología clásica, simbolizada en los *maestros* Luis Nájera, Lorenzo García y Rolando Armijo, y por su intermedio en los *artífices soberanos* Koch, Manson, Laveran, Virchow, Cajal, Pasteur y otros.

Las normas generales son pautas de comportamiento para los epidemiólogos, tendientes a garantizar la *objetividad* del trabajo epidemiológico, por lo que pueden ser consideradas como expresión de la epidemiología sustentada por el autor y *a fortiori* por los trabajadores de salud que aceptan esa formulación. Las normas especiales identifican las categorías básicas de la epidemiología clásica: tiempo, lugar, grupo social (en nuestra traducción del término “personas” utilizado en el texto) y modo de transmisión de la enfermedad.

Los *criterios* —dejamos para otra circunstancia el aclarar acerca de en qué circunstancia son *criterios* esos criterios— biosociales son un conjunto de afirmaciones expresadas apodícticamente que son especificadas por el autor de la siguiente manera:

1) toda enfermedad puede prevenirse por la interrupción de cualquiera de los eslabones de la cadena epidemiológica, 2) todo ser vivo puede influir en la epidemiología de las afecciones que gravitan sobre los demás, 3) la medicina asistencial actúa en el microcosmos: binomio enfermo y médico; la epidemiología actúa [sic] sobre la colectividad en el macrocosmos: enfermo, médico, Estado y sociedad, 4) el epidemiólogo debe recabar las informaciones más amplias que le sea posible, no desdeñando en modo alguno las populares por extrañas que puedan parecer o encontradas con el estado actual de los conocimientos científicos, 5) por malo que sea el estado epidemiológico de un país, sus autoridades, frente a cualquier anomalía originada por las enfermedades pestilenciales, proclaman que es debida a casos procedentes del exterior [...] esta tradición [sic] epidemiológica internacional sirve para encubrir un estado sanitario deficiente, consecuencia lógica de la despreocupación de los gobiernos por estos problemas, 6) la idea de que las enfermedades transmisibles fueron propagándose por el mundo hasta invadir las áreas geográficas que hoy cubren es [...] contraria a la realidad epidemiológica, pues consta que todos los factores necesarios y suficientes para la presencia de tales enfermedades en los países hoy afectados existían siglos [sic] antes de haberse identificado las respectivas enfermedades, 7) el común de la gente siente un instintivo terror hacia las afecciones nuevas o poco conocidas [...] por suponer que la curación es más difícil en tales casos, 8) la falta de interés de las autoridades sanitarias por descubrir enfermedades nuevas es debida a la inseguridad para el país ya que supone el planteamiento y solución de numerosos problemas sanitarios de toda índole, 9) cuando aparece en la terapéutica un producto o método nuevo las publicaciones médicas abundan en trabajos demostrativos de la bondad de los mismos.

Esta larga cita nos ha parecido necesaria para mostrar que se trata de un conjunto de medias verdades (las más peligrosas), trivialidades, mitos o falsedades, cuya relación con la epidemiología es —por decir lo menos— dudosa, pero lo más significativo es que se califica a este conjunto de *características biosociales*. Si aguzamos la mirada veremos que en el punto 3 se menciona al Estado y la sociedad, en el 7 al común de la gente y en otros a las autoridades o el gobierno. No es, ciertamente, sobre estas bases que se pueda sentar una conceptualización *social* de la epidemiología, como disciplina básica para la comprensión de la salud de la población. Veamos qué ocurre con los criterios biogeográficos, repasando nuevamente los *aforismos* citados:

1) Es necesario hacer los estudios de una auténtica epidemiología, cuya primera fase obligada es la observación [...] se trataría de saber cómo evolucionan espontáneamente las epidemias, 2) es evidente que las enfermedades son nuevas mientras se quiere que lo sean, ya por desconocimiento de los médicos, ya por despreocupación de las autoridades sanitarias, 3) no hay coincidencia estricta entre las áreas geográficas de los vectores y de las enfermedades que transmiten, 4) hay una desigual distribución espacial de la población humana, 5) la actividad epidemiológica difiere de la medicina experimental [...] porque los mismos aspectos meramente biológicos de los problemas son más complicados y porque la intervención de los factores sociales modifica de manera substancial e intrínseca los resultados, sea de modo favorable o adverso [...] lo cual impone la realización de ciertas investigaciones en grupos humanos controlados convenientemente, 6) debe cambiarse el frente de lucha externo por el interno, mejorando las condiciones de salubridad de los pueblos, 7) las grandes victorias de la sanidad no han sido debidas a factores específicos.

Esta última parte del trabajo que analizamos nos reserva algunas sorpresas, en primer lugar, el interrogante de por qué estos criterios son biogeográficos (salvo el 3 y el 4), pero dejando de lado esa inquietud, se repiten los mismos vicios de los criterios biosociales. Pero la verdadera sorpresa aparece respecto de los puntos 5, 6 y 7, en los que progresivamente se delinea algo que nos aproxima a una interpretación social de la epidemiología, tanto desde el punto de vista metodológico —la necesidad de realizar estudios de campo, ya indirectamente apuntada antes— como interpretativo, al señalar el paso de lo externo a lo interno pero, sobre todo, al analizar concretamente los factores inespecíficos (en el desarrollo del punto 7, allí se periodizan diversas enfermedades, ubicándolas (mal o bien) en momentos específicos de la historia europea; luego se analizan ciertos hechos relativos a transformaciones de las sociedades de la época, ligados a los procesos de trabajo, los fenómenos de comercialización, de urbanización, de transporte y otros, que resultan en impactos significativos en la evolución de cada una de las enfermedades examinadas. En suma, hay declaraciones en favor de la importancia de *lo social*, que no es especificado en ningún momento del trabajo, y hay una descripción histórica de hechos sociales muy pertinentes que no son reconocidos en su carácter social sino como *factores inespecíficos*. Los hechos estaban presentes, pero aún era necesario conceptualizarlos en un cuerpo de teoría.

El trabajo de Rabinovich sobre el método epidemiológico consiste en una serie de reflexiones provocadas por un trabajo de Milton Terris (1962). En el

trabajo de Terris —según el comentario de Rabinovich— se estima que existe un *campo* de estudios epidemiológicos que incluye:

...la prueba y valoración de medidas sanitarias adecuadas para la prevención, control o erradicación, a veces con carácter francamente experimental y otras, de evaluación de actividades [basándose en que] la unidad de estudio de la epidemiología es la población o el grupo y no el individuo... (Rabinovich, 1964)

Ese campo excluye, en cambio, la evaluación de servicios o la atención de la demanda. De aquí deriva Terris la idea de que no existe un método epidemiológico sino una variedad de métodos, tomados de varias disciplinas.

Previamente Rabinovich ha afirmado (citando a J. Ryle) que la epidemiología debía considerar a la enfermedad “dentro del medio en que se producía, [...] vinculable con las condiciones sociales y ocupacionales”, señalando más adelante la importancia del estudio ecológico “o sea de las estructuras espacio-funcionales existentes entre el hombre y su medio y que se mantienen a través de una dinámica extremadamente compleja”, para llegar por fin a una definición de la epidemiología como “el estudio de la distribución espacial y cronológica de los diversos estados de salud de grupos humanos y de los factores que los determinan”, agregando que en ese estudio se incorporan las condiciones externas que rodean a los individuos.

Con estos elementos a su disposición, Rabinovich podía haber profundizado su reflexión en dos direcciones que prometían ser extraordinariamente fértiles, desarrollando una concepción más amplia de lo social en lugar de reducirla, en la práctica, a las condiciones ecológicas; por otra parte, podía haber tomado la noción de “campo” planteada por Terris para reelaborar todo lo concerniente a un “enfoque” epidemiológico de los problemas de salud. En lugar de ello prefirió concentrarse en una confusa discusión de la cuestión del método —demasiado compleja para ser resuelta en las pocas páginas (cinco) del artículo— que desembocó en la afirmación que:

...nuestro propósito es reivindicar que el programa lógico que se impone para el estudio de los problemas epidemiológicos, para la investigación o experimentación, merece el nombre de método epidemiológico no tanto por la originalidad de su procedimiento sino por el carácter especial pragmático de su secuencia, el uso de los instrumentos o elementos metodológicos en las diversas etapas de su curso; que si bien utiliza aportes de la estadística, biología, medicina, sociología, etc., los ubica y extrae de ellos especiales

conocimientos y los ordena según los objetivos bien definidos de su materia. (Rabinovich, 1964)

No parece, según la evidencia presentada, que Terris se opusiera a esta afirmación, de llegar a un acuerdo acerca de cuáles son *los objetivos bien definidos de su materia*, que pudieran aclararse examinando el campo de la epidemiología y, dentro de este, sus determinaciones sociales.

Por último, examinaremos la visión de Mazzafero acerca de las funciones que debe cumplir la epidemiología en la República Argentina, las que enumera así:

1) determinación de la naturaleza y magnitud de los problemas epidemiológicos, 2) determinación de las prioridades en el conjunto de los problemas, 3) determinación de los recursos necesarios para abordarlos, 4) normatización de procedimientos, 5) programación de las acciones epidemiológicas de control, 6) administración y evaluación del programa, 7) mantenimiento del Reglamento Sanitario Internacional de la OMS. (Mazzafero, 1965)

A continuación, afirma que todo esto debe hacerse solo con relación a las enfermedades transmisibles, debido a un “conocimiento no demasiado acabado de los problemas que nos afectan, el grado de desarrollo sanitario y técnico que poseemos”, además de que “se dispone de recursos suficientes para este tipo de demanda”. A partir de aquí se plantean en el trabajo las necesidades administrativas y programáticas, y las dificultades organizativas (falta de estructura, ausencia de programa de control, deficiente coordinación, tendencia a la burocratización de los servicios y falta de buena información) para que las funciones mencionadas se cumplan.

Lo que cabe preguntarse es si se puede adjudicar a la epidemiología la responsabilidad de esas funciones, a las cuales debe sin duda contribuir, como también deben hacerlo otras disciplinas que forman parte del campo de la salud pública. Aceptando la validez de la afirmación acerca de nuestro subdesarrollo sanitario, pareciera que la consecuencia lógica sería que la epidemiología debiera funcionar realizando lo que está en la capacidad específica de su enfoque que es la realización de estudios epidemiológicos, precisamente para salir del subdesarrollo sanitario. Lo que esta visión revela es que no estaba claro en ese momento el *campo* que debía abarcar la epidemiología, o la salud pública.

En suma, en ninguno de los tres trabajos analizados aparece una noción clara del significado de la epidemiología como ciencia social, debido a una insuficiente y ambigua conceptualización de lo social, que a pesar de ser

repetidamente mencionado como discurso, enfatizado en su importancia, y aun descrito en su concreción de “mundo social de la vida”, carece de formulación teórica que permita incorporarlo como núcleo de la ciencia a la que *dice* pertenecer pero, tal como se deduce de los análisis precedentes, solo en cuanto ideología y no en cuanto ciencia. Esta ideología corresponde a la formulación de que lo que ocurre en la vida es *natural* que sea de esa manera, eliminando entonces la construcción social de la realidad. La naturalización del mundo de la vida —ya señalada en nuestras reflexiones preliminares— es el fundamento más sólido para afirmar que la epidemiología argentina de la época analizada se inscribe sin ambages en un marco epistemológico positivista.

Administración, planificación, epidemiología

La matriz teórico-metodológica presenta un predominio de la *administración de servicios* sobre la *planificación* y de estas dos disciplinas frente a la epidemiología.

La segunda parte de la afirmación ya ha sido debatida al examinar los trabajos referidos a la epidemiología en la sección precedente, por lo que nos centraremos en la relación que se postula entre la administración y la planificación, acerca de la cual ya se han hecho algunas consideraciones introductorias.

La administración

La práctica de la administración, en cuanto disposición sobre recursos, no reconoce límites temporales hacia atrás: *siempre* se manejaron recursos. En la medida en que ese manejo presupone alguna previsión, también la planificación, como parte de la administración, reconoce una antigüedad similar. De modo que no es en la práctica donde debemos buscar los antecedentes de un predominio de una disciplina sobre otra sino en la formalización de la misma, formalización que implica, por lo menos, alguna reflexión en torno a la práctica que se realiza.

La reflexión en torno a la administración se hace necesaria a partir de la aparición de las organizaciones complejas y se encuentra, por lo tanto, estrechamente relacionada al proceso y la reflexión sobre organización; sin embargo, históricamente se han separado las respectivas teorizaciones, sobre todo por la significación instrumental de ambas, la primera identificada con las cuestiones económicas y la segunda con las políticas (en el sentido de la teoría y la práctica de la constitución del Estado). De manera que el pensamiento administrativo se ordena originalmente en torno al manejo económico de

empresas destinadas a la actividad productiva, luego extendida a las actividades comerciales, lo que académicamente se conoce como *administración de negocios*. El *campo* que configura esa actividad se expande desde lo privado a lo público, en la medida que crecen las intervenciones del gobierno en el terreno económico, apareciendo entonces una administración privada y otra pública, con la misma base conceptual pero diferenciándose según la especificidad de sus objetivos: la ganancia privada o el bien público. Esta divergencia implica que el resultado de la administración privada será siempre evaluable cuantitativamente, como tasa de ganancia, de retorno, de giro, de explotación, y según otros indicadores derivados de éstos u otros similares; en cambio, el resultado de la administración pública no goza de estos privilegios, siendo su evaluación, en la práctica, cualitativa (¿cómo se cuantifica —aunque no dudamos que legiones de economistas estarían dispuestos a hacerlo— el *bien público*?). En ambos casos persiste la necesidad de financiamiento para movilizar los recursos requeridos. Esta diferencia tendrá consecuencias de largo alcance en el debate acerca del Estado, la ubicación de la economía en la definición de los problemas sociales, la integración *sistémica* y la integración *social*, que recién se harán evidentes —para el caso argentino— a partir de 1970. El cuestionamiento al Estado por su *indebida* intervención se basa en que el criterio con que se lo juzga es, precisamente, el del objetivo de la administración privada que la administración pública, obviamente, no puede cumplir.

En la práctica, la actividad del campo que se somete a la reflexión teórica, se concentra en los procedimientos de gestión para el manejo adecuado (obtención, asignación, utilización) de los recursos necesarios para cumplir con los objetivos institucionales, sean ellos los que fueren. Esa gestión se realiza de manera departamentalizada, es decir como administración de personal, financiera, de compras, de mercadeo, etcétera, quedando la coordinación entre todos los departamentos a cargo de la dirección superior (gerencia general o similar) de la organización correspondiente. Cualquier manual de administración de empresas ejemplifica el resultado de la reflexión señalada mediante la descripción de las distintas gestiones que se realizan en cada departamento para cumplimentar las funciones que le son características.

La extensión de la teoría administrativa al terreno de la salud asume su expresión más clásica en la administración hospitalaria, posiblemente por ser el hospital la institución que más se aproxima a la complejidad que —según indicamos— desencadena inicialmente la reflexión teórica sobre la administración, pero puede afirmarse sin temor a equivocarse que en el caso argentino, esa expresión no solo se ubica en el hospital sino que se centra en la preocupación por los recursos, dentro o fuera de los hospitales. Pero veamos cómo se va a expresar la cuestión administrativa en los términos de

su formalización para nuestro objeto de estudio, durante la primera parte del período analizado.

Para ello examinaremos algunos conceptos y orientaciones desarrollados en la revista *Medicina Administrativa*²; en la "Presentación" del número extraordinario sobre atención médica, correspondiente al volumen II número 1, de enero-abril de 1968 se dice lo siguiente:

Es indudable la existencia en el país y en el conjunto de Latinoamérica, de una creciente preocupación por mejorar la organización de la atención médica. El crecimiento de los sistemas de previsión, los intentos de identificar el hospital con su comunidad, el establecimiento de modelos de programación de actividades, los estudios de costos y las diferentes políticas de ensayo emprendidas, son algunos hechos que están demostrando el acento puesto en este *campo* por el esfuerzo estatal y privado.

Pero los esfuerzos, muchas veces carentes de un contexto general que los guíe, han enfrentado y también creado serios problemas de administración. [...] Falta en el país concretar una política comprensiva y a largo plazo que integre y dé sentido al esfuerzo iniciado.

Sin embargo, no hay lugar para conclusiones pesimistas. Un nuevo *campo* de actividad profesional se ha ido gestando a la vista de este conflicto entre aspiraciones y realidades. Es el denominado de administración de servicios médicos o de especialización en atención médica. Como toda tarea profesional en su comienzo, es difícil definirlo y marcar sus límites de acción específicos. Los organismos internacionales sanitarios han promovido ya varias reuniones técnicas para su discusión, y los documentos resultantes han sido publicados, mientras que las escuelas y otros centros formativos han encarado su enseñanza. Aún subsisten algunas controversias y problemas conceptuales pero, de hecho, nadie discute su existencia profesional.

La administración de *servicios médicos* o *atención médica* simplemente cubre una serie de funciones o responsabilidades fundamentales

² Entre 1967 –año de comienzo de la publicación—y 1970. Esta revista era editada por el Centro de Investigación y Adiestramiento en Salud Pública (CIASP), "entidad civil no lucrativa", dirigida durante el período mencionado por Carlos Canitrot y por Jorge Mera. Los nombres citados son significativos en cuanto a la orientación de la salud pública argentina hasta la actualidad (mayo de 1990).

para la salud pública moderna. Algunas de estas funciones son eminentemente organizativas: entender en todo lo relacionado con los recursos y su distribución (médicos, hospitales, etc., racionalizar las estructuras, definir los sectores de población a servir por cada sistema (beneficiarios), determinar primas y beneficios a otorgar, promover legislación adecuada, etc. Otras funciones son de carácter financiero: delimitar las distintas fuentes de financiación y los mecanismos recaudadores para el sostén del sistema, establecer los métodos de remuneración al médico y otro personal (arancel, capitación, sueldo, etc.), analizar costos y evaluar el gasto y sus tendencias. Por último, en esta descripción que no pretende ser exhaustiva, están las llamadas funciones profesionales. Entre ellas se encuentran las de promover normas de calidad en el trabajo médico y su correspondiente auditoría, organizar la participación profesional a través de sus cuerpos específicos y coordinar con los organismos de enseñanza, la capacitación de técnicos y otras medidas de carácter educacional. De esta lista, incluida con criterio puramente demostrativo, puede deducirse el tipo de profesional que se requerirá en el futuro. (Medicina Administrativa, 1968) [Cursivas agregadas]

A continuación, se especifican los contenidos de la publicación presentada para “concurrir al desarrollo de esta disciplina” señalando que:

...se encara en principio el problema de los recursos [ponen el énfasis en] [...] su cantidad y distribución en el país para algunos rubros esenciales [...] —médicos y enfermeras— y los recursos materiales que posibilitan la acción de aquellos, es decir, los establecimientos hospitalarios y las camas.

En segundo término, se estudian las características de la organización de la atención médica, analizando la estructura de sus efectores, y las variables que afectan la demanda de los servicios: edad, condición socioeconómica, afiliación a sistemas de prepago, etc.

El papel de las organizaciones médicas es evaluado con vistas a definir una política de atención médica que fije sus responsabilidades en el proceso.

La financiación de la atención médica constituye uno de los temas de mayor controversia. [...] Así, los distintos sistemas de financiación, su

estado actual, las formas de retribución al médico y el rol del Estado son analizados por distintos autores. (Medicina Administrativa, 1968)

Este texto ilustra varios aspectos claves de la visión que los sanitaristas argentinos tienen de la administración en el período fundacional: en primer lugar su caracterización como *campo* profesional, en fase de definición (“aún subsisten algunas controversias y problemas conceptuales”); en segundo término su íntima articulación con los problemas organizativos (“creciente preocupación por mejorar la organización de la atención médica”) de la que la administración sería el instrumento operativo; en tercer plano la identificación de la administración de servicios médicos con atención médica, confiriéndole especificidad práctica a la reflexión teórica (lo cual es típico en la definición de un campo profesional). Además de estas tres cuestiones básicas, también se definen funciones (organizativas, financieras, profesionales) y categorías: los recursos son trabajadores profesionales, establecimientos hospitalarios y camas.

En una muestra de la publicación que analizamos se puede observar la manera en que las anteriores afirmaciones —firmadas por CIASP— son puestas en práctica a través de la investigación o de las formulaciones operativas. Los cincuenta y dos artículos originales, actualizaciones, casuística, notas didácticas, etc., en los siete números revisados, se distribuyen en forma más o menos pareja entre el recuento y la distribución —geográfica, funcional, por dependencia— de recursos (según han sido definidos), el financiamiento, la organización, la llamada demanda u oferta y cuestiones socioeconómicas o epidemiológicas de la población. Ninguno de los artículos se refiere en ninguna de sus partes a problemas de gestión. ¿Podrá inferirse de esto una relación con el predominio de profesionales médicos —y no administrativos— en la administración de salud en el país? Veamos si nos ilustra en algo el examen de los comentarios editoriales de la revista.

En uno de ellos llamado *El sentido de la auditoría médica*, se examina la evaluación del trabajo médico, postulando procedimientos de normatización para alcanzar la máxima eficacia. En otro se habla de “limitaciones en la formación del médico que el país necesita”, donde se reclama “una política de atención médica coherente que permita establecer objetivos en materia de formación de profesionales”. El siguiente declara que:

Nuestra esperanza [es] reafirmar que los organismos estatales y privados deben valorar a los profesionales de la salud pública en razón exclusiva de sus capacidades, rechazando toda discriminación por causas políticas o ideológicas. (Centro de Investigación y Adiestramiento en Salud Pública, CIASP, s/f)

Alguno reclama un aumento de retribución al personal de enfermería como manera de contribuir a resolver el problema de: “La escasez del personal de enfermería”. Luego se reflexiona “Acerca de algunas ideas en salud pública” mostrando una sucesión de ideas fuerza: *centros de salud, regionalización, reforma hospitalaria*, para concluir con la necesidad de “encarar los problemas de atención médica con criterio comprensivo, abarcando a todos los sectores y personas involucrados”. Por fin, se habla de “Atención médica por prepago”, donde se propugna que estos procedimientos “constituyan un hito en el logro de un seguro médico de salud”. Todos estos editoriales, si bien plantean problemas de indudable importancia para la salud pública en Argentina, no contribuyen a esclarecer por qué se los considera enmarcados en la *medicina administrativa*, ni tampoco a eliminar “las controversias y problemas conceptuales” del campo que supuestamente contribuyen a construir. En todo caso solo avanzan algo en el terreno de quiénes son los que “legítimamente” lo constituyen. Estas insuficiencias se desplegarán plenamente en los años siguientes.

La planificación

En lo que respecta a la planificación, sus antecedentes ya están relatados en el comienzo de este capítulo; su concreción metodológica fue realizada, entre otros, por Jorge Ahumada, quien a partir de 1961 —fecha de su inauguración— fue director del Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela (CENDES/UCV). Allí se desarrolló la primera propuesta más o menos completa de metodología de planificación para ser aplicada al caso de salud (Ahumada *et al.*, 1965), cuya descripción haremos tomando párrafos de un trabajo previo:

El método se basaba en un diagnóstico de la situación que incluía un triple análisis: 1) el de los daños y sus factores condicionantes; 2) el de los recursos, su forma de organización o instrumentación con sus correspondientes rendimientos y 3) el de las relaciones que se generaban entre daños e instrumentos o la asignación de los recursos a los daños.

El punto 1 incluía una agrupación —para poder hacer del conjunto algo manejable— de las categorías utilizadas en la clasificación internacional de enfermedades y causas de muerte, reduciendo el conjunto de causas a unos treinta daños, en base a criterios aproximados de homogeneidad epidemiológica, es decir a cadenas similares en la producción de cada una de las enfermedades que se agrupaban en un daño. Ese tratamiento laxo —por decir lo menos— de

la determinación epidemiológica —aun en sus términos más tradicionales— hacía que la consideración de las causas no pudiera realizarse de manera rigurosa, obligándonos a incluir una noción a todas luces ambigua: los factores condicionantes. Pero, además, las tradicionales dificultades de medición de la morbilidad nos obligaron a excluir del diagnóstico nada menos que a las enfermedades, cuando éstas no se manifestaban en su forma extrema y definitiva, como muerte. Y a pesar de la discusión amplia sobre este aspecto, su reconocimiento no eliminaba el indudable sesgo que constituía su no consideración.

El punto 2 —la instrumentación— era y sigue siendo el más válido de la propuesta, pues se fundamenta en una lógica de la proporcionalidad entre diferentes recursos que no está sometida a otras determinaciones, aunque admite numerosas variantes. Una vez definido un cierto proceso de trabajo para realizar una actividad, quedan definidos también los recursos para llevarla a cabo; si la tecnología o el proceso cambian, se modifican también las proporciones de los recursos que lo componen. Esa relación puede normalizarse, rediseñarse o modificarse paulatinamente para aproximarse a algún óptimo, pero su lógica, la de la proporcionalidad, no cambia. Esto es lo que hace del cálculo de los recursos el núcleo sólido de cualquier propuesta de planificación tradicional y no solo en el campo de la salud.

El punto 3 —la asignación de recursos a los daños— constituía el lugar de encuentro entre los problemas de salud y los recursos que se aplicaban para combatirlos siendo, en consecuencia, expresivo de las políticas de salud, entendiendo como tales las prioridades que en los hechos se asignaba a los problemas presentes. El procedimiento de asignación, si bien conceptualmente sencillo, era extraordinariamente complejo en la práctica, debido a las dificultades de estimación para muchos de los parámetros de comportamiento utilizados, tales como la distribución de un recurso entre diversos usos [por ejemplo el agua para distintas formas de consumo, para uso industrial y para salud].

El otro gran componente metodológico consistía en la formulación de planes, a partir del diagnóstico realizado. El principio sustentador de esa formulación era el de la optimización, es decir el intento de aproximarse a una asignación interna de recursos que maximizara las ganancias obtenidas en términos de salud o minimizara los costos [entendiendo la conjunción o en su carácter

inclusivo]. Esta asignación interna dejaba pendiente varias cuestiones importantes que se resolvían con procedimientos *ad hoc*, entre ellos la asignación global de recursos al sector. El procedimiento metodológico era aproximadamente el siguiente: 1) utilizando el punto 1 del diagnóstico se montaba un ordenamiento de ataque a daños, la selección de prioridades; 2) los recursos se reasignaban dentro de los instrumentos, cambiando las proporcionalidades halladas en el diagnóstico [punto 2 anterior] para lograr una composición instrumental normalizada que maximizara su eficacia si fuera posible, pero por lo menos su eficiencia y 3) se reasignaban los nuevos instrumentos normalizados a los daños priorizados modificando el ordenamiento encontrado en el punto 3 del diagnóstico para alcanzar la optimización buscada.

La asignación de prioridades se realizaba mediante una fórmula analítica compuesta por cuatro variables: la magnitud del daño, medida por su tasa de mortalidad; la trascendencia que consistía en una evaluación, realizada para cada situación concreta analizada, acerca del valor social que se asignaba al grupo principalmente afectado por el daño; la vulnerabilidad que era una característica del daño definida como la capacidad de actuar sobre el mismo con las técnicas actualmente disponibles; el costo que era una medida del gasto necesario para evitar una muerte con la mejor combinación de técnicas disponibles. El cálculo era simple, limitándose a multiplicar las tres primeras variables y dividir por la cuarta; el resultado daba el orden de prioridad buscado en términos cualitativos [o sea, un daño que resultara con un número doble de otro no tenía el doble de prioridad, sino que simplemente estaba antes en la escala].

La normalización instrumental comenzaba durante la fase diagnóstica, al plantearse como una evaluación de la situación actual, buscando contestar a la pregunta de si con el mismo volumen de recursos podían haberse obtenido mejores resultados. La elección de un instrumento normal se hacía en base a varios procedimientos que incluían la comparación internacional, la comparación interregional o local, la consulta a expertos y el diseño. Se establecían metas de normalización para cada uno de los años del plan.

La reasignación de instrumentos normalizados —según el grado de normalización alcanzada en cada año— a los daños priorizados, se hacía en un volumen que permitiera reducir la mortalidad hasta donde fuera posible según la vulnerabilidad del daño. Esto exigía

introducir una cuestión adicional que era la combinación de técnicas al existir más de una manera de combatir un daño, por ejemplo, mediante vacunación y asistencia médica, cada una de las cuales tenía distintos instrumentos, eficacias, eficiencias y por lo tanto impactaba de manera diferente la reducción de la mortalidad buscada, incluyendo las relaciones entre las técnicas mismas ya que la utilización de una de ellas modificaba los requerimientos de uso de las otras.

Conscientes de algunas de las dificultades técnicas que surgían al atenerse estrictamente al método propuesto, el capítulo sobre formulación intentaba corregir parcialmente los errores cometidos introduciendo sesgos al margen del procedimiento metodológico, los cuales quedaban en manos de los políticos sobre quienes recaía la responsabilidad de decidir sobre todo aquello que el plan no contemplaba, como por ejemplo el mantenimiento de los niveles de erradicación alcanzados para las enfermedades erradicables (puesto que si su magnitud era cero no aparecían como prioridad) o la necesidad de atender la demanda efectiva (lo cual volvía a hacer inútil todo el ejercicio anterior) o las decisiones sobre inversiones, o la distribución interregional (aquí hubo que introducir un criterio de justicia distributiva de lo contrario alguna región podía no recibir asignación alguna), o la asignación global al sector (introduciendo criterios para planes mínimos —que no se deteriore el nivel de salud alcanzado— y máximos —lo más que se pueda alcanzar dadas las vulnerabilidades y todos los otros condicionamientos— además de planes intermedios). (Testa, 1993)

El método CENDES/OPS, como fue llamado el que acabamos de comentar, tuvo varias adaptaciones según los intereses o circunstancias locales. En nuestro país se diseñó un *modelo nacional de programación de actividades*. Sobre este y otros aspectos presentaremos las observaciones de Juan Carlos Veronelli (1972), cuyo trabajo recoge los antecedentes de la planificación en la economía “para tratar luego su evolución en Latinoamérica y finalmente su desarrollo en el sector salud”; se remonta a la *Summa Theológica* de Santo Tomás para pasar de ahí al mercantilismo y luego al liberalismo o “doctrina del *laissez faire*”, frente a la cual aparecen críticas “a fines del siglo pasado [...] entre otras la de Marx”. A partir de entonces comienzan a introducirse *elementos sociales* en los *sistemas económicos*, configurándose algo que “algunos autores describen como neosocialismo, [...] con una versión marxista y otra

[...] basada en el uso pleno de los recursos productivos en beneficio de la comunidad”. Esto conduce a la idea de la planeación, con sus diversas versiones en los países socialistas y capitalistas. En América Latina se describe sumariamente el desarrollo desde principios de siglo, el papel de CEPAL y el proceso que desencadena la Alianza para el Progreso. Respecto a Argentina se mencionan los planes quinquenales de 1947-1951 y el de Salud Pública 1952-1958, interrumpido en 1955 (por el derrocamiento militar del gobierno del presidente Juan Domingo Perón)³.

En cuanto al método CENDES/OPS, Veronelli afirma que:

...se trata de un modelo de alta coherencia interna que “intenta racionalizar decisiones sobre asignación de recursos”:

- 1) entre sectores. Se resuelve por planes alternativos.
- 2) entre áreas. Se resuelve por criterio de justicia distributiva.
- 3) entre grupos de población. Se resuelve por trascendencia.
- 4) entre problemas de salud. Se resuelve por prioridades.
- 5) entre técnicas. Se resuelve por conocimiento.
- 6) entre servicio e inversión. Se resuelve por criterio de justicia distributiva.

En Argentina se elabora durante 1966-1967 el modelo nacional de programación de actividades. La intención es obtener programas de actividades de atención médica para cada establecimiento hospitalario, mediante el concurso de los profesionales del establecimiento en la determinación de metas de normalización.

Comparado con el “Modelo CENDES”, el Modelo Nacional es más simple y no incluye en su secuencia operaciones en la que se alternan estimaciones y aproximaciones de gran imprecisión con otras en que debe operarse con varios decimales. Sin embargo, igual que en CENDES, la actividad planificación está a cargo de los “planificadores” [...]

Contando Latinoamérica con todas estas herramientas, [...] podría suponerse que la planificación hubiese arraigado vigorosamente en el medio. No ha sido así. Los pocos planes formulados se han

³ Veronelli es Diplomado en Salud Pública y para la fecha de publicación del artículo citado trabajaba en el Centro Latinoamericano de Administración Médica (posteriormente sería consultor de OPS, llegando a ocupar el puesto de secretario de Salud de la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires durante el gobierno del presidente Raúl Alfonsín).

convertido en documentos que envejecen en las bibliotecas. En ninguno de los países se han ejecutado planes durante períodos consecutivos.

Numerosos gobiernos adoptaron la planificación porque los planes eran requisitos para obtener créditos. Este objetivo ilegítimo ayudó a que se viera en la planificación una varita mágica capaz de multiplicar los recursos. [...] Además, esta suerte de “pecado original” hizo que los organismos de planificación se ubicaran en alto nivel, al lado casi de los decisorios, desvinculándolos del resto de los sectores.

En el sector salud varias de estas consideraciones fueron características del proceso, agregándose otras que le son propias. De ellas, la más notable tal vez fue el predominio de los aspectos metodológicos: se entendió que el desarrollo de un método de planificación de salud lo suficientemente bueno era la solución del problema.

La preocupación metodológica fue tan intensa que produjo verdaderas identificaciones entre planificación y método.

Hasta aquí el comentario de Veronelli, que consideramos generalmente aceptable en su descripción de los hechos historiadados. Lo que sí creemos pertinente en este momento es señalar la aceptación generalizada que tuvo la propuesta de planificación CENDES/OPS en las escuelas de salud pública del continente latinoamericano. Esta aceptación marca un hecho significativo que es la especial inserción académica de la planificación, esto es, su incorporación como práctica teórica, lo cual contrasta con sus orígenes en ámbitos extraños al quehacer académico *oficial*, generalmente ubicado en las universidades. Esto habla de algo que se relaciona con el papel de la institución universitaria en América Latina, no tanto en cuanto a su significación científica sino en lo que se refiere a su papel simbólico, es decir a la ideología que transmite, apoya o consolida. Para el momento al que nos referimos, que hemos catalogado como *fundacional*, esa ideología es la del desarrollo económico, mejor expresada por la planificación que por la administración.

Frente a la inserción académica de la planificación, destaca el hecho de la práctica concreta de la administración, en lo que podría calificarse como su inserción burocrática (en el sentido weberiano del término). Esta diferencia es vital para comprender las razones por las que la disciplina administrativa adquirió el predominio, señalado en nuestra hipótesis, sobre la disciplina de la planificación; insistimos: porque se trata de una práctica concreta, que se inserta en cuanto teoría- sobre una burocracia de funcionamiento histórico y

que además es no cuestionadora de las relaciones sociales existentes y tendiente a consolidar la forma de funcionamiento de las fuerzas productivas; frente a estas circunstancias la planificación realiza preferentemente una práctica teórica, de inserción académica —generadora de explícitos conflictos con la burocracia, esta sí hegemónica en la práctica institucional cotidiana—, sin antecedentes históricos y parcialmente cuestionadora de las relaciones sociales de producción existentes. En estas condiciones, no es de extrañar el predominio de la administración sobre la planificación, a pesar de las preferencias del discurso científico universitario por esta última. La contradicción existente entre estos dos discursos, el administrativo y el planificador, se reflejará más adelante en la fractura del grupo de sanitaristas, tal como ya ha sido señalado.

Lo político y lo técnico

Durante las décadas de 1950 y 1960 se debatió en muchos centros de estudio en América Latina la relación entre lo político y lo técnico, formando parte de la discusión más general que abarcaba también el ámbito administrativo: la cuestión de la *triple racionalidad*, ya mencionada. En este caso se trata de la diferenciación entre la racionalidad técnica, de base científica, rigurosa, objetiva, verdadera, frente a la racionalidad política, ambiguamente definida pero que, ciertamente, no participaba de ninguna de las características mencionadas para la racionalidad técnica. La relación entre ambas era, entonces, clara: correspondía al político tomar decisiones —incluidas la de planificar o la de, una vez hecho el plan, ponerlo o no en ejecución— y al técnico realizar el diseño del contenido concreto de la decisión que el político debía considerar. Esto se parece mucho a la propaganda que una empresa de publicidad venezolana utilizó en la década de 1960: “permítanos pensar por usted”, la cual fue rápidamente abandonada ante la reacción negativa de aquellos a quienes estaba destinada. En el mundo científico, en cambio, la discusión sobre las distintas racionalidades perduró por más de una década, lo cual nos dice algo acerca de las maneras diferentes en que se debaten estos temas en el mundo de las prácticas cotidianas o concretas frente al de las prácticas teóricas o abstractas. Dicho de otra manera: en los tiempos abstractos de la *ciencia objetiva* es posible mantener escindido lo político de lo técnico, lo cual no es posible en los tiempos concretos de la *vida real*. Pero puesto así, lo que aparece cuestionado no es la diferencia entre ciencia y vida, sino la significación del concepto de ciencia objetiva, por lo menos para el caso de las ciencias sociales.

Vamos a mencionar el *nivel de científicidad atribuido*, donde se adjudica a lo técnico el nivel de científicidad. Esto es perceptible en todos los textos citados en este capítulo, sea por declaración explícita o por ausencia de una alternativa que plantee la científicidad de lo no técnico, es decir de lo social. La atribución de científicidad a lo técnico no es sino la contrafigura de una cierta concepción de objetividad científica. Ambos aspectos —objetividad científica y atribución de científicidad a lo técnico— se debatirán en detalle más adelante.

Lo cuantitativo y lo cualitativo

Hay varias determinaciones de la objetividad cuantitativa frente a la no científicidad cualitativa en la investigación, pero tal vez la más cuestionable —lo que no quiere decir que no se siga creyendo entusiastamente— es que existe una suerte de oposición entre lo cualitativo y lo cuantitativo. Es como afirmar que algo puede ser verdadero cualitativamente, pero falso si se lo puede medir. La medición de un fenómeno —si es correcta— no puede estar en oposición de su validez cualitativa. Esta es una opinión un tanto maniquea de la relación entre calidad y cantidad, acerca de la cual hay una extensa literatura desde distintos puntos de vista filosóficos y epistemológicos; baste mencionar la transformación de cantidad en cualidad en la lógica dialéctica, o la manera en que la teoría estadística plantea los problemas de medición en base a distribuciones probabilísticas, lo cual apunta a una cierta ambigüedad o indefinición terminológica, un “espacio semántico” en que ambos términos se confunden o se superponen, de donde podría inferirse la existencia de tres subespacios: calidad, cantidad, calidad más cantidad, donde cualquiera de ellos puede resultar vacío según el fenómeno de que se trate, lo cual lleva a la existencia de cinco casos posibles (llamando L a calidad y N a cantidad: L; N; L,N; L,N,L+N; L+N). Planteadas así las cosas, la conclusión que puede extraerse es que la demostración de la verdad de un fenómeno va a requerir —según sus características particulares, no siempre definibles *a priori* en la investigación— tanto técnicas cualitativas como cuantitativas.

Una segunda determinación es la confusión entre técnica y método. Una técnica cuantitativa básica como la estadística, absolutamente imprescindible en muchos procedimientos, muy particularmente en la investigación epidemiológica, es reinterpretada como método, cambiando indebidamente su estatus epistemológico de modo que se transforma en sustento de esa epistemología. Este problema es difícil de visualizar porque la reinterpretación está motorizada, precisamente, por la imprescindibilidad mencionada (la

cual, a su vez, deriva de un fuerte componente de tipo N en la configuración del fenómeno analizado). Por esta razón es que muchos textos identifican el método epidemiológico con *el método* estadístico; esto es, por supuesto, el caso paradigmático de confusión entre técnica y método, pero lo mismo ocurre con la administración y la planificación, donde el recuento y el cálculo juegan un papel fundamental, tornando imprescindible el uso de técnicas cuantitativas. De modo que tres de las disciplinas básicas de la salud pública son coincidentes en cuanto a la fuerza del componente cuantitativo en su composición, lo cual hace plenamente comprensible la validez de la afirmación que inicia esta sección. La tercera determinación corresponde al nivel epistemológico y los problemas que surgen respecto a la ubicación de las ciencias sociales. Inicialmente considerado como la divergencia entre los métodos de la antropología con sus técnicas cualitativas y el método sociológico con sus técnicas cuantitativas, en la actualidad se ha desplazado hacia la polémica entre el positivismo y la fenomenología, ambos con enfoques teórico metodológicos en parte coincidentes, pero divergiendo en cuando a las técnicas de recolección y análisis de la información, cuantitativas para el primero y cualitativas para la segunda. Pero esto se planteará después de examinar la siguiente sección.

La teoría de sistemas y el método epidemiológico

La epistemología que es adoptada (por el sanitarismo argentino) sintetiza la *teoría de sistemas* y el *método epidemiológico*. Esto significa, a su vez, la articulación entre análisis causal y funcional en una epistemología única.

Las preguntas de orden epistemológico guían la producción de conocimiento a través de la intermediación de una metodología de análisis, cuya caracterización nos permitirá aproximarnos a la comprobación de la validez o la falsedad de esta afirmación. Examinaremos entonces la formulación metodológica contenida en las notas de clase recogidas en el curso de la ESPUBA del período 1984/1985 y tomado de un texto representativo de la visión permanente, desde la etapa fundacional, en esa escuela.

En esas notas y texto, el estudio de los fenómenos naturales comienza con su observación intencionada, simple o experimental, consistente en la percepción del fenómeno y de las características que interesan al observador, lo que permite su aprehensión consciente. Lo que se percibe consiste en datos —cualitativos, cuantitativos— que al ser analizados se transforman en información. Para el análisis interviene la capacidad analítica, conocimiento previo y experiencia del investigador, mediante lo cual este construye un modelo (representación) abstracto del fenómeno observado, con sus características

y relaciones, estas últimas reveladas por el análisis de la información, el cual opera una selección de cuáles componentes y características formarán parte del modelo, guiado por los objetivos del observador. Este es un modelo observado o descriptivo, para cuya construcción se utilizan, además, modelos de referencia o teóricos, con los cuales se compara posteriormente el modelo observado, lo que permitirá —si hay concordancia— utilizar el conocimiento teórico para la interpretación y manejo del fenómeno bajo observación. Si hay discrepancias se revisa la construcción del modelo observado, o se buscan nuevos modelos teóricos existentes, o se construye un modelo teórico nuevo en base al observado, previa construcción de una hipótesis que formule una explicación de las divergencias encontradas entre el modelo observado y los distintos modelos teóricos existentes. Sobre esa base hipotética se puede construir un nuevo modelo predictivo, anticipatorio de la ocurrencia de un fenómeno aún no observado. La nueva observación será provocada a partir de un modelo operacional, generador de la información requerida para la validación del modelo predictivo y la consiguiente aprobación —rechazo— de la hipótesis formulada. La aplicación de los conocimientos se realiza aplicando modelos normativos, que permiten modificar los fenómenos en la dirección deseada por el observador.

Lo más destacable en el resumen presentado es la insistencia en la modelización como herramienta metodológica única en el análisis de los fenómenos naturales. Resulta entonces simple señalar que es la *teoría de sistemas* uno de los sustentos epistemológicos del sanitarismo argentino, a nivel de su principal centro formador de recursos, puesto que todo modelo es la representación de un sistema, como puede leerse en cualquiera de los numerosos textos que tratan el tema⁴, Este es uno de los aspectos que menos desacuerdos ha suscitado, no solo en la docencia sino también en la práctica, desde donde no se ha escuchado ninguna voz que plantee alguna posición alternativa sino, por el contrario, cada vez que se ha hecho alguna referencia a la forma de presentación de los problemas, se ha mencionado la teoría de sistemas como el fundamento conceptual de la misma. Como es sabido, además, la teoría de sistemas centra su interés en la manera en que se articulan sus componentes para transformar la *entrada* en la *salida*, es decir, en la forma de funcionamiento del segmento de la realidad que ha sido aislado y definido como el sistema bajo análisis.

En cuanto al método epidemiológico ha sido suficientemente debatido como para abundar en su descripción, pero sí hay que señalar que, tal como

⁴ Para citar solo algunos trabajos incluidos en el corpus de la investigación: Vargas, *Sistemas*, algunos conceptos de la teoría; CPPS/OPS (1972); Migliónico (s.f.); Lanza (1983).

se lo concibe en la salud pública argentina, no se aparta de los lineamientos que fija la teoría de sistemas, lo cual quiere decir que los problemas epidemiológicos son tratados como una parte aislable de la realidad social. De modo que hay efectivamente una integración entre ambos aspectos, el de la teoría de sistemas con su análisis funcional y el método epidemiológico con su análisis causal, en un solo fundamento epistemológico cuya principal característica ha sido definida en otros trabajos (Testa, 1993) como *separabilidad*, que es uno de los fundamentos sobre los que se asienta la eficacia de las ciencias naturales. Esta separabilidad de los objetos del análisis consiste en la posibilidad de aislar parcialmente al objeto, sobre todo de las circunstancias sociales en que acontecen los fenómenos, lo cual es la condición de la eficacia de la intervención, al actuar esta sobre las determinaciones más inmediatas. La formulación técnica correspondiente a la situación descripta es la teoría de sistemas: aislamiento parcial del objeto manteniendo una serie de entradas y salidas, lo cual significa la delimitación entre lo que queda dentro y lo que permanece fuera. Si no se cumple la condición de separabilidad del objeto, la teoría de sistemas no es aplicable a ese objeto de estudio. Esto es lo que ocurre, generalmente, en ciencias sociales, debido a la imposibilidad de definir un límite que separe lo que corresponde a la sociedad de lo que está fuera de la misma; la consecuencia es que no se puede estudiar problemas sociales como si fueran objetos aislados.

Ida y vuelta de la vida a la ciencia

Con base en estos elementos y los correspondientes a las descripciones metodológicas y epistemológicas previas, vamos a presentar nuestra visión de lo que correspondería a una ciencia sanitaria basada en una concepción de lo social que permita una interpretación y un manejo más adecuado de los problemas de salud, efectivamente articulados en la realidad y la dinámica de las sociedades latinoamericanas, en particular la argentina.

Desde lo que interesa para nuestra investigación, que es la relación de la ciencia con la ideología y la profesionalización, conviene especificar el significado (lo que se puede hacer, decir, pensar) de la práctica de la salud pública, utilizando la noción de *campo* profesional, entendiendo por talla delimitación de un conjunto de actividades realizadas por un grupo de personas especialmente capacitadas para ejercerlas, sea mediante la obtención de un título otorgado por instituciones del Estado (públicas o privadas) o mediante otras *autorizaciones* sociales más o menos formalizadas. Pero no todo se resuelve de esa manera, ya que la obtención de legitimidad, es decir la aprobación social,

es el resultado de una lucha del grupo que autodefine su diferenciación, junto con el conjunto de actividades que constituyen el campo.

Intentaremos ubicar la definición de campo en el espacio de la sociedad, pero en especial referencia a tres ámbitos de actividad que son: la vida cotidiana, las ciencias naturales y las ciencias sociales. Para hacerlo debemos diferenciar estos tres ámbitos de una manera no ambigua. Comenzaremos por la vida cotidiana para lo cual recurriremos a Agnes Heller (1977), que comienza su profundo análisis del tema con la siguiente definición: “La vida cotidiana es el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales, a su vez, crean la posibilidad de la reproducción social”.

Más adelante la autora afirma que la vida cotidiana presenta cambios, que tiene una historia en relación con los cambios en el modo de producción, los cuales se manifiestan en ella antes que se produzcan los cambios revolucionarios por lo cual la vida cotidiana es un fermento secreto de la historia. Describe también otros dos conceptos aplicables a la vida cotidiana: el vitalista o existencialista que lo identifica con lo convencional, al que critica destacando la importancia de lo no convencional o no habitual en la reproducción (aun en sentido estricto como un nacimiento o una muerte). En cambio H. Lefebvre⁵ utiliza un criterio objetivo para definir la vida cotidiana como mediación entre la naturalidad y la socialidad del hombre. La autora critica esta definición señalando que la vida cotidiana contiene crecientemente actividades relacionadas solamente con la sociedad, pero que tampoco es aceptable la definición de Lefebvre en cuanto al trabajo, puesto que este “si bajo determinado aspecto es parte de la vida cotidiana, por otro lado no lo es [...] como actividad inmediatamente genérica” (Heller, 1977, nota, p. 21).

Jürgen Habermas (1989, p. 99) trata el tema señalando que la reformulación del concepto de mundo de la vida en términos de la teoría de la comunicación, permite que se vuelvan a juntar las tradiciones (marxistas) del concepto crítico de la racionalidad y de la praxis, al establecer —la teoría de la acción comunicativa— una relación interna entre praxis y racionalidad, que da razón del contenido normativo de la acción orientada al entendimiento (Habermas, 1987).

Habermas (1989, p. 100) menciona a Lukács como responsable de la rehabilitación del concepto de praxis como “mundo de la vida cotidiana”, a partir de su introducción por Husserl en términos de la teoría de la constitución de la experiencia. Señala que este concepto —mundo de la vida cotidiana— no

⁵ Lefebvre, *Critique de la vie quotidienne*, citado en Heller (1977)

corresponde a problemas genuinamente marxistas, para analizar de seguido los aportes de Berger & Luckmann (1986) y Heller (1977), coincidentes en cuanto al concepto de objetivación, como: "...la facultad expresiva del hombre de objetivarse, esto es, de manifestarse en productos de la actividad humana que resultan comprensibles, tanto al que los ha producido como a otros hombres, como elementos de su mundo común" (Berger & Luckmann (1986).

La conclusión a la que llegan es que: "La sociedad es un producto humano. La sociedad es una realidad objetiva. El hombre es un producto social." Habermas caracteriza ese pensamiento como *idealista* en cuanto parte de la filosofía de la conciencia para postular a partir de ella la constitución de un mundo. En cambio, Heller, partiendo de la definición ya mencionada, introduce la idea de constitución del mundo como producción, es decir, en términos materialistas. Así, la *producción* se transforma en gasto de fuerza de trabajo, la *objetivación* en objetualización de la fuerza de trabajo, la *apropiación* de lo producido en consumo. Y la *cosificación* en explotación material basada en la propiedad privada de los medios de producción. Habermas también critica esta postura de Heller, mediante una argumentación que tiende a sustentar su propia formulación, desarrollada en su *Teoría de la acción comunicativa*, pero no seguiremos este análisis, contentándonos con haber descrito los términos —más o menos— actuales del debate. Para nuestros propósitos es suficiente el haber establecido (creemos) con firmeza la relación estrecha entre praxis y vida cotidiana, lo que nos permitirá proseguir con nuestro análisis.

Esta realidad, vida cotidiana, mundo de la vida, mundo objetivo, mundo social de la vida, para mencionar solo algunos de los términos utilizados por diversos autores, se constituye, por la relación señalada con la praxis (la producción, el trabajo, la objetivación, la acción) en lo que podría definirse como una positividad *pura*, donde no existen negatividades —lo cual no significa que no haya negaciones— respecto a la vida en cuanto tal. En la vida cotidiana no hay crítica acerca del mundo que la constituye, aunque ese mundo puede no gustarnos y hasta rechazarlo individualmente hasta el punto de decidir su abandono, y también rechazarlo colectivamente de manera irreflexiva hasta el punto de ser abandonados por ese mundo. El mundo existe, es *eso ahí*, se lo puede modificar para que sea distinto y es, en cierto sentido, *bueno*. Esta pura positividad tiene un nombre, se llama ideología, sus raíces son míticas o históricas (más adelante veremos cómo se relacionan con la ciencia), pero cualquiera sea su valor de verdad, fundamentan el *saber hacer* que se encuentra en las prácticas cotidianas, prácticas que son de dos tipos principales: las que realizamos todos, todos los días de nuestras vidas que conforman las actividades que podemos llamar legítimamente *culturales* y las que realizan algunos grupos diferenciados de la población que son las

que denominamos *profesionales*. Es decir, la práctica profesional —una de las formas de la praxis— se desarrolla en el *espacio* de la vida cotidiana.

Por contrapartida, las ciencias nunca son una positividad absoluta, sino que siempre contienen momentos de negatividad sistemática, la cual se expresa en dos niveles diferentes: el metodológico y el epistemológico. El primero de ellos se refiere a los procedimientos utilizados en el análisis de los datos de la investigación, incluyéndose las lógicas correspondientes y siendo su ejemplo paradigmático la doble negatividad de la hipótesis de nulidad, que es la demostración de la falsedad de la inexistencia de diferencias entre dos subconjuntos (McFarlane Mood, 1960). El segundo nivel —epistemológico— es el del ataque a las teorías *instituidas* (en el sentido de Foucault), que admite las variantes *popperiana* y *kuhniana*, la primera como actitud permanente de vigilancia epistemológica, la segunda como avance revolucionario que interrumpe la continuidad teórica y obliga a redefinir los fundamentos de toda la rama de la ciencia involucrada (y en algunos casos de toda la ciencia).

La idea de lo instituido, según Foucault (1991), es la de la formalización de algo nuevo, que puede ser un comportamiento, una organización o, en nuestro caso, un conocimiento; la génesis de lo nuevo se realiza mediante lo que el autor llama un “instituyente”, cuyo destino inexorable -si triunfa- es constituirse en un “instituido”.

En cuanto al criterio de Popper, la necesidad de vigilancia permanente se basa en que:

...las teorías no son *nunca* verificables empíricamente [...] el criterio de demarcación que hemos de adoptar no es el de la *verificabilidad*, sino el de la *falsabilidad* de los sistemas [...] no exigiré que un sistema científico pueda ser seleccionado *de una vez para siempre*, en un sentido positivo; pero sí que sea susceptible de selección *en un sentido negativo* por medio de contrastes o pruebas empíricas: *ha de ser posible refutar por la experiencia un sistema científico empírico*. (Popper, 1982, pp. 39-40). [Cursivas agregadas]

La continuidad que implica el criterio de Popper es revertida drásticamente por Thomas Kuhn, quien plantea la discontinuidad del avance *revolucionario* de las teorías científicas. Estas revoluciones son cuestionamientos que se hacen en períodos relativamente breves (no como vigilancia permanente, sino como crisis) a lo que el autor denomina *paradigma* (modelo, patrón, objeto para una mayor articulación y especificación en condiciones nuevas o más rigurosas, bases de un *campo*, realizaciones que carecían suficientemente de precedentes como para haber podido atraer a un grupo duradero

de partidarios y eran lo bastante incompletas para dejar muchos problemas para ser resueltos, etc.) (Kuhn, 1962). A partir de esta noción básica se postula el desarrollo de períodos de ciencia *normal*, destinados a la resolución de enigmas *dentro* del paradigma, y períodos de surgimiento de anomalías, crisis y finalmente revoluciones científicas.

El libro de Kuhn fue más revolucionario de lo que el mismo autor se proponía, por razones que tal vez pasaron desapercibidas en su momento, pero que estaban preanunciadas en la formulación realizada, a través de la introducción de aspectos no incluidos tradicionalmente en el análisis de problemas científicos. En primer lugar, la utilización de un método histórico, pero no solamente en sentido descriptivo sino interpretativo o explicativo, es decir, no como sucesión de hechos que se acumulan sino como rupturas que dan origen a nuevos desarrollos. En segundo lugar y como consecuencia de lo anterior adquieren importancia los sujetos portadores de la historia, en este caso la comunidad de investigadores que obedecen o cuestionan el paradigma y que son la fuente misma de los criterios ordenadores del problema, generando los *contextos* correspondientes (de descubrimiento, de validación). Por fin, la imprecisión del término paradigma, ya evidenciada en el párrafo anterior, da pie para interpretaciones diversas que reintroducen la historicidad y el sujeto en el núcleo sólido de las ciencias *duras*. Estos problemas dieron origen a numerosas críticas, que fueron respondidas en una *posdata* de 1969 (incluida en la edición citada) donde Kuhn se defiende del *cargo* de hacer de la ciencia “una actividad subjetiva e irracional” (1962, p. 270).

Por cierto que la polémica prosigue hasta la actualidad, una buena síntesis, que incluye desarrollos posteriores, es la de Chalmers (1982), pero no entraremos en ella, señalando solo la posible inconmensurabilidad, esto es, la falta de una base común que permita una comparación evaluativa entre las propuestas de Kuhn y Popper, al que el primero cita criticando su criterio de falsabilidad (Kuhn, 1962). Esta inconmensurabilidad derivaría de la incompatibilidad entre el carácter *lógico* de la propuesta de Popper y el *histórico* de la de Kuhn. Lo que interesa para nuestro propósito actual —a pesar de los problemas que deja abiertos— es la negatividad epistemológica, continua o discontinua, que queda suficientemente afirmada tanto en la variante kuhniana como popperiana.

Ambas negatividades —metodológica y epistemológica— existen tanto para las ciencias sociales como naturales, de modo que no es esto lo que las diferencia, a pesar de que el *peso* que asume cada una de las variantes epistemológicas mencionadas sea muy diferente para una u otra: en las ciencias naturales existen largos períodos de *estabilidad teórica* o *ciencia normal* (hace mucho que no se cuestiona el heliocentrismo). por lo que la variante más

pertinente en este caso es la kuhniana, a pesar que Popper (1984) trabajó su “falsabilidad” más en relación con las ciencias naturales que a las sociales, a las que criticó fundamentalmente por su *historicismo*; para las ciencias sociales, en cambio, cualquier investigación, inevitablemente incluye una visión crítica de alguno de los enfoques teóricos relativamente vigentes en el ámbito, sea ello reconocido o no explícita o implícitamente por el investigador; de aquí, en parte, la necesidad, muy bien planteada por Bourdieu, de “objetivar al sujeto objetivante”⁶. Esta necesidad se plantea —en el primero de los dos artículos citados— como una intermediación entre la “posición de clase” del sociólogo con su producción cultural, que para el autor es el campo de producción cultural, uno de los subespacios del espacio social. Esta posición, como veremos más adelante, presenta puntos de contacto con el problema de la “hermenéutica cero” de Habermas.

La diferencia entre ciencias naturales y sociales es clara: en las primeras hay, generalmente, una sola teoría que domina el ámbito en cada ciencia particular; en las ciencias sociales, en cambio, existen siempre enfoques teóricos que compiten fuertemente por el dominio del pensamiento científico acerca de la sociedad.

Nos queda entonces por diferenciar las características que separan a las ciencias naturales de las sociales, más allá de la multiplicidad de enfoques señalada para estas últimas (multiplicidad que es interpretada por algunos científicos como una “inmadurez” de las ciencias sociales o, peor aún, como una demostración de su “acientificidad”). Es interesante observar que desde el núcleo mismo de las ciencias naturales ha comenzado a ser cuestionada la unicidad del enfoque teórico; no otro sentido tiene la obra de Ilya Prigogine (1987), premio Nobel de Física, quien ha iniciado un debate de largo alcance que cuestiona muchos de los fundamentos aceptados de la epistemología de las ciencias naturales.

A nuestro juicio, la diferencia se encuentra en relación con lo que Habermas (1988) denomina la “doble hermenéutica” de las ciencias sociales, refiriéndose así a la necesidad de un proceso de *inserción* del científico social *dentro* de lo que constituirá su objeto de trabajo. Existe, dice Habermas, un “preconocimiento precientífico” de lo social, que es compartido por científicos y legos y con el cual el científico debe estar interiorizado antes de comenzar su tarea específica como científico; se trata entonces de un momento interpretativo previo, un nivel de hermenéutica cero sin el cual es imposible

⁶ Véanse en especial los artículos “Objetivar al sujeto objetivante” y “Lectura, lectores, letrados, literatura” en Bourdieu (1988).

construir el objeto de la investigación. La existencia de este nivel diferencia las ciencias sociales de las naturales. Esto tiene expresiones de diverso tipo en distintas ramas de las ciencias sociales y sería sumamente interesante (y productivo) identificar sus formas específicas en cada caso, tanto por su lado positivo como negativo (las consecuencias que ocurren cuando no se realiza esa inserción). Como ejemplos elementales podría citarse la dificultad del sociólogo que intenta estudiar la marginalidad sin haber pisado jamás una villa miseria, o la del arquitecto que intenta construir viviendas populares sin saber cuáles son las condiciones de vida de los sectores populares, o las tragedias que ocurren a la población cuando se considera que la economía se puede aplicar en base a teoremas muy bien demostrados en situaciones diferentes a las de aplicación, o la necesidad de la transferencia psicoanalítica para que se pueda realizar una interpretación correcta de los problemas que presentan los pacientes, etcétera. La lista puede ser interminable, pero todos los ejemplos caerían dentro de lo que en otro texto se define como necesidad de contextualización histórica (Testa, 1993).

La referencia a una hermenéutica cero remite a la hermenéutica uno, común a las ciencias sociales y naturales. Este segundo nivel interpretativo es el que se conoce como *validación*, que tanto en un caso como en otro se define en un contexto específico en el cual el resultado de la investigación es admitido como válido por la comunidad científica, o sea que permanece aún dentro de ese ámbito limitado. Reiterando entonces la diferencia entre las dos formas de ciencias: en ambas existe el problema de la validación de los resultados de la investigación, pero en las ciencias sociales existe también el problema de la *validación del objeto*. Aquí es donde se establece la conexión con la proposición de Bourdieu mencionada más arriba, pues esta validación del objeto es la contrapartida de la objetivación del sujeto objetivante (Figura 1).

Habiendo señalado las diferencias esenciales entre los dos tipos de ciencias, insistamos algo más en las diferencias circunstanciales: en las ciencias naturales existen dos vías diferentes que han sido puestas en claro por Kuhn: el crecimiento *dentro del paradigma* que ocurre por agregación sin cambios, con negatividad puramente metodológica, y el cambio revolucionario con negatividad fundamentalmente epistemológica, aun cuando existan debilidades metodológicas: cambiar de geocentrismo a heliocentrismo puede admitir ciertas inexactitudes que ya se aclararán más adelante cuando haya tiempo para crecer *por aposición*, es decir durante el período de *ciencia normal*. En las ciencias sociales, en cambio, las dos vías tienden a juntarse, de manera que siempre hay, o sería bueno que lo hubiera, crecimiento y *crítica*, aunque esta no llegue al nivel revolucionario de las ciencias naturales.

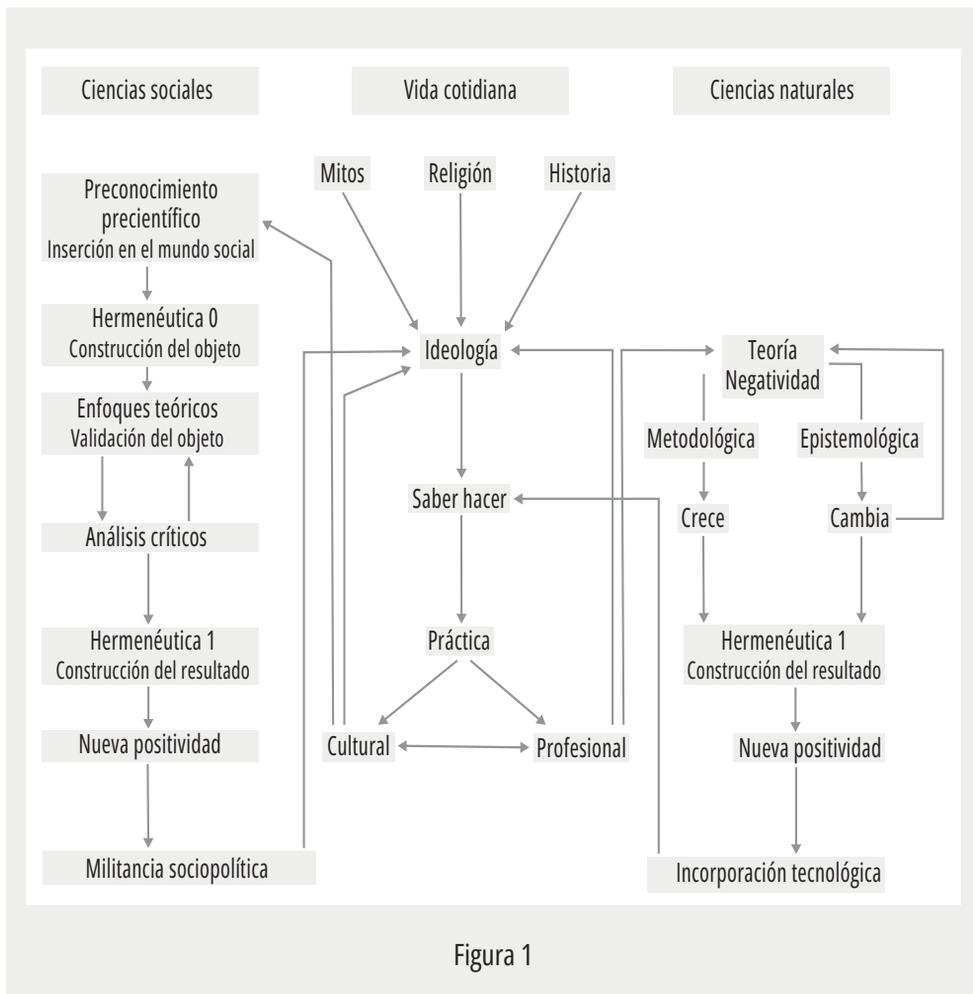


Figura 1

En ambos casos, ciencias naturales y sociales, se parte de una *positividad*, es decir de un conocimiento válido contenido en la teoría dominante de las ciencias naturales, o en los enfoques teóricos en competencia de las ciencias sociales y se genera una *nueva positividad*, que modifica, en alguna medida, la positividad inicial mediante las negatividades metodológicas y epistemológicas, que aparecen así en su carácter básicamente instrumental o intermediador.

Una vez identificadas las diferencias esenciales y circunstanciales entre los tres ámbitos analizados, resta por esclarecer las relaciones que se establecen entre estos, de extrema importancia para comprender adecuadamente los

procesos totales del *mundo social de la vida*, cuya incorrecta caracterización es fuente de incontables errores y confusiones que intentaremos mostrar más adelante.

Examinaremos en primer lugar la relación de implicación entre ciencias y vida cotidiana (para saber si se trata de una determinación habrá que examinar un caso concreto). Las *nuevas positividades* resultantes de la investigación de las ciencias naturales y sociales, pueden modificar la positividad característica de la vida cotidiana, a través de la modificación de la ideología. Esto se hará efectivo en la medida en que esas nuevas positividades se incorporen —sean *asimiladas*, para usar el lenguaje de Piaget (1987)— a la vida cotidiana misma, a través de procesos diferenciados para cada uno de los tipos de ciencia.

En el caso de las ciencias naturales la modificación de la ideología se realiza como consecuencia subordinada de otro nivel de incorporación, el cual se concreta como *saber hacer*, es decir como práctica productiva, a través de procedimientos más o menos formalizados, que economistas e ingenieros llaman *incorporación tecnológica*, la cual impacta secundariamente a la población en general (los *no científicos*), fundamentalmente mediante los objetos que crea la industria (Testa, 1989). Quiere decir que la nueva positividad generada internamente por las ciencias naturales se incorpora —si es que la incorporación tecnológica es exitosa— a la vida cotidiana a través de la doble práctica que desencadena, es decir, a las nuevas formas de producción y consumo de objetos previamente inexistentes (la producción genera otro circuito de funcionamiento del ámbito de la vida cotidiana). Hay entonces nuevas formas de prácticas profesionales y culturales definidas tecnológicamente en la producción y consumo.

La asimilación de la nueva positividad generada por la investigación de las ciencias sociales depende de otro procedimiento, mucho más ligado a la actividad de los científicos sociales, de una manera tal que es difícil diferenciarla en los términos precisos en que hemos estado haciéndolo hasta aquí para la ciencia y la vida cotidiana, pues se trata de lo que podríamos definir como la *militancia* social, y aun política, de los científicos sociales. Esta militancia está dirigida, fundamentalmente, a la modificación de la ideología de diversos grupos de la población, de manera que disminuyan los contenidos míticos de esa ideología para incorporarse cada vez más contenidos científicos (mediante la incorporación tecnológica) e históricos (mediante la militancia de los científicos sociales).

Además, hay otra fuente de modificación de la ideología que es la misma práctica realizada en el ámbito de la cotidianeidad, en sus dos variantes profesional y cultural, las cuales pueden reforzar, en algunos casos, los contenidos míticos mencionados. Esta múltiple determinación de la ideología (más otras

fuentes no mencionadas aquí, en particular los procesos formativos) es lo que hace tan *prismático* o polisémico el término.

Las cosas no terminan aquí, pues las prácticas de la vida cotidiana intervienen de manera muy fundamental en la determinación de las positivities iniciales correspondientes a las ciencias naturales y sociales, en el primer caso dando el sustento material indispensable para la construcción teórica, en cualquiera de las interpretaciones posibles de las ciencias naturales, con un perpetuo reforzamiento a partir, sobre todo, de las prácticas profesionales. La ausencia de esta determinación puede ejemplificarse magistralmente mediante las reflexiones de Zenón de Elea, que le llevan a admitir que el movimiento es imposible, encontrando una rápida respuesta en uno de sus interlocutores al que nos imaginamos moviéndose frenéticamente frente al sesudo teorista y preguntando a los gritos: ¿y esto qué es? En cuanto a las ciencias sociales, esta determinación (la de la manera inmediata en el precientífico mencionado).

Dadas estas relaciones, queda por examinar las consecuencias que se derivan de su interrupción, sustitución, eliminación o traslación, tanto dentro de cada uno de los ámbitos como entre ellos.

En primer lugar, hay que aclarar la diferencia que existe entre *negatividad* y *negación* para el caso de la vida cotidiana, puesto que no es verdad que no se realizan negaciones en ella (*no te quiero*), pero esas negaciones se realizan en forma positiva (*afirmo que no te quiero*), lo cual quiere decir que no es lo mismo la afirmación de una negación que la negación de una afirmación. Esto último es lo que ocurre en las ciencias, lo cual significa que es dentro del ámbito de las ciencias donde se ejerce la crítica y vida cotidiana. Adonde nos lleva esto es a destacar que, dentro de la vida cotidiana, la positividad señalada tiene un sentido preciso: a pesar de la existencia de contradicciones y conflictos no son contradictorios. Al decirlo de esta manera (de apariencia —debemos confesarlo— un tanto contradictoria), queremos destacar la posibilidad de coexistencia de contradicciones y aun conflictos en el ámbito cotidiano, que pueden persistir indefinidamente *sin resolverse* (lo cual no quiere decir que necesariamente ello ocurra. En cambio, las contradicciones en el ámbito científico exigen una resolución (nueva manera de expresarse la misma separación ciencia-vida cotidiana). Resulta entonces claro el papel de las ciencias sociales en su relación con la vida cotidiana y el porqué de la diferencia para la incorporación de la nueva positividad construida dentro de la ciencia para los dos tipos de la misma: incorporación tecnológica (a cargo de especialistas en esa actividad, no necesariamente científicos) y militancia sociopolítica del cientista social. La raíz de esta diferencia se encuentra en que el objeto de estudio de las ciencias sociales es, precisamente, la vida cotidiana misma.

Establecemos entonces, para nuestro propósito, una relación privilegiada entre vida cotidiana y ciencias sociales, dejando el caso de las ciencias naturales como fuente de errores en la relación postulada.

Veamos en qué se transforma concretamente la ciencia cuando las relaciones establecidas sufren distorsiones. La eliminación del preconocimiento precientífico de las ciencias sociales es la génesis del error positivista. En el esquema que hemos diseñado, podemos comparar las columnas correspondientes a ambos tipos de ciencias y constatar que las diferencias persistentes se reducen a diferencias secundarias, no esenciales; pero además la interpretación de la existencia de diferentes enfoques teóricos de las ciencias sociales, la cual debe ser corregida, para lo cual en lugar del análisis crítico que unifica el crecimiento y el cambio en nuestra postulación previa, habrá que diferenciar ambos aspectos tal como ocurre en las ciencias naturales! Al cabo de un tiempo quedarán eliminadas la hermenéutica O, la construcción del objeto y su validación y también habrá desaparecido la necesidad de militancia sociopolítica del cuentista social para generarse una necesidad de incorporación tecnológica de los nuevos conocimientos sociales generados, también a cargo de *especialistas* de ese tipo de incorporación (los cuales forman la legión de sociólogos, trabajadores sociales, psicólogos conductistas, economistas de toda laya, médicos de salud pública y otros profesionales que desempeñan en nuestras sociedades ese triste rol). Para poner un ejemplo extremo de esta manera de ver las ciencias sociales, es conveniente leer el libro *La política. Lógica y método de las ciencias sociales*, de Giovanni Sartori (1985), pero no escapa a esta concepción ni siquiera una formulación tan inteligente y cuidadosa como la de Carlos Matus⁷. El error positivista es el más grave en su formulación, pero tal vez no en sus consecuencias, puesto que es más claramente perceptible por los científicos atentos a estas cuestiones y con la necesaria sensibilidad social (esto daría pie para una nueva discusión en la que no queremos entrar ahora); es decir, es fácil resistir el positivismo (en realidad, no tan fácil considerando que nada menos que un autor como Matus incurre en este).

Es más complejo el problema de la fenomenología, entre otras cosas porque si el positivismo se suscita en el ámbito exclusivo de las ciencias, este otro ocurre con relación a la vida cotidiana misma. Lo que se sustituye en el caso de la fenomenología es la negatividad de la ciencia social contenida en el análisis crítico, por la positividad de la vida cotidiana. Se mantienen entonces el preconocimiento precientífico y los enfoques teóricos, pero desaparece la capacidad crítica: la apariencia del mundo es siempre *verdadera*.

⁷ Toda su obra, comenzando por *Estrategia y plan* en adelante.

La consecuencia es que se realizarán aportes descriptivos parcialmente adecuados, que son importantes componentes de procedimientos correctos, pero que eliminada la crítica de la apariencia se transforman en simples maneras —si acaso— de un nuevo *saber hacer* que no es transformador del mundo. Es como si las prácticas de la vida cotidiana hubieran sustituido a las de las ciencias sociales, frustrándose la posibilidad de aportar a la modificación de la ideología para hacerle perder a esta su función de *velo* que oculta la realidad y hacer crecer su capacidad de intervención en tanto construcción de los sujetos (que ya no serán transformadores). La eliminación de la negatividad tiene expresiones dentro de la vida cotidiana, peyorativas respecto de las ciencias sociales al mismo tiempo que consolidadoras de los aspectos más negativos de la ideología; tal por ejemplo la de que *el pueblo nunca se equivoca* (apelación directa a la *positividad* de la vida cotidiana) o la recordada frase de ciertos militares argentinos: *la duda es una jactancia de los intelectuales*.

Los *errores* positivista y fenomenológico son los más graves que puede cometer un científico social, pero, sin embargo, es menester recordar que ambos procedimientos pueden y deben ser utilizados, pero no como epistemología de las ciencias sociales, sino como metodología parcial para ciertos aspectos de estas ciencias (aquellos que conforman cuestiones dependientes de las ciencias naturales, debidamente subordinados a las ciencias sociales) (Testa, 1989). La persistencia de ambos errores epistemológicos tiene una consecuencia ideológica fatal para los procesos transformadores, que es la naturalización de lo social, de manera que los fenómenos que en la realidad son construcciones sociales, en particular los que implican enormes y crueles desigualdades en el mundo de la vida (en el trabajo y la distribución de sus beneficios), aparecen como debidos a la naturaleza de las cosas y no a las contradicciones sociales, justificándose así la riqueza de los ricos y la dominación de los poderosos. El papel de la epistemología positivista y fenomenológica aparece entonces con toda su claridad, ya no como un *error* sino como un intento deliberado de impedir que la ciencia pueda ser utilizada de manera útil en la resolución de contradicciones y conflictos sociales. Debe entenderse entonces que nuestra búsqueda no conduce a la eliminación de esas contradicciones y conflictos, lo cual es imposible a nuestro juicio, sino a su uso positivo, a través de una construcción ideológica que cumpla el papel antes señalado, de develar lo que las apariencias ocultan y de autoconstruir los sujetos primero y los actores sociales después, para la transformación de la sociedad.

¿Ruptura o reformulación?

No se observan rupturas significativas en la matriz teórico-metodológica de la salud pública argentina. En cambio, se observan reformulaciones conceptuales sobre la misma base, lo que supone un estado de permanente actualización discursiva. Avanzaremos algunas ideas generales acerca de una reformulación discursiva que, si bien modifica en algo las bases conceptuales del discurso, ello no afecta a las prácticas que ese discurso supuestamente sostiene. Analizaremos el sentido de lo que llamamos el *discurso universitario*.

El discurso universitario postula una doble normatividad: la que deviene de la autoridad de quien lo emite y la que deriva del método con que se lo formula. Vamos a llamar al primero *académico* y al segundo *científico*, examinando en primer término las condiciones de producción de ambos.

El discurso académico es paradigmáticamente performativo, o performativo en un doble sentido, pues no solo pretende el acaecimiento de lo que enuncia sino que afirma la verdad de su propia enunciación (este uso del término performativo no es el habitual en las ciencias del lenguaje, puesto que no se refiere a un enunciado sino a un *discurso* y presenta una extensión del sentido dado que no describe una acción del locutor, aunque sí equivale al cumplimiento *social* —puesto que todo lo que afirma la *Academia* es apodícticamente verdadero— de lo que enuncia). Es un discurso de cierre, que solo se abre en ocasión del fallecimiento de un miembro de la Academia para permitir el ingreso de su reemplazante y volver a cerrarse inmediatamente después; tiene un *locus* de emisión pero no un emisor concreto —responsable— sino que queda a cargo de un *cuervo* —la Academia— no identificable mediante ninguno de los personajes que conforman la institución. Es más, se trata de un discurso no emitido, que no admite puntualización y que, en consecuencia, se constituye como fuerza ilocucionaria *pura* como puro contexto de emisión, como una presencia —una positividad— total que hace innecesaria cualquier formulación. Con estas características el discurso académico puede ser apelado pero no discutido. En el caso de la medicina es el sustento principal de la ideología del modelo médico hegemónico y del estatus de su práctica.

El discurso científico casi puede definirse —en cuanto a sus condiciones de producción— por oposición al discurso académico. No es performativo sino demostrativo, no es de cierre sino de apertura, no tiene un solo *locus* de emisión sino múltiples y también muchos emisores comprometidos con sus afirmaciones, apoyados en procedimientos investigativos que sustentan las verdades que afirman —manteniendo, sin embargo, la posibilidad del error— en términos de posibilidades; es un discurso puntualizado de numerosas

maneras: clases, libros, artículos de revistas especializadas, conferencias, etc., lo que permite someterlo —por eso es abierto— a la discusión pública (profesional o profana). Es menester reconocer que este discurso, al *mostrar*, puede hacerlo en forma de acusación —es decir como crítica— o en forma de *hacer ver*, sinónimo en este caso de *hacer valer*, es decir es crítico o cómplice⁸.

La recepción de las dos formas del discurso universitario está determinada por las características de los receptores y por las circunstancias de la recepción, ambas gestadas históricamente, en particular la primera de ellas que se encuentra definida por la constitución de los sujetos y actores sociales. Este primer componente contiene una diferenciación importante: la que va de sujeto a actor social, pudiendo definirse el primero como un individuo estructurado por un proceso de socialización —mediante el cual el individuo aprehende los comportamientos adecuados a la convivencia en la sociedad particular en la que se desenvuelve— y de ideologización mediante el cual adquiere su singular identidad; de donde resultan casi equivalentes las categorías sujeto —o estructura de sujeto— e ideología. El actor social (categoría aplicable restrictivamente a un individuo), se refiere a una *posición* que se ocupa en la sociedad, particularmente en el Estado.

Esta diferenciación de los receptores del discurso universitario no está exenta de complicaciones, pues es frecuente que dichos receptores sean sujetos en trance de convertirse en actores, precisamente a través de la mediación de los efectos producidos por el (los) discurso(s) universitario(s). De manera que hay —por lo menos— tres ubicaciones desde el punto de vista del receptor: sujeto, actor (o parte de uno) y tránsito de sujeto a actor. En el primer caso el aspecto decisivo es la ideología que Therborn (1987) califica como “existencial inclusiva” y que consiste en proporcionar sentido al hecho de ser “un miembro del mundo”; en el segundo se trata del caso *histórico posicional* que consiste, precisamente, en la ideología correspondiente a *ocupar posiciones en mundos histórico sociales*, lo cual lo identifica con la posición política asumida, informada por su ideología social; en el tercer caso hay una mezcla de los dos anteriores en cuanto a que consiste de un punto de partida desde el que se construye un objetivo a alcanzar.

Respecto de las circunstancias de la recepción, se trata de condiciones de contexto que no tienen relación directa con los personajes intervinientes de uno u otro lado, sino que se refieren al *ambiente social* producido por las condiciones económicas, políticas y culturales que permiten, facilitan, dificultan

⁸ Ver “Lenguaje y poder simbólico” y “La fuerza de la representación”, en *¿Qué significa hablar?* (Bourdieu, 1985).

o impiden los usos positivos, negativos o neutros de las contradicciones y/o conflictos que se suscitan en los niveles individual y social. Estas circunstancias actúan de una doble manera: en primer lugar en forma indirecta como una determinación básica de la constitución de los sujetos y actores sociales, y en segundo lugar directamente generando la circunstancia externa o contexto ambiental significativo donde se procesa el mensaje recibido (para poner un ejemplo extremo: no es lo mismo discutir con entera libertad sabiendo que no se corre ningún riesgo, que compartir la sala con un policía atento a lo que se dice y amenazante por mera presencia).

¿Cómo se realiza la trasmisión de las dos variantes del discurso universitario desde los emisores a los receptores? El estudio de esta relación requiere contemplar previamente los dos extremos de la misma, por eso se analizó primero lo que corresponde a las condiciones de emisión y recepción, las cuales definen los términos en que debe plantearse el problema. Sin embargo, el problema no se encuentra totalmente definido porque no es una cuestión neutra (objetiva diría algún epistemólogo) sino que está atravesada por *intenciones* tanto de parte de los emisores como de los receptores, pero también de otros personajes que intervienen en esa articulación *desde afuera*. De modo que hay algunas cuestiones que deben ser debatidas antes de examinar los procedimientos concretos de trasmisión.

Hagamos preguntas: ¿cuál es el propósito de la trasmisión?, ¿quién lo decide?, ¿qué elementos se toman en consideración en el diseño?, ¿cómo se lo implementa? Si se intenta dar respuesta a cualquiera de estas *inocentes* preguntas, se verá que este es un terreno de arduo debate epistemológico, metodológico y político. No podemos, por tanto, dar respuestas unívocas, pero sí podemos señalar las consecuencias de algunas de las posiciones que pueden asumirse, las cuales podrán ser identificadas con algunas de las polémicas concretas en las que se debate, por ejemplo, la política universitaria, o educativa general.

Intentemos presentar opciones polares: el propósito es asegurar la eficacia de la recepción de una emisión que dice la verdad, o (excluyente), abrir un debate en torno a las posibles interpretaciones de la realidad; la decisión corre por cuenta del emisor, o, queda a cargo de los receptores; en el diseño se toman en consideración solamente las características internas de la comunicación lingüística, o, se incluyen todos los elementos contextuales que hacen a la fuerza ilocutoria del mensaje; la realización queda a cargo de procedimientos organizativos y administrativos estrictamente formalizados, o, se implementa recurriendo a todos los recursos informales que puedan aparecer como convenientes o necesarios. Resulta claro que las opciones correspondientes a los primeros términos coinciden con las condiciones de producción

del discurso académico y con la recepción por agentes sociales del espectro político estatal gubernamental, en tanto que las opciones segundas serían las preferidas en torno al discurso científico *crítico* y los receptores sujetos de ideología no comprometida con una posición política *oficial*.

Esta descripción es obviamente insuficiente aun en sus propios términos, pues no toma en consideración algunas de las alternativas en producción y recepción: ¿qué ocurre con el discurso científico no crítico? en particular, ¿qué diferencias se establecen entre una ciencia social crítica —el marxismo por ejemplo— y otra no crítica como el funcionalismo?, más aún, ¿qué diferencias se establecen entre ciencias sociales y naturales?, o generalizando estas dudas, ¿cómo se enfrenta la cuestión del positivismo?, y del lado de la recepción: ¿qué ocurre con los sujetos en transición?, y ¿cómo se enfrentan las ideologías no contempladas hasta aquí? (“histórica inclusiva” y “existencial posicional” en la clasificación de Therborn. Pero además de estas insuficiencias el cuadro se complica porque hemos partido de posiciones dicotómicas que son irreales (aunque una buena caricatura puede ser más reveladora que un retrato fiel; esa es, por otra parte, su función), de donde habrá que admitir matices y combinaciones que abren un abanico prácticamente infinito de posibilidades, frente a las cuales la confusión acerca de la validez de una propuesta es lo frecuente y el acierto lo raro.

Más complicaciones, porque emisores y receptores no agotan el panorama social de la transmisión entre unos y otros, sometidos ambos a las circunstancias sociales globales que incluyen mecanismos decisorios y de políticas acerca de —entre otros— estas cuestiones de gran relevancia —porque intervienen en el proceso de construcción y reproducción de la hegemonía— para el Estado. De modo que la tecnoburocracia con su manejo de formas específicas de poder administrativo y técnico, y también los actores con acceso a formas políticas de poder, intervienen en las respuestas a las cuatro preguntas formuladas acerca de propósitos, decisores, diseño e implementación. Todo esto significa que se trata de una relación social plena, cuya solución solo puede entenderse a través de un proceso social que *problematicize los problemas* y los resuelva en su contradictoriedad o su conflictividad, tal como se resuelven siempre los problemas sociales. Pero esto requiere el examen de las condiciones de esa resolución.

La clave de comprensión de estas articulaciones que determinan la transmisión del discurso universitario se encuentra sin duda en el Estado, realidad —fenómeno y categoría en torno a las que se realiza actualmente un debate extenso e intenso— de significación fundamental para el desarrollo futuro de la ciencia social y la política. Debate que no intentaremos reflejar aquí, pero que estará permanentemente presente como *telón de fondo* de la discusión (en

la forma que aparece, por ejemplo, en la primera parte de un artículo de C. Bloch y M. Testa (1988). Lo que vamos a destacar aquí es que la función del discurso universitario, tal como se lo describe en los párrafos precedentes, es constituir los grupos tecnoburocrático y político “de salud” que intervienen en el proceso señalado, es decir —en este caso— en la reproducción de la hegemonía que constituye al Estado. Estos son, entonces, agentes emisores de un discurso *público* referido a salud, oficialmente autorizados a emitirlo desde un ámbito institucional.

Las condiciones de producción de este nuevo discurso se encuentran así determinadas por algunos elementos conocidos: las consecuencias del discurso universitario sobre sus receptores y los ámbitos institucionales estatales desde los que se enuncia. Simplificando el primero de estos elementos —es decir, sin considerar las consecuencias sino solo la emisión del discurso universitario— y articulándolo con el segundo, obtenemos la siguiente combinación:

De esta articulación queda excluido el discurso científico crítico, el cual *no forma parte “oficialmente” del Estado*, es decir, deja de existir como discurso posible. Se produce una discusión *en hueco* que se refiere a cuál es el lugar del discurso científico crítico: tratar de ser un actor del Estado o de luchar *contra* el Estado, ya que le resulta imposible disputar la hegemonía. Esta

| | ámbito | | |
|---------------------|----------|---------|------------|
| | gobierno | privado | |
| discurso académico | | | decisores |
| discurso científico | | | ejecutores |

discusión es la presencia de una ausencia, el reconocimiento de algo *porque* no se habla de ello.

El cuádruple discurso del Estado —académico del gobierno, académico privado, científico del gobierno, científico privado— es en el fondo uno solo, cuyo *misterio* (cuatro versiones y una sola verdad) reside en la intencionalidad respecto del grupo al que va dirigido, lo cual ocasiona, subsidiariamente, que se diferencie también el lugar de su emisión. Es decir, la intencionalidad es siempre la misma, pero el contenido del discurso se diferencia porque está dirigido a receptores distintos. Ellos son: los decisores extrasectoriales para el discurso académico de gobierno y los intrasectoriales para el académico

privado, los ejecutores —administradores, prestadores— del subsector público para el discurso científico de gobierno y los de los subsectores no gubernamentales para el científico privado.

Algunas aclaraciones (in)necesarias: el discurso académico es un discurso político, no solo porque está dirigido a decisores, sino por su carácter eminentemente performativo. Su función está definida en tomo al refuerzo ideológico de los actores que deben decidir respecto de las leyes generales que norman el conjunto del sector salud (decisión que es necesariamente extrasectorial o, mejor aún, de la sociedad global), o que están destinadas a la organización interna (subsectorial), leyes que son el resultado de un conflicto de intereses, pero no de un *desacuerdo en las concepciones básicas* expresadas en el discurso. El discurso científico asume la variante no crítica, que podría calificarse de *administrativo* en el sentido que está destinado a informar a la tecnoburocracia de los procedimientos organizativos y administrativos que concretan las decisiones políticas implícitas en el discurso académico: en consecuencia, con los intereses que expresa este último, el discurso científico diferirá en los ámbitos gubernamentales o privados, pero, de nuevo, sin afectar la unidad sustantiva que lo fundamenta. En suma, las cuatro variantes del discurso *público* comparten una misma visión epistemológica y metodológica, aunque pueden diferir respecto a propuestas concretas porque responden a intereses diversos.

La determinación a partir de los discursos marca una de las características importantes de la articulación buscada, que va delineando el objeto de la investigación, en términos cada vez más precisos, pero también más abstractos.

Capítulo 6

La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires

En este capítulo analizaremos la formación de recursos humanos en salud pública en el nivel pedagógico —métodos y contenidos— y su vinculación con las políticas de salud. La unidad de análisis que tomaremos para ello será la ESPUBA debido a que en esta institución confluyen tres circunstancias importantes para nuestro trabajo: a) en tanto unidad de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires expresa la política universitaria llevada a cabo en los diferentes períodos gubernamentales; b) por ser una institución destinada a la formación de recursos humanos que desarrollarán su práctica prioritariamente en el sector público, estuvo estrechamente ligada a la política de salud impulsada desde la administración del Estado a nivel nacional; c) fue la única institución universitaria de posgrado en salud pública en el país que permaneció durante todo el período estudiado y, desde 1962, la única en el área bonaerense cuyo objetivo es la formación de especialistas en salud pública (la otra Escuela de Salud Pública en el país es la de Córdoba creada en 1973). Su permanencia, ubicación geográfica y dependencia administrativa de la Universidad de Buenos Aires la convierte en el ámbito fundamental —por lo menos desde el punto de vista formal— de transmisión del saber en el campo de la salud pública.

Los aspectos ligados al fundamento de su creación y período de coexistencia con la Escuela Nacional (1960-1962) fueron tratados en el Capítulo 3 por lo que analizaremos aquí los aspectos del desarrollo institucional de carácter descriptivo que hacen al funcionamiento de la ESPUBA.

Desde la Facultad de Medicina su decano, el Dr. Florencio Escardó, impulsó la creación de la ESPUBA y designó al Dr. David Sevlever como director organizador. El Dr. Sevlever era *Master of Science in Hygiene* de la Universidad de Harvard y había sido en 1956 decano interventor de la Facultad de Higiene y Medicina Preventiva de Rosario, cuya creación se remontaba a 1947 en la ciudad de Santa Fe; figura en ese momento como uno de los especialistas

en temas sanitarios más reconocidos en el país, su formación, acorde con el sentido de la modernización en curso, marca la línea que empieza a predominar en la etapa, es decir, la estadounidense.

El cuerpo docente se formó con sanitaristas que habían obtenido su posgrado en distintas universidades de EEUU, inglesas, o en la Escuela de Salud Pública de Chile.

Desde su creación hasta 1970 la ESPUBA funcionó en dos salas del piso décimo de la Facultad de Medicina. La Escuela tenía su propio presupuesto dentro de la Facultad de Medicina y disponía de un subsidio anual de OPS que autoadministraba. La Universidad financiaba además los viajes de los alumnos y docentes para la realización de los trabajos en terreno. El cierre de la Escuela Nacional trajo como consecuencia el aumento de las becas de los alumnos, ya que se transfirieron a la ESPUBA las que eran otorgadas por el Ministerio. Desde 1962 hasta el presente los alumnos disponen de esa beca del Ministerio Nacional que se inició como un apoyo significativo a sus gastos y que paulatinamente se redujo en términos relativos hasta adoptar su carácter simbólico actual.

El curso de Diplomado en Salud Pública tuvo desde 1960 el requisito de la dedicación exclusiva de los alumnos, las clases se dictaban de lunes a viernes de 9 a 12 y de 14 a 17 horas. Como se verá más adelante, esta dedicación exclusiva fue solo nominal desde el año 1970 para los estudiantes de la Capital Federal y el conurbano bonaerense quienes, aunque gozaran de licencia con sueldo por parte de la institución pública que los enviaba, generalmente continuaban desempeñando sus actividades en el sector privado o de obra social.

Como toda la Universidad, que pierde su autonomía política con el golpe militar de 1966, la ESPUBA sufre las consecuencias de la nueva política universitaria. Renuncian el Dr. David Sevlever a su cargo de director de la Escuela y la mitad del cuerpo docente. Es designado director el Dr. Abraam Sonis, quien se había diplomado en Salud Pública en la Universidad de Londres y había sido el último director de la Escuela Nacional de Salud Pública, incorporándose como docente a la ESPUBA en 1962. Se mantiene, en lo fundamental, la misma orientación académica.

La ESPUBA es el espacio donde se debaten los temas centrales de la salud pública y participa en la elaboración y difusión de metodologías junto a técnicos de diversos organismos sanitarios. Acorde con la importancia que se le asigna en el desarrollo del pensamiento sanitario, cuenta con recursos financieros para obtener edificio, equipamiento y costear los gastos de la formación profesional. Al final de la década la Escuela se muda a su nuevo edificio. El progreso edilicio y el equipamiento se financiaron con el subsidio que recibía regularmente de la OPS.

Asimismo, la Facultad de Medicina duplica los cargos docentes disponibles para la ESPUBA. Es así que la evolución de su cuerpo docente presenta un importante crecimiento: pasa de 25 docentes en 1965 a 51 en 1967. La composición por dedicaciones era la siguiente: en 1965 existían tres dedicaciones exclusivas que se duplicaron en 1967. De los 22 cargos con dedicación parcial en 1965 se llegó a 45 en 1967. Debe destacarse que estos datos corresponden a la totalidad de los docentes asignados al conjunto de cursos que se dictaban. Cuantitativamente los cargos docentes no sufrieron modificaciones significativas hasta la actualidad, la variación se observa en su efectiva dedicación a la Escuela.

Hacia mediados de la década de 1960 se organiza el área docente de la ESPUBA en ocho Departamentos, las cátedras destinadas al Diplomado componían equipos de trabajo que proporcionaban unidad teórica y continuidad temática a cada materia y suponía la concurrencia regular de los docentes a la Escuela. Comenzaron los cursos de extensión universitaria destinados a la formación de técnicos en estadística y administradores hospitalarios. Otro cambio significativo en esta etapa es que se introduce la figura del coordinador del curso de Diplomado, como responsable del área docente y de la dinámica del curso. Esta modalidad permanece hasta el presente.

En 1971 el Dr. Aldo Neri asume la dirección de la ESPUBA tras el período de licencia de Sonis y su posterior renuncia, a raíz de su integración como director del Centro Latinoamericano de Administración Médica (CLAM), Neri se había diplomado en Salud Pública en la Escuela y era docente con dedicación exclusiva.

Desde inicios de 1970 se debate sobre la sancionada Ley 18610 y la posible incorporación de los sanitaristas a las obras sociales. El paulatino alejamiento de quienes se insertarán en las obras sociales diluye el debate y la ESPUBA permanecerá formando recursos humanos destinados al sector público. En los contenidos temáticos de la ESPUBA no se reflejarán en toda su extensión y trascendencia los cambios operados en el seno de la salud pública argentina.

En 1973 retornan docentes renunciantes en el año 1966 y se inicia un movimiento que intenta producir cambios en la formación en salud pública, a partir de una concepción teórica que incorporará los procesos históricos concretos para dar cuenta de la situación sanitaria por la que atravesaba el país e implementar soluciones integrales en los aspectos referidos a la formación de recursos humanos y a la atención médica. Este intento encuentra una fuerte resistencia tanto en la Escuela como en la Facultad de Medicina. Hacia fines de 1974 se inicia el retroceso de los sectores más críticos y se retoma la concepción desarrollista.

A partir del golpe militar de 1976 el empobrecimiento que sufrió la salud pública en Argentina, así como la política represiva llevada a cabo por la dictadura militar, se reflejaron en la ESPUBA: fueron removidas sus autoridades y se produjo el desgranamiento de la totalidad de los docentes que revisaban críticamente los postulados teóricos de la salud pública desarrollista y comenzaban a conformar la corriente de la medicina social en Argentina. Aldo Neri, director de la ESPUBA desde el año 1971, renuncia en agosto de 1976 y retiene su cargo de profesor titular hasta el año siguiente. Comienza un periodo crítico con relación al financiamiento ya que concluye el subsidio regular proporcionado por la OPS; la Facultad interviene en la administración de los apoyos financieros que recibe la ESPUBA ya fueran de la OPS o del propio presupuesto universitario.

En la etapa anterior, se habían desorganizado los departamentos y los equipos docentes. A partir de 1976 la mayoría de los cargos quedaron vacantes siendo cubiertos por docentes del pregrado y funcionarios gubernamentales. El Dr. Carlos García Díaz reemplazó a Neri en la Dirección desde agosto a diciembre de 1976, cuando fue sustituido a su vez por el Dr. Héctor Raúl Ramó, quien era jefe de Infectología del Hospital Militar Central. El Dr. Ramó dirige la ESPUBA hasta diciembre de 1981, cuando es reemplazado por el Dr. Vázquez Vigo.

La crisis financiera de la ESPUBA trajo como consecuencia el inicio de un proceso paulatino de reducción de su personal no docente, que pasó entre 1975 y 1987 de dieciocho a seis personas. Se desintegraron los grupos docentes y desapareció la organización por áreas. Las materias pasaron a dictarse generalmente en forma unipersonal.

Con el Proceso de Reorganización Nacional en marcha, vuelven a la Escuela los docentes consustanciados con el sanitarismo más ortodoxo. Se incorporan como docentes auxiliares ex alumnos de la ESPUBA que hacia el año 1976 contribuyeron a la creación de la nueva estructura de la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

El restablecimiento de la democracia a fines de 1983 encuentra a la Escuela en la crisis académica y financiera más importante de su historia. Las diferentes autoridades que se suceden —todas ligadas a la política impulsada por el radicalismo en el área de la salud pública— intentaron la recuperación y actualización académica de la ESPUBA.

Aldo Neri, sanitarista diplomado en la ESPUBA y su director durante seis años, es nombrado ministro de Salud y Acción Social de la Nación. Con ello los sanitaristas que estaban insertos en el sector público y en la ESPUBA esperaban que el gobierno proporcionara financiamiento para desarrollar la formación de

recursos humanos a través de la ESPUBA. Según el conjunto de entrevistados, este no fue un punto de interés gubernamental durante la gestión de Neri.

Por primera vez, el discurso de la salud pública argentina no es unívoco en su concepción teórica, sino que aparece como la expresión de una ruptura de diferentes características de la de 1970. Si esta estuvo relacionada con los ámbitos laborales del sanitarismo, la actual se relaciona con la epistemología, la teoría y las técnicas. En efecto, la medicina social propone un recorte diferente de su objeto de estudio: lo entiende como un proceso del que forman parte tanto la salud como la enfermedad y cuya producción es la expresión de procesos sociales. Ellos son específicos de cada sociedad en un momento histórico determinado y no fenómenos biológicos aislados en los que se superponen, para su interpretación, las ciencias biológicas y sociales. Se produce el cuestionamiento del concepto de causalidad dejando de ver a lo social como una variable más de la cadena causal, para caracterizarlo como el proceso determinante en la producción de la salud-enfermedad. Asimismo, supone la construcción de categorías analíticas específicas y la revalorización de lo cualitativo frente a la propuesta de la salud pública desarrollista que hace de lo cuantitativo una metodología excluyente a partir de la cual se pueden caracterizar todos los fenómenos (Laurell, 1986) La medicina social crítica se desarrolla en cursos paralelos a la ESPUBA y sus resultados más importantes se encuentran en el ámbito de la investigación.

Al inicio del período democrático, algunos docentes invitados introducen —en la ESPUBA— el debate entre la salud pública tradicional y la medicina social crítica, pero se les reservan espacios restringidos en cursos donde se mantiene tanto el cuerpo docente como la estructura y contenidos del plan de estudios original. El equipo de coordinación del curso de Diplomado de la Escuela que tuvo vigencia entre mediados del año 1985 y mediados del año 1988 introdujo reformas que no alteraron la estructura original, a excepción de una cantidad de horas que fueron variando todos los años para Ciencias Sociales, Metodología y Epistemología y un curso (1987) con seminarios optativos cuyos contenidos y docentes fueron definidos por los alumnos.

Los sanitaristas vinculados al sector de las obras sociales, cada vez más ligado al sector privado, desarrollan sus propios ámbitos de docencia y de investigación en materia de financiación y administración de servicios. Para ellos la ESPUBA pasa a ser un ámbito de legitimación de su práctica mediante la obtención del título más que un espacio de capacitación.

En la ESPUBA, a principios de 1984, cambiaron las autoridades. Asume como director el Dr. Carlos Álvarez Herrera, quien renuncia a fines de 1986. La Escuela queda acéfala durante el primer cuatrimestre de 1987 cuando es nombrado el Dr. Norberto Baranchuk, diplomado en Salud Pública de la

ESPUBA en 1962 y subsecretario de Salud de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires —renunciante poco antes de asumir la Dirección de la Escuela— quien desempeña la función hasta fines de 1987. Desde la Facultad, la Escuela es integrada a un esquema departamental, en el cual el jefe del Departamento de Salud Pública coordina el área de pregrado y posgrado en Salud Pública.

En 1987 el equipo de coordinación del Curso de Diplomado y el Dr. Sonis presentan un proyecto de Maestría y Doctorado en Salud Pública, donde se contempla la extensión del curso a dos años y en el cual se prevé el tratamiento, en forma más organizada y con mayor cantidad de horas, de los temas clásicos de la salud pública, con un énfasis mayor en ciencias sociales y economía. Se contempla la apertura del área de investigación.

A partir de esta propuesta, ese mismo año el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina solicitó al Consejo Superior de la Universidad de Buenos Aires la creación del Magíster en Salud Pública bajo las siguientes consideraciones:

Que se requiere un nuevo programa de Salud Pública de posgrado que incorpore la investigación y la docencia a una formación de alto nivel. Que es necesario superar las limitaciones del enfoque sanitario tradicional frente a las dificultades complejas y multidimensionales que atraviesa el sector salud.

Que este campo requiere muy especialmente el espacio de libertad académica que la Universidad le brinda para analizar las múltiples perspectivas culturales, disciplinarias, ideológicas y valorativas desde las que se puede abordar la Salud Pública.

Que la función social de la Universidad refuerza su quehacer extra-mural y preventivo al reconocer la influencia creciente del contexto en la salud de la población.

Que la metodología y los contenidos docentes deben reorientarse creativamente en el marco de los procesos de modernización, democratización y desarrollo independiente en el que se encuentra empeñado el país, garantizando la equitativa distribución de bienes y servicios eficaces y eficientes para la salud.

Que la Facultad de Medicina de la UBA ha sido pionera entre las instituciones educativas al crear el posgrado interdisciplinario en Salud Pública con otorgamiento del título de diplomado, por lo tanto, que la creación de un nuevo posgrado no debe desvincularse de otras

experiencias educacionales existentes, sino que debe contribuir a su estímulo y mejor realización. (Facultad de Medicina de la UBA, 1987)

Hacia fines de 1987 Sonis, que había sido nombrado jefe del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, asume la dirección de la Escuela. En mayo de 1988 Sonis renuncia y el Consejo Directivo de la Facultad interviene la Escuela designando al Dr. Mazzafero como director, quien desempeña esa función hasta el presente. Desde el momento de la intervención del Dr. Mazzafero quedó anulado el proyecto de Maestría y Doctorado. Se produce un retorno a la concepción más tradicional de la salud pública. Se restringe drásticamente la formación en ciencias sociales, quedan solo aquellos docentes que la dictan desde posiciones teóricas funcionalistas y se elimina la participación de los miembros de la corriente crítica de la medicina social. El director cuestiona la incorporación de alumnos con formación de pregrado en ciencias sociales y el carácter interdisciplinario de la salud pública más allá de la tradicional integración de las profesiones con formación bióloga. Las situaciones descriptas señalan el cierre de un espacio importante para el debate sobre la necesidad de transformar la formación de recursos humanos en salud pública.

Objetivos del Curso de Diplomado en Salud Pública

Los objetivos del curso de Diplomado en Salud Pública no variaron sustancialmente a lo largo de la etapa en estudio. El énfasis estuvo puesto en la formación de administradores de programas y de servicios de atención médica para el subsector público lo cual, como ya se ha visto, respondía a los nuevos requerimientos del aparato estatal.

Durante la gestión del Dr. Sevlever (s/f, p. 141) y acorde con los planteos modernizantes de la política estatal, en el ámbito sanitario se enfatiza la formación de personal para la administración de programas, en tal sentido se priorizará la transmisión de capacidades en técnicas administrativas, métodos estadísticos y epidemiológicos.

Esta orientación se profundiza desde 1966 con la dirección del Dr. Sonis, quien señala:

...el producto docente a obtener como Diplomado en Salud Pública es un administrador. [Y agrega]: No solo es indispensable para ello el conocimiento básico del sujeto, es decir la medicina, sino también experiencia en el campo asistencial y sobre esta base asentar la especialización sanitaria. (Sonis, 1968, p. 59)

Delimitar las características profesionales que debe reunir el futuro diplomado adquiere un gran significado porque dicha definición trasciende al ámbito meramente formador para situarse con todas sus implicancias en el de las prácticas sanitarias concretas. En tanto portador de un *habitus* construido, en parte, según las significaciones de su formación y de su inserción en las prácticas previas, la capacitación en salud pública se instala sobre un sujeto con una particular comprensión de la problemática sanitaria puesta de manifiesto en las formas que adoptarán sus intervenciones cuando actúe al frente de programas y servicios asistenciales.

Neri adhiere a los objetivos planteados por sus antecesores y sintetiza las características del proceso de profesionalización en salud pública ligados a las necesidades de transformación del ámbito sanitario que se abrieron desde 1960:

...la motivación central en la formación de administradores fue la de suministrar el tipo y cantidad de especialistas que el proceso de cambio del sector iba a requerir; la hipótesis implícita era y es que ellos representan el resorte esencial en tal proceso. La preocupación incluía naturalmente, tanto a los destinados a cumplir una función principalmente administrativa cuanto a los estadísticos y epidemiólogos que suministran los criterios a que deberían ceñirse los programas. La próxima etapa es una continuación del actual período de reordenamiento y tecnificación progresiva que demandará muchos buenos administradores con un enfoque global de la disciplina sanitaria y en menor cantidad algunos grupos técnicos de alta especialización para las tareas de investigación que permitan diagramar la acción futura. (Neri, 1968, p. 11)

Entre 1960 y 1970 los objetivos del curso de diplomados estuvieron determinados por la asociación Estado-Escuela. Si bien en un primer momento (el de coexistencia con la Escuela Nacional) la ESPUBA dirigió el reclutamiento de sus alumnos hacia médicos asistenciales de reciente graduación, a partir de convertirse en el único centro formador priorizará la incorporación de profesionales que ya hubieran iniciado su carrera sanitaria, es decir, en su mayoría funcionarios de distintas áreas de salud pública de todo el país.

Esta característica condicionó la naturaleza de las relaciones docentes-alumnos y la estructura del curso. Con relación a esta estructura, la particularidad que la define es que la ESPUBA intentó realizar cursos ajustados a la demanda de los organismos de salud estatales que buscan un personal formado pragmáticamente para que se desarrolle en los distintos niveles de

la administración. De allí el énfasis puesto en el aprendizaje a través de las *prácticas en Salud Pública*, de los trabajos en terreno y de la participación en el curso de los funcionarios de alta jerarquía del momento.

El objetivo de las prácticas es que los alumnos se integren momentáneamente a un programa para conocer su organización y funcionamiento. Las conferencias de los funcionarios invitados tienen el objetivo de proporcionar información sobre el área en que dicho funcionario se desempeña. Los trabajos en terreno, por su parte, son el corolario del curso, donde el estudiante debe implementar lo aprendido durante el año lectivo. Entre 1960 y 1970 esta modalidad de enseñanza presentaba una gran adecuación entre los objetivos perseguidos en el curso y la capacitación obtenida por los alumnos.

En el *Programa General del Diplomado en Salud Pública* de 1973 se continúa con la idea central de formar administradores, allí se indica como objetivo del curso:

...formar administradores de actividades de salud entendiendo por tales a las personas profesionalmente responsables de indagar, medir y analizar los recursos de salud de una comunidad, de obtener y utilizar eficientemente los recursos para satisfacerlas y de promover otras actividades no específicas del campo de la salud que contribuyen al bienestar de dicha comunidad. (Escuela de Salud Pública de la UBA, 1973)

A pesar de los cambios políticos producidos en el país, en los años 1976, 1983 y 1985, en los programas publicados sobre el Diplomado se copian textualmente los objetivos del año 1973 (Cuadernos de Salud Pública, 1976; Escuela de Salud Pública UBA, 1983; Escuela de Salud Pública, 1985).

En el año 1986 se produce un cambio sustancial en los objetivos manifiestos que persigue la ESPUBA. En el folleto que se publica para promocionar el curso se hace especial referencia a que la formación se dirige a profesionales de distintas disciplinas y que con la formación se busca que el alumno sea capaz de:

Valorar la existencia de condicionantes políticos e ideológicos en la presencia de inequidades en la atención de la salud, identificando sus principales implicancias, formas de instrumentación y soluciones alternativas.

Integrar los distintos enfoques disciplinarios a la comprensión de los distintos procesos sociales en tanto condicionantes de salud.

Evaluar el estado de salud de una población utilizando la información directa o indirecta que se disponga.

Evaluar las principales características de los sistemas de atención de la salud existentes.

Desarrollar propuestas organizativas participativas combinando las diferentes tecnologías administrativas disponibles a efectos de poner a disposición de quien lo requiere, los conocimientos, técnicas y procedimientos que hayan probado su eficiencia para satisfacer necesidades de salud.

Aplicar y combinar distintas herramientas metodológicas utilizadas para el abordaje y la transformación de la salud de la población.

Seleccionar críticamente los conocimientos y tecnologías disponibles en las diversas áreas para satisfacer distintas necesidades de salud.

Estas modificaciones buscan cambiar el perfil del alumno del típico administrador de recursos a un intérprete de las necesidades comunitarias con el propósito de obtener equidad en el acceso a la salud. De todas maneras, esta intencionalidad de cambio tuvo una efímera duración ya que solo hubo espacio para esta propuesta en los cursos de 1986 y 1987. La promoción de 1988 vivió la crisis que supuso la intervención de la Escuela y el retorno a las propuestas más tradicionales.

Actualmente, al cabo de un largo proceso de deterioro académico la ESPUBA solo caricaturiza la organización docente lograda en periodos anteriores. Las prácticas en salud pública se convirtieron en clases o conferencias tradicionales impartidas por los docentes o funcionarios en los espacios físicos donde se desarrollan los programas sanitarios. Los trabajos en terreno, generalmente diagnósticos realizados a partir de la recolección de escasos datos descontextualizados, son presentados como realizaciones acabadas que dan cuenta en profundidad de realidades sanitarias complejas. La presentación pública de los trabajos en la cual se valora sobre todo el aspecto formal, se realiza bajo el concepto de que *cuanto más atractivo es el producto más posibilidades hay de venderlo* en concordancia con el concepto de que en la ESPUBA *se forman los técnicos que tendrán que vender los planes de salud a los políticos*.

Dada la profunda fragmentación y achicamiento del aparato estatal, acentuados desde fines del gobierno radical, se desdibuja cada vez más la función que históricamente asumiera la ESPUBA de formar a profesionales para cubrir puestos en la administración pública. La ESPUBA quedó disociada del aparato sanitario que legitimaba su función y de la sociedad, ante cuyos crecientes problemas sanitarios, tampoco aporta ninguna respuesta.

Selección de los alumnos

Los requisitos que deben cumplir los alumnos para inscribirse en el Diplomado en Salud Pública fueron semejantes en todo el período. Las variaciones estuvieron centradas en la edad de los postulantes, los años transcurridos desde la recepción del título de grado y las profesiones admitidas.

En sus comienzos el Diplomado estuvo dirigido exclusivamente a profesionales cuya formación previa estuviera basada en las ciencias biológicas, admitiéndose solo médicos, odontólogos y veterinarios. Dentro de estas profesiones se priorizaba a los médicos, conforme a los objetivos explícitos de la formación.

En el Reglamento que se dicta en 1969 se amplía el espectro profesional al que se dirige el curso, allí se indica:

El Curso Básico estará dirigido a médicos, odontólogos, médicos veterinarios, bioquímicos, enfermeras universitarias y otros profesionales con adecuada base en ciencias biológicas, así como a los especializados en otras disciplinas necesarias para la integración del equipo de salud: ingenieros, licenciados en sociología, licenciados en antropología, licenciados en psicología. (Escuela de Salud Pública, 1969, p. 11)

Sin embargo, si analizamos los cuadros estadísticos que construyó un grupo de docentes de la ESPUBA (Alcón *et al.*, 1987) con motivo de cumplirse los 25 años de su creación, observamos que la prioridad siguió centrada en formar médicos especialistas en salud pública. En efecto, del total de alumnos egresados en ese período el 78% son médicos, casi el 10% son odontólogos, el 2% bioquímicos, el 2% enfermeros y el 8% corresponde al resto de las profesiones admitidas. En esta categoría se incluyen veterinarios, sociólogos, asistentes sociales, licenciados en estadística, dietistas, abogados, contadores públicos, psicólogos, kinesiólogos, licenciados en administración, en economía, en matemáticas, en ciencias políticas, antropólogos, farmacéuticos y visitadores de salud. De un total de 835 diplomados entre 1960 y 1985 solo 64 son profesionales incluidos en esta categoría.

La paradoja que supone abrir la participación al curso de Diplomado a un mayor número de profesiones para luego, en los hechos, limitar su ingreso, nos remite al tema del equipo de salud. Esta cuestión, tomada por el sanitarismo desde su etapa fundacional con creciente énfasis y postulada como necesidad ineludible para el desarrollo de una práctica sanitaria moderna, supone la participación del conjunto de profesionales que tradicionalmente se desempeñaron en el área de salud (médicos, enfermeros, asistentes

sociales, bioquímicos, veterinarios, odontólogos) y de aquellos de más reciente incorporación a la problemática (sociólogos, antropólogos, economistas, ingenieros, etc.) para llevar adelante una práctica multidisciplinaria acorde al concepto de salud propuesto desde la década de 1950 por los organismos internacionales. Sin embargo, tal integración nunca se efectivizó en forma duradera en nuestro país y menos aún con carácter igualitario para el conjunto de las profesiones. El *equipo* siempre estuvo hegemonizado por el médico quien ubicó como colaboradores para llevar adelante sus propuestas al resto de los profesionales que en la mayoría de los casos siguieron siendo solo los vinculados a la formación eminentemente biológica.

Respecto de las variaciones observadas en los requisitos relacionados con la edad de los postulantes y los años transcurridos desde la recepción del título de grado, podemos señalar que en sus inicios la formación se dirigió a profesionales jóvenes que tuvieran, preferentemente, hasta tres años de recibidos y fueran menores de 30 años. Esto se vincula con el hecho de que mientras existió la Escuela Nacional, la ESPUBA debió captar sus alumnos entre aquellos médicos de reciente graduación que aspiraran a desempeñarse en el ámbito sanitario.

En 1966 se modifica el criterio de selección y se van a exigir cinco años de graduados como mínimo. En el Reglamento aprobado en 1969 solo se indica que serán priorizados en la selección los profesionales con no menos de tres años de experiencia y una edad no superior a 45 años.

En el Reglamento aprobado por Resolución del Decanato NQ664 del año 1977 se van a exigir diez años de graduados. En las Memorias publicadas en 1983 este requisito baja a cinco años. Sin embargo, de las entrevistas realizadas a profesionales que se inscribieron para realizar el curso de 1985 surge que a los profesionales más jóvenes o de disciplinas no médicas se les dificultó el acceso poniéndoles como obstáculo el no cumplir con los diez años exigidos reglamentariamente. Esto sucedió a pesar de que la propia Escuela había publicado un folleto informativo con las características y exigencias del Curso de Diplomado de 1985 donde se señalaba que los profesionales para acceder al curso debían tener cinco años como mínimo de graduados. En la Memoria de 1983 también se indica que se priorizará a los postulantes de entre 30 y 45 años.

La variación en los criterios de edad y tiempo de graduación dio como resultado la siguiente composición etaria de los egresados de las 25 promociones analizadas: el 20% se ubica en el tramo entre 20 y 29 años, el 45% entre 30 y 39 años, el 29% entre 40 y 49, y un 6% tiene más de 50 años. Al relacionar los tramos etarios con el año en que ingresaron al Diplomado observamos

que el mayor porcentaje de egresados del grupo de 20 a 29 años se produjo en el decenio 1960-1969 con el 76%.

Los alumnos comprendidos en el tramo entre 30 y 39 años tuvieron un acceso al curso similar en todo el período, observándose un pequeño incremento respecto de los demás años en el quinquenio 1970-1974; en ese período ingresaron el 26% del total de alumnos de ese grupo etario. Tanto los de 40 a 49 años como los de 50 y más años fueron incrementando su participación en los dos últimos quinquenios estudiados, así vemos que el 58% de los egresados del tramo de 40 a 49 años lo hacen en el decenio 1975-1984 al igual que los mayores de 50 años: un 67% del total de los egresados de ese tramo etario ingresaron a cursar el Diplomado en ese período.

Respecto de los años de graduados al iniciar el curso de Diplomado, observamos que no hay diferencias importantes entre los diversos agrupamientos etarios. Ahora bien, la diferencia se presenta si lo analizamos tomando en cuenta el año de ingreso al curso; así vemos que quienes lo inician con dos años o menos de recibidos son el grupo más amplio en el período 1960-1964 con el 35%, le siguen luego los de tres a cinco años de recibidos con el 25%. En ese período es importante el grupo de 16 y más años de recibidos (14%) debido a que en 1962 se produjo la fusión con la Escuela Nacional que contemplaba el acceso de funcionarios que, en general, tenían ya una trayectoria prolongada en la actividad.

La captación de profesionales con más años de recibidos se va acentuando a lo largo del período. Entre 1980-1984 se revirtió totalmente la tendencia evidenciada en 1960-1964 ya que el grupo más amplio es el de 16 y más años de recibidos con casi el 40% y el menor el de dos años y menos, con el 2%.

Aquí se hace necesario destacar que los requisitos establecidos por los reglamentos para la selección se tomaron discrecionalmente ya que, según los datos estadísticos, ingresaron alumnos que estaban fuera de las condiciones pautadas respecto de los años en los que obtuvieron el título anterior. Ejemplo de ello es que en el quinquenio 1975-1979 figura un 47% de alumnos que tenían diez años o menos de recibidos (4% de 0-2 años; 10% de 3 a 5 años y 33% de 6 a 10 años) ya que entre 1977 y 1982 se impuso una antigüedad mínima de diez años desde el momento de la obtención del título y entre 1975-1976 el mínimo era cinco años de recibidos.

Esto se produce —según los docentes y personal administrativo entrevistado— porque uno de los elementos que priorizaron las distintas comisiones evaluadoras fue la carta de presentación que el postulante debe adjuntar y que tiene que ser de la institución en la que presta o prestará servicios y/o de una persona de reconocido prestigio dentro del sanitarismo. Por lo cual tiene un peso fundamental el compromiso existente de parte de los docentes

evaluadores con ciertas instituciones, personalidades del ambiente de la salud pública y con los propios docentes de la Escuela que presentan también postulantes.

A lo largo de los 25 años (presentados estadísticamente por el trabajo que estamos analizando) hay un 62% de profesionales presentados por organismos estatales; un 22% autopresentados 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 que el interés predominante en la formación de sanitaristas, en consecuencia, con el sentido otorgado a su profesionalización, se encuentra en el aparato del Estado.

Del porcentaje de presentados por el sector estatal el 51% lo fue por gobiernos provinciales, un 36% por el gobierno nacional, el 7% por la Municipalidad de Buenos Aires, y un 6% por otros gobiernos municipales.

El curso se dirigió con preferencia a profesionales que ya estuvieran insertos en el sector salud. Este ocupa mayoritariamente médicos, enfermeros, odontólogos y bioquímicos por lo que el acceso a la formación para otras disciplinas quedó de hecho restringido, tal como vimos al analizar la composición por profesiones de los egresados. A su vez los pocos puestos que existen para quienes practican disciplinas no tradicionales en el ámbito sanitario, exigen en muchos casos la previa capacitación en salud pública que, por ser de dedicación full-time y de un año de duración, es de difícil realización si el interesado no consigue una licencia con goce de haberes. Esta licencia es negada a las personas que trabajan en instituciones que no tengan necesidad de profesionales así formados y es de muy difícil obtención para el personal no médico en las instituciones de salud. Según los docentes y el personal administrativo entrevistado ocurrió, en reiteradas oportunidades, que asistentes sociales y enfermeros no obtuvieron a último momento la licencia con goce de haberes por lo cual tuvieron que desistir de hacer el curso.

Las dificultades de acceso al Diplomado también se observan al tomar en cuenta el lugar geográfico de procedencia de los egresados argentinos. El 45% de los egresados son residentes de la Capital Federal y el 15% del gran Buenos Aires; es decir que el 60% de los egresados son residentes del área metropolitana. El 40%

restante se reparte en 21 provincias que enviaron profesionales a capacitarse¹. Con relación a los alumnos extranjeros solo el 3% del total de egresados tenía residencia en el extranjero en el momento de inscribirse en el curso.

Respecto a las universidades donde los profesionales egresados obtuvieron el título de grado, podemos indicar que mayoritariamente son nacionales (95%). De estas el 62% de los títulos fueron otorgados por la Universidad de Buenos Aires, el 18% por la de Córdoba, correspondiendo el 20% restante a las universidades de La Plata (80%), Tucumán (50%), del Litoral (3%), de Rosario (20%), de Cuyo (1%) y del Nordeste (1%).

A partir de 1963, los postulantes al Diplomado en Salud Pública fueron numerosos ya que confluyeron dos factores: el cierre de la Escuela Nacional y la creación de la demanda de este tipo de profesional por parte de los organismos estatales. Si bien no se pudo acceder a datos precisos sobre el número de postulantes que cada año se inscribe para realizar el curso, los entrevistados que estuvieron en diversos periodos relacionados con la selección de alumnos afirmaron que siempre fueron más de cien. Por otro lado, según los datos analizados de 25 promociones de la ESPUBA solo ingresaron, en promedio, 33 alumnos por año a excepción de 1985, ya que en virtud de la gran demanda las autoridades de la Escuela resolvieron dictar dos cursos, uno iniciado a principios de año y otro en la mitad que finalizó a mediados de 1986.

El Dr. Mario Róvere, uno de los coordinadores del Diplomado en 1987, señaló que ese año se revirtieron diversos criterios en la selección, entre ellos se hizo hincapié en el desconocimiento del nombre y sexo de los postulantes por parte de la Comisión evaluadora. Esto último dio como resultado que el 75% de los alumnos admitidos para el curso de ese año fueran mujeres, y se modificó la tendencia que, según los datos analizados, muestra que entre 1960 y 1985 el 31% de los egresados eran mujeres. Asimismo, ese año se privilegió lo no médico con respecto a lo médico y a los postulantes del interior y del extranjero².

¹ El número de profesionales egresados según jurisdicción es el siguiente: Capital Federal, 362; Gran Buenos Aires, 120; resto provincia de Buenos Aires, 51; Córdoba, 29; Tucumán, 26; Santa Fe, 22; Salta, 20; Corrientes, 17; Río Negro, 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.

² Entrevista al Dr. Mario Róvere, miembro del equipo de coordinación del Curso de Diplomado en Salud Pública 1985-1988.

La elección del diplomado, los cuestionamientos y su resolución

La elección del posgrado en salud pública se realiza desde diferentes perspectivas dependiendo de la inserción laboral previa de los profesionales, es decir, si se desempeñan en el ámbito sanitario o no. Para aquellos entrevistados que aún no están incluidos en la actividad sanitaria, ya sean médicos asistenciales o profesionales de otras disciplinas, la decisión de realizar este posgrado va a estar relacionada con el acceso a un conocimiento técnico que, a partir de la obtención del título, les abrirá los caminos a la actividad sanitaria. Consideran a la ESPUBA como el lugar más adecuado para obtener una formación de buen nivel dadas las características que tiene el curso, es decir, acceso limitado de alumnos, dedicación *full-time*, evaluaciones, elevado porcentaje de asistencias y título otorgado por la Facultad de Medicina.

Para los profesionales que ya iniciaron su carrera sanitaria la decisión de realizar el Diplomado se relaciona con la necesidad de obtener *herramientas*. Con el término “herramientas” engloban los aspectos metodológicos y técnicos que consideran indispensables para pensar la problemática de salud. Aspiran a fundamentar, a través del curso, aquellos conceptos con los que se conducen en su práctica cotidiana. También lo ven como la posibilidad de reflexionar sobre el sector salud en su conjunto.

Los profesionales responsables de la ejecución de programas de salud a nivel provincial o nacional, los administradores de servicios de salud, jefes de áreas programáticas, etc., plantean la necesidad de comprender en conjunto al sector salud para redimensionar luego su propio accionar. Pero la demanda fundamental se centra en la obtención de instrumentos que les faciliten su trabajo, ya que consideran que muchas de las dificultades que encuentran en la actividad cotidiana son producto del desconocimiento de elementos técnicos.

Dadas las características del curso, el prestigio que la ESPUBA conserva entre los sanitaristas y la valoración institucional del título que otorga, también el grupo de profesionales que ya inició su carrera sanitaria la considera el lugar más adecuado para obtener la formación que reclaman. Supone, asimismo, la obtención de una legalidad necesaria para mantener puestos o acceder a nuevos, por ser el título de mayor prestigio dentro de las instituciones estatales de salud. Los profesionales provenientes del interior lo hacen atraídos además por la imagen que tienen de la Universidad de Buenos Aires como centro formador por excelencia.

A partir del paso por la ESPUBA, la apertura a nuevos y mejores puestos, o el inicio de la carrera sanitaria es una constante durante todo el período analizado.

Si bien está en estrecha relación con el mayor o menor desarrollo que en los diversos momentos tuvo el subsector público, lo cierto es que quienes realizan el curso reciben ofrecimientos laborales mientras lo hacen o a poco de finalizarlo.

El conjunto de los entrevistados manifestó que esperaba encontrar en la ESPUBA a los mejores docentes, a aquellos que han accedido a los puestos más altos en las estructuras sanitarias, los de más experiencia en el ámbito nacional e internacional.

Al poco tiempo de iniciar el curso las expectativas creadas comienzan a verse frustradas ya que la idea de organización que los alumnos tenían del curso, la exigencia del cumplimiento de los horarios pautados, la secuencia de docentes y materias se desmorona. También desde un principio la organización docente sostenida por numerosos expositores invitados demuestra sus falencias. Quedan horas libres debido a que estos docentes invitados, en general, son funcionarios públicos que ocupan posiciones altas en la estructura de la administración central (secretarios, subsecretarios, directores, asesores) por lo que suelen tener dificultades imprevistas que les impiden cumplir con los horarios comprometidos para la ESPUBA. Además, desconocen el desarrollo de la materia donde insertan su exposición, con lo cual suelen producirse incesantes repeticiones de ciertos temas y ausencia de otros, sumado a un excesivo nivel de generalidad.

Para los alumnos del interior se resquebraja la imagen de solidez de la ESPUBA. Cuestionan el desconocimiento de la realidad sanitaria del interior del país que traslucen docentes y funcionarios en sus presentaciones y revalorizan su propio conocimiento en comparación con el de aquellos en quienes esperaban encontrar a sus maestros. Su práctica ya les había mostrado mucho más eficazmente lo que la ESPUBA les brinda en el Diplomado. El esfuerzo que supone el alejamiento —durante un tiempo tan largo— de su familia y lugar de residencia se considera excesivo, en este período de cuestionamiento al curso. Los alumnos provenientes del área metropolitana comienzan a faltar y a preocuparse más por las actividades laborales que mantienen; se quejan de la gran cantidad de horas que deben permanecer en la Escuela. Se produce, en general, la masiva transgresión a las rígidas normas impuestas por la Escuela en lo referente a las ausencias y a los extensos horarios. Estas normas, por otra parte, hace largo tiempo que dejaron de ajustarse al perfil de la mayoría de los alumnos, es decir, los residentes en Buenos Aires, quienes deben mantener sus múltiples empleos por no obtener, en la mayor parte de ellos, licencia con goce de haberes. Los horarios son cuestionados al comprobar los alumnos que el dictado de clases se podría cumplir en cuatro horas diarias, que se deberían ubicar en un solo turno quedando el resto del tiempo para el estudio y demás actividades.

Los docentes entrevistados que tienen una larga trayectoria en la ESPUBA confirmaron esta situación de conflicto a lo largo de todo el período analizado. Indicaron que todos los años hacia el mes de junio “se escucha el grito de los alumnos”; sistemáticamente aparecen los desencuentros docentes-alumnos, la crítica a la falta de rigor en la enseñanza, la reiteración de temas y la falta de otros. Incluso algunos de los docentes, coordinadores y directores de la ESPUBA comparten los cuestionamientos.

Sin embargo, en los últimos meses del curso se produce una revalorización del paso por la Escuela, los alumnos empiezan a pensar más en su ubicación profesional posterior. Se acallan la mayoría de los reclamos y aparece con fuerza la relación laboral sostenida con la institución que los envía, a la que *no pueden hacer quedar mal*. No consideran las críticas realizadas como una forma de defensa de los intereses de dicha institución que invirtió recursos para que ellos se formen, sino que temen ser *mal vistos*, considerados *revoltosos*.

Los menos críticos buscan acallar a los más enfervorizados mostrándoles lo inconveniente que puede resultar, para la promoción laboral futura, el hecho de que trasciendan las deficiencias. En esta última etapa se exalta lo positivo, se valoriza el tener la oportunidad de reflexionar sobre la actividad sanitaria durante un período tan largo, el poder compartir con los compañeros las experiencias laborales y constituir según la expresión de un entrevistado, *una cartera de amigos* en referencia a los contactos laborales que se establecen y que pueden determinar la futura carrera del estudiante. Asimismo, es la oportunidad de contactarse con temas nuevos.

La revalorización de la formación lleva a que los trabajos prácticos realizados, y en particular el trabajo en terreno, sean tomados más como asesorías laborales que como aprendizaje. Así, diagnósticos de situación de instituciones o jurisdicciones municipales, provinciales o nacionales son considerados como trabajos que aportan importante información a las autoridades sanitarias respectivas.

Se va creando en los alumnos la idea de haber adquirido una alta capacitación para abordar el conjunto de la cuestión sanitaria. La captación de los códigos es considerada como el éxito más notable de la formación, ya que les posibilita cumplir con las exigencias de los exámenes, con el trabajo en terreno y entablar fluidas relaciones con los sanitaristas a partir de la adquisición de un lenguaje común.

La idea del acceso a la formación a partir del manejo de los códigos se ve reforzada por algunos docentes. Uno de ellos señaló en la entrevista:

...aunque los cursos sean malos, hay diferencias entre la gente que ha hecho el curso básico y quienes no. Luego de hacer el curso básico los alumnos tienen otra comprensión de la problemática sanitaria, se construye un vocabulario común que les da una visión teórica distinta.

La exaltación de un lenguaje común evoca los momentos del surgimiento de la profesión donde tal como lo indica otro entrevistado:

...los programas y las acciones tuvieron una impronta, una técnica, una manera de hablar totalmente distinta; la de 1960 fue una década importante dentro de la cultura lingüística que produjo; cambiaron los términos, desaparecieron aquellas palabras típicas del higienismo.

Estos nuevos códigos implican una concepción diferente a la sustentada por el higienismo y tienen el valor de hacer ver y de hacer pensar al proceso salud-enfermedad de otra manera. La transmisión de estos códigos vía un aprendizaje eminentemente pragmático donde se imponen las formas sobre el contenido cumple con la función de preparar a los técnicos en salud pública, a aquellos que le deben *vender el plan al gobierno*. La racionalidad técnica fue, al finalizar el curso, transmitida con eficacia, la formación cumplió una vez más su objetivo.

Plan de estudios

Analizar la concepción de los profesionales de la salud pública supone preguntarse por los contenidos que se transmiten y se organizan como saber en el Curso de Diplomado de la principal Escuela de Salud Pública del país. Ello nos conduce a tomar en consideración que la salud pública en Argentina es una especialidad de la Facultad de Medicina, mayoritariamente para médicos. Esta característica hace necesario reconocer el sustrato sobre el que se asentará el saber sanitario por lo cual —aunque ya nos extendimos sobre el tema en el Capítulo 1— siguiendo a Díaz Polanco, retomaremos sintéticamente los aspectos esenciales del saber médico dominante:

- a) Su biologismo: se dedica fundamentalmente a la atención del cuerpo enfermo, atacado por organismos biológicos externos, que actúan sobre personas indefensas frente a ellos.

- b) Es mecanicista: considera al cuerpo como una maquinaria que sufre daños para cada uno de los cuales hay una respuesta establecida (Vera, 1983, p. 109).
- c) Es ahistórico: las dos concepciones anteriores llevan necesariamente a la negación de los factores sociales e históricos. Supone la concepción de una *historia natural* de la enfermedad, negando así las determinaciones socioeconómicas e ideológicas respecto a la enfermedad (Menéndez, 1978, p. 16).

Estas características del modelo médico se expresan en la práctica, según Díaz Polanco, de la siguiente manera:

- a) Sigue básicamente un modelo liberal. Esto significa que, aunque haya decaído la práctica liberal y el médico se convirtió mayoritariamente en un asalariado o en un empresario, prevaleció la concepción de la atención médica vigente en el período del Estado liberal.
- b) Establece una definición de lo social. Dado que entiende a la enfermedad como ruptura del equilibrio, de la integración, la salud es el retorno al buen funcionamiento a la adaptación según las normas de la sociedad vigente. De allí que la vinculación con las ciencias sociales desde el saber médico se realiza a través de ciertos planteos teóricos de las ciencias sociales tales como el positivismo, el funcionalismo y algunas corrientes del estructuralismo.
- c) “Esta ideología médica sobre la sociedad permite la reproducción de otras formas de práctica e incluso da origen a otras formas alternativas que, estén o no dentro de la misma lógica de acumulación, compiten con ella” (Vera, 1983, p. 109).
- d) En la reproducción del saber médico está implícita una forma de socialización de los futuros médicos que los asimila a la ideología de las clases dominantes.

La concepción sanitarista que se trasmite en la ESPUBA intentó diferenciarse parcialmente del saber médico dominante, a través de:

- a) Su constitución como saber a partir de una práctica diferente a la clínica. La diferencia principal es que aquélla se constituye vinculada a los organismos estatales de salud. La práctica sanitaria sigue un modelo tecnoburocrático y la otra un modelo liberal.
- b) La incorporación del saneamiento a la solución de los problemas sanitarios. La concepción bioecológica de la salud supone que la salud es

la interacción del huésped y el agente en un ambiente. En esta tríada epidemiológica, a los determinantes sociales les queda un espacio, en forma de variable interviniente, en el ambiente. Esta sociedad no es una sociedad históricamente determinada, sino un sistema ahistórico, equilibrado y abstracto.

- c) Se plantea la dimensión de lo colectivo como el agregado estadístico de individuos y como sinónimo de lo social. La integración entre lo individual y lo colectivo se realiza mediante la cuantificación de los casos y la identificación de diferentes “grupos humanos”.

Así, la estadística es la base de la epidemiología. Esta última era definida como:

...el estudio de la distribución y de los determinantes de la prevalencia de la enfermedad en el hombre. Al mencionar distribución, se delimita el campo de acción específico de la epidemiología, la cual estudia las frecuencias relativas de la enfermedad en los diversos grupos humanos, más que los aspectos clínicos que la misma puede presentar en un individuo determinado. (Urquijo *et al.*, 1969, p. 2)

El esquema de la historia natural de la enfermedad, paradigma inquestionable para la enseñanza de esta ciencia, organiza el proceso causal asignando a los factores causales un papel específico en una cadena causal que resulta en un modelo muy similar al de la unicausalidad. Lo social se resume en el ambiente; este concepto se subdivide entre órdenes de fenómenos: el ambiente psíquico y el ambiente social. De esta manera, las características de una sociedad aparecen en las explicaciones de este paradigma como atributos de los individuos, así, no hay clases sociales, sino que los individuos y los grupos tienen niveles socioeconómicos. (Díaz Polanco, 1982, p. 135)

Se cree oponer a la unicausalidad mecanicista la multicausalidad en la explicación de los fenómenos epidemiológicos. Señala Laurell que, aunque queda claro que no es posible explicar la enfermedad como el simple efecto de un agente sobre el huésped (modelo unicasal) se pretende que una enfermedad puede explicarse por medio de la reducción de la realidad a un conjunto de “factores causales” que no se distinguen en calidad y que se ponderan de acuerdo a la “distancia” en la que se encuentran de la enfermedad. Lo biológico y lo social son encuadrados en dos “factores de riesgo” que actúan de la misma forma sobre el “huésped”. (Laurell, 1986, p. 37)

- d) Cuestionan algunos caracteres del modelo médico como el biologismo en lo teórico y el ejercicio liberal de la medicina en la práctica y le oponen el *ambiente* y la función burocrática en la administración pública.
- e) El desarrollismo impulsó la formación de una concepción económica de la salud que -aunque no fue original en la salud pública ya que el argumento económico fue central en los debates sobre el control de enfermedades endémicas a principios de siglo y en el discurso del peronismo- se redescubre con él. Se jerarquiza la relación entre salud y economía validándose el gasto en salud como inversión social, en tanto se considera que una población sana está en condiciones de contribuir más eficazmente al desarrollo económico, produciendo más y ahorrando gastos en la recuperación de la salud.

A su vez, se entiende el quehacer sanitario como la actividad de administrar salud, que significa un uso eficiente y eficaz de los recursos de salud, por definición, escasos. El eje de la concepción sanitaria transmitida en la ESPUBA es la capacitación en técnicas administrativas cuyo principal objetivo es lograr el rendimiento máximo de los recursos existentes.

Los contenidos

Los contenidos transmitidos en la ESPUBA fueron analizados con base a la experiencia directa de los investigadores en el curso de Diplomado durante 1984-1985, las entrevistas a alumnos de diferentes promociones, el análisis de clases de los archivos de ex-alumnos y el material bibliográfico recomendado en las distintas etapas por las que atravesó la Escuela. El análisis puso en evidencia la persistencia de la concepción adoptada en la etapa fundacional, lo que al cabo de treinta años representa un notable anacronismo con relación al desarrollo que se operó en la salud pública latinoamericana. Los puntos fundamentales en los que puede resumirse la concepción transmitida los podemos sintetizar de la siguiente manera:

- a) El sanitarista es un administrador de salud. Esto significa en la ESPUBA, según el enfoque clásico de la administración, que la función de este profesional es la de organizar, dirigir, coordinar y controlar los programas de acción elaborados con el objetivo de promover la eficiencia de las organizaciones en las que actúa. Fiel a la más ortodoxa teoría de sistemas de Ludwig von Bertalanffy el sistema social pasa a ser un suprasistema en el que está integrado el subsistema de salud el que,

cambiando de nivel de análisis pasa a ser un sistema con un conjunto de componentes organizacionales, cada uno de los cuales puede ser un sistema al efecto del análisis. El sistema se define como un conjunto de unidades combinadas en equilibrio, de tal manera que conformen un organismo integrado o un todo organizado. Cada sistema tiene una finalidad predeterminada y con objetivos que cumplir acorde a aquella. Este esquema explicaría tanto el funcionamiento celular como el sistema social y el de salud. Asimismo, permite aislar al subsector público del resto de los *componentes* del sistema de salud y del sistema social. En esta perspectiva no importa conocer los procesos que llevan a un determinado *producto*; mucho menos el estudio de las condiciones históricas concretas en las que se desarrolla el proceso administrativo. En la ESPUBA la teoría de sistemas tiene el lugar de un instrumento para la identificación de los sistemas social, de salud y las organizaciones que les son propias.

- b) El recorte de la realidad realizado en base a la teoría de sistemas abona la escisión que se realiza del subsector público en relación con el resto del sector salud y de la sociedad. Esto se traduce en la ausencia de contenidos que permitan el debate en torno a las obras sociales y al subsector privado, y que se ignore la estructura y peso específico de cada subsector, desconociéndose aún los procesos que determinaron la propia estructuración del subsector público y la procedencia de las decisiones que configuraron las políticas de salud más importantes.
- c) El proceso administrativo, según la concepción en cuestión, tiene tres niveles: el primero es el político-administrativo y es el espacio de decisión y negociación de las orientaciones a seguir, constituido por las autoridades políticas. El segundo nivel es el técnico-administrativo, definido como el nexo donde se elabora la normatización; tiene funciones de asesoría, información y logística. El tercer nivel es el técnico-operativo, responsable de la ejecución de las decisiones tomadas, brindando los servicios a las personas y al ambiente.

El administrador cumple su función mediante la formulación de políticas sanitarias. Por política se entiende el conjunto de orientaciones para el logro de una determinada imagen-objetivo o, en términos de Perrone y García Bates: “La formulación de política constituye la definición del objetivo a alcanzar en un futuro próximo, así como los medios que serán empleados para lograrlos” (Perrone y García Bates, 1984, p. 136).

Según un documento de CPPS/OPS el proceso de formulación de políticas tiene varias etapas:

La secuencia parte de una imagen-objetivo, situación futura deseada que no está condicionada por la disponibilidad presente de recursos ni por plazos o tiempos determinados; continúa con la formulación preliminar de las políticas que incluye los análisis de factibilidad y coherencia y la fijación de prioridades; culmina con el diseño de una estrategia —el que contiene el análisis de viabilidad— y con la formalización de las políticas, etapa en la cual se da a las mismas su última forma (CPPS/OPS, 1975, p. 35).

El instrumento fundamental para la formulación de políticas en esta concepción es la planificación normativa que mediante la *apertura programática* vincula el proceso político y los procesos técnico-administrativos y operativos. Los programas son divididos en programas de bienes y servicios (sobre las personas, sobre el medio y complementarios) y de organización de recursos (organización global y recursos humanos, materiales y financieros).

El proceso de formulación de políticas se inicia con el diagnóstico de situación en sus tres componentes: nivel y estructura del estado de salud, factores condicionantes del estado de salud (de origen demográfico, político, económico, cultural y ecológico) y recursos disponibles (cantidad, organización y funcionamiento, utilización, financiación, etc.) (Perrone y García Bates, 1984).

En la ESPUBA la capacitación en este tipo de planificación se limita a una breve reseña de la confección de un plan integrado de salud en abstracto y prescindiendo de la ubicación en una realidad histórica concreta.

- d) En un menor nivel de abstracción se imparte la planificación normativa de servicios de salud, considerada el instrumento más eficaz para racionalizar los recursos existentes en los establecimientos de atención médica.

El énfasis en este tipo de planeamiento se origina en la ESPUBA en los primeros años de su funcionamiento institucional. En efecto, entre 1963 y 1967 la Escuela participó activamente en la elaboración del Modelo Nacional de Programación de Actividades, junto con el CONADE, el CFI y el Ministerio de Salud de la Nación. Hacia 1967 se publica el trabajo, y es la Escuela el ámbito desde donde se difunde a todo el país, mediante cursos en su sede o programas desarrollados en cada una de las provincias.

El Modelo Nacional es un sistema de programación nuclear de los servicios de atención médica, unidos mediante programas de regionalización, zonificación o redes de servicios por niveles de complejidad. La programación

de actividades se inició por los hospitales, a los que se consideraba el “instrumento integral para canalizar las prestaciones de salud” (Lanza, 1984).

El argumento para circunscribir el Modelo Nacional a los establecimientos de atención médica fue la dificultad para desarrollar instrumentos metodológicos sobre los registros deficientes del resto de las áreas. Dice Aquiles Lanza:

Aunque explícitamente reconocida la necesidad de integrar la planificación sanitaria en los planes nacionales de desarrollo, al no contar con instrumentos aptos para evaluar la participación que el sector salud debía tener en el conjunto, se decidió obviar los intentos de ponderar las resultantes que, sobre el nivel de salud, ejercen los factores económicos, sociales, culturales y políticos. En consecuencia, se dejó para un tiempo posterior la elaboración de las herramientas adecuadas para tales finalidades. (Lanza, 1984, p. 155)

Ese momento nunca llegó, tampoco el de incluir en el Modelo Nacional otras acciones de salud no ubicadas en el ámbito hospitalario.

El énfasis en este tipo de planificación en la ESPUBA se correlaciona con las tendencias particulares de la planificación en la salud pública argentina que se interesó por desarrollar la planificación modular de servicios.

- e) Hay un aspecto del proceso de formulación de políticas que organiza el curso básico, los intensificados y la mayoría de los trabajos en terreno: el diagnóstico de situación. El conjunto de las materias básicas y secundarias intenta capacitar en el uso de instrumentos para efectuar diagnósticos precisos.

Como en la ESPUBA se parte del concepto de que la primera etapa que el administrador deberá atravesar en su función es la etapa diagnóstica, las disciplinas que proporcionan datos para realizarlo son consideradas *disciplinas auxiliares* de la administración. En esta categoría entran la epidemiología y la estadística, la demografía y las ciencias sociales. El aporte de todas ellas es reducido a la detección de *puntos críticos* que permitan la *toma de medidas de intervención* al administrador. La urgencia que determina el papel que ellas cumplen en la formación del sanitarista descarta por definición la investigación, cuya ausencia en el Curso de Diplomado más que una deficiencia es una consecuencia de la concepción transmitida.

El diagnóstico de situación en la concepción descripta es el primer paso del *método de trabajo en administración*, lo sigue la toma de decisiones (definición de objetivos, selección de alternativas, definición de prioridades y programación).

El tercer paso es la ejecución y el cuarto el control. De todos los pasos planteados solo se prioriza proporcionar, como se dijo, instrumentos para el primero.

En teoría, el diagnóstico consiste en una evaluación del estado de salud de la población objetivo, de sus *factores condicionantes* y de los recursos disponibles. El estado de salud se determina mediante las estadísticas de morbilidad y mortalidad. Los *factores condicionantes* mediante el análisis de datos demográficos, económicos, políticos, culturales y ambientales. Los recursos disponibles mediante datos sobre su organización, dependencia administrativa, financiación y capacidad instalada.

En la práctica, los *factores condicionantes* del estado de salud de la población se reducen a la presentación de un pequeño número de variables de orden demográfico (sexo, estructura etaria) y los recursos disponibles a una revisión de la capacidad instalada, entendiendo por esta la suma de recursos humanos, materiales y financieros en un área determinada.

Entre la propuesta de cómo hacer un diagnóstico y su realización median la dificultad en la recolección de datos y el desinterés y desconocimiento del proceso de investigación, lo que convierte a los diagnósticos en descripciones parciales de la realidad sanitaria que engrosan —a partir de la inserción laboral del nuevo Diplomado— los informes de los organismos oficiales.

La valoración negativa que en la concepción sanitaria tiene el proceso investigativo, en tanto se considera que su realización es compleja y demoraría las acciones, señala el pragmatismo propio de la formación técnica de los profesionales que intervienen en la definición del sector salud. Esto los conduce a implementar políticas sociales basándose en un conocimiento preteórico de la problemática de la salud colectiva ya que se trata de un saber no confrontado con la situación epidemiológica —elaborada con datos actuales— ni con la información sobre la manera que tienen los conjuntos sociales de dar cuenta del proceso salud-enfermedad.

A manera de reapertura

El proceso de investigación cuyo resultado es este libro pasó por diversas etapas desde el momento de elaboración del proyecto (basado en una investigación de carácter exploratorio) hasta su culminación e implicó una reconfiguración de la problemática en estudio. De una etapa de conocimiento preteórico del tema de la profesionalización del sanitarismo argentino en el que se pudieron visualizar solo sus determinaciones más externas y aparentes se pasó —luego de proceder al encuadre teórico de los datos— a la caracterización de la compleja trama de determinaciones que lo vinculan a los procesos históricos de transformación del Estado argentino y que ubican a los sanitaristas como grupo técnico del aparato estatal desde donde participan de los procesos sociales.

La hipótesis inicial que sustentábamos sobre la determinación de la política de formación de recursos humanos en salud pública en la constitución del campo profesional ha dejado lugar a una visión estructural que permite ver al sanitarismo como una ciencia que se constituye a partir de las transformaciones sociales que imponen nuevas formas de hegemonía y reclaman modalidades diferentes de legitimación. Desde este punto de vista la emergencia del sanitarismo también se vincula con los cambios en el campo de la medicina que al modificar su definición de la salud incorpora de una manera peculiar a lo social (subordinado a los procesos biológicos) y da lugar a una especialidad que lo asume para dar cuenta de él.

Resulta claro que hay una historia particular —esto es, no universal— de la formación del sanitarismo argentino con sus agentes e intereses específicos. Esa historia particular se expresa en un discurso, en un lenguaje oficial, en un grupo que posee en propiedad ese lenguaje y un campo donde ese grupo desarrolla su práctica profesional, y desde donde enuncia su discurso hacia la sociedad.

Este discurso contiene una concepción sobre el mundo social de la vida que se constituyó hacia la década de 1960 y como lenguaje oficial sigue manteniendo su predominio en el aparato estatal y en el campo profesional. Por ello hasta aquí pretendimos desplegar cuál era esa concepción, cómo se plasma en las formas de entender las prácticas, cómo se transmite como saber y las reformulaciones, que sostenidas por la tecnoburocracia sanitaria, contribuyen a mantener sus posiciones dentro del campo sanitario más que a transformar sus prácticas en beneficio de los conjuntos sociales.

La reproducción de la concepción sanitaria tiene una institucionalidad donde pudimos observar los mecanismos articuladores del saber que se

construye con la práctica del campo profesional. Sus actores son la materia maleable de este proceso del que emergen con un lenguaje con el que resignifican las prácticas históricas de las que, como grupo, participan. Prácticas que producen inicialmente y reproducen cada vez con más seguridad la legitimidad de un discurso. Esta legitimidad para ser real debe mantener un grado aceptable de eficacia en la resolución de la problemática sanitaria. Nos propusimos al confrontar con los procesos sociales posteriores a 1970 reconocer el grado de adecuación de la concepción sanitarista a los cambios que se comenzaron a prefigurar en ese momento y que hoy muestran resultados contundentes.

La institución en la que gran parte de estos procedimientos tiene lugar es la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (ESPUBA), con una función netamente reproductora de los agentes portadores del proceso, función que se cumple a través del saber que transmite. Ese saber no es otro que el que los mismos agentes traen de su práctica profesional, a la cual no hace otra cosa que ordenar, si acaso, pero sobre todo legitimar. Una escuela debería hacer algo más que eso, pero para ello tendría que autonomizarse de la práctica que la autoriza y eso es lo que la ESPUBA parecería que no puede hacer, dada la función que cumple como refuerzo de la constitución del grupo que sostiene políticamente —es decir como actor del Estado— su funcionamiento.

Ahora bien, gestada hacia la década de 1960, la profesionalización en salud pública ha mantenido su funcionalidad con los procesos de transformación del Estado que se vienen desarrollando desde 1955, pero que se aceleraron y profundizaron a partir de 1976, luego de la derrota de los proyectos de redistribución del poder en favor de los sectores sociales más postergados. En esta última etapa la tecnoburocracia sanitaria se vio poco a poco subordinada a la del área económica que a medida que avanzaba la década de 1970 fue asumiendo la hegemonía del aparato estatal. El proyecto de transformación de la sociedad argentina puesto en marcha por el gobierno militar del Proceso de Reorganización Nacional y continuado —aunque no sin contradicciones— por los gobiernos que surgen con el retorno a la democracia (los presididos por el Dr. Alfonsín y el Dr. Menem) apuntan a modificar las relaciones socioeconómicas, para lo cual se requieren cambios profundos en el aparato estatal (nueva articulación de sus ramas, modificación de la relación entre poderes, reforma administrativa), y un replanteo de la función social del Estado con relación a las formas de regulación y control.

La reconfiguración de la sociedad argentina realizada a lo largo de los quince años de vigencia del proyecto neoliberal ha conducido a una profunda fragmentación de los grupos sociales y marcadas diferencias dentro de cada uno. Mientras algunos miembros poseen alta capacitación y altos ingresos al encontrarse ubicados en las ramas más dinámicas de los sectores industriales y financiero, crece, en el otro polo, una mayoría de desocupados, subempleados

y trabajadores de bajos ingresos. La disminución de los salarios reales ha llevado al crecimiento de una masa cada vez más amplia, indiferenciada y sometida con decrecientes posibilidades de atender su salud, su educación y su seguridad.

Las transformaciones del aparato estatal tendientes a su modernización están ligadas al concepto de un Estado dirigido por cuerpos técnicos que funcionen como asesores del poder en la búsqueda de nuevas formas de legitimación que deben dejar de lado las modalidades asistencialistas predominantes en la etapa anterior. Así es como se baja hacia el conjunto de la sociedad el discurso modernizante y democratizador invitando a que la población participe de las instituciones barriales, escolares, sanitarias, y promueva desde estos ámbitos microsociales las transformaciones necesarias para mejorar sus cada vez peores condiciones de vida. Resulta paradójico este planteo, hecho desde el poder estatal, de propiciar el agrupamiento de los sin poder para otorgarle como premio a los obedientes y organizados que se queden en su pequeño espacio social alguna concesión, generalmente en materiales, para que ocupen el poco tiempo libre que les queda en la realización de obras barriales que el Estado ya no asume.

Asimismo, se incrementan todos los mensajes dirigidos a responsabilizar a los conjuntos sociales sobre sus condiciones de vida. La comunicación social está predominantemente dirigida a enfrentar a pobres contra pobres, los trabajadores de salud son los culpables —al realizar huelgas en reclamo de mejores condiciones salariales, laborales y de defensa del sector público— de que la población de menores recursos se quede sin atención médica, la situación se repite con los trabajadores de la educación, transporte, justicia, etcétera.

La tecnoburocracia entrenada desde su constitución en el tratamiento de la enfermedad como problemática de individuos —a los que habrá de sumar y promediar para considerarla, entonces, como problema social—, y como producto de factores bioecológicos en los que intervienen como condicionantes los factores sociales está perfectamente imbuida de la ideología que ahora nos propone desde posiciones de dominio el neoliberalismo.

En ese contexto la ESPUBA presenta en la actualidad una fiel imagen del discurso del poder: despolitizado y naturalizado, como síntesis cristalina del positivismo que nunca dejó de formar parte nuclear de las posiciones que sostuvo, desde su creación hasta la actualidad, a pesar de los intentos dirigidos a su transformación que fueron derrotados junto con las luchas sociales que los nutrían.

La adaptación del discurso sanitario oficial a los requisitos del poder triunfante es insuficiente como mecanismo de supervivencia institucional. La ESPUBA es hoy una ficción que deja indiferentes a propios y extraños lo cual demuestra una vez más, si fuese necesario, que solo una práctica eficaz puede fundamentar la verdad de un discurso. En ese convencimiento ciframos nuestra esperanza.

Bibliografía

- Abadie, J.; Canitrot, C. (1967). *Encuesta de morbilidad, Informe n 5*. Buenos Aires: CIASP.
- Achard, P. (1980). A título de colofón. En: Achard, P.; Chauvenet, A.; Lage, E.; Lentin, F.; Neve, P. (eds.). *Discurso biológico y orden social*. México: Nueva Imagen.
- Achard, P.; Chauvenet, A.; Lage, E.; Lentin, F.; Neve, P. (eds.). (1980). *Discurso biológico y orden social*. México: Nueva Imagen.
- Ahumada, J. et al. (1965). *Programación de la salud. Problemas conceptuales y metodológicos*. Publicación Científica 111. Washington D. C: OPS/OMS.
- Alcón, R.; Badaracco, J.; Fidanza, E.; González Morán, O.; Pellón, J.; Róvere, M. (1985). *Informe. Egresados de la ESPUBA. Etapa descriptiva*. Inédito.
- Báez Ponce de León, A. (1962). Metodología epidemiológica. *Revista de Salud Pública*, n. 2, 3 y 4 enero/abril y mayo/diciembre, La Plata.
- Belmartino, S. & Bloch, C. (1980). Política sanitaria argentina y las estrategias de desarrollo. *Cuadernos Médico Sociales*, n. 14, CESS, Rosario.
- Belmartino, S. & Bloch, C. (1982) Políticas estatales y seguridad social en Argentina. *Cuadernos Médico Sociales*, n. 2, CESS, Rosario.
- Belmartino, S. & Bloch, C. (1984). Reflexiones sobre participación popular en salud en Argentina. *Cuadernos Médico Sociales*, n. 27, CESS, Rosario.
- Belmartino, S. & Bloch, C. (1985). Economía, sociedad y políticas de salud en Argentina. *Cuadernos Médico Sociales*, n. 31, CESS, Rosario.
- Belmartino, S.; Bloch, C.; Luppi, I.; Troncoso, M. (1986) El mercado de trabajo médico y la producción de servicios de salud en Argentina. *Cuadernos Médico Sociales*, n. 36. CESS, Rosario.
- Belmartino, S.; Bloch, C.; Persello, A.; Quiroga, H. (1987) *Las instituciones de salud en la Argentina liberal: desarrollo y crisis*. Buenos Aires: SECyT.
- Belmartino, S.; Bloch, C.; Persello, A.; Carnino, M. (1988). *Corporación médica y poder en salud, Argentina 1920-1945*. Buenos Aires: OPS/OMS.
- Bello, J. (1981). Exposición en el Seminario sobre "Políticas de salud, la experiencia argentina". *Medicina y Sociedad*, vol. 4, n. 1 y 2, enero-abril, Buenos Aires.
- Berger, P.; Luckmann, T. (1986). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bloch, C.; Testa, M. (1988). *Estado y salud*. Buenos Aires: OPS/OMS.
- Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública. (1964a). *Recomendaciones de las II Jornadas de Salud Pública*. n 2, Buenos Aires.
- Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública. (1964b). *Estatutos de la Asociación Argentina de la Salud Pública: "Título I: De los objetivos"*. n 2. Buenos Aires.
- Bourdieu, P. (1983). *Campo del poder y campo intelectual*. Buenos Aires: Folios Ediciones.

- Bourdieu, P. (1985). *¿Qué significa hablar?* Madrid: Akal.
- Bourdieu, P. (1988). *Cosas Dichas*. Buenos Aires: Gedisa.
- Canguilhem, G. (1986). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI Editores.
- Canitrot, C. (s/f). Conceptos del Dr. C. Canitrot. *Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública* n. 5. Buenos Aires.
- Carrillo, R. (1951). "Introducción al conocimiento de la Salud Pública". En *Contribuciones al Conocimiento Sanitario*. Buenos Aires: Ministerio de Salud Pública de la Nación.
- Centro de Investigación y Adiestramiento en Salud Pública, CIASP. (s/f). *Medicina administrativa*.
- Cerroni, V. (1972). *La libertad de los modernos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Chauvenet, A. (1980). Biología y gestión de los cuerpos. En: Achard, P.; Chauvenet, A.; Lage, E.; Lentin, F.; Neve, P. (eds.). *Discurso biológico y orden social*. México: Nueva Imagen.
- Chalmers, A. (1982). *¿Qué es esa cosa llamada ciencia?* México: Siglo XXI Editores.
- Coni, E. (1918). Memorias de un médico higienista. En: *Contribuciones a la historia de la higiene pública y social*. Buenos Aires: Biblioteca Médica Argentina.
- Consoli, F. (1979). El Estado Social, forma superior del Estado capitalista. *Debate* /9. Roma.
- Cortés, R. (1985). Seguridad social en la Argentina. Las obras sociales. *Cuadernos Médico Sociales*, n. 34, CESS, Rosario.
- CPPS/OPS. (1972). *Sistemas de salud*. Publicación Científica n. 34. Santiago de Chile: OPS/OMS.
- CPPS/OPS. (1975). *Formulación de políticas de salud. I/5-016*. Santiago de Chile: OPS/OMS.
- Cuadernos de Salud Pública. (1976). Actividades docentes de la ESPUBA programadas para el año lectivo 1976. n 11. Buenos Aires.
- Deferrari, J. (1962). La educación sanitaria un programa de salud pública. *Revista de Salud Pública*. La Plata.
- De Mattos, C. (1989). Falsas expectativas ante la descentralización. *Nueva Sociedad* n. 104, diciembre. Caracas.
- Díaz Polanco, J.; Goldfeld, R.; Vera, S. 1982. En: Testa, M. (coordinador): *Estructura de poder en el sector salud*. Universidad Central de Venezuela, CENDES.
- Escuela de Salud Pública. (1969). *Reglamento*. Resolución n. 3 del Consejo Superior, 6 de enero. p. 11. Buenos Aires.
- Escuela de Salud Pública de la UBA. (1973). *Programa general* del Diplomado en Salud Pública "Propósitos". Buenos Aires.
- Escuela de Salud Pública de la UBA, *Programa de Actividades*, 1983. Buenos Aires.
- Escuela de Salud Pública de la UBA. (1985). *Memoria*. Buenos Aires.
- Evers, T. (1989). *El estado en la periferia capitalista*. México: Siglo XXI Editores.
- Facultad de Medicina de la UBA. (1987). *Proyecto de Maestría en Salud Pública: Reglamento*

- Foucault, M. (1991). *Historia de la sexualidad*. Vol. 1, "La voluntad de saber". México: Siglo XXI Editores.
- Furtado, C. (1971). *La economía latinoamericana desde la conquista ibérica hasta la Revolución Cubana*. México: Siglo XXI Editores.
- Galli, A. (1988). *Transformación curricular*. Publicación científica n. 8. Buenos Aires: OPS/OMS.
- García Díaz, J. C. (1981). Seminario sobre "Políticas de salud, la experiencia Argentina", *Medicina y Sociedad*, v. 4, n. 1 y 2, enero-abril. Buenos Aires.
- García Díaz, C. (1983). La medicina prepaga en la problemática de la salud. *Medicina y Sociedad* v. 6, n. 1 y 2, enero-abril. Buenos Aires.
- García, J. C. (1977). *Situación actual de las ciencias sociales aplicadas a salud en América Latina*, mimeo.
- García, J. C. (1981). La medicina estatal en América Latina (1880-1930). *Revista Latinoamericana de Salud* n. 1. México: Nueva Imagen.
- Habermas, J. (1987). *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus.
- Habermas, J. (1988). *La lógica de las ciencias sociales*. Madrid: Ed. Tecnos.
- Habermas, J. (1989). Excurso sobre el envejecimiento del paradigma de la producción. En: *El discurso filosófico de la modernidad*. Buenos Aires: Taurus.
- Heller, A. (1977). Sobre el concepto abstracto de vida cotidiana. En: *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Península.
- Holmberg, E. (1981) Exposición en el Seminario sobre: "Políticas de salud; la experiencia argentina". *Medicina y Sociedad*. v. 4, n. 1 y 2. enero-abril. Buenos Aires.
- Iran Campo M. (1979). Exposición en el Seminario sobre Políticas de Salud. Buenos Aires: Ministerio de Bienestar Social de la Nación.
- Isuani, E.; Mercer, H. (1986). La fragmentación institucional del sector salud en Argentina: ¿pluralismo o irracionalidad? *Boletín Informativo Techint* n. 244.
- Keynes, J.M. (1943). *Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kuhn, T. (1962). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lage, E. (1980). El pecado capital de la etología: K. Lorenz. En: Achard, P.; Chauvenet, A.; Lage, E.; Lentin, F.; Neve, P. (eds.). *Discurso biológico y orden social*. México: Nueva Imagen.
- Lanza, A. (1983). Principales problemas de la administración gubernamental de salud en América Latina. En: *La salud en América Latina. Aspectos prioritarios de su administración*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lanza, A. (1984). Planificación en salud. En: Sonis, A. et al. *Atención de la salud*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Laurell, A. C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales* n. 37, CESS, Rosario.

- Lecour, D. (1986). La historia epistemológica de Georges Canguilhem. En: Canguilhem, G. *Lo normal y lo patológico*. México, Siglo XXI Editores.
- Lerner, L. (1988). Análisis de la estructura de financiamiento y gasto de obras sociales seleccionadas. *Cuadernos Médico Sociales* n. 45, CESS, Rosario.
- McFarlane Mood, A. (1960). Capítulo XII Docimasia de hipótesis. En *Introducción a la teoría de la estadística*. Madrid: Aguilar.
- Mammoni, O. (1961). Regionalización sanitaria y reforma hospitalaria. *Revista de Salud Pública* n. 1, La Plata.
- Marshall, A. (1988). *Políticas sociales: el modelo neoliberal*. Buenos Aires: Legasa.
- Martini, C. (1962). Estructuración de la educación sanitaria a nivel de un ministerio de salud pública. *Revista de Salud Pública* n. 7 y 8, mayo-diciembre. La Plata.
- Mazzafero, V. (1965). Funciones de la epidemiología en la República Argentina. *Revista de Salud Pública*, n. 7, diciembre, La Plata.
- Medicina Administrativa. (1968). *Presentación*, v. II, n. 1, enero-abril, Buenos Aires.
- Menéndez, E. (1979). El modelo médico y la salud de los trabajadores. En: Basaglia, F. *La salud de los trabajadores*. México: Nueva Imagen.
- Menéndez, E. (1981). *Poder, estratificación y salud*. México: Casa Chata.
- Menéndez, E. (1985). Modelo Médico Hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. *Cuadernos Médico Sociales*, n. 33, CESS, Rosario.
- Mera, J. (1980). Las obras sociales y la cobertura de salud. *Medicina y Sociedad*, v. 3, n. 3, julio-agosto. Buenos Aires.
- Mercer, H. (1980). Presentación. En: Achard, P.; Chauvenet, A.; Lage, E.; Lentin, F.; Neve, P. (eds.). *Discurso biológico y orden social*. México: Nueva Imagen.
- Migliónico, A. (s.f). *Esquema de flujo en el sistema político de salud*. Santiago de Chile: CPPS/OPS/OMS. Mimeo.
- Ministerio de Bienestar Social de la Nación. (1979). *Políticas Nacionales de Salud*. Buenos Aires.
- Ministerio de Bienestar Social-Secretaría de Estado de Salud Pública de Salta. (1983). *Políticas de Salud*. Documento de trabajo. Salta.
- Ministerio de Salud y Acción Social. (1987). *Proyecto de Ley sobre Seguro Nacional de Salud y Obras Sociales*. Mimeo
- Mondet, A. (1969). Palabras del Dr. Alberto Mondet. *Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública*, n. 6. Buenos Aires.
- Muñoz, I.; Campione, D.; Rubio, L. (1988). Las nuevas funciones del Estado. Reconfiguraciones. *Cuadernos de la Fundación de Investigaciones Sociales y Políticas*, n. 10. Buenos Aires.
- Nelson, C. (1987). Estados Unidos, la sociobiología y el ocaso del Estado de bienestar. En: *Tiempos conservadores*. América Latina en la derechización de Occidente. Quito: El Conejo.
- Neri, A. (1968). Aspectos de la formación y práctica profesional del sanitarista argentino. *Cuadernos de Salud Pública*, n. 3. julio-setiembre. Buenos Aires.

- Neve, P. (1980). Aprendizaje y tecnología del comportamiento: F. B. Skinner. En: Achard, P.; Chauvenet, A.; Lage, E.; Lentin, F.; Neve, P. (eds.). *Discurso biológico y orden social*. México: Nueva Imagen.
- OEA. (1961). Reunión extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial: Alianza para el Progreso. *Documentos Oficiales*. ES-Re-Doc. 145., 5-17 agosto, Punta del Este.
- Oñativia, A. (1965). Conceptos del Dr. A. Oñativia. *Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública*, n. 4. Buenos Aires
- OPS-OMS. (1957a). *Estudio de los servicios de Salud Pública de la República Argentina*, Comisión de Consultores.
- OPS-OMS. (1957b). *Informe del Consultor en Administración Hospitalaria*, Dr. O. P. Pedroso.
- Perrone, N; García Bates, A. (1984). Programación en salud. En: Sonis, A. et al. *Atención de la salud*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Piaget, J. (1987). The role of necessity in cognitive development. Vol 2. En: *Possibility and Necessity*. 2 vols. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Popper, K. R. (1982). *La lógica de la investigación científica*. Madrid: Tecnos.
- Popper, K. R. (1984). *La miseria del historicismo*. Madrid: Taurus/Alianza.
- Poulantzas, N. (1976). *Poder político y clases sociales en el estado capitalista*. México: Siglo XXI Editores.
- Prigogine, I. (1987). ¿Tan solo una ilusión? Barcelona: Tusquets.
- Provenzano, S. (1964). Sobre la cobertura del riesgo de enfermedad en Argentina. En: Sonis, A. & Martini, C. Financiación de la salud pública. *Revista de Salud Pública*, n. 7, diciembre. La Plata.
- Rabinovich, A. (1964). Sobre el método epidemiológico. *Revista de Salud Pública*, n. 6, diciembre, La Plata.
- Recalde, H. (1989). Higiene pública y secularización. En: *Conflictos y Procesos de la Historia Argentina Contemporánea*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Revista de Salud Pública. (1962). *Editorial*. La Plata.
- Revista de Salud Pública. (1963). Información técnica: *Doctrina en Salud Pública*. n. 5, enero-junio, La Plata.
- Revista de Salud Pública. (1986). *Tercera Reunión Nacional de Autoridades de Salud Pública*. n. 13. La Plata.
- Rodríguez Castells, H. (1981). Exposición en el Seminario sobre: Políticas de salud; la experiencia argentina. *Medicina y Sociedad*, v. 4, n. 1 y 2, enero-abril. Buenos Aires.
- Rubio, L. (1988). La unidad de las izquierdas: ¿qué hay entre la resignación y el delirio? *Cuadernos del Sur*, n. 7, abril. Buenos Aires: Editorial Tierra del Fuego.
- Sahlins, M. (1982). *Uso y abuso de la biología*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Santas, A. (1976). Las escuelas de Salud Pública en América Latina. En: Bowers, J. & Purcell, E. *Escuelas de Salud Pública, presente y futuro*. Buenos Aires: El Ateneo.

- Sartori, G. (1985). *La política, lógica y método en las ciencias sociales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sbarra, N. (1963). La realidad sanitaria nacional. *Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública*, n. 1. Buenos Aires.
- Sbarra, N. (1964). Medicina preventiva y medicina social. *Revista de Salud Pública*, n. 7. La Plata.
- Septien González, J. M. (1983). Problemas de administración en el campo materno-infantil y planificación familiar. En: *La salud en América Latina. Aspectos prioritarios de su administración*. México.
- Sevlever, D. (s/f). La nueva Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires y la orientación de los estudios médicos. *Revista de la Universidad de Buenos Aires*, n. 6. Buenos Aires.
- Sevlever, D. (1962). Formación de médicos sanitarios. *Revista de Salud Pública*, n.3 y 4, mayo-diciembre. La Plata.
- Sevlever, D. (1963). Discurso de graduación. *Revista de Salud Pública*, n. 5, enero-junio. La Plata.
- Sevlever, D.; Canitrot, C.; Ustaran, G. (1963). Formación de profesionales para la Salud Pública. *Revista de Salud Pública*, n. 6, julio-diciembre. La Plata.
- Sonis, A. (1964). *Salud, medicina y desarrollo económico social*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Sonis, A. & Martini, C. (1964). Financiación de la salud pública. *Revista de Salud Pública*, n. 7, diciembre. La Plata.
- Sonis, A. (director). (s/f). *Medicina sanitaria y administración de la salud*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Sonis, A. (1968). La enseñanza de la Salud Pública en pre y postgrado. *Cuadernos de Salud Pública*, n. 1, julio-setiembre. Buenos Aires.
- Sonis, A. (1983). Participación en la Mesa Redonda: Aspectos favorables y desfavorables del seguro nacional de salud en la Argentina. *Medicina y Sociedad*, v. 6, n. 3. Buenos Aires.
- Sonntag, H. R. (1977). Hacia una teoría política del capitalismo periférico. En: Sonntag, H. R.; Valecillos, H. *El Estado en el capitalismo contemporáneo*. México: Siglo XXI Editores.
- Tenti, E. (1981). La educación como violencia simbólica: P. Bourdieu y J. C. Passeron. En: González Rivera, G. & Torres, C. *Sociología de la educación. Corrientes contemporáneas*. México: Centro de Estudios Educativos, A.C.
- Terris, M. (1962). Alcances y métodos de la epidemiología. *American Journal of Public Health*, v. 52, n. 9.
- Testa, M. (1985). Atención ¿primaria o primitiva? de salud. *Cuadernos Médico Sociales*, n. 34, CESS, Rosario.
- Testa, M. (1989). *Pensamiento estratégico y lógica de programación*. Buenos Aires: OPS/OMS.
- Testa, M. (1993). *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Therborn, G. (1979). ¿Cómo domina la clase dominante? Madrid: Siglo XXI Editores.
- Therborn, G. (1987). *La ideología del poder y el poder de la ideología*. Madrid: Siglo XXI Editores.

- Trabajadores de la Ciencia. (1971). *Ciencia, Técnica e Investigación en la Argentina*. Documento del grupo. Septiembre, Buenos Aires.
- Troncoso, M. (1986). Evolución histórica de la educación médica en Argentina y su relación con el sistema de salud y la práctica médica. *Cuadernos Médico Sociales*, n. 32. CESS, Rosario.
- Urquijo, C.; Ustaran, J. K. de; Milic, A. (1969). *Nociones básicas de epidemiología general*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Vargas, R. (1972). *Sistemas, algunos conceptos de la teoría*. CPPS/OPS.
- Vera, S. (1983). En: Díaz Polanco, J.; Golfeld, R.; Testa, M. (coords.). *Informe final de la investigación "Estructura de poder en el sector salud"*. Caracas: CENDES.
- Veronelli, J. C. (1972). Introducción a la planificación de la salud. *Cuadernos de Salud Pública*, n. 8.
- Veronelli, J. C. (1975). *Medicina, gobierno y sociedad*. Buenos Aires: El Coloquio.
- Wilde, E. (1878). *Curso de Higiene Pública*. Buenos Aires.
- Zeitlin, I. (1973). *Ideología y teoría sociológica*. Buenos Aires: Amorrortu.

COLECCIÓN CUADERNOS DEL ISCO
(Continuación)

24. *El líder sin estado mayor: la oficina del gobernante*

Carlos Matus, 2022

23. *Saber en salud: La construcción del conocimiento*

Mario Testa, 2022

22. *Sentir, jugar, hacer pensar: la acción en el campo de la salud*

Hugo Spinelli, 2022

21. *Salud: cartografía del trabajo vivo*

Emerson Elias Merhy, 2021

20. *Vida de sanitarista*

Mario Hamilton, 2021

19. *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*

Luis David Castiel, Carlos Álvarez-Dardet, 2021

18. *Método Altadir de planificación popular*

Carlos Matus, 2021

17. *Teoría del juego social*

Carlos Matus, 2021

16. *Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina*

Sonia Fleury, 2021

15. *Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI*

Jairmilson Silva Paim, 2021

14. *Gestión en salud: en defensa de la vida*

Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

13. *Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos*

Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

12. *Adiós, señor presidente*

Carlos Matus, 2020

11. *Pensar en salud*

Matío Testa, 2020

10. *La salud mental en China*

Gregorio Bermann, 2020

9. *Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014*

Instituto de Salud Colectiva, 2020

8. *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*

Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (comp.), 2020

7. *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*

Eduardo L. Menéndez, 2020

6. *Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo*

Josué de Castro, 2019

5. *Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores*

Instituto de Medicina del Trabajo, 2019

4. *Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones*

Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019

3. *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*

Marcelo Luis Urquía, 2019

2. *El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX*

Lilia Blima Schraiber, 2019

1. *Política sanitaria argentina*

Ramón Carrillo, 2018

Este libro es el resultado de una investigación finalizada en 1990 sobre el proceso de profesionalización en salud pública en Argentina. La preocupación que guió el planteo de la investigación fue la profunda crisis por la que atravesaba la formación de posgrado en los temas referidos a la salud pública. Esta crisis, que reflejaba la de la universidad en su conjunto, con la ruptura institucional que se produce en el año 1976 que aísla a la Argentina de los debates de la medicina social latinoamericana, tuvo un elemento que condicionó el mantenimiento de la hegemonía de la concepción desarrollista de la salud, pese a su probada ineficacia para dar respuesta a la cuestión sanitaria.

Analizar el mantenimiento de esta hegemonía implica un esfuerzo por comprender los mecanismos políticos e ideológicos que permitieron la perdurabilidad del discurso, así como considerar las posibilidades de adecuación que tiene esta concepción para responder a los procesos de transformación de la sociedad y el Estado que se vienen produciendo desde mediados de la década de 1970.

Por lo señalado, consideramos que el presente estudio, que se circunscribe al caso argentino, muestra un desarrollo teórico-metodológico que permite analizar las articulaciones que se establecen entre un campo profesional específico y la sociedad en la que se inserta.

(Fragmentos de la Introducción)

