

**La Escuela de Salud Pública entre las décadas de 1960 y 1970: sanitarismo, planificación y el proyecto de una burocracia de elite para racionalizar el sistema de salud.**

Lic. Juan M. Librandi (Instituto de Salud Colectiva- Universidad Nacional de Lanús/ CONICET) (juan@librandi.com.ar)

**Introducción**

Desde la segunda mitad de la década de 1950 y hasta entrada la década de 1970 se produjo la emergencia de un grupo profesional que buscó convertirse en una élite de funcionarios capaces de administrar y racionalizar el sistema de salud: Los sanitaristas. Esto se dio en el contexto de emergencias de nuevos saberes y de una reorganización general del Estado, marcado por el énfasis en el desarrollismo y la planificación como forma de racionalidad, pero también de una disminución progresiva de su capacidad efectiva para lograrlo.

En esta ponencia analizaremos el rol de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (ESPUBA) durante la década de 1960, en tanto núcleo formador de sanitaristas por un lado, y en tanto la incorporación de un nuevo saber al ámbito universitario. Proponemos analizar a la ESPUBA como un actor perteneciente al contexto universitario, con intención de intervenir en el campo sanitario y que por tanto debe responder a la doble lógica del sistema universitario y del sanitario, en tanto competencias (educativas, profesionales, simbólicas y económicas) y en sus vínculos con otros actores. Buscaremos analizar las sinergias y divergencias con otros actores estatales y profesionales desarrollados a partir de identificar los núcleos comunes y las asociaciones logradas con otras entidades, en particular con la Secretaría de Salud (Ministerio de Bienestar Social) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Esta ponencia, de carácter exploratorio, se elaboró a partir de datos recogidos para la elaboración de mi tesis de maestría vinculada al desarrollo de sistemas de información en salud durante las décadas de 1960 y 1970, en particular en el Estudio Sobre Salud y Educación Médica (1968-1973), que fue llevado a cabo por sanitaristas de la ESPUBA

junto a otros profesionales y buscó conocer de forma extensiva el desarrollo de la red sanitaria, las condiciones de salud de la población, el estado actual y futuro de la cantidad y distribución de los profesionales.

### **Las sinergias entre el Gobierno de Onganía, el Ministerio de Bienestar Social y el imperativo de la planificación.**

Durante la década de 1950 y 1960 la planificación se expandió desde la esfera de la economía y se tornó un concepto clave, no sólo dentro del campo de la salud, sino en la administración pública en general, representando una reformulación del rol del Estado en la vida cotidiana y en la administración de sus propios recursos (Iriart *et al*, 1994; Daniel, 2012a; Caravaca, 2012).

El clima favorable a la planificación, fuertemente influenciado por la Alianza para el Progreso<sup>1</sup>, dio un vuelco a partir de la década de 1960, cuando se convirtió la planificación (junto a la evaluación de actividades y metas) se volvió condición de posibilidad para lograr préstamos y beneficios de organismos internacionales. Esto produjo además, una sofisticación creciente en las formas de evaluar, tanto cualitativas como cuantitativas (Biernat&Ramacciotti, 2013).

Daniel (2013a) sitúa a la planificación en tanto síntesis entre la conducción política, la actividad económica y el conocimiento científico de la sociedad. Complementariamente para los grupos (tecno) burócratas que operaban como planificadores su rol político quedaba frecuentemente invisibilizado reduciendo su autopercepción al de técnicos capacitados en cuantificar la realidad y producir planes obedeciendo la conducción política (Iriart *et al*, 1994). De acuerdo al relato de Hamilton(2010, p. 56), formado en la ESPUBA,

---

<sup>1</sup> “La Alianza para el Progreso consistió en ayuda económica para favorecer el desarrollo local en Latinoamérica financiado por Estados Unidos por medio de organismos como el Banco Interamericano de Desarrollo o el Banco Mundial. Sin embargo, este programa implicó también relaciones mutuas entre los estados y en algunos casos, significó la intromisión directa o indirectamente de los Estados Unidos en la política de la región. Este programa de financiamiento se insertó en el contexto de la Guerra Fría en América Latina y estuvo motivado por la necesidad de Estados Unidos de abordar la potencial expansión de la influencia cubana.” (Cerdá y Ramacciotti, 2015, p. 209).

Nos sentíamos pioneros, exploradores de un terreno desconocido [...]No prevalecía la disputa por el poder institucional: predominaba el saber técnico; todo estaba para ser construido.

Para Belmartino y Bloch (1994) la potencia de la planificación resultó del clima racionalista y científicista de la época desarrollista, en particular vinculado a las ideas de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe)<sup>2</sup>. El pensamiento planificador se proponía como el portador de la racionalidad científica, con alto grado de autonomía política basado en su saber técnico y situado desde el actuar en el Estado.

Para muchos de los entrevistados, y en particular los sanitaristas, la CEPAL representaba la meca de ese pensamiento planificador, uno de ellos recuerda que: “*estábamos embelesados con la planificación, había que hacer los cursos en la CEPAL*”.

El periodo de mayor importancia de la ESPUBA coincide además con los años del gobierno de facto del General Onganía, conocido como “Onganiato” (1966-1970) (Iriart et al 1994, Arce 2010). La propuesta del Onganiato tuvo un perfil autoritario y desarrollista, con un énfasis tecnocrático, favoreciendola creación y jerarquización de organismos dedicados a la planificación e investigación (los consejos nacionales de Desarrollo, de Seguridad y de Investigaciones Científicas y Tecnológicas) (Feld, 2010; Giogi&Mallimacci, 2012; Osuna, 2012; Gomes, 2014).

Como parte de esta reforma el otrora Ministerio de Salud<sup>3</sup> fue reducido a Secretaría de Salud y se incluyó en la órbita del recientemente creado de Ministerio de Bienestar Social (MBS). Esto produjo que las políticas de salud se integraran a las tensiones más generales del ministerio y sus autoridades.

---

<sup>2</sup>Feldy Kreimer(2010, p. 3) definen a la CEPAL como “un espacio de pluralismo ideológico y político desde el que se aspiró a dar forma a una “ciencia social para la acción” que sintetizara un marco conceptual común de desarrollo autónomo válido para toda la región (Vessuri, 1993, p. 109). En ese marco, se produjo un cambio conceptual sobre la noción de “desarrollo”: este último ya no se identifica con el crecimiento económico, sino que se concebía como un proceso de cambio estructural global. Como afirman Sunkel y Paz (1970, p 39) tal enfoque implicaba el uso de un método estructural, histórico y totalizante, a través del cual se perseguía una reinterpretación del proceso de desarrollo de los países latinoamericanos, partiendo de una caracterización de las relaciones entre, por un lado, la estructura productiva, la estructura social y de poder y, por otro, los países centrales y los países periféricos (...). Se apuntaba así a una concepción según la cual el desarrollo y el subdesarrollo debían ser considerados conjuntamente en el contexto de la división internacional del trabajo entre centro y periferia”.

<sup>3</sup>La oficina sufrió diversas jerarquizaciones y degradaciones durante los años, funcionando como Departamento Nacional de Salud Pública e Higiene (1880-1944), Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social (1944-1946), Secretaría de Salud Pública (1946-1949) y Ministerio de Salud Pública (1949-1955)

El MBS fue parte central de la estrategia de Onganía de construir viabilidad política respecto del llamado “juego imposible” en el que se vieron inmersos sus predecesores (Giogi&Mallimacci, 2012; Gomes, 2014). Una de las medidas adoptadas dentro de esta estrategia fue la de una reforma y “modernización” de la estructura burocrática del Estado

Las políticas de salud durante el onganato se escribieron en el contexto de una reforma generalizada del sistema de seguridad social (Dvorkin, 2013). Esta reforma buscó poner en el centro discursivo, dos términos: modernización y técnica. De acuerdo a lo indicado por Osuna (2014), los funcionarios del periodo buscaban la racionalización y la automatización de los procesos administrativos y del Estado en general, a través de la utopía de la resolución técnica de los problemas sociales. Este es en el cual el discurso desplegado por los representantes de la ESPUBA encontraba un punto de sinergia importante, destacando entre las funciones del sanitarista mejorar la eficiencia del gasto (Iriart et al, 1994).

Ezequiel Holmberg fue el secretario de salud de Onganía. Era médico de formación, se representaba como un técnico liberal modernizante, era reconocido como investigador y había realizado posgrados en Estados Unidos. Además se encontraba muy vinculado con los círculos de la elite tradicional porteña, era primo del Gral. Lanusse y fue presidente de la Unión Argentina de Rugby en 1966. De acuerdo al relato de algunos sanitaristas entrevistados, el rol de Holmberg fue clave por dos razones: en primer lugar trató de llevar a cabo una continuidad con las políticas de gestiones anteriores y en segundo lugar porque a raíz de sus vínculos con OPS y en particular con las universidades norteamericanas compartía elementos de la visión de la ESPUBA que estaba fuertemente influenciada por la OPS (Belmartino, 2005; Arce, 2010, Vernelli y VeronelliCorrech, 2002). Carlos Ferrero, por ejemplo, señala que su incursión como primer director de la Dirección de Estadísticas en Salud de la Secretaría se debió a las gestiones de OPS frente a Holmberg.

El sub secretario fue Alberto Mondet, también era médico e investigador, aunque a diferencia de Holmberg se había desempeñado como ex secretario de salud de la municipalidad de Buenos Aires a principios de la década de 1960 (Buschini, 2013; Veronelli&VeronelliCorrech, 2004). Mondet, además, fue integrante de la Comisión Directiva de la Asociación Argentina de Salud Pública entre 1965 y 1967, organismo que

integraba a sanitaristas de diversas partes del país, principalmente de Buenos Aires, y organizaba las Jornadas de Salud Pública, de frecuencia anual y cuyas actas se publicaban en los Cuadernos de Salud Pública. Esta organización, con sede en Buenos Aires, nucleaba a los profesionales de la ESPUBA con los de otras provincias como Santa Fe, Córdoba y Tucumán.

En ocasión de la inauguración de V Jornadas Argentinas de Salud Pública (1968), y ya en funciones de Sub Secretario Mondet tomaba postura respecto de la necesidad de desarrollar el Sanitarismo como saber:

En concreto, para comenzar, quiero anunciarles que ya la Secretaría de Salud Pública ha decidido hacer entrega de una propiedad para uso de la Asociación para que tenga un local y comience así a desarrollarse, y un Subsidio que comenzara a partir del año que viene en forma regular, para que se contrate uno o dos o tres profesionales, los que fueren necesarios dentro de los recursos limitados que tenemos, pero creo que ésta es la forma que empecemos a caminar (Mondet, 1969: 17).

La gestión de Holmberg Mondet fue la más extensa del Ministerio de Bienestar Social de la Nación (MBS) durante el periodo de Onganía, siendo el primer secretario de la cartera y renunciando en 1969 (Belmartino & Bloch, 1994; Giorgi & Malimacci, 2012). Holmberg caracterizó a los lineamientos básicos de su gestión en tanto que:

El Estado deberá armonizar las fuentes de financiación de la salud actuales, que se encuentran distorsionadas, unificándolas y tendiendo a la creación de un seguro de salud para las prestaciones de atención médica integrada a través del sistema de seguridad social que deberá actuar como ente financiero y no como prestador de acciones (Holmberg, 1968, p. 52).

Durante esos años la estrategia de la secretaría de salud estuvo vinculada a intentos de racionalización del gasto, los recursos y descentralización hospitalaria.

Este proceso de descentralización, por el cual el estado nacional buscó transferir el financiamiento y administración de los hospitales y estructuras sanitarias a las provincias, tuvo distintas etapas y distintos grados de éxito. Comenzó a fines de la década de 1950 y no llegó a completar la transferencia total ni de recursos ni de responsabilidades (Cerdá & Ramacciotti, 2015; Veronelli & Testa, 2002).

En términos generales la gestión de Holmberg buscó

Introducir racionalidad a un sistema caracterizado por la multiplicidad de instituciones y lógicas organizativas, la dispersión de beneficiarios, el otorgamiento arbitrario de beneficios, la asignación ineficiente de recursos y el

seguramente débil impacto sobre las condiciones de salud enfermedad que supuestamente debía resguardar. Por otro desde el imperativo político de cooptación de las organizaciones populares en función de contrarrestar la manifiesta hegemonía del sector profesional privado en el control de la oferta de servicios que amenazaba poner en peligro la misma continuidad del sistema (Belmartino, 2005, p. 164)

En este punto, la propuesta central de esta gestión fue el desarrollo de un seguro de salud. Esto implicaba la separación de los mecanismos de generación y distribución de recursos financieros. Esta forma de seguro ubicaba los actores presentes en distintas posiciones: el sistema de seguridad social (en tanto financiador), los privados (como prestadores de servicios) y el Estado, que además participaría como financiador de algunos grupos e iría relegándose en tanto prestador de servicios hacia la regulación del sistema (incluyendo la capacidad instalada, la formación de profesionales y sus remuneraciones). En la concepción de esta administración, para mantener la “racionalidad” de este seguro de salud, y en general del sistema, era necesario desarrollar nuevos instrumentos técnicos y organizativos que pudieran planificar la oferta, la demanda y el gasto requerido.

En línea con lo anterior, la gestión de Holmberg y Mondet también brindó apoyo y financiamiento a proyectos de formación profesional alternativos, vinculados a la planificación, y por lo tanto a los sistemas de información. Así mismo estos espacios contribuyeron a articular el debate doctrinario sobre los dos temas centrales de la época: el seguro de salud, como forma de garantizar la cobertura y la planificación, en tanto mecanismo racionalización del gasto.

### **La OPS y el papel de los organismos internacionales**

En un contexto internacional marcado por la Alianza para el Progreso y el desarrollismo, los organismos internacionales ganaron un alto grado de influencia debido a su disposición de recursos, su reconocimiento como expertos técnicos y su apoyo, a través de financiamiento para políticas públicas y formación de grupos profesionales locales. Algunos de los entrevistados recuerdan que *“La OPS tenía un enorme poder simbólico, algún poder económico también”*.

Veronelli & Veronelli Correch (2002) describe a la relación entre OPS y el gobierno de Onganía como de gran actividad. OPS (1971), mantuvo criterios elogiosos para las acciones del gobierno, caracterizando el período como una mejora en la situación político

social del país y una reorganización positiva y modernizante del sector salud, a la par de la modernización del resto de la administración pública. Tanto en los trabajos académicos como los entrevistados se le reconoce a la OPS una gran importancia en las gestiones técnicas del proceso de descentralización que se desarrollaron desde la década de 1950. El enfoque de OPS centraba el objetivo de esta descentralización en una supuesta racionalización del sistema, entendida como una mejora en la eficiencia del gasto (Iriart *et al*, 1994; Belmartino & Bloch, 1994).

Según OPS estas políticas eran necesarias y contaban con un nuevo tipo de profesional para su realización: el sanitarista formado en planificación. A su vez hizo un marcado énfasis en dos temas centrales vinculados a la gestión del sistema de salud: 1. La calidad de los recursos humanos e institucionales del sistema, para lo cual recomendaban la creación de un conjunto de expertos técnicos formados en las nuevas técnicas de planificación y dotados de datos fiables para operar transformaciones eficaces y eficientes en el sistema de salud; y 2. la necesidad de descentralizar el sistema y actualizar sus prácticas hacia aquellas consideradas de vanguardia en el período, en particular la planificación. En las palabras del asesor de OPS, Henríquez Frodden (1957, p. 9) sirven de ilustración: “Afortunadamente las condiciones van cambiando... y ya es opinión generalizada el hecho de que son inseparables las labores de medicina curativa, preventiva y sanitaria.”

Desde la propuesta organizativa, esto quedó articulado en la necesidad de descentralizar la estructura creada por la gestión Carrillo y planificar centralizadamente a partir de las técnicas provistas por el método de planificación CENDES/OPS (Veronelli & Veronelli-Correch, 2004; Iriart *et al*, 1994). Este método fue desarrollado por un grupo liderado por el ingeniero agrónomo chileno J. Ahumada en la Universidad Central de Venezuela, financiado y difundido por OPS. Surgió como estrategia de la OPS para adaptarse a los estándares internacionales surgidos de la carta de Punta del Este y la necesidad de innovar en un área en la cual no había desarrollos técnicos previos: la planificación en salud. Este método marcó fuertemente los desarrollos locales de técnicas de planificación, en tanto era una metodología propuesta y validada por OPS, sino que además contaba con cursos de formación especializados destinados a sanitaristas que se

desarrollaban en Chile y Venezuela a partir de becas de OPS (Ahumada *et al*, 1965; Testa, 2005).

Además de las acciones destacadas anteriormente OPS desarrolló numerosos planes y programas destinados al abordaje de enfermedades concretas (paludismo, dengue, entre otros.) y se brindó asistencia técnica en los procesos de reforma del sistema de salud y de la formación médica, particularmente en los vinculados a los procesos de descentralización sanitaria y reforma de las estructuras prestacionales construidas durante el peronismo. En este contexto la OPS colaboró con la financiación y articulación tanto de la ESPUBA (desde 1958), como del CLAM (Centro Latinoamericano de Educación Médica) (1967)(OMS 1971; 1969) y con la Asociación de Facultades Médicas de la República Argentina<sup>4</sup>.

Aun así, no se puede considerar a la OPS como un actor homogéneo, sino que debemos señalar que a su interior convivían diversas propuestas organizativas). Esta característica tuvo su reflejo organizativo en la forma de trabajo concreta de la OPS, de acuerdo a un entrevistado que tuvo varios cargos allí,

*la OPS tiene un doble comando organizacional, tiene un comando político y un comando técnico, por eso, la OPS tenía la casa central en Washington [...] entonces lo que hacía OPS era indicar las políticas que habían desarrollado, y las oficinas regionales, la de Buenos Aires, la de Santiago o las que fueran, eran las que implementaban técnicamente estas.*

Esta heterogeneidad se reflejó en la organización burocrática interna. De acuerdo a uno de los entrevistados, ex funcionario de OPS y participante del ESSEM,

*vos tenías ese grupo, el grupo de Estadística, el grupo de Estadística ideológicamente neutro llamémosle, grupo de izquierda, es para mí otro grupo técnico, los de Administración Hospitalaria. Y después los otros grupos, los clásicos, que son Saneamiento Médico, ¿no cierto? Odontología, todos esas complementarias, las columnas vertebrales eran Recursos Humanos... no digo un grupo de atención primaria básicamente, eran los de servicio de salud, los de servicio de salud; ah, por supuesto los de Planificación.*

Este doble comando permitió a los profesionales de la ESPUBA establecer diversas formas y niveles de vinculación con la Organización. Uno de los entrevistados marcó esa

---

<sup>4</sup> Esta asociación nucleó a las diferentes carreras de medicina del país. Formó parte de una serie de instituciones similares organizadas en la FEPAFEM (Federación Panamericana de Facultades Médicas). En el relato de su formación hecho por A. Galli (2008), la OPS figura como la institución que facilitó el acercamiento entre decanos y financió parte de la fundación de esta asociación. También rescata que este proceso fue similar en otros países de América Latina.



separación “*la OPS como OPS es una cosa, la OPS con la cual yo me relacionaba que era Raúl Vargas y compañía era bárbara, porque era una parte técnica y más, era un tipo que pensaba como nosotros, si no totalmente, bastante convergente*”.

### **La ESPUBA y la formación de Sanitaristas**

La formación de sanitaristas comenzó a partir de la década de 1950 y tuvo su auge durante el Onganía (Belmartino, 2005; Arce, 2010; Iriart *et al.*, 1994). Formó parte del discurso modernizante llevado a cabo por el gobierno, vinculado a la planificación como instrumento indispensable en la utilización racional de recursos y en la modernización del Estado (Arce, 2010; Iriart *et al.*, 1994). Esto no fue un fenómeno exclusivo del ámbito de la salud, sino que otras disciplinas como la sociología también compartieron este enunciado proponiéndose a ellas mismas como necesarias para la planificación (Germani, 2006; Blanco, 2006). Aun así, hasta el gobierno de Onganía su grado de inserción en el Estado era relativamente bajo, y en el caso de las escuelas de salud pública esto llegaba incluso a ser un problema central. El director de la ESPUBA señalaba en 1963 que:

si somos francos con nosotros mismos, el tema candente: la falta de oportunidades de trabajo para los graduados. Formamos los sanitaristas: médicos, odontólogos, estadísticos, etc., etc., pero ¿dónde están las fuentes de trabajo y en qué condiciones deberán desarrollar su acción? (Sonis, 1963, pg. 46)

Durante un breve periodo a principios de la década de 1960 convivieron dos escuelas de Salud Pública, la primera dirigida por H. Noblia en la Secretaría de Salud, y la segunda dirigida por A. Sonis en la Universidad de Buenos Aires.

Durante la gestión de Risieri Frondizi (1957-1962) como rector de la UBA, y en apoyo a las políticas desarrollistas, se fusionaron en la Escuela del Ministerio a la de la UBA, conocida como ESPUBA. Esto incluyó la transferencia de parte de sus profesores, subsidios, becas y estudiantes (Iriart *et al.*, 1994).

Estas escuelas encarnaban proyectos diferentes. La escuela del Ministerio de Salud tuvo el proyecto de generar una burocracia política sustentada por un cuerpo administrativo de carácter ejecutivo de funcionarios técnicos, mientras que la Escuela de la Universidad desarrolló un proyecto más vinculado a la modernización del Estado, donde se proponía la constitución de una “tecnoburocracia”, aislada de los imperativos políticos que a través del

cumplimiento eficiente y eficaz de lo planificado, y de los postulados científicos, asegurara la eficiencia y eficacia del sistema (Iriart *et al.*, 1994).

El director de la ESPUBA, en un artículo respecto de la necesidad de formar técnicos sanitarios, justifica la necesidad de la fusión en tanto que:

“En un país extenso y federal, como el nuestro, los centros de formación de personal de salud pública, las Escuelas de Salud Pública, tienen una responsabilidad más: la única posibilidad de uniformar una acción de Salud Pública en todas las provincias, en todo el país, de regionalizar, de racionalizar, de conseguir una unidad del pensamiento y acción sanitarias. Y esto no puede ser impuesto por el poder central ni por ningún otro; sólo la formación sanitaria, la identidad del lenguaje, puede dar la base de esta empresa, y esto es responsabilidad de los centros de formación docente (Sonis, 1963, pg. 45).

En este sentido, la primacía final de la ESPUBA impone un sesgo de neutralidad política que se constituyó en uno de los rasgos fundamentales de la identidad sanitarista de la década de 1960. Recuerda un profesor que

*la escuela no era ideologizada, no había debates de política de más trascendencia [...] lo que se discutía eran cosas sobre el método CENDES podía ser o no, si era muy complicado si se podía evaluar las cosas que se decían*

Un segundo entrevistado se recuerda en aquella época como “*absolutamente tecnocrático apolítico, [...], mi libido iba por lugares que no eran la política*” Una tercera entrevistada resumía la situación en que “*lo técnico cubría todo lo otro*”. Aldo Neri (1969, p. 13), director de la ESPUBA por ese entonces, en su evaluación de la formación de sanitaristas en Argentina explicaba que

Otro aspecto clave del ejercicio profesional comprende al juego y delimitación de los niveles técnicos y políticos. Desde el comienzo de nuestra formación, los administradores de salud aprendemos netas distinciones entre las funciones y atributos de los niveles [...] el experto se transformaba así en el instrumento idóneo para elaborar y ejecutar programas cuyas implicancias políticas y objetivos finales debía en cierto modo desinteresarse de considerar.

En este proceso de profesionalización del sanitarismo la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (ESPUBA), tuvo un papel clave. Esta se había constituido en un nodo de formación de profesionales para la administración pública y un centro de investigación que incorporó la idea de formación en epidemiología, administración, planificación con una agenda de trabajo cercana al desarrollismo y que

contó con el apoyo de los actores universitarios. Su creación, unificación, financiamiento y posicionamiento contó con el apoyo de la OPS.

La creación y afianzamiento de la Escuela de Salud Pública como lugar formador de planificadores no fue un caso particular de Argentina, sino que OPS apoyó y financió la creación y afianzamiento de otras escuelas en distintos países de la región, como Colombia (Galli, 2008; ASCOFAME, 1967; Veronelli & Testa, 2002).

Las escuelas de Salud Pública fueron centrales en la difusión y discusión de los métodos de planificación, y en particular del CENDES/OPS (Barrancos y Vilaça Mendes, 1992). Un médico, estudiante y posteriormente incorporado al ESSEM recuerda que *“para nosotros a partir del curso de ESPUBA, la planificación era clarísimo, lo que se necesitaba darle a los que toman las decisiones era información”*.

Tanto la ESPUBA como OPS, compartían una identidad tecnocrática que les permitía establecer relaciones de amplia colaboración y una identificación recíproca. Además, la OPS otorgaba becas a los docentes de la ESPUBA, y tal como relatan algunos entrevistados, posteriormente los ayudaba a insertarse en el Estado. Estas becas fueron claves en la conformación del capital simbólico de los profesores de la ESPUBA: les permitió establecer vínculos internacionales y señalar una diferencia respecto de otros profesionales del medio local, fundamentalmente en una identidad articulada alrededor del dominio técnico de la planificación. Un entrevistado caracteriza su trayectoria al respecto en términos, añadiendo además el vínculo con el vacío dejado por las purgas de funcionarios peronistas:

*la gente de la OPS estaba buscando gente desesperadamente para tapar los huecos que habían quedado con la caída del peronismo y así caí [...] [buscaban] gente con conocimiento en metodología estadística y en esa época estaba haciendo encuestas [...]. En los 60. Lo único que buscaban era gente con conocimientos... con proyección [...] a la gente buena ya la metían a estudiar. Tenían un programa de becarios importantísimos. Yo era muy amigo de la gente de OPS y todos los años mandaba a una o a dos personas de los graduados de la Escuela de Salud Pública [...] y era plata buena*

En este proceso de profesionalización del sanitarismo hay que destacar dos logros de la ESPUBA: en primer lugar que su titulación, curso de administración hospitalaria, fuera muy altamente ponderado para acceder a puestos destacados (tales como director de hospital); en segundo lugar que formó cuadros técnicos estadísticos que se incorporaron a las direcciones de estadísticas de las diversas provincias y permitieron mejorar

significativamente la calidad de los datos estadísticos (Iriart *et al.*, 1994; Marconi, 2014). Uno de los profesores de la ESPUBA, caracterizó que *“la escuela de Salud Pública formó técnicos en estadística para las provincias... y se hicieron convenios con las provincias para montar el sistema [de estadísticas en salud]”*. Esto fue una de las metas concretas de la ESPUBA y también la forma más concretas y duraderas de inserción en el Estado. Entrevistada en 2014 Marconi, por entonces directora de la Dirección de Estadísticas en Salud, señalaba que los técnicos formados en la ESPUBA durante la década de 1960 se mantenían como actores centrales del sistema de datos en salud ya que eran referentes importantes en sus respectivas provincias.

Un último rasgo resulta importante: la generación de intelectuales de la década de 1960 se identificaba como una “generación sin maestros” (Terán, 2013) y que esto les dio la oportunidad de producir rupturas en las formas de conocimiento sin pasar por la validación de generaciones anteriores. En esta lógica la ESPUBA participaba de este movimiento en la medida que la aparición de un saber identificado como nuevo, la planificación, permitía que el “orden” generacional alterado. Una entrevistada rememoró que *“Daba clases, yo tenía ¡27 años! ¡y daba clases a los titulares de obstetricia!”*. Otro recordó que *“Por ahí pasaba toda la inteligencia argentina, tenía 29 años. A los 29 años fui el primer profesor de estadística de la escuela. Ahí éramos profesores y alumnos, todo junto”*.

### **Los sanitaristas**

La identidad de sanitarista posee varias particularidades. Durante la década de 1960, y de acuerdo a la caracterización Iriart *et al* (1994), los sanitaristas buscaron consolidarse en una tecnoburocracia, específica del ámbito de la administración sanitaria caracterizado por: buscar la articulación de las distintas formaciones sanitarias (tanto públicas, de obras sociales o privadas), la rotación de sus miembros entre organismos internacionales, funciones públicas y posteriormente gremiales médicas, la exaltación de la eficiencia por sobre la eficacia y la subordinación de la racionalidad política a la técnica.

Los sanitaristas presentaron su especialidad como de aplicación al interior del Estado, y en este sentido el paso de una salud estatal administrada por médicos higienistas a

una administrada por sanitaristas implicaría la reformulación de la función estatal, en tanto se desplazaría del saneamiento urbano y la prevención del contagio hacia la administración y racionalización de los servicios de atención médicos (Iriart *et al*, 1994). Estos profesionales definieron en estos términos a la Salud Pública, dominio que entendían como propio de la medicina, pero expandido aun espectro más amplio de campos de conocimientos: la estadística, la enfermería, las ciencias sociales, la educación médica y fundamentalmente la administración. Si bien incorporaron estos saberes a su núcleo de conocimiento, mantuvieron una primacía de la mirada biologicista (Belmartino & Bloch, 1994; Iriart *et al.*, 1994).

El sanitarismo centró sus discusiones en tres núcleos programáticos: 1. La tensión centralización descentralización; 2 la discusión sobre el seguro de salud; y 3. la participación comunitaria en temas de salud (Iriart *et al*, 1994).

1. Respecto de la centralización/descentralización proponían que el organismo nacional de salud adopte un carácter normativo orientador y coordinador de políticas, planes y programas, con funciones de control y evaluación, dejando los aspectos operativos a las jurisdicciones o a los efectores privados.

2. El seguro de salud también contemplaba un rol preponderante del Estado, en tanto articulador y racionalizador del gasto, aunque no como único financista, y con algunos matices dependiendo se presentara como prestador o articulador de un sistema privado. En términos de Iriart *et al* (1994), esto no difiere particularmente de las posiciones tradicionales de las mutualidades médicas como la COMRA, aunque para Belmartino (2005), el control sobre la formación y el libre ejercicio de la profesión resultan rasgos identitarios claves para esta organización que, en un proyecto de estas características se encontraba, al menos, amenazado.

3. La participación de la comunidad se encontraba vinculado a dos vertientes: por un lado a la colaboración de la población con las autoridades sanitarias (con cooperadoras, etc.) y fundamentalmente a la educación sanitaria de la comunidad, como forma de racionalizar la utilización de recursos, tanto en el consumo médico como en medicamentos, etc. El desarrollo de la comunidad, en tanto consigna, fue vehiculizada por la Alianza para el Progreso y la actividad de organismos internacionales como CEPAL y Naciones Unidas; pero también con las encíclicas vaticanas relacionadas con la doctrina social de la iglesia.

Esto resulta importante ya que la Secretaría de Acción Comunitaria del MBS, se encontraba fuertemente orientada por esta doctrina y, entonces, la participación comunitaria resultaba un lenguaje común (Belmartino, 2005; Gomes, 2014; Svampa, 2010).

### **La ruptura con el imperativo tecnocrático en el sanitarismo**

Durante las entrevistas detectamos un punto de ruptura en la identidad profesional de los sanitaristas hacia 1970. Este proceso se fue acrecentando hacia 1973, con la elección de Cámpora como presidente de la nación y en los años siguientes hasta el golpe de Estado de 1976. Esto se produjo en el contexto de una radicalización más generalizada de la sociedad argentina (Terán, 2013). Entre los sanitaristas de la ESPUBA se produjo una división que marcó una visible diferenciación en un grupo profesional que hasta ese momento se había mantenido relativamente unido.

Un grupo de los sanitaristas de la ESPUBA se alejó de la imparcialidad política planteada y las manifestaciones exclusivamente técnicas para participar explícitamente del desarrollo de proyectos políticos (siempre vinculados a salud), en particular del peronismo. Por ejemplo, Floreal Ferrara, se convirtió en Secretario de Salud de la provincia de Buenos Aires en 1973 y muchos de los sanitaristas y decidieron participar con él, como parte de lo que entendían una experiencia transformadora (Svampa, 2010). Hamilton (2010, p. 90-93) relata que

en una reunión realizada con el grupo progresista de la Escuela de Salud [ESPUBA] analizamos las diferentes posibilidades de integrarnos a alguno de los sectores político técnicos existentes [dentro del peronismo]. Había dudas y resistencias con relación a la izquierda del peronismo. [...] Decidimos con Escudero y Sores Soler integrarnos al consejo Tecnológico [...] al grupo inicial se fueron agregando paulatinamente otros participantes. [...] Con ellos trabajé en mi casa un par de semanas hasta lograr una primera versión del documento “bases para un Programa Peronista de Acción de Gobierno en Salud [...] En el mensaje del presidente electo [...] Cámpora enunció como programa de salud del gobierno casi integralmente las bases para un Programa Peronista de Acción de Gobierno en Salud dando énfasis a la creación de un Sistema Único de Salud que incluiría todos los recursos humanos materiales y financiero del sector.

Una de las sociólogas entrevistada para la tesis, identifica este cambio en los sanitaristas en tanto:

*los médicos transformaron su cabeza, todos [...], todos como que se reciclaron, además en un momento políticamente, [...] en el momento de la peronización de las capas medias, entonces todos ellos, nosotros también, yo viré a la izquierda, nos peronizamos, los médicos se peronizaron, y se armó una cosa tan extraordinaria*

Otro grupo, del que formó parte el primer director del ESSEM, Carlos Ferrero<sup>5</sup>, identificó en este escenario de polarización un riesgo grande y optó por mantenerse por fuera de estos desarrollos políticos y refugiarse (física, simbólica y laboralmente) en los organismos internacionales, manteniendo la presentación de un carácter puramente técnico. Incluso entre aquellos que optaron por mantener la identidad “técnica” como sanitarios, en las entrevistas aparecen repetidas veces amenazas contra su vida o integridad física que, eventualmente, llevaron a la mayor parte de ellos a exiliarse.

Respecto del final del periodo Marconi (2014) recuerda que

por el 73, 74 [...], empezaron a producirse las deserciones, o porque se fueron a trabajar al exterior como Ferrero, o porque bueno, era la época de las tres A, y en el subsuelo del entonces Ministerio, no era Ministerio de Salud, era Ministerio de Acción Social o de Bienestar Social [...]. Bueno, yo quiero decirles que en el subsuelo del Ministerio funcionaba el comando logístico operativo de las tres A<sup>6</sup>

Para otros, la década de 1960 representó un momento cargado de expectativas y proyectos, donde lo técnico era necesario para la acción política y ellos como técnicos escuchados, mientras que en los años posteriores, lo técnico fue subsumido e ignorado por la política. Para una entrevistada esto fue un quiebre en su función como profesional ya que “fue el último momento donde tuvo sentido hacer datos. Después, ya no sirvieron para nada”.

Como propone Iriart la producción discursiva del sanitarismo argentino pone en evidencia los intentos, independientemente del tipo de gobierno, por ocupar los espacios

---

<sup>5</sup> Ferrero fue director desde el comienzo del ESSEM en 1968 hasta fines de 1970, cuando fue reemplazado por Hamilton. Además de esta función, fue el primer director de la DEIS, coordinador del instituto de bioestadística y primer profesor de estadística de la ESPUBA, becario de la OPS en Ann Harbor, organizador del sistema de estadísticas en salud de la Provincia de Buenos Aires. Posteriormente al ESSEM se desempeñó como consultor de OPS y director del INDEC, entre otros cargos (Hamilton, 2010)

<sup>6</sup> La triple A, era la sigla de la Alianza Anticomunista Argentina un grupo parapolicial de ultra derecha, organizado desde el Estado que creó un clima de persecución y violencia a través de amenazas, asesinatos y tortura de dirigentes políticos, gremiales e intelectuales. Este grupo operó desde 1973 y se encontraba financiado con los fondos y armamentos que le proporcionaba el Ministerio de Bienestar Social, a cargo de José López Rega. Estuvo integrado “por oficiales de las Fuerzas Armadas y policías en actividad, ex policías dados de baja por antecedentes delictivos, delincuentes de frondoso pasado, matones sindicales, miembros de la Juventud Sindical Peronista y de la Juventud Peronista de la República Argentina. Si bien, eran reclutados bajo un imperativo ideológico, cada asesinato o atentado era suculentamente pagado con fondos reservados del Estado” (Servetto, 2008:445).

técnicos. Afirman también que ese “espacio conquistado durante el Onganía” llegó a niveles decisivos y que fue un periodo donde “los técnicos lograron venderle el plan al gobierno” (Iriart *et al*, 1994, p. 67).

Esta aparente asepsia ideológica permitió en una época atravesada por la represión del peronismo incorporarse a la gestión pública y evitar otros conflictos ideológicos y políticos; aunque generó una brecha entre la propuesta técnica y la perspectiva política que durante el desarrollo de la década se volvió un problema para el proyecto sanitarista (Belmartino, 2005).

De alguna manera esta postura aséptica no era total, como analiza una entrevistada: *“el lugar técnico nos daba una cobertura para la actividad política, yo lo vivía así [...] no sé si era una pantalla, pero era lo formal que te permitía estar en todos los otros planos”*.

De alguna manera el desarrollo de identidades y procesos fragmentaron la identidad sanitarista. Esto, sumado a la pérdida del proyecto de estado cepalino llevó a un deterioro significativo de su homogeneidad.

## **Conclusiones**

Reflexionando sobre el proceso de formación de sanitaristas hacia fines de la década de 1960, A. Neri describía que:

Desde que se creó la primera Escuela de Salud Pública en la Argentina, la motivación central en la formación de administradores médicos fue el 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 (Neri, 1969, pp. 11).

Como muestra la cita seleccionada, el desarrollo y la inserción limitada de los profesionales de la ESPUBA se encontró fuertemente limitada por la capacidad de articularse con dos actores distintos, pero centrales como la Secretaría de Salud y la OPS. Esto fue posible a partir de la participación común en algunos tópicos centrales: La necesidad de racionalizar el gasto por medio de la descentralización y el seguro de salud, la



regulación del sistema sanitario por medio de la planificación llevada a cabo por un cuerpo de expertos, en este caso los sanitaristas.

En este punto, creemos la relación entre los saberes puestos en circulación desde la ESPUBA fue de afinidad electiva con las necesidades del Estado. Si bien la ESPUBA y el sanitarismo venían desarrollándose previamente, es solo a partir de la emergencia de condiciones externas, como la Carta de Punta del Este o la gestión de Holmberg cuando estos ganan un protagonismo destacado. Entendemos que es consecuencia de una mayor demanda desde el Estado, frente a la cual los saberes se modificaron para adecuarse a las demandas, y el Estado incorporó profesionales modificándose y volviéndose más permeables a la incorporación de profesionales. Este escenario permitió un crecimiento en la importancia de la ESPUBA que se mantuvo hasta principio de la década de 1970. La pérdida de centralidad de la misma quedó asociada al deterioro del imperativo tecnocrático y el reacomodamiento del sector salud a partir de lo que Belmartino (2005) llama “pacto corporativo”, en el cual el Estado pasó a ser un regulador ocasional de tratados entre corporaciones médicas, sindicatos e instituciones privadas.

En este punto, probablemente podamos señalar el logro más significativo de la ESPUBA en la consecución de su propio proyecto fue la construcción de pequeños cuerpos de funcionarios de rango medio y bajo en los ministerios y dependencias provinciales desde los cuales pudieron mantener en funcionamiento algunos circuitos particulares, como el de las estadísticas sanitarias.

## **Bibliografía**

Arce, H (2010). El sistema de salud: De dónde viene y hacia dónde va. Buenos Aires, Prometeo.

Belmartino S, Bloch C (1994). El sector salud en Argentina: actores, conflictos de intereses y modelos organizativos 1960-1985. Publicación No. 40. Buenos Aires: OPS/OMS.

Belmartino S. (2005) La atención médica en Argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Biernat C, Ramacciotti K. (2013). Crecer y Multiplicarse la política sanitaria materno infantil argentina 1900-1960. Buenos Aires: Biblos.

Buschini J (2013). Renovación institucional y modernización científica: la creación del Instituto de Investigaciones Hematológicas a mediados de la década de 1950. Salud Colectiva. 9(3):317-334.

Caravaca J. (2012) La Argentina keynesiana. Estado, política y expertos económicos en la década de 1930. En: Plotkin M, Zimmermann E (Eds.). Las prácticas del Estado. Política, sociedad y elites estatales en la Argentina del siglo XX. Buenos Aires: Edhasa. Pp. 67-91.

Cerdá JM, Ramacciotti K. (2015). Capítulo VI. El desarrollo y participación comunitaria en las décadas de 1960 y 1970. En: Biernat C, Cerdá JM, Ramacciotti K. La salud pública en Argentina. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes. Pp. 205-229

Daniel C. (2012). Contar para curar. Estadísticas y comunidad médica en Argentina (1880-1940). Historia, Ciencias, Saude-Manguinhos. 19(1):89-114.

Dvoskin N. (2015). El sueño de la seguridad social unificada: los proyectos de código de la seguridad social en Argentina en la década de 1960 [Internet]. XIV Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia; 2-5 oct 2013; Mendoza [citado 4 may 2015]. Disponible en:  
<http://jornadas.interescuelashistoria.org/public/ficha/resumenes/ficha.php?idresumen=175>

Feld A. (2010). Planificar, gestionar, investigar. Debates y conflictos en la creación del CONACYT y la SECONACYT (1966-1969). Journal of Medical Humanities & Social Studies of Science and Tecnology.2(1)28-43.

Galli A. (2002). Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina (AFACIMERA): Creación y Desarrollo. *Revista Argentina de Educación Médica*. 2(2):68-77.

Giorgi G, Mallimaci F. (2012). Catolicismos, nacionalismos y comunitarismos en política social. *Redes católicas en la creación del Ministerio de Bienestar Social de Argentina (1966-1970)*. *Revista Cultura y Religión*. 6(1):113-144.

Gomes G. (2014). Los orígenes doctrinarios de la propuesta comunitarista del gobierno de Juan Carlos Onganía. En: Galván V, Osuna F. *Política y cultura durante el Onganiato: nuevas perspectivas para la investigación de la presidencia de Juan Carlos Onganía*. Rosario: Prohistoria Ediciones. Pp. 105-118.

Hamilton M. (2010). *Vida de Sanitarista*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Iriart C, Nervi L, Olivier B, Testa M. (1994). *Tecnoburocracia sanitaria: Ciencia, ideología y profesionalización en la Salud Pública*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Marconi E. (2014). Trayectoria personal y el desarrollo de los sistemas de información públicos en salud desde la Dirección de Estadísticas e información en Salud [Video]. Spinelli H, Federico L, Librandi, J. Entrevistadores. Buenos Aires: CeDoPS. Video 88 min, Sonido, Color.

Mondet, A (1969). Palabras del Dr. Alberto Mondet. En *Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública*. Asociación Argentina de Salud Pública. 6 (1) 12-15.

Neri, A. (1969). Aspectos de la formación y práctica profesional del sanitarista argentino. *Cuaderno de salud pública*. Enero junio 1969. 3(1) pp 11-16.

Osuna F. (2012). El proyecto de Bienestar Social del Onganiato ¿Una utopía de Derecha? [Internet]. Cuarto Taller de Discusión las Derechas en el Cono Sur, Siglo XX; 31 May 2012; Universidad Nacional de General Sarmiento Buenos Aires [citado 16 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.ungs.edu.ar/derechas/wp-content/uploads/2013/09/Osuna.pdf>

Sonis, A (1963). Prioridad de la formación de técnicos en salud pública. En *Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública*. Asociación Argentina de Salud Pública. 1 (1) 42-26.

Svampa M. (2010). *Certezas, incertezas y desmesuras de un pensamiento político*. Conservaciones con Floreal Ferrara. Buenos Aires: Biblioteca Nacional.

Veronelli J, VeronelliCorrech M. (2004). *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.