

Juan Carlos Veronelli / Magalí Veronelli Correch



# Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina

Tomo  
2



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

Los orígenes institucionales  
de la Salud Pública en la Argentina

2

Juan Carlos Veronelli  
Magali Veronelli Correch

# Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina

2

REPRESENTACIÓN ARGENTINA



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

## ÍNDICE TOMO 2

<b>Capítulo 6:</b> Administrando salud desde el estado, pero también desde la sociedad civil . . . . .	277
Emilio Coni: el higienista más eminente de todos los tiempos . . . . .	282
Infancia y juventud de Emilio Coni . . . . .	284
El estudiante de medicina. . . . .	285
Médico, estadístico y demógrafo. . . . .	286
Las primeras instituciones sanitarias de la Capital Federal. . . . .	287
La administración sanitaria y asistencia pública de la Ciudad de Buenos Aires. . . . .	296
La asociación médica argentina: el comienzo es la mitad del todo . . . . .	303
Corresponsal en París de <i>La Prensa</i> . . . . .	306
El plan de saneamiento de Mendoza. . . . .	310
El plan de saneamiento de Corrientes. . . . .	320
Los congresos latinoamericanos . . . . .	322
Claves para entender las ideas de Coni sobre el panamericanismo . . . . .	328
La Liga Argentina contra la tuberculosis. . . . .	330
Instituciones sanitarias . . . . .	334
<b>Capítulo 7:</b> Caminos separados para la sanidad y para la asistencia médica pública . . . . .	337
Medicina y política en el cambio de siglo . . . . .	341
Las presidencias de Roca y de Quintana . . . . .	344
El Departamento Nacional de Higiene bajo la presidencia de Carlos Malbrán. . . . .	349
La comisión asesora de Asilos y Hospitales Regionales . . . . .	359
José Penna: un reclamo enérgico ante la dispersión institucional y el conflicto jurisdiccional . . . . .	361
La sociedad argentina hacia 1914 . . . . .	370
Instituciones sanitarias . . . . .	372
<b>Capítulo 8:</b> Proyectando la integración de la sanidad y la asistencia desde la “República Radical” . . . . .	373
Los gobiernos de Yrigoyen y de Alvear . . . . .	377
Las instituciones sanitarias entre 1916 y 1930 . . . . .	383

Del estudio sobre mutualidades a un proyecto de seguro social . . . . .	390
El Departamento de Higiene bajo la presidencia de Gregorio Aráoz Alfaro y la Conferencia Sanitaria Nacional de 1923 . . . . .	395
Nuevos ámbitos y nuevos interlocutores para la discusión de cuestiones sanitarias. . . . .	408
Instituciones sanitarias . . . . .	411
<b>Capítulo 9:</b> El regreso a la política criolla demora la integración sanitaria . . . .	413
La primera ruptura institucional. . . . .	417
La Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social . . . . .	421
La IX Conferencia Sanitaria Panamericana . . . . .	424
El Departamento bajo la presidencia de Miguel Sussini . . . . .	428
Un nuevo proyecto para la organización sanitaria y asistencial . . . . .	431
La política demográfica y la salud pública. . . . .	434
Roberto Ortíz: una esperanza frustrada. . . . .	437
El departamento durante la Presidencia de Juan Jacobo Spangenberg. . . . .	438
Un proyecto original desde una provincia adelantada . . . . .	440
La sociedad argentina en los cuarenta . . . . .	443
Instituciones sanitarias . . . . .	445
<b>Capítulo 10:</b> Una nueva revolución militar y un nuevo dualismo sanitario . . . .	447
Un gobierno militar en busca de un proyecto común. . . . .	451
Los hospitales argentinos hacia 1945 . . . . .	457
La Dirección Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Trabajo y Previsión . . . . .	458
Los servicios de salud en el mundo de la posguerra . . . . .	471
Instituciones sanitarias . . . . .	476
<b>Capítulo 11:</b> Un imperio hospitalario y una solidaridad fragmentada. . . . .	477
Reseña de la década 1946-1955 . . . . .	482
Ramón Carrillo: el primer secretario y el primer ministro de salud pública	490
La política sanitaria formulada . . . . .	497
Financiación de los servicios de salud . . . . .	502
Ante la reforma constitucional . . . . .	507
El proyecto de Código Sanitario. . . . .	508
La política de recursos humanos. . . . .	511
Las políticas ejecutadas . . . . .	515
Ideas de Carrillo sobre el Gran Buenos Aires . . . . .	529
Instituciones sanitarias . . . . .	533
<b>Capítulo 12:</b> La sanidad adversativa de la Revolución libertadora . . . . .	535
La tercera ruptura institucional del siglo. . . . .	539

La herencia sanitaria de Carrillo . . . . .	542
Dos amenazas: la poliomielitis y la enfermedad de Chagas . . . . .	547
La salud pública durante la “Revolución libertadora” . . . . .	549
La creación del Instituto de Obra Médico Asistencial en la Provincia de Buenos Aires . . . . .	552
El informe de los consultores internacionales . . . . .	554
Instituciones sanitarias . . . . .	568
<b>Capítulo 13: El difícil progreso sanitario durante “el juego imposible” . . . . .</b>	<b>569</b>
Dos gobiernos truncados: el de Arturo Frondizi y el de Arturo Illia . . . . .	575
La gestión ministerial de Héctor Noblía . . . . .	581
Ideas de Noblía sobre salud, desarrollo y planificación . . . . .	589
Otra breve gestión de Tiburcio Padilla . . . . .	592
El servicio provincial de salud de San Juan . . . . .	596
La gestión ministerial de Arturo Oñativía . . . . .	598
Sergio Provenzano: la asistencia social y el seguro de salud . . . . .	610
Las leyes de medicamentos . . . . .	616
Instituciones sanitarias . . . . .	618
<b>Capítulo 14: Un logro revolucionario: generalizar la fragmentación de la solidaridad . . . . .</b>	<b>621</b>
Onganía: tragicomedia en dos actos con pocos aplausos . . . . .	626
Salidas o caminos . . . . .	630
La salud pública durante la Revolución Argentina . . . . .	631
Un plan sanitario provincial exitoso . . . . .	642
Instituciones sanitarias . . . . .	644
<b>Capítulo 15: Tras la difícil corrección de las malformaciones institucionales congénitas . . . . .</b>	<b>647</b>
Perón-Perón . . . . .	655
La gestión de Domingo Liotta: el sistema nacional integrado de salud . . . . .	657
Enumeración de lo sucedido después: muchos años en pocas líneas . . . . .	662
La sociedad argentina a comienzos del siglo xxi . . . . .	675
Epílogo . . . . .	685
<b>Índice de láminas . . . . .</b>	<b>695</b>
<b>Índice de nombres . . . . .</b>	<b>697</b>

# 6

## ADMINISTRANDO SALUD DESDE EL ESTADO, PERO TAMBIÉN DESDE LA SOCIEDAD CIVIL

- EMILIO CONI: EL HIGIENISTA MÁS  
EMINENTE DE TODOS LOS TIEMPOS
- INFANCIA Y JUVENTUD DE EMILIO CONI
- EL ESTUDIANTE DE MEDICINA
- MÉDICO, ESTADÍSTICO Y DEMÓGRAFO
- LAS PRIMERAS INSTITUCIONES SANITARIAS  
DE LA CAPITAL FEDERAL
- LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y  
ASISTENCIA PÚBLICA DE LA CIUDAD DE  
BUENOS AIRES
- LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA: EL  
COMIENZO ES LA MITAD DEL TODO
- CORRESPONSAL EN PARÍS DE *LA PRENSA*
- EL PLAN DE SANEAMIENTO DE MENDOZA
- EL PLAN DE SANEAMIENTO DE CORRIENTES
- LOS CONGRESOS LATINOAMERICANOS
- CLAVES PARA ENTENDER LAS IDEAS DE  
CONI SOBRE EL PANAMERICANISMO
- LA LIGA ARGENTINA CONTRA LA  
TUBERCULOSIS

**D**e los muchos estudiantes que escucharon las conferencias de Rawson, ninguno fue más profundamente impactado que Emilio Ramón Coni. Él también creía en las virtudes del juego limpio, en la necesidad de la rectitud republicana, y como Rawson, despreciaba la estratagema política, el “acomodo” y la corruptela. Su pasión por la protección de la salud de las sociedades se apoyaba en una solidez de conocimientos poco común. Pero aún menos común era su capacidad de trabajo.

Si Rawson había deslumbrado a su maestro Claudio M. Cuenca, Coni fue el discípulo que Rawson merecía, ya que demostró haber aprendido no sólo el valor de la salud pública sino también la virtud de la honestidad intelectual y el juego limpio.

Cuando se le encargó dirigir la Asistencia Pública capitulina, comprendió que para cumplir con las responsabilidades que Alsina había encargado a la municipalidad se debía agregar a la Asistencia Pública una repartición que se encargase de la protección de la salud colectiva. Creó para ello la Administración Sanitaria y asignándole preeminencia, la incorporó, diferenciada pero coordinada bajo una dirección única, en la Administración Sanitaria y Asistencia Pública. A diferencia de varios de sus antecesores, se declaró y se comportó como un disciplinado colaborador del Departamento Nacional de Higiene, defendiendo la mayor jerarquía de las instituciones nacionales.

Defendió el carácter técnico de la dirección de los establecimientos hospitalarios financiados por el Estado, así como la res-



*ponsabilidad estatal de las acciones sanitarias dirigidas al ambiente. Asoció los esfuerzos del Estado y los de la sociedad civil en el Patronato de la Infancia. Creía que la atención de la salud individual debía obtenerse a través de la solidaridad y que aquellos problemas de salud cuya prevención o corrección se obtenía a través de la asistencia de los enfermos podían ser resueltas, acaso con menores costos, por organizaciones civiles orientadas por médicos con vocación solidaria. Surgieron de esas preocupaciones la Asociación Médica Argentina, la Liga Argentina de lucha contra la Tuberculosis, y varias otras.*

*Recuérdese a Tocqueville: “Es preciso convencerse de que, entre todos los pueblos del mundo, el más difícil de contentar y dirigir es el que se compone de solicitantes. Por muchos esfuerzos que hagan los jefes, no pueden jamás satisfacerlos y debe temerse siempre que echen por tierra la Constitución del país y logren conmover el Estado sólo con el fin de que haya empleos vacantes.”*

*“Los príncipes de nuestro siglo, que se esfuerzan en contentar y atraer hacia ellos solos todos los nuevos deseos que suscita la igualdad, acabarán, si no me equivoco, por arrepentirse de semejante empresa: descubrirán un día que han aventurado su poder al querer hacerlo tan necesario y que hubiera sido más razonable y seguro enseñar a cada uno de sus súbditos el arte de satisfacerse por sí mismo.”<sup>1</sup>*

*Respetuoso de la norma constitucional, trató de organizar la sanidad nacional dentro de las unidades provinciales, aunque entendía la necesidad de una sólida institución nacional de sanidad. Organizó la sanidad de Mendoza y proyectó la organización sanitaria de Corrientes respetando tanto las autonomías provinciales como su relación subordinada respecto de las instituciones nacionales, que debían orientarlas y apoyarlas. Su particular modo de entender la planificación, en la*

---

<sup>1</sup> TOCQUEVILLE, A. DE *La Democracia en América*, FCE, México, p. 584.

*cual la formulación del diagnóstico y la elaboración del plan se entretrejan con la creación institucional y la ejecución continúan asombrando.*

*Coni vivió en los mismos tiempos que Wilde, pero desde vivencias diferentes. Tenía convicciones de gran solidez y una intensa pasión, que a veces puede parecer excesiva, por la justicia y la verdad. Fue, sin lugar a dudas, el médico argentino de esa época más conocido y admirado en Europa y en América Latina. También fue entonces muy conocido en la Argentina, donde lo olvidaron rápidamente, tal vez por identificarlo con virtudes que se admitían como necesarias, pero que se prefería dejar para después.*

## Emilio Coni: “el higienista argentino más eminente de todos los tiempos”<sup>2</sup>

Guillermo Rawson fue un hombre notable y un estadista, que en sus últimos años se encargó de despertar el interés por la disciplina de la higiene pública. Eduardo Wilde fue un espíritu travieso, un agudo e irónico escritor y una discutida figura política. Se ocupó de múltiples cuestiones de salud pública, con más ingenio que rigor. Sus contemporáneos José Penna y Gregorio Aráoz Alfaro, se refieren al Wilde higienista con poco aprecio.

**Emilio Ramón Coni fue esencialmente un salubrista.** Era estudioso, riguroso y perseverante. El tiempo de Coni es el mismo que el de Wilde (diez años mayor) y el de Penna: son los años del “orden conservador”, las presidencias de Roca, Juárez Celman, Pellegrini, Luis Sáenz Peña, José Evaristo Uriburu, nuevamente Roca, Roque Sáenz Peña y Quintana. Wilde se movía con agilidad en la *“política criolla”*; Coni la rechazaba apasionadamente. Descreía de los hábitos políticos imperantes en su tiempo, del acceso a cargos por recomendaciones, del prestigio obtenido por favores del poder.



*Emilio Coni*

Wilde llegó a los más altos cargos nacionales: diputado, ministro, presidente del Departamento Nacional de Higiene, embajador; Coni fue médico escolar, comisionado municipal, director de la Asistencia Pública, director de Salubridad y planificador y ejecutante del saneamiento de Mendoza, planificador del saneamiento de Corrientes, fundador de sociedades no gubernamentales de lucha contra varias enfermedades sociales y varios tipos de discapacidad. No pudo llegar, como veremos, a la cátedra universitaria.

<sup>2</sup> Se utilizaron para este capítulo y parcialmente para los dos anteriores materiales del trabajo preparado para la Asociación Médica la Argentina sobre su primer presidente. Juan Carlos Veronelli

En 1880 el Consejo de Educación, con el asesoramiento de Eduardo Wilde, designó al joven médico Emilio Coni como **médico escolar**. Allí se inició, con sus sugerencias para modificar la enseñanza del Instituto de Sordomudos<sup>3</sup>, el amplio capítulo de la obra de Coni que se refiere a la educación especial.

Cuando Coni publicó su “*Código de Higiene*”, éste se utilizó como texto en la Facultad para los alumnos que cursaban Medicina Legal. El profesor de esa asignatura, Eduardo Wilde, agradecía a Coni el envío de un ejemplar de esa obra diciendo:

*“Mi querido doctor Coni: Después de haber concurrido a formar hombres como usted, poco me queda que hacer en este mundo. Sin embargo, acojo con cariño sus esperanzas y trataré de realizarlas. Recuerde que he sido siempre su amigo y soy su admirador.”*<sup>4</sup>

Coni confiesa haber acariciado la idea de presentarse, cuando Rawson dejase la cátedra de Higiene, al concurso que se abriese para llenar ese cargo. Rawson fue jubilado sin haberlo solicitado, porque un amigo del régimen quería ser profesor de Higiene (y lo consiguió). Como señal de que no quería esa jubilación, Rawson destinó los recursos de la misma a un premio que otorgaría la Facultad, que lo estableció en 1884. El primer jurado, formado por Montes de Oca, Crespo y Astigueta, **concedió a Coni el primer premio, en 1885, por su trabajo sobre la mortalidad infantil.**<sup>5</sup>

Desinteresado por los bienes materiales, fue infatigable en su trabajo, intransigente con la flojera o la mentira; orgulloso de sus logros, pero más amigo de la verdad que de sí mismo. Trabajó, porque así le tocó en suerte, para perfeccionar la organización sanitaria de las unidades político-administrativas definidas por la Constitución —la Capital Federal y las Provincias— más que para perfeccionar las del ámbito nacional, ya que no desempeñó funciones directivas en instituciones sanitarias nacionales. Sin embargo, cuando fue designado Director de la Asistencia Pública, declaró subordinarse al Departamento Nacional de Higiene, en el cual siempre vio la suprema autoridad sanitaria del país.

Creía, y así se lo propuso a Pellegrini, que desde el Estado se debían designar las autoridades técnicas de aquellos hospitales que se financiaban con recursos estatales, **pero no que todas las instituciones médicas o sociales debieran estar a cargo del Estado**. Lo prueban su participación y sus creaciones de muchas instituciones no gubernamentales. Los testimonios de sus contemporáneos coinciden en valorarlo como “**el más eminente higienista argentino**”, para usar la calificación que le dio Oscar Andrés Vaccarezza.

<sup>3</sup> CONI, E. R. *Memorias...Op. cit.*, p. 242

<sup>4</sup> CONI, E. R. *Memorias...Op. cit.*, p. 138

<sup>5</sup> CONI, E. R. *Memorias...Op. cit.*, p. 254

## Infancia y juventud de Emilio Coni

Oscar Andrés Vaccarezza contaba, con su estilo coloquial: “*Promediando el siglo pasado, se enteraron los maluinios (pobladores de Saint Mào, en la costa norte de Bretaña) de la fiebre del oro en California. Soñaron por supuesto, con las pepitas de oro convertidas en relucientes luises y unos cuantos se largaron en un mal velero vía Cabo de Hornos. Era del grupo un mocetón de 25, tipógrafo con escuela de París. Voluntarioso y empecinado, tuvo un incidente en la travesía, en la que aprovechaba la calma chicha para nadar. Mal hombre el capitán y enemistado con el nadador, aprovechó un golpe de viento para librarse del incómodo pasajero. No le faltaron fuerzas y temple al buen breton, para nadar y nadar desesperadamente, trepar al bastimento y propinarle al malvado la más formidable paliza que imaginarse pueda. [...]*

*Así era Paul Emile Coni, cuya aventura marinera se canceló en Montevideo en 1851. Trabajó allí intensamente en su oficio. Conoció y trató argentinos antirrosistas y a vueltas con la suerte, fue a dar después de Caseros con la dirección de la Imprenta del Estado de Corrientes, en tiempos de Pujol. [...]*

*Imprimió libros, varios diarios, títulos del Estado, la primera estampilla postal en el país y se casó con una correntina, hija de francés y de criolla y fue padre de cinco varones y dos mujeres.”*<sup>6</sup>

Su trabajo en Corrientes incluyó la fundación y redacción del periódico oficial, cuyo título un poco largo, sintetizaba el reclamo del litoral, se llamaba *La libre navegabilidad de los ríos*. Se le cambió luego el nombre por *El Comercio* y más tarde por *La Opinión*. Las estampillas se imprimieron en 1858. Los valores fiscales los imprimía **sin más control que la buena fe y la palabra del honorable editor**.<sup>7</sup>

Paul abandonó Corrientes en 1859 y retornó por unos años a Saint Mào, donde el mayor de sus hijos, **Emilio Ramón**, de cinco años, inició sus estudios primarios.

En 1863 la familia Coni regresó al país, estableciéndose en Buenos Aires, donde Paul arrendó un pequeño local en la calle Cangallo N° 47, entre Reconquista y San Martín, del cual se mudó meses después a Perú 101-107.

Años más tarde, se trasladó a Potosí (hoy Alsina) N° 60 y luego, en 1887, asociado con sus hijos Fernando y Pablo, a la que fue su ubicación definitiva en Perú 680. Dijo de él Domingo Buonocore, el santafesino que más sabía sobre impresores y editores del país: “*Fue un eximio impresor que hizo escuela y dejó, definitivamente incorporados a la técnica y a la*

<sup>6</sup> VACCAREZZA, O. A. CUAREZZA, O. A. *Cuaatrocientos años de Cirugía en Buenos Aires y otras Historias Médicas*. Colección Academia Nacional de Medicina, Vol. V, Buenos Aires, 1986, p. 149.

<sup>7</sup> BUONOCORE, D. *Libreros, Editores e Impresores de Buenos Aires*, El Ateneo, Buenos Aires, 1944, p. 55.

*ética del oficio, algunos cánones que hoy se consideran normas editoriales in- violables.”*

Cedamos la palabra a Emilio Coni, cuyas *Memorias de un Médico Higienista* contienen copiosa información de su vida y de las circunstancias que la rodearon: “*Con motivo de un viaje a Europa, acompañado de mis pa- dres, aprendí las primeras letras en Saint-Màlo (Bretaña, Francia), patria de Chateaubriand y Broussais, que era la de mi padre, casado con argentina, hi- ja de bretón, natural de Nantes y condiscípulo de Víctor Hugo. Mi origen étnico explica la tenacidad y perseverancia de carácter y la disciplina que here- dé de mi abuelo materno. [...] De regreso a Buenos Aires, en 1863, después de una permanencia de tres años en Europa, continué mis estudios en la es- cuela, bien conocida en esa época, de don Francisco Larguía, ubicada en la calle Tucumán muy próxima a la ribera del río, cuyos parajes servían de lu- gar para las rabonas y para molestar, con travesuras infantiles, a las lavande- ras que ejercían su oficio en charcos de agua entre las toscas, producidos por el reflujó del río [...]*”

*Los estudios del bachillerato los realicé de 1869 a 1871 en el Colegio Na- cional de Buenos Aires, dirigido por el Sr. Alfredo Cossón, sucesor del gran fi- lósofo Jacques [...]*”

## El estudiante de medicina

*“En 1872 ingresé a la Facultad de Medicina, después de haber tenido ocasión de presenciar los estragos y horrores de la fiebre amarilla de 1871, que arre- bató a Buenos Aires cerca de 20.000 víctimas, sobre una población calculada en 80.000 habitantes, pues los demás huyeron como podían a la campaña. La ciudad permanecía en el más completo abandono higiénico en todo sentido sin una buena provisión de agua, sin alcantarillado, sus calles desprovistas en su mayor parte de pavimentación y rellenas con basuras, los residuos urbanos acumulados en los alrededores de la ciudad en grandes montículos, las mon- tañas de la muerte, como las designó el señor Borches, administrador de lim- pieza pública; sin asistencia pública ni administración sanitaria, con insufi- ciencia de hospitales y sin hospital de aislamiento para enfermos infectoconta- giosos, en una palabra, careciendo de los elementos más indispensables para la vida de una ciudad moderna e higiénica. La lección fue tremenda, pero feliz- mente logró despertar de su apatía e indiferencia a las autoridades. En efecto, ¡qué contraste entre el Buenos Aires de 1871 y el de 1917!” [...]*

Recordemos que Coni fue uno de aquellos estudiantes que, habiendo escuchado las lecciones de Rawson en 1873, solicitaron al gobernador la provisión de un taquígrafo, lo cual hizo posible a Maglioni su ulterior pu- blicación. Coni cuenta la forma en la que se incorporó a la *Revista Médico*

*Quirúrgica*, desde la cual inició la publicación de las estadísticas de mortalidad de la ciudad de Buenos Aires, ésas que sirvieron a Rawson para elaborar su presentación al Congreso de Filadelfia. Se transparentan en esas pocas páginas la firmeza y la independencia del carácter de Coni, así como los frecuentes favoritismos e incumplimientos de sus contemporáneos, estudiantes, médicos y funcionarios, conductas que Coni rechazó durante toda su vida, la cual fue, por eso, menos fácil que la de otros.

Cabe destacar, como en el caso de Rawson, las características excepcionales del estudiante de medicina que dirige una revista científica y es galardonado con la designación de miembro correspondiente extranjero por la Academia de Medicina de uno de los países vecinos. Podríamos resaltar también las diferencias que en la formación intelectual de un médico inteligente producen los siete años que median entre la graduación de Wilde y la de Coni. En esos años se consolida el pensamiento fisiopatológico, nuevas bases científicas modifican la idea misma de enfermedad y se acumulan en Europa indicios que permiten suponer el próximo estallido de la bacteriología. Las instituciones de salud sufren el impacto de las nuevas concepciones. En su “Introducción al estudio de la Medicina experimental” afirmaba Claude Bernard:

*“Yo considero al hospital sólo como el vestíbulo de la medicina científica, como el primer campo de observación en que debe entrar el médico; pero el laboratorio es el verdadero santuario de la ciencia médica.”*

### Médico, estadístico y demógrafo

En 1877 completó sus estudios médicos y obtuvo del gobierno de la provincia una beca para perfeccionarse en Europa, la cual fue suprimida al suceder Tejedor a Carlos Casares. Como estudiante del último año, Coni realizó, en julio de 1877, una comunicación sobre... *“una afección anestésica contracturante, amputante y dactiliana”*, descripción clínica de un enfermo paraguayo que padecía una lepra lepromatosa mutilante. Para preparar su tesis de doctorado, sobre la lepra anestésica, viajó a Corrientes y a Paraguay y consiguió reunir 23 casos, seis de ellos con fotografías (recuérdese que esto sucedía en 1877). Marcial Quiroga<sup>8</sup> consideraba que su monografía, un verdadero trabajo de investigación, era la mejor de las cinco publicadas en Argentina al final del siglo (XIX). Naturalmente la publicación, en ese año de 1878, fue obra de la Imprenta Pablo E. Coni.

---

<sup>8</sup> QUIROGA, M. *Historia de la Lepra en la Argentina*, Talleres Gráficos del Min. De Educ. y Justicia de la Nación, Buenos Aires, 1964, p. 62.

En ese mismo año publicó varios trabajos sobre **la viruela en Buenos Aires**, sobre **la estadística mortuoria de las afecciones puerperales**, sobre **estadística médica y movimiento de los hospitales y hospicios en 1878** y uno muy importante sobre *“La mortalidad de Buenos Aires entre 1869 y 1877”*.

En 1879 viajó a Europa. Para un médico recién egresado, que dominaba el francés casi como lengua materna, esta estadía fue fundamental. El entonces jefe de la oficina de estadística de la provincia de Buenos Aires, Dr. Faustino Jorge, le pidió que gestionase en Europa el establecimiento de relaciones directas con reparticiones análogas. A su regreso, la carta que le envió el Dr. Jorge da cuenta de cuán seriamente tomaba Coni los encargos, aunque fuesen honorarios. *“...Las relaciones de canje que usted avisa dejar establecidas con las oficinas análogas y los detalles que me transmite respecto de la organización de aquéllas, demuestran con cuán celooso empeño ha querido usted ser útil a esta oficina.”*

*“Ya antes de su informe, había recibido cuatro cajones conteniendo 225 volúmenes, 35 folletos y tres atlas de obras de estadística que usted remitió”...*

En 1879 publicó dos trabajos: “El movimiento de la población de Buenos Aires desde su fundación hasta la fecha” y “La mortalidad infantil en Buenos Aires” y un libro: el *Código Médico argentino*, una recopilación y resumen de la legislación y jurisprudencia sobre la profesión, que se reeditó en 1882.

## Las primeras instituciones sanitarias de la Capital Federal

Cedamos otra vez la palabra a Coni: *“Vencida la revolución encabezada por el Dr. Carlos Tejedor, gobernador de la provincia de Buenos Aires, el presidente electo de la República, Dr. Nicolás Avellaneda, nombró, para reemplazar a aquél, una intervención que asumió el gobierno comunal. El interventor nombró entonces una comisión municipal para la ciudad de Buenos Aires, que, en honor a la verdad, no ha tenido otra igual por el valor y la expectabilidad de sus componentes... A fines de 1880, fue federalizada la ciudad de Buenos Aires, que pasó a ser capital de la república.”*

*“En febrero de 1880, recibí del presidente Dr. Nicolás Avellaneda, una carta concebida en estos términos: “Estimado señor: He recibido y leído sus remarquables escritos. Pienso que será usted muy útil en la Comisión Municipal y le ruego acepte un puesto en su composición. [...] Constituida la Comisión, bajo la presidencia de don Torcuato de Alvear, se organizó la sección de higiene con los Dres. Ignacio Pirovano, José M. Ramos Mejía, Domingo Parodi, Domingo Salvarezza y el que estas líneas escribe. Puesta inmediatamente en ejercicio de sus funciones, fue sin duda alguna la de más trabajo, pues tenía bajo su dependencia directa la higiene del municipio en sus diversas fases, la superintenden-*



*cia de dos hospitales (General de Hombres y San Roque) y un manicomio (Hospicio de las Mercedes), no existiendo aún la dirección de la Asistencia Pública<sup>9</sup>, los cementerios, la administración general de limpieza, el estudio e informe sobre las licitaciones correspondientes a dichos servicios, etc., etc.”*

Entre los escritos de Coni, el que se refería a la estadística mortuoria entre 1869 y 1877, incluía la propuesta de una *“Administración general de la Asistencia pública”*, con una comisión presidida por un director responsable, que administrase los establecimientos sanitarios, como medio para corregir la situación lamentable en que estaban por *“falta de unidad e incompetencia notoria de las personas que los dirigen”*. Señalaba también la necesidad de que la dirección del **Hospital General de Hombres** estuviese a cargo de un médico y criticaba la administración del **Hospital General de Mujeres** y del **Hospicio de Mujeres Dementes**, ambas a cargo de la Sociedad de Beneficencia, añadiendo que *“a pesar de reconocer la honorabilidad y abnegación de las dignas matronas que componen la sociedad mencionada, negamos completamente su idoneidad en la dirección del servicio de un hospital”*.

En esos años, desde la sección de higiene de la Comisión Municipal, Coni intervino **para hacer obligatoria la vacunación antivariólica en la Capital**, para lo cual no se restringía a dictar una norma, sino que proponía que se vacunase a domicilio, para poder llegar, en los dos mil conventillos existentes, a sus 60.000 habitantes, *“que precisamente por su ignorancia y condiciones de vida, suministraban el mayor contingente a la mortalidad variólica.”*

Se ocupó también de regularizar la inspección de carnes destinadas al consumo, dotar a la administración de limpieza, mejorar la higiene del hospicio de las Mercedes y hacer una previsión de los gastos que demandaría el traslado de los enfermos del Hospital General de Hombres, del ruinoso edificio fundado por los padres bethlemitas al construido a ese efecto en la Avenida Córdoba y que había sido estrenado como Hospital de Sangre, en los sucesos de la rebelión de Tejedor. El gobierno de la provincia, como se mencionó cedió ese edificio hospitalario a la Facultad de Ciencias Médicas y el gobierno nacional convalidó esa cesión después de la federalización de Buenos Aires.

Un recrudecimiento de la viruela planteó la necesidad de alojar y aislar a los enfermos; la sección de higiene encargó a Coni estudiar el problema, para cuya solución provisional propuso habilitar dos pabellones inconclusos del Hospital San Roque, el único en condiciones aceptables que tenía entonces la comuna. Coni se comunicó con el jefe de obras públicas

<sup>9</sup> Creada en 1883 por José María Ramos Mejía, a solicitud del intendente Alvear.

(ingeniero Juan Buschiazzo) que, por iniciativa de Alvear, estaba embelleciendo las plazas, los paseos y el cementerio de la Recoleta, pidiéndole que lo acompañara a recorrer las obras inconclusas del San Roque. Convencido de la necesidad y de la urgencia, Buschiazzo decidió iniciar las obras retirando las cuadrillas necesarias de la Recoleta, lo que provocó el enojo del intendente. Informado después del asunto, Alvear entendió las razones de Coni. Visitó el Hospital y acordó con Coni que los pabellones existentes podían ser la base de un excelente hospital, cuya construcción ordenó emprender prontamente y que pudo inaugurar durante su brillante gestión.

Veamos, en un suceso anecdótico, la firmeza con la que Coni se oponía a la corrupción en el comportamiento de los funcionarios públicos, que ya entonces las autoridades políticas toleraban o apañaban:

*“En la sección de higiene se recibieron varias denuncias sobre irregularidades y serios desfalcos cometidos en la Administración Municipal de Limpieza, y como de costumbre, se me comisionó para participar en la averiguación de los hechos... hice llamar al procurador municipal, señor Adolfo Aldao, para que iniciara el sumario de práctica, impartiendo rigurosas instrucciones para su estricto cumplimiento. Por su intermedio, solicité del jefe de policía el auxilio de la fuerza pública... para que... al despuntar el día, hiciera cercar completamente el corralón general de limpieza, aprovechando el momento en que estuvieran dentro de su recinto la mayor parte del personal, que fue incomunicado inmediatamente para conseguir mejores resultados en las declaraciones... la encuesta resultó abrumadora para el administrador. El asesor (letrado) dictaminó que el administrador debía ser exonerado y los antecedentes pasados al juez del crimen... el asunto fue tratado en sesión secreta de la comisión municipal, siendo miembro informante el que estas memorias escribe. La sesión fue muy tormentosa, pues el administrador de limpieza, ligado por vínculos de familia con el entonces gobernador de Santa Fe, había realizado serios trabajos por sí y por intermedio del referido funcionario para salir airoso del grave proceso. En el curso de la discusión, viendo un elemento indeciso, planteé... que la sección de higiene... hace cuestión de honor en este caso: o el administrador es exonerado... o (la sección) elevará su renuncia en masa, haciendo conocer del público las causas determinantes de su proceder... la Comisión Municipal, casi por unanimidad, decretó la exoneración del empleado, pero no que el sumario fuera elevado al juez. El deshonesto empleado quedaba eliminado, pero en libertad de disfrutar sin mayores molestias del producido de sus malos manejos. El hecho, por desgracia, se ha reproducido varias veces en nuestro país, donde las influencias priman a menudo sobre la justicia y la equidad. El administrador exonerado fue, poco tiempo después, nombrado comisario de policía de una sección central del municipio!”*<sup>10</sup>

<sup>10</sup> CONI, E. *Memorias de un médico higienista*, Asociación Médica Argentina, Buenos Aires, 1918, pp. 199-200.

Hemos destacado el relato de Coni sobre el comportamiento corrupto de un funcionario para retratar sus convicciones, pero también para mostrar, en los momentos iniciales del orden conservador, la aparición (o reaparición) de prácticas e impunidades que se mantendrán durante ese período de impresionante crecimiento económico y demográfico presidido por la generación que recibió del patriciado la conducción del país y abusó del fraude para instalar la prosperidad neocolonial.

Coni renunció en 1881 a sus funciones en la Comisión Municipal, pero se mantuvo como vicepresidente de la “*Comisión escolar*” en la sección segunda (Catedral al Norte y San Telmo), fundando y dirigiendo (honorariamente), en esos años, la Inspección médica e higiénica de las escuelas públicas de esa populosa sección de la ciudad, y actuando también como secretario de la Comisión Directiva del Censo general de la provincia de Buenos Aires. Colaboraba entonces, como redactor científico, del diario *La Libertad*, que dirigía el escritor y periodista chileno Manuel Bilbao (hermano de Francisco, uno de los más convincentes críticos de la cultura imperante<sup>11</sup>).

En 1883 el Intendente Alvear creó la Dirección de la Asistencia Pública, que funcionó al principio en el departamento alto del *Hospital San Roque* y luego fue trasladada a una casa particular en Esmeralda y Cangallo, hasta que, al ser trasladado el *Hospital General de Mujeres* a su nuevo local, se afincó en sus dependencias definitivas de la calle Esmeralda. El primer director fue José María Ramos Mejía.

Desde ese mismo año, Coni se desempeñó como jefe de la Oficina de Estadística General de la provincia, dirigiendo en 1884 el Censo de Población de La Plata. En 1884 el gobierno de la provincia lo comisionó, por decreto del 22 de abril de 1884, para viajar a Europa para hacer conocer allí la importancia de la provincia y de esa manera fomentar la inmigración, “*tanto más hoy que por las obras públicas y particulares que se efectúan en esta ciudad se siente escasez de obreros*”.

Coni debía realizar publicaciones de pequeño formato en francés, alemán e italiano, “*destinadas a favorecer la importación de capitales y la corriente de inmigración*”; presentar el Censo general de la Provincia de 1881 y el Anuario estadístico de 1882 (en francés) en el *Congreso Internacional de Higiene* que se celebraría en La Haya, y estudiar cuestiones

---

<sup>11</sup> BILBAO, F. *Obras Completas*, 2 tomos, Imp. de Buenos Aires, Buenos Aires, 1865, “Es necesario tener en cuenta que la obra de la desespañolización no consiste solamente en abolir las leyes e instituciones de la conquista. No es eso sino una parte, que podemos llamar la desespañolización exterior. La grande obra, el trabajo magno, consiste en el nuevo espíritu que debe animar a la nueva personalidad del americano. La desespañolización del alma, es pues lo principal”, T. II, p. 338.

de higiene y de establecimientos sanitarios, para lo cual se le otorgaban mil pesos para gastos de viaje y mil doscientos para pagar las publicaciones.

En este viaje conoció a una joven viuda, Gabriela de Laperrière (de quien deberemos ocuparnos después), que se había destacado en los medios intelectuales por sus publicaciones, en medios periodísticos, de crónicas y artículos sobre problemas sociales. No tardaron esos espíritus superiores en enamorarse y contrajeron matrimonio en Francia.

En junio escribía desde París al Ministro de Gobierno de la provincia, dando cuenta de la realización y publicación de 4.000 ejemplares, así como el detalle de su distribución. El 20 de agosto informaba haber publicado y distribuido los 4.000 ejemplares de la monografía en italiano, comunicando además el haber establecido relaciones con el conservatorio de vacuna animal de Milán, y remitido a Buenos Aires una caja con el virus y las instrucciones para su empleo; en ese mismo mes informaba sobre el Congreso y resumía las presentaciones, y en septiembre enviaba tres ejemplares de los 2.000 de la edición alemana, hecha en Zurich, así como la lista con su distribución.

A su regreso, en 1885, mientras se desempeñaba como médico escolar e inspector de higiene de las escuelas públicas de la capital, preparó uno de sus muchos trabajos destinados a la salud infantil. La *“Hygiène infantile. Causes de la morbidité et de la mortalité de la première enfance á Buenos Aires”*, recibió el **primer premio del concurso Rawson**, de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, y poco más tarde, la **medalla de plata de la Academia de Medicina de París**.

En 1887 fundó y organizó la **Oficina de Estadística Municipal de Buenos Aires** y en 1891 hizo lo mismo con la **Oficina Demográfica del Departamento Nacional de Higiene**, que dirigió (honorariamente). Preparó, además, un volumen en francés *Progrès de l'Hygiène dans la République Argentine*<sup>12</sup>, análogo a *L'Etude et les progrès de l'hygiène en France de 1878 à 1882*, presentado por la Sociedad de Medicina Pública de París en el Congreso de Higiene de Ginebra de 1882. Charles Richet, el descubridor de la anafilaxia, que unía a su condición de reconocido hombre de ciencia una amplia cultura, que le permitió encarar exitosamente la elaboración de una obra tan importante como su *Historia Universal*, publicó en la *Revue Scientifique* un comentario sumamente elogioso. Cuando el Intendente Alvear se enteró de la iniciativa, decidió apoyarla suscribiendo la adquisición de dos mil ejemplares.

---

<sup>12</sup> CONI, E. R. *Progrès de l'hygiène dans la République Argentine*, J. B. Baillière et Fils., Paris, 1887.

En 1891 el entonces presidente del Departamento, Dr. Guillermo Udaondo, encargó a Coni y a Pedro N. Arata<sup>13</sup> la publicación de los *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, que éstos iniciaron inmediatamente.

En ese mismo año, Coni participó (honorariamente) como vocal en la **Comisión Administradora de las Obras de Salubridad de la Capital**, que estaban a cargo del gobierno nacional, como se vio en el capítulo anterior. El presidente de la Comisión, ingeniero Villanueva, apreció la labor desarrollada por Coni hasta tal punto que insistió (infructuosamente) en que permaneciera cuando en 1892 y por haber aceptado la Dirección de la Asistencia Pública, éste renunció.

En diciembre de 1890 la Intendencia Municipal, preocupada por la elevada mortalidad infantil y atribuyéndola, en buena parte, al abandono de los recién nacidos, nombró una comisión para investigar el problema, compuesta por los Dres. Manuel Podestá, Emilio Coni, José Penna, Antonio Piñero y Eugenio Ramírez, agregándose después al Dr. Alberto B. Martínez. La comisión designó a Coni presidente de la misma y le encomendó la redacción del plan de tareas. El plan que presentó se componía de seis partes, se iniciaba con la recolección de estadísticas “*completas de la natalidad, mortalidad y morti-natalidad en los últimos cinco años, comparada con las de los quinquenios anteriores*”; la estadística de la **Casa de Expósitos**; otra comparativa del abandono de niños en Buenos Aires y en las principales capitales del mundo, y la de la mortalidad infantil hospitalaria. Continuaba el Plan con el análisis de la morbilidad y mortalidad infantiles, las “*medidas generales*”: el combate de la ilegitimidad, las casas de obreros, la profilaxis de las enfermedades contagiosas, la vacunación obligatoria, la profilaxis pública de las enfermedades venéreas y el registro especial de defunciones de niños, las medidas de protección indirecta de los niños por la protección de las madres, las de protección directa del niño, que incluían la constitución de una **Sociedad Central de Protección a la Infancia**, salas-cuna, asilos maternos, jardines de infantes y escuelas especiales. **Se analizaban también la protección de los**

---

<sup>13</sup> PEDRO N. ARATA nació en Buenos Aires en 1849, de padre italiano y madre argentina. Realizó sus estudios primarios e inició los secundarios en Génova, de donde regresó a los catorce años. Estudió Química y junto con otros estudiantes (Estanislao Zeballos, Francisco P. Moreno, Luis A. Huergo, entre otros, fundó la Sociedad Científica Argentina.) Siendo ya un joven profesional, ingresó en 1873 a la Facultad de Medicina, en la cual se graduó en 1879. Fundador de la Oficina Química Municipal, fue condiscípulo de Penna, T. Susini, J. M. Ramos Mejía, E. Coni, y L. Güemes. Fue el fundador y primer decano de la Facultad de Agronomía y Veterinaria y por muchos años profesor de Química Orgánica en la Facultad de Ciencias Exactas y de Química Médica y Biológica en la Facultad de Medicina. En sus últimos años, presidió el Consejo Nacional de Educación. Murió en Buenos Aires en 1922.

## niños en la escuela y en la industria y la tutela de los niños maltratados o en peligro moral.<sup>14</sup>

El Informe final, con el título “Patronato y Asistencia de la Infancia”, fue elevado al Intendente, junto con un mensaje y un proyecto de decreto, en febrero de 1892. En mayo de ese año Coni instaló los primeros servicios en el edificio ocupado anteriormente por el Hospital de Crónicos, en la calle Humberto I°. “*Es a la Municipalidad de Buenos Aires*” —decía Coni— “*que corresponde el honor y mérito de haber creado un servicio oficial pudiendo centralizar así en un conjunto armónico los preciosos recursos de la iniciativa privada y el concurso saludable de los representantes de la comunidad.*”<sup>15</sup>

Permítasenos retroceder unos pocos años: recordemos que durante la epidemia de cólera de 1886, un decreto de Juárez Celman que fue mencionado en el capítulo anterior, refrendado por Wilde como ministro del Interior, había “castigado” el comportamiento equivocado del Departamento presidido por Pardo recortando las atribuciones de la institución. Se autorizaba por su artículo 1°, *al Director de la Asistencia Pública la adopción de medidas dentro del municipio, destinadas a preservarlo de la invasión de cualquier enfermedad epidémica*. El artículo 2° establecía *que el Director de la Asistencia Pública tendría, como Cuerpo Consultor, al Departamento Nacional de Higiene, para aquellas resoluciones que requiriesen asesoramiento técnico*. Con este decreto se había hecho aún más difusa la demarcación de las funciones del organismo nacional que presidía Pardo y de las dependencias municipales que conducía Ramos Mejía.

En tanto el Departamento comenzaba a recuperar credibilidad bajo la dirección de Juan Bautista Gil, la Asistencia Pública sufrió, desde que Ramos Mejía se retiró de su dirección, un deterioro progresivo a medida que la economía sufría los efectos de la corrupción, la prebenda y el derroche, como se ha mencionado. La institución comunal no había conseguido influir sobre la incidencia de enfermedades infecciosas, en parte porque no tenía competencia sobre el desarrollo de las obras de salubridad, pero también porque no contaba con la solvencia técnica y los recursos necesarios para tomar acciones eficaces.

---

<sup>14</sup> El proyecto de ley que elaboró Gabriela de Laperrière, esposa de Coni, fue presentado por Alfredo Palacios en 1904. En los Estados Unidos el trabajo infantil comenzó a ser objeto de regulaciones por parte de la Oficina creada, como se mencionó, por el presidente Taft en 1912.

<sup>15</sup> “Todos los años llegaban a mi casa, durante mi infancia, las alcancías del *Patronato de la Infancia*. Salíamos con mi madre a “pedir” y regresábamos con muchas monedas y billetes pequeños pesando en el envase de “papel maché”, que llevábamos en la fecha establecida, unos meses después, para escuchar con orgullo la cantidad que determinaba el recuento público de cada una de ellas.” Juan Carlos Veronelli.

Creemos interesante reproducir el estado en que se encontraba esa dependencia en marzo de 1892: el personal estaba impago desde hacía cuatro meses; la línea telegráfica al Departamento Central de Policía estaba inutilizada y los tres telegrafistas existentes eran quienes recibían y distribuían los enfermos para su hospitalización; se contaba con sólo cinco médicos para el consultorio central y otros tantos para la asistencia domiciliaria en La Boca, Barracas, San Cristóbal, Flores y Belgrano; el tren rodante —ambulancias y vehículos de desinfección— estaba deteriorado y en pésimas condiciones de aseo y los animales de tiro casi inservibles.

En mayo de 1891 habían aumentado considerablemente los casos de fiebre tifoidea, que produjo en aquel año más de cuatrocientos fallecimientos. El Departamento sugirió a la Asistencia Pública que tomase alguna medida, pero decidió también nombrar **una comisión para que estudiara las obras de salubridad del municipio, conformándola con los Dres. Arata, Wernicke, Piñero, Susini y Coni, y con los ingenieros Nystromer, Bluthner y Echagüe.**

En ese mismo año se planteó un nuevo conflicto entre la Intendencia de la Municipalidad de Buenos Aires y el Departamento Nacional de Higiene, por haber intervenido la primera **en el caso de una denuncia por enfermedad pestilencial** (fiebre amarilla), **sin notificar ni dar intervención** al Departamento, como lo requería una ordenanza reciente. El presidente de éste (G. Udaondo) reclamó ante el Ministro del Interior y el ministro pidió explicaciones al Intendente, que contestó aduciendo que *“no podía dar cumplimiento a esa ordenanza porque invadía los fueros del régimen municipal y (era) contraria a los verdaderos preceptos de la higiene profiláctica, en cuanto ésta, aplicada en casos como el que motiva las presentes consideraciones, excluye los procedimientos tardíos y complicados que informan esa ordenanza”*.

El ministro dio vista del informe al Dr. Guillermo Udaondo, presidente del Departamento, quien sabiendo que esta vez el Departamento tenía la razón de su lado, respondió con un extenso informe, una demostración de fina ironía y erudición poco común. Se pasaba revista en el informe a los deberes y derechos de las autoridades sanitarias; se defendía la conveniencia de la centralización; se analizaba y comparaba la legislación de varios países de Europa, incluida *“la Inglaterra, que es la tierra clásica de la descentralización y de la independencia”*, para deducir que *“la intervención del Departamento, como asesor legal de la Municipalidad en los asuntos sanitarios, dada la índole de esos asuntos, tiene forzosamente que producirse antes y no después que el mal haya producido sus efectos [...] no para impedir el cumplimiento de las resoluciones que la Municipalidad dicte en uso de sus atribuciones[...] pero sí, para recordarle el cumplimiento de esas resoluciones cuando las mismas autoridades encargadas de cum-*

*plirlas las hayan olvidado, o para observarle las resoluciones, si ellas no consultaren los principios de la ciencia profiláctica.”*

El presidente del Departamento terminaba solicitando al Ministro “la autorización para confeccionar una ley general de salud pública”; en tanto dicha ley no se dictase, pedía se autorizase al Departamento para “asumir el gobierno sanitario del municipio en los casos en que éste fuera invadido por una enfermedad pestilencial exótica”. El proyecto se elaboró y se remitió al Congreso, donde naufragó como tantos otros.

En octubre de ese año se sancionó la Ley Orgánica del Departamento (Nº 2829) que precisaba su competencia, estableciéndolo como *asesor legal del Poder Ejecutivo, de sus dependencias y de todos los gobiernos de provincia que lo requieran*. La necesidad de ese “requerimiento” provincial o local era objetada por los técnicos del departamento.

En 1892 se reunió en la ciudad de Buenos Aires el *primer Concejo Deliberante de elección popular*, entre cuyos concejales había un grupo numeroso de médicos. Como era de público conocimiento la situación de la Asistencia Pública, todos estuvieron de acuerdo en que debían realizarse profundos cambios, que incluían a la persona del Director, Dr. Eugenio F. Ramírez.

Se llevó el asunto al Intendente, D. Francisco P. Bollini, y al renunciar Ramírez, se le ofreció el cargo a Emilio Ramón Coni, de cuyas *Memorias* extrajimos antes los detalles de la situación de la institución en marzo del 92. Nunca nadie llegó al cargo con mayores conocimientos de la materia y de la realidad imperante: “*Considerando que la Asistencia Pública era un enfermo grave, merecedor de constantes atenciones, dispuse trasladar mi residencia* <sup>16</sup> *a su mismo local, y desde mi modesto dormitorio me fue dado vigilar de cerca, aún en horas tardías de la noche, los diferentes servicios, para mejorarlos en lo posible.*

*[...] ordené al tesorero-contador, Sr. Huertas, que formulara las planillas de sueldos para los empleados que percibieran hasta cien pesos, a fin de procurarles los fondos de mi propio peculio. Cuando la Intendencia efectuaba el abono, eran reemplazadas las de carácter provisorio. Esta situación continuó durante los trece meses que permanecí al frente de la dirección, a tal punto que era generalmente acreedor a una suma que no bajaba de 10.000 pesos mensuales, y cuando presenté mi dimisión, la repartición me era aún deudora de 50.000 pesos. Desde el primer*



*Despacho de Emilio Coni. AGN*

<sup>16</sup> Coni, casado y con un hijo pequeño, se “internaba” en la Asistencia Pública por varios meses, para atender a una institución gravemente enferma. La esposa compartía su decisión, y lo apoyaba.



*momento me di cuenta que no era dable exigir el fiel cumplimiento de sus deberes a un personal subalterno impago. Si mis modestos recursos me lo hubieran permitido, habría hecho extensiva la medida a todo el personal bajo mis órdenes.*

*[...] El primer día de mi entrada en funciones hallé instalada en una pieza vecina al despacho de la dirección una mesa con vinos, licores, refrescos, galletitas, artículos de confitería, etc. En el primer momento pensé que fuera para festejar con un lunch mi ingreso, pero los días subsiguientes me hicieron comprender mi error. Era en efecto, un lunch permanente a disposición del personal superior, en el que a toda hora se servía té, café, chocolate, etc. Requerido a mi despacho el tesorero-contador Sr. E. Huertas, me expresó que era una vieja costumbre en la Asistencia Pública proceder de esa manera. Cada mes se invertía, más o menos, 300 pesos en ese lunch, extraídos de la caja de gastos menores. Como es natural, ordené la suspensión [...].*

*Educado en Europa, jamás había visto semejante costumbre en reparticiones públicas, y para subsanar la suspensión ordenada, hice formular una lista en que cada empleado contribuyera en la medida de sus recursos al fondo común para el buffet, encabezándola con mi nombre y la cuota de diez pesos, aunque mi hábito era no tomar ni agua fuera de las comidas [...] Otra práctica que me fue dado implantar, y que desgraciadamente no he visto imitada por mis sucesores, fue fijar todos los días dos horas de la tarde para que el público pudiera entrevistarse con el director, a fin de formular pedidos, quejas, etc.”.*

### **La administración sanitaria y asistencia pública de la Ciudad de Buenos Aires**

En marzo de ese año, dos días después de haber tomado posesión de su cargo, Coni se dirigía al Intendente comunicándole el **plan que proponía para organizar la repartición**: “*La administración sanitaria y asistencia, cuyas bases he formulado, tiene que ser algo especial a nuestro país, dada la forma de gobierno que nos rige, y dado el mecanismo y relaciones existentes entre las diversas ramas administrativas, tanto del poder central como del poder comunal.*

*[...] Así, pues, la organización que he proyectado dista mucho de la del Comité Consultatif d’Hygiène publique y Bureau d’Hygiène de Francia; no es la del Local Government Board, ni la del Local Board of Health, de Inglaterra; no es la de las comisiones médicas de Bélgica y Bureau d’Hygiène, de Bruselas; no es la de la oficina sanitaria imperial alemana; no es la del consejo superior de sanidad de Austria, y finalmente, no es tampoco la del Consiglio Superiore di Sanità y oficinas de higiene de Italia.*

*Pero como he estudiado desde hace varios años estos servicios de higiene pública; como he podido apreciar de visu el funcionamiento de varios de ellos, especialmente el del Bureau d'Hygiène de Bruxelles, dirigido por mi ilustrado amigo, el Dr. Janssens, quien personalmente en 1879 me dio a conocer todos los resortes de la institución que ha servido como modelo a las que se han establecido después, y que aún hasta hoy se reputa como una de las mejores del viejo continente, puedo afirmar que en nuestra capital no es posible implantar de una sola pieza los servicios sanitarios e higiénicos que hemos mencionado más arriba, sino limitarnos a tomar de cada uno lo que sea aplicable a nuestras costumbres y a nuestra constitución política.*

*[...] Creo de mi deber expresar en esta nota mis ideas respecto a las relaciones que deben existir entre el Departamento Nacional de Higiene y la repartición con cuya dirección he sido honrado [...]*

*Las epidemias de cólera y de fiebre amarilla que nos recuerda nuestra historia están ahí para demostrar que es uno de los grandes deberes del Departamento Nacional de Higiene evitar la importación al país de tan terribles enfermedades exóticas. [...]*

*Si bien es cierto que no existe ley alguna que deslinde de una manera clara las atribuciones y deberes de dicho departamento con relación a la dirección de la Asistencia Pública, puedo avanzar que estoy dispuesto a marchar de acuerdo con aquella institución y considerarla, con respecto a la salud pública, como en Inglaterra se considera el Local Government Board para con el Local Board of Health, es decir, la autoridad sanitaria central y la autoridad sanitaria local.*

*Ante las exigencias de la salud pública constantemente amenazada durante varios meses del año por la fiebre amarilla brasilera, no puede haber discusiones ni cuestiones de etiqueta o amor propio entre autoridades sanitarias destinadas a marchar en perfecta armonía, porque la una ejerce su acción principal sobre la policía sanitaria marítima y la otra la ejerce ampliamente sobre multitud de cuestiones de higiene urbana.*

*Séame permitido poner en conocimiento del señor Intendente el hecho de que estas ideas y propósitos han sido plenamente aceptados por mi distinguido amigo el doctor G. Udaondo, presidente del Departamento Nacional de Higiene”.<sup>17</sup>*

La ilustrada referencia a modelos extranjeros, con la afirmación de que es necesario crear una institucionalidad propia, combinando los ele-

<sup>17</sup> CONI, E. R. “Administración Sanitaria y Asistencia Pública” *Anales de Higiene Pública y Medicina Legal*. Año I, N° 1, Marzo de 1892, Buenos Aires, p. 18/19. Desde 1891 Arata y Coni iniciaron la publicación de los *Anales del Departamento Nacional de Higiene*. Al hacerse cargo Coni de la Asistencia Pública, consideró innecesario que se mantuviesen dos publicaciones periódicas editadas en Buenos Aires sobre el mismo tema y propuso la fusión de los “Anales de la Asistencia Pública” con los del Departamento, por lo que en marzo de 1892 apareció el primer número de la nueva revista, que es la fuente de esta cita.

mentos adaptables a las costumbres y a la constitución política, recuerdan ideas reiteradamente expuestas en el mismo sentido por Alberdi, que a veces polemizaba con Sarmiento, deslumbrado por las instituciones estadounidense.

Coni proponía modificar el nombre de la dirección por “*Administración Sanitaria y Asistencia Pública*”, que estaría compuesta por tres secciones, “*la administración sanitaria, o sea la que entiende en todos los asuntos relativos a la higiene del municipio; la asistencia pública, o sea la asistencia domiciliaria, hospitalaria y protección a las clases menesterosas, etc. y finalmente el patronato y asistencia de la infancia con los propósitos y organización propuestos por la comisión que me ha cabido el honor de presidir.*”

A partir de allí comenzó un impresionante despliegue de tesonera laboriosidad, asistido primero por Alfredo Lagarde, como Secretario, cargo que, tras la renuncia de Lagarde, ocupó Gregorio Aráoz Alfaro. El Patronato y Asistencia de la infancia es una obra monumental, que tuvo comentarios laudatorios por parte de expertos extranjeros, como lo testimonian varios números del *Journal d'Hygiène* del año 1893. En uno de ellos se transcribe una afirmación de Coni: “*Buenos Aires será la primera ciudad del mundo que habrá logrado centralizar en una sola institución la protección y asistencia de los niños, armonizando así la iniciativa privada con el concurso del Estado, para hacer más fructífera la acción de ambas.*”

En el plano de la atención médica, se reorganizó la planta de personal, reforzando los médicos del servicio permanente central y creando dieciocho cargos de médicos seccionales, que se ofrecieron por orden de méritos a los que existían en las listas de un concurso reciente. Este último programa no dio resultado, “*porque era difícil establecer un contralor eficaz sobre los facultativos que lo tenían a su cargo*”. En su reemplazo Coni propuso establecer varias “*casas de socorro*”, que después fueron llamadas *hospitales vecinales*, y que años antes habían sido aprobadas por el Concejo, pero no se habían implementado por falta de recursos. La primera en ponerse en funcionamiento fue la de La Boca. Modificó también **la entrega de medicamentos a los indigentes, aumentando las bocas de expendio.**

“*Una de mis primeras observaciones al asumir el cargo de director, fue hacer notar la insuficiencia de los hospitales de la capital para satisfacer las necesidades públicas. La capacidad total de los hospitales existentes (sin contar los asilos de alienados y el hospital militar, destinado exclusivamente al ejército y armada), comprendiendo los cinco pertenecientes a colonias extranjeras, ascendía a un total de 2.162 camas, cantidad insuficiente para una población de 530.000 almas, en la cual las clases obreras y menesterosas representaban próximamente las dos terceras partes. [...]*

*La Asistencia Pública no disponía en sus hospitales sino de 932 camas, más o menos, de las que 72 dedicadas a mujeres y 20 solamente a niños. De*

*aquí que con suma frecuencia no pudiera atenderse a mujeres y niños que requerían asistencia hospitalaria. Para subsanar en parte tan grave deficiencia, dispuse que dos nuevos pabellones del Hospital San Roque, uno terminado y otro en vías de terminarse, se destinaran a asistencia de mujeres. [...]*

*Como las veinte camas para niños del Hospital San Roque se encontraban en una pequeña sala antihigiénica, dispuse habilitar el edificio del antiguo hospital de crónicos, calle de Comercio esquina de Balcarce, para hospital y dispensario. Para instalarlo había formulado un presupuesto de 5.000 pesos y con la módica suma de 1.000 pesos mensuales, me proponía prestar asistencia hospitalaria a 70 u 80 niños, anexándole consultorios gratuitos para las familias pobres de los barrios del Sud.”<sup>18</sup>*

La hospitalización era decidida por los médicos del servicio central, quienes los remitían a los hospitales. Frente a un aumento de las necesidades de internación de niños, amplió la capacidad instalada para hospitalizaciones infantiles en el *Hospital San Roque*, en el cual estableció también un servicio de maternidad, al principio a cargo de Alfredo Lagarde, para paliar la insuficiencia de la única maternidad que funcionaba entonces, la del *Hospital Rivadavia*, dependiente de la Sociedad de Beneficencia. Posteriormente proyectó **una segunda maternidad para el Hospital Rawson**<sup>19</sup> que dirigió Samuel Gache<sup>20</sup>. Colaboró con Penna, director de la *Casa de Aislamiento*, para levantar el muro de circunvalación y ampliar sus instalaciones.

Los enfermos crónicos carecían de una solución satisfactoria. Ramos Mejía, como Director de la Asistencia Pública, en 1885, había conseguido autorización del intendente Crespo para buscar un lugar en el cual alojarlos, y se destinó para ello la **Casa de las Hermanas del viejo Hospital Ge-**

<sup>18</sup> CONI, E. R. *Memorias... Op. cit.*, p. 334.

<sup>19</sup> En 1868-69 se levantó en la loma de la Convalecencia, entre Barracas y lo que en aquel entonces eran los Maderos del Sur, un edificio de dos plantas destinado a albergar a veteranos mutilados y lisiados de la guerra del Paraguay, que se denominó como el Hospicio de los Inválidos. Nunca fue la Argentina generosa con los veteranos de sus, afortunadamente, escasos conflictos bélicos. Se había reducido el número de veteranos hacia 1887, y de acuerdo con lo aconsejado por una comisión, se destinó parte de las instalaciones a pacientes con afecciones agudas, cambiándose su nombre por el de Hospital Mixto-Inválidos. Los veteranos que quedaban cometieron algunos desórdenes y rapiños en el vecindario y fueron trasladados a otro lugar, cambiándose en 1892 el nombre del Hospital por el de “*Guillermo Rawson*”.

<sup>20</sup> SAMUEL GACHE se graduó en 1886. Se dedicó principalmente a la obstetricia, pero no pudo permanecer indiferente frente a los problemas sociales y sanitarios que acompañaban el crecimiento aluvional del país y de la Capital. Las condiciones de las viviendas de los trabajadores, que habían sido denunciadas por Rawson, empeoraban progresivamente. Gache estudió la tuberculosis, cuya morbilidad crecía en medio del hacinamiento, las condiciones antihigiénicas y la pobreza, y publicó una obra sobre el tema, en francés. En julio de 1899 hizo una extensa comunicación sobre el tema en el Círculo Médico Argentino, en la cual proponía “echar las bases de una LIGA CONTRA LA TUBERCULOSIS EN LA ARGENTINA”. Pese a sus esfuerzos y a los del Profesor de Patología General, Dr. Roberto Wernicke, la institución no consiguió conformarse. Cuando Coni consiguió fundarla, dos años después, sugirió que Gache fuese designado Presidente.

**neral de Hombres** de la calle del Comercio (Probablemente el edificio es el que ostenta hoy los números 318 y 330 de la calle Humberto 1º). El primer director fue Baldomero Sommer y en 1889 el Dr. Juan B. Justo fue nombrado cirujano de aquel primer Hospital de Crónicos. En 1891, siendo director de la Asistencia Pública Eugenio F. Ramírez, el antecesor de Coni en el cargo, **el servicio se había suprimido por razones de economía**, esas mismas que determinaron el atraso de los sueldos al cual se hizo referencia.

Por ello Emilio Coni propuso, para la atención de los enfermos crónicos, que transitoriamente eran derivados a unos pabellones de madera levantados en el Hospicio de las Mercedes, **la creación de un hospital especial**, que él mismo proyectó con el ingeniero Cagnoni a fines de ese año y que se levantó, años después, en el lugar que hoy ocupa el Hospital Tornú. Dispuso también que los enfermos tuberculosos fueran remitidos a la *Casa de Aislamiento* (hoy Hospital Muñiz), prohibiendo su internación en las salas comunes de los hospitales generales.

**La idea de un sistema hospitalario, con una coordinación técnica central, preside todas las realizaciones de Coni en los trece meses de su gestión.** Una anécdota nos mostrará la modernidad de sus planteos: *“Desde la época de mi internado en el Hospital General de Mujeres (1876), que desempeñé por un año y medio, pude darme cuenta de que la intervención de la Sociedad de Beneficencia en la dirección y administración de algunos hospitales y hospicios del municipio, dejaba mucho que desear. Explicase que el gran estadista Rivadavia, en 1823, fundara la Sociedad de Beneficencia, porque los tiempos así lo requerían y le confiara ciertos establecimientos filantrópicos cuyo número ha ido aumentando con el andar del tiempo. Al asumir la dirección de la Asistencia Pública juzgué el momento oportuno para procurar la centralización en una misma autoridad competente de los hospitales y hospicios de la comuna, porque a juicio mío, debían depender de una comisión de personas honorables e idóneas, pues que en materia hospitalaria no bastaba “la distinción, la belleza, la alta posición social y los sentimientos de caridad indiscutibles en las damas argentinas”, para tornarlas hábiles en la administración de establecimientos asistenciales esencialmente técnicos, que requieren conocimientos que ellas no pueden tener.”*

Coni participó estas ideas al Dr. Alberto Costa, amigo del entonces presidente de la Nación, Dr. Carlos Pellegrini, quien consiguió que el presidente recibiera a Coni en su casa particular. *“Acogido con toda afabilidad por el presidente de la República, tuve oportunidad de desarrollar mi proyecto de centralización de los servicios sanitarios del municipio, que a mi ver, darían excelentes resultados en la práctica y traerían grandes economías a la administración pública. El Dr. Pellegrini escuchóme con toda atención, dando pruebas del mayor interés en la conferencia. Terminada ésta, se expresó más o menos en estos términos: Dr. Coni: las ideas expuestas por Vd. están per-*

*fectamente fundamentadas y me adhiero a ellas, porque he tenido oportunidad de conocer la Asistencia Pública de París, admirable en su organización, donde precisamente se ha llevado a la práctica lo indicado por Vd., pero deploro que en nuestro país, donde la Sociedad de Beneficencia figura como una entidad poderosísima, no será posible por ahora realizar su desiderátum. Debo añadirle más, no ha nacido aún el hombre público en este país que se atreva a retirarle a dicha asociación la dirección de los nosocomios a su cargo, so pena de levantar ante sí una enorme montaña de resistencias y malas voluntades. La Sociedad de Beneficencia fundada por el gran Rivadavia es, a mi ver, una fortaleza inexpugnable contra la cual tendrán que fracasar todas las tentativas de acción...”*<sup>21</sup>

Conviene recordar, para comprender tanto la iniciativa de Astigueta comentada en el capítulo anterior como la gestión de Coni ante Pellegrini, que la Sociedad de Beneficencia administraba y dirigía los establecimientos, pero el Gobierno subsidiaba aproximadamente el 90% de sus presupuestos, según consignaban Penna y Madero en 1910.<sup>22</sup>

Creemos útil destacar que Coni defendía la administración y dirección técnica, en el caso de instituciones financiadas casi totalmente por fondos públicos; y proponía que se las reuniese con otros establecimientos públicos para perfeccionar la coordinación, ya que desde la Asistencia Pública se orientaban y dirigían las hospitalizaciones con criterio técnico. No debe por esto suponerse que sostuviese que toda la atención médica debiera estar a cargo del Estado ni ser financiada con recursos públicos.

No resulta fácil encontrar en los escritos de Coni testimonios de ideas generales, porque casi siempre escribió sobre asuntos específicos. Más que exponer ideas, las materializaba en obras, en una cantidad apabullante y a pesar de muchos quebrantos en su salud. Su voluntad, su principismo y la solidez de sus convicciones impregnaron una larga y laboriosa vida.

Creía en la sociedad civil y en sus organizaciones; pasó muchos años fundando y dirigiendo organizaciones no gubernamentales y en 1904, en su presentación ante el Congreso Médico Latinoamericano (que se reproduce parcialmente más adelante), expresó con mayor claridad sus ideas generales, defendiendo el mutualismo como el medio por el cual individuos conscientes, o concientizados por esa educación sanitaria (él la llamaba higiénica) que consideraba esencial, **financiarían los servicios que requerían a través de la solidaridad que crea el seguro (en este caso voluntario).**

<sup>21</sup> CONI, E. R. *Memorias... Op. cit.*, pp. 311-312.

<sup>22</sup> PENNA, J. y MADERO, H. *La Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires*, Ed. Kraft, Buenos Aires, 1910, Vol 1, p. 215 y ss. La proporción de la participación pública en el financiamiento de la Sociedad de Beneficencia alcanzó a 91.98% en 1894 y 92.13% en 1895.

Creía sí, que el **poder público**, en sus diferentes niveles, **debía asegurar la protección de la salud colectiva**, a través de las acciones sobre el medio y también sobre las personas, **incluyendo el aislamiento de los enfermos contagiosos en los casos en los que era aconsejable**.

Sus excelentes relaciones con los funcionarios del Departamento Nacional de Higiene y con muchos catedráticos de la Facultad le permitieron establecer múltiples coordinaciones extrainstitucionales. Sirva de ejemplo el problema de los cadáveres recogidos por la Policía en el perímetro de la Capital, en muchos de los cuales era imposible establecer con precisión la causa de la muerte. No existía todavía el cuerpo médico forense, ni siquiera una Morgue, por lo cual Coni coordinó con su compañero y amigo **Telémaco Susini**, director del **Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública y profesor de Anatomía Patológica** de la Facultad, que los cadáveres fuesen enviados a la Facultad, desde la cual Susini remitía el diagnóstico post-mortem correspondiente. Meses más tarde se pudo inaugurar la primera morgue municipal, a fin de agilizar la congestionada cátedra de la Facultad.

Pero Coni no limitó su preocupación a la organización o administración de los hospitales: *“Uno de mis primeros pensamientos al estudiar las necesidades de los hospitales, fue trabajar en el sentido de dotarlos del servicio de cloacas, elemento primordial del saneamiento de estos establecimientos.”* **Con-**

**siguió los planos de los hospitales**, que había hecho levantar un empresario y que le fueron facilitados por el ingeniero Villanueva, así como también que el Ministro del Interior (José V. Zapata), autorizase a la **Comisión de Obras de Salubridad** para **financiar y realizar** las obras de provisión de aguas corrientes y cloacas.

Pocos años antes había iniciado la **Dra. Cecilia Grierson**<sup>23</sup> el dictado de cursos de enfermería, tarea que inició en el Círculo Médico Argentino, **pero que tuvo luego que trasladar a su propio domicilio en 1889 y 1890**. En 1891 Coni decidió auspiciar esos cursos y asignar un local para que se dictasen, tarea que realizó con entusiasmo por su admiración por la Dra. Grierson y por su pro-



<sup>23</sup> CECILIA GRIERSON. (1859-1934) La primera médica argentina, hija de un padre escocés y una madre irlandesa, se graduó en 1889. Fue médica del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Roque y en 1891 acompañó a Coni en la Sociedad Médica la Argentina. En ese mismo año fundó la Sociedad Argentina de Primeros Auxilios. En 1899 viajó a Londres para desempeñar la vicepresidencia del Congreso Internacional de Mujeres y en 1900 fundó en Buenos Aires el Consejo Nacional de Mujeres.

**pia convicción de la necesidad de contar con enfermeras bien preparadas.** A principios de 1892 se reiniciaron los cursos, tanto de primeros auxilios como de enfermería, con la participación, autorizada por Coni, de Lagarde, de Aráoz Alfaro y de otros médicos de la Asistencia Pública. **Por iniciativa de Coni, el Concejo fijó para 1893 una subvención mensual para la escuela y una remuneración para su directora.**

La **Inspección Técnica de Higiene**, repartición clave de la Administración Sanitaria, que recibía las declaraciones de enfermedades transmisibles, disponía y realizaba las desinfecciones y habilitaba e inspeccionaba los establecimientos de producción y comercialización de alimentos, comenzó a funcionar el 1° de julio de 1892, **bajo la dirección de Carlos G. Malbrán, elegido por Coni por sus conocimientos y dedicación.**

Cuando el Intendente Bollini fue reemplazado por Miguel Cané, Coni presentó su renuncia, pero cedió al pedido de permanecer en el cargo que le formuló el nuevo intendente. El pedido le había sido hecho sólo para cubrir las apariencias. Poco después el Intendente Cané lo hizo objeto de un mal trato que, conociendo a Coni, equivalía a pedirle la renuncia.

### **La Asociación Médica Argentina: “el comienzo es la mitad del todo”**

En 1877 la **Asociación Médica Bonaerense** —fundada, como se dijo, en 1860 en el ámbito de la provincia— había designado a Coni miembro ho-



*La distribución de la leche a fines del siglo XIX*



norario con asistencia libre a sus sesiones. Al año siguiente, Coni dedicó a la Asociación su trabajo *“Apuntes sobre la Estadística mortuoria de la Ciudad de Buenos Aires”*. En 1880, año de la federalización de la Capital, Nicanor Molinas, vicepresidente primero de la Asociación y Roberto Wernicke, prosecretario, a Coni transmitían las felicitaciones decididas por aclamación por la asamblea extraordinaria de la Asociación del 14 de mayo de ese año, por su brillante desempeño en el Congreso Médico de Amsterdam.

La federalización afectó a la entidad provincial cuyos miembros, médicos de mucha edad y prestigio, residían mayoritariamente en la Capital federalizada. La asociación se debilitó progresivamente hasta desaparecer. Cedamos la palabra a Coni: *“Después de extinguida por inanición la Asociación Médica Bonaerense, y transcurridos muchos años sin que la capital argentina contase con una corporación médica de ese género, un grupo de profesionales distinguidos se reunió y resolvió echar las bases de una nueva con el nombre de Sociedad Médica Argentina, y en la asamblea de septiembre 6 de 1891, tuvo a bien honrarme con el cargo de presidente por el término de tres años, según lo estatúa su reglamento. Dada la votación unánime y espontánea que tuvo mi nombramiento, y el hecho de que los iniciadores me expresaran que teniendo en vista mis condiciones especiales, era la persona indicada para dar vigoroso impulso a la nueva institución, acepté la honrosa distinción con el propósito decidido de hacer por mi parte lo posible por corresponder a las esperanzas en mí cifradas. [...]*



*La distribución de la leche a comienzos del siglo XX*

*Tratándose de una naciente organización, lo primero que había que hacer era encontrar un local apropiado para sus reuniones. Mi buena amistad con el Sr. Roberto Cano, mi colega en la Comisión Municipal en 1880, me facilitó la tarea. Contraté un magnífico local en la calle Bartolomé Mitre entre San Martín y Florida y mi responsabilidad personal fue suficiente garantía para el mencionado propietario, quien lo expresó así con toda franqueza. [...]*

*Recordé entonces que la extinguida Asociación Médica Bonaerense, tenía depositados algunos fondos en el Banco de la Provincia, y con el objeto de poder extraerlos, me valí de la cordial amistad que me ligaba con su ex-tesorero Dr. Braulio Romero. El problema se presentaba difícil, porque la asociación había desaparecido y fallecido la casi totalidad de sus miembros. La buena voluntad del Dr. Romero logró subsanar el inconveniente. En efecto, hizo firmar por los pocos sobrevivientes, una solicitud pidiendo la entrega de los fondos depositados para destinarlos a la naciente institución. El Directorio del Banco, reconociendo el legítimo destino que iba a darse a aquellos, resolvió favorablemente el pedido. Recibí, pues, del Dr. Romero la suma de 3.000 pesos nacionales, primeros recursos de la Sociedad que sirvieron para instalar el salón de sesiones, la secretaría, la biblioteca, etc. y con el sobrante, pudo darse principio inmediato a la publicación que servía de órgano a la Sociedad. [...]*

*Desde su principio, puse a disposición de la sociedad una numerosa colección de publicaciones médicas europeas y americanas (cerca de 100), en diferentes idiomas. Los libros se adquirieron paulatinamente por compra o donación. Así, pues, en muy corto tiempo la sociedad tenía vida propia y contaba con un gran número de adherentes. Quiso la suerte favorecerme para no defraudar las esperanzas en mí depositadas como presidente. [...]*

*Teniendo que efectuar un viaje a Europa, víme obligado a presentar mi renuncia del cargo, dejando la sociedad en pleno desarrollo y prosperidad. La asamblea, en vista del carácter indeclinable de mi dimisión, la aceptó diciendo: «Esto no impide que su nombre y el ejercicio de su presidencia, queden vinculados al período más difícil en la existencia de nuestra Sociedad, que conservará siempre agradecida el recuerdo de su empeñosa dedicación y su constante anhelo por su engrandecimiento y progreso». [...]*

*La Sociedad Médica Argentina continuó progresando paulatinamente y hoy, después de un cuarto de siglo de experiencia, sirve su local para que se reúnan en él las diferentes subdivisiones o especialidades de la ciencia médica.”<sup>24</sup>*

Esa curiosa relación entre la Asociación Médica Bonaerense y la Sociedad Médica Argentina hizo que don Juan Túmburus las considerase como

<sup>24</sup> CONI, E. R. *Memorias...Op. cit.*, pp. 151-153.

una misma asociación que había cambiado de nombre. Con el nombre de *Asociación Médica Argentina*, la sociedad creada y presidida por Coni continúa siendo en la actualidad una de las más importantes y prestigiadas del país.

### Corresponsal en París de *La Prensa*

Cuando Coni dejó su cargo de director de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública, la antes “*enferma grave*” era una convaleciente que, como ocurre muchas veces entre los jóvenes, había crecido mucho durante la enfermedad. Pero las circunstancias que rodearon la renuncia, la traición personal, la politiquería que con tanta frecuencia ha desviado o anulado esfuerzos ímprobos y bien dirigidos, seguramente lo lastimaron, al mostrarse más importantes que su versación para el cargo y el impresionante trabajo que había realizado. Se encontró sin recursos económicos. Había perdido su clientela, había adelantado su dinero para sueldos de los funcionarios de bajos ingresos. “*Mi situación era afligente en extremo y no encontré otra solución, para cicatrizar las heridas recibidas, que alejarme de mi país con el propósito de establecer mis lares en París, la gran metrópoli del mundo civilizado latino, donde a la vez que poder consagrarme al estudio, podría procurar a mi mujer, intelectual de cepa, un medio favorable a las inclinaciones de su espíritu y educar a la vez a mi hijo, entonces de ocho años de edad.*”

El entonces director del diario *La Prensa*, Dr. Adolfo Dávila, aceptó pagarle por el envío de dos cartas mensuales, referidas a temas médicos y sanitarios. “*Ya sé que los trabajos de su especialidad y de su firma, divulgados por La Prensa serán semillas vivas que fructificarán en nuestro país con utilidad común y de ahí mi interés en ellos. Los hombres que saben y que se hacen autoridad por su talento y por sus esfuerzos como usted, pueden darse la satisfacción de hacerse sentir benéficamente en su país.*”<sup>25</sup>

El ingeniero Villanueva le solicitó recopilar y enviar a Buenos Aires información y publicaciones sobre procedimientos de potabilización y distribución de agua en las principales ciudades de Europa, así como tipos y modelos de medidores de agua y otros materiales, trabajos que le serían compensados haciéndolo intervenir en la compra de los materiales que se decidiese adquirir. Como esto no se materializó, el encargo que Coni cumplió, como siempre con exceso, fue a su costa exclusiva.

<sup>25</sup> Carta del 22 de mayo de 1894. Transcrita de CONI, E. R. *Memorias... Op. cit.*, pp. 384-385.

La correspondencia que mantuvo con *La Prensa* fue reunida por Coni en un volumen de más de cuatrocientas páginas que publicó, en Buenos Aires, la Imprenta Pablo Coni e Hijos, en 1896.<sup>26</sup> (Revisando las muchas obras de Emilio Coni que la imprenta de la familia editó, puede suponerse que el admirado hijo mayor y hermano mayor significó tanto un honor para la familia como una prolongada hipoteca para la empresa).

La primera carta, del 20 de septiembre de 1894, da cuenta de una presentación de Löffler y de Roux sobre los últimos avances en prevención, diagnóstico y tratamiento de la difteria y describe las *“Maternidades artificiales”*, como se denominaban entonces en Francia los establecimientos de caridad *que reciben y crían gratuitamente, durante el tiempo necesario, los niños nacidos antes de término*. Coni agrega una reseña técnica y una lámina (que tratamos de reproducir) que ilustra la incubadora y *recuerda que en Buenos Aires habían fallecido, entre 1889 y 1893, mil ochocientos veinte niños por “debilidad congénita”, aclarando las razones por las cuales seguramente la cifra subestimaba la situación y sugiriendo que el Patronato de la Infancia, o alguna otra sociedad de caridad, deberían iniciar esa tarea.*

La variedad de temas de las cartas siguientes es tan notable como la profundidad de su conocimiento y las atinadas observaciones sobre las necesidades de Buenos Aires y los medios que facilitarían su aplicación: datos sobre consumo de agua en diversas ciudades, incluida Buenos Aires; exámenes bacteriológicos del agua potable; métodos de tratamiento de las aguas cloacales y su importancia en la cuenca del Río de la Plata; indicaciones y limitaciones de la seroterapia antidiftérica, técnicas para la preparación del suero antitóxico; educación de tartamudos, de ciegos, de sordomudos; necesidad de un control de las epizootias, que debería asignarse al Departamento de Agricultura.

Detengámonos en este punto. El 20 de mayo de 1895 insiste sobre el problema de las epizootias, buscando explícitamente interesar a la Sociedad Rural Argentina y al Gobierno de la Provincia de Buenos Aires: *“Es más que probable que nuestros ganados sufran de algunas enfermedades contagiosas estudiadas en el viejo continente y que, dadas las condiciones del país, pasan desapercibidas. Diariamente se importan animales de Europa pa-*



*“Incubadora”, lámina que acompaña la carta del 20/09/1894 a La Prensa*

<sup>26</sup> CONI, E. R. *Apuntes científicos. (1894-1895)* Imp. de Pablo Coni e hijos, Buenos Aires, 1896.

*ra el mejoramiento de las razas y por esta causa estamos expuestos a introducir enfermedades desconocidas entre nosotros. [...] Siguiendo este orden de ideas, el Gobierno de la provincia de Buenos Aires podría lanzar un decreto redactado más o menos en los siguientes términos:*

*Art. 1º.- Créase una comisión central de epizootias, dependiente del Ministerio de Obras Públicas, cuyas atribuciones serán". A continuación aclara que es conveniente en el articulado enumerar las enfermedades que dan lugar a la aplicación de la ley, incluyendo en el sexto lugar la fiebre aftosa en las especies bovina, ovina, caprina y porcina. Y puntualiza: "No ignora que una parte de las enfermedades que acaban de enumerarse no existen entre nosotros, o por lo menos, su existencia no ha sido comprobada de modo oficial, pero hay conveniencia de incluirlas desde ya en el proyecto de ley, porque, desgraciadamente, pueden ser importadas de un momento a otro."*

El temario de la correspondencia incluye la educación de posgrado en Higiene Pública, pero no solo para médicos, sino también para otros profesionales. Como se trata de un asunto que tardará muchas décadas en ser adecuadamente resuelto, interesa dejar constancia de la claridad del planteo de Coni, que favorece la creación de una escuela en el ámbito del Departamento Nacional de Higiene; en la carta del 20 de abril de 1895 afirma: *"La enseñanza de la higiene pública en nuestra Facultad de Ciencias Médicas, deja aún mucho que desear, sobre todo desde el punto de vista práctico. Recién el año próximo pasado, se ha preocupado de la creación de un museo de higiene, y como complemento indispensable debería estudiar la organización de un instituto especial con sus correspondientes laboratorios. [...]"*

*El Departamento Nacional de Higiene ha ido más lejos en este sentido, pero se ha visto obligado a tomar a su servicio una falange improvisada de higienistas. Es un error bastante difundido entre nosotros, que un médico, al dejar las bancas de la escuela, puede desempeñar satisfactoriamente cualquier función sanitaria o de la higiene pública. Pero, esto no debe extrañar en un país donde se forman como por encanto los especialistas. [...]"*

*Con la higiene pasa algo muy distinto de lo que sucede con las demás ramas de la ciencia médica. Un higienista, tal como se lo considera en Inglaterra especialmente, está destinado a vegetar en Buenos Aires si no tiene afición por el presupuesto. Más aún, corre el riesgo inminente de no tener enfermos en su clientela y de morir de hambre, si la suerte no le depara medios propicios de subsistencia. [...]"*

*De aquí surge la siguiente conclusión: en Buenos Aires hay pocos higienistas, pero en cambio, existen muchos y excelentes cirujanos, ginecologistas, oculistas, etc.; sin embargo, los primeros son quizá más útiles a la sociedad que cualquiera de las demás agrupaciones. La prevención de las principales enfermedades constituye el gran desiderátum de la ciencia moderna. [...]"*

*El Departamento Nacional de Higiene, contando con la decidida cooperación del gobierno, puede ser el factor principal de una importante reforma, que no tiene el mérito de la originalidad, puesto que ha sido ya implantada en Italia desde hace varios años. Me refiero a una escuela de perfeccionamiento en higiene pública, para médicos, veterinarios, químicos e ingenieros. [...]*

*Después de la creación, en el Ministerio del Interior (italiano), en julio de 1887, de una Dirección de Sanidad Pública confiada a mi sabio amigo, el Dr. Pagliani, y tan luego la ley de diciembre 22 de 1888 organizó en todo el reino un servicio de vigilancia higiénica y sanitaria, se comprendió la necesidad de contar con un personal dotado de conocimientos indispensables, para el desempeño de dichas funciones. De aquí surgió la idea de crear una escuela de perfeccionamiento en higiene pública.<sup>27</sup> [...]*

*Esta institución tiene por objeto preparar un personal técnico competente para ocuparse de todo lo referente al mejoramiento de la vida material de los pueblos, a la vigilancia de lo que puede constituir una amenaza para la salud pública y a la aplicación enérgica de los medios necesarios para detener y hacer desaparecer los peligros que la rodean. La enseñanza ha sido organizada de tal manera, que pueden aprovecharla, no solamente los médicos, sino también los veterinarios, los químicos y los ingenieros, profesiones cuyo ejercicio tiene tantos puntos de contacto con la higiene pública. [...]*

*La escuela creada por el Dr. Pagliani comprende siete cursos: 1º ingeniería sanitaria; 2º microscopía y bacteriología aplicada a la higiene; 3º química aplicada a la higiene; 4º física técnica y meteorología aplicadas a la higiene; 5º epidemiología y legislación sanitaria; 6º veterinaria e inspección de sustancias alimenticias; 7º la estadística y la asistencia pública. [...]*

*Todos estos cursos son esencialmente prácticos y experimentales, dictados de acuerdo con los programas respectivos. [...]*

*El año escolar dura cinco meses para los médicos y ocho para los químicos. Al fin del año tienen lugar los exámenes, que versan sobre los ejercicios prácticos ejecutados durante el curso. [...]*

*En el espacio de seis años (1889-1894), la escuela ha sido frecuentada regularmente por 361 médicos, 19 veterinarios, 51 químicos o farmacéuticos y 31 ingenieros. [...]*

*El Departamento Nacional de Higiene, que ya dispone de un buen plantel de laboratorios, podría crear una institución análoga a la que funciona en Italia, distribuyendo las diferentes ramas de la enseñanza entre su numeroso personal. Así, por ejemplo, encargarlo a su vocal ingeniero de*

<sup>27</sup> Suelen mencionarse como antecedentes de la idea de crear en nuestro país una Escuela de Salud Pública las creadas en las primeras décadas del siglo XX en Estados Unidos y en México, pero suele ignorarse el precedente italiano y la sugerencia de Coni de que se adoptase entre nosotros.

*la ingeniería sanitaria, a su vocal veterinario de la veterinaria y demás cuestiones relacionadas con la policía sanitaria de los animales, etc., etc.*”<sup>28</sup>

En esa carta se ocupa también de la educación en reanimación respiratoria y la conveniencia de realizarla para el personal de la Prefectura Marítima, la conveniencia de una cátedra de Ingeniería Sanitaria, el control de los alimentos, especialmente la carne y la leche.

De particular importancia resulta la carta del 12 de febrero de 1895, en la cual examina las cuarentenas, cada vez más cortas en Europa y más exigentes en la América del Sud. Y afirma: *“En vez de ocuparse de discutir convenios que nunca se cumplen rigurosamente en la práctica y que, aún más, suscitan de continuo desacuerdos, algunas veces profundos, harían mejor ciertamente esos países de realizar de un modo completo el saneamiento de sus ciudades, de establecer servicios bien organizados de desinfección y de aplicar las prácticas aconsejadas por la experiencia de viejas naciones para disminuir en lo posible la receptividad de las enfermedades pestilenciales exóticas, ya que hasta hoy no se ha encontrado el medio de evitarlas.”*<sup>29</sup>

*“Mi estada en la capital francesa, lejos de servirme de reposo físico y moral, sirvióme para desarrollar un trabajo intensivo, cuyas consecuencias graves se hicieron manifiestas a fines de 1896, en mi propiedad rural de Monte Grande, donde sufrí un ataque cerebral que me dejó agráfico por espacio de dos meses, con semi hemiplegía en el costado derecho del cuerpo.”*<sup>30</sup>

## El plan de saneamiento de Mendoza

Hemos comentado antes que hasta mediados del siglo XIX, las ciudades, sobre todo las de gran tamaño de población, eran más insalubres que las campañas, exhibiendo tasas de mortalidad superiores a las de las áreas rurales. Mencionamos como ejemplo algunas ciudades europeas en las cuales la mortalidad superó a la natalidad durante largos períodos, manteniéndose la magnitud de la población urbana, o aún aumentando, gracias a la migración desde las zonas rurales. En las ciudades pequeñas la situación solía ser mucho mejor que en las grandes y muchas veces sus tasas de mortalidad eran inferiores a las de las campañas circundantes, aunque la aparición eventual de afecciones epidémicas las afectaba más que a las últimas.

**La ciudad de Mendoza**, que había aumentado notablemente su población en el período intercensal (de alrededor de tres mil habitantes antes del terremoto de 1861 a cerca de veinte mil hacia 1890), ofrecía una

<sup>28</sup> CONI, E. R. *Apuntes... Op. cit.*, pp. 201-204.

<sup>29</sup> CONI, E. R. *Apuntes... Op. cit.*, p. 184.

<sup>30</sup> CONI, E. R. *Memorias... Op. cit.*, p. 386.

situación sanitaria alarmante. **En el quinquenio 1885-1889 las defunciones superaron en más de un 50% a los nacimientos** (en 1886 se produjo la epidemia de cólera, en 1889 un brote de viruela). En el quinquenio 1890-1894, en el cual sólo se registraron dos brotes de difteria, el saldo vegetativo también fue negativo.

Las autoridades decidieron intervenir y propusieron la contratación en Alemania de un higienista de gran prestigio, para que les aconsejase las medidas necesarias para solucionar la insalubridad de la capital provincial. La Legislatura aprobó la iniciativa, asignando la cantidad de cien mil pesos para la realización de los estudios. El ministro de Hacienda de Mendoza, Emilio Civit, comentó el tema con el médico uruguayo Federico Susviela Guarch, que había residido en Alemania por varios años, quien le informó que un especialista alemán de prestigio no cobraría menos de cien mil marcos por esa tarea. Otro amigo médico, José Salas, le explicó que la contratación de un extranjero no era imprescindible, ya que existía en el país un higienista de gran prestigio en Europa.

Todavía convaleciente de su ataque cerebral, recibió Coni una carta de Emilio Civit, consultándolo sobre su disposición para realizar el estudio. Tuvo que ser la esposa de Coni —recordemos la agrafia— la que respondiera que una vez restablecido, viajaría a Mendoza para tratar el asunto. El viaje se cumplió en abril de 1896 y Coni aceptó, **dejando librado a la voluntad del gobierno la fijación de sus honorarios**. Con la autorización del gobierno fundó una **Dirección General de Saneamiento**, de la cual el gobierno lo designó Director General, y que contaba con media docena de cargos de funcionarios, y regresó a Buenos Aires a reclutar el equipo de media docena de técnicos (químico bacteriólogo, veterinario, desinfectador, demógrafo, estadígrafo, encargado de la vacunación), así como a buscar los elementos que pensaba requeriría el funcionamiento de los servicios.

Creemos que puede ser de interés seguir cronológicamente la labor de Coni en los ocho meses de elaboración del plan, pues se trata de una elaboración particular, en la cual se van creando instituciones y dotándolas de estructuras y personal adiestrado, se van formulando normas y se asigna la vigilancia de su cumplimiento, se educa a la población y a grupos con responsabilidades especiales, por lo que al terminar **la formulación del plan**, el esfuerzo para lograr sus objetivos está, no sólo encaminado, sino también en marcha.

El 16 de abril se crea la Dirección General de Saneamiento y se designa a Coni Director General; el 20 se dirige a Civit informándole que en esos cinco días ha podido formarse un juicio aproximado de las condiciones sanitarias, espera poder presentar un plan completo en poco tiempo más, pero el conocimiento del que dispone le demuestra que la ciudad carece de mucha información indispensable, por lo que propone crear (o re-



crear) algunos servicios, entre ellos, una Oficina química, que se había suprimido años atrás, una Dirección de Estadísticas, una inspección de carnes y un censo habitacional. Propone también la creación de una **Dirección de Salubridad**, que vigilará y atenderá más tarde el funcionamiento del organismo creado por el servicio de saneamiento, reemplazando al Consejo Provincial de Higiene que se había suprimido antes. Anuncia la necesidad de informar a los facultativos y a la población sobre las medidas a tomar, algunas en forma inmediata y otras en plazos más largos.

El 24 de abril dicta una conferencia en el salón de sesiones del Concejo Deliberante, en el que expone su diagnóstico preliminar y los cursos de acción que pretende iniciar. Los diarios, al día siguiente, difunden sus ideas y propuestas.

Recuerda en sus Memorias: *“el asunto que más apasionó a la prensa y a la opinión pública fue el de la arboleda de las calles. Desde el primer momento me di cuenta de que los 8.900 árboles corpulentos, colocados a los lados de las veredas, se extendían sobre el techo de las habitaciones, cuya construcción de barro y adobe se prestaba admirablemente para su nutrición. En algunas calles formaban verdaderas bóvedas tupidas, que dejaban penetrar difícilmente los rayos solares y contribuían a dar sombra y humedad al techo de las casas, en su casi totalidad de piso bajo. Como era natural, expresé mi opinión al gobierno en el sentido de que paulatinamente el arbolado fuera reemplazado por otro más apropiado y de acuerdo con los preceptos de la arboricultura moderna. Mis ideas merecieron una oposición obstinada por parte de la mayoría del pueblo y una campaña violenta por parte de la prensa, sobre todo del diario Los Andes, opositor acérrimo del gobierno, que se sirvió de esta circunstancia para combatirlo. En varios artículos fui tratado con injustificada rudeza por su dirección, llegando en su ofuscación a poner en tela de juicio hasta mi competencia de higienista. Desgraciadamente la propaganda a favor de la arboleda existente, encontró cooperación decidida en algunos médicos de la capital federal y hasta en el mismo catedrático de higiene pública de la Facultad de Medicina Dr. Melitón González del Solar. Estos encaraban la cuestión desde un punto de vista puramente teórico, que seducía sin duda los espíritus, pero no lo hacían en el caso particular de Mendoza. [...]*

*Viendo vacilar al gobierno provincial ante los rudísimos ataques de que fuera objeto, pues debo manifestarlo con franqueza, a mí no me preocupaban mayormente, resolví de acuerdo con el ministro Sr. Civit, consultar la cuestión con una persona de indiscutible competencia, como lo era el Sr. Carlos Thays, director de paseos públicos de Buenos Aires. Ligado a este señor por estrecha amistad, logré que me acompañara a Mendoza a fin de que de visu pudiera juzgar la situación. No solamente el Sr. Thays se manifestó enteramente de acuerdo con mis indicaciones e ideas, sino que las apoyó con nuevos argumen-*

*tos de su especialidad, a saber, que los carolinos habiendo sido plantados de estaca tendrían una vida limitada y que la poda era impracticable por su desarrollo irregular y tratarse de árboles muy altos y de madera poco resistente. El tiempo, ese gran juez, me ha dado completa razón. La ciudad de Mendoza no tiene ya bosques en sus calles, como hace veinte años, pero en cambio ostenta hoy el arbolado de las grandes ciudades modernas. Los famosos álamos carolinos, tan queridos de sus habitantes, plantados sin criterio científico, favorecidos en su desarrollo a su antojo por inmundas acequias que nutrían sus raíces, no constituyen ya una ofensa a la estética y un perjuicio a la salubridad pública.”<sup>31</sup>*

El 2 de mayo Coni viajó a Buenos Aires para obtener los recursos humanos y materiales que se requerían, dejando encargado al Inspector General, Sr. Villar, la iniciación de la recolección de basuras de acuerdo a precisas instrucciones que había formulado, así como la iniciación del proceso licitatorio para la incineración. También había preparado los formularios para realizar el censo habitacional y las instrucciones para los censistas, que en número de 23 levantaron la información sobre las 3.155 casas de la ciudad.

El 18 de ese mes, desde Buenos Aires, informaba haber solicitado (por anuncios en los medios o solicitudes a instituciones públicas), hornos incineradores de basuras, máquinas barredoras y regadoras y elementos para el servicio de desinfección. Había iniciado la búsqueda de un bacteriólogo y de un veterinario calificado para la inspección; había conseguido la provisión de antitoxina diftérica, cedida por el Presidente del Departamento Nacional de Higiene, Dr. Ramos Mejía. También había obtenido el concurso del Intendente de Buenos Aires y de su Director de paseos públicos para evaluar las condiciones de las arboledas de Mendoza. El 23 anunciaba haber conseguido buena parte de los técnicos y del material necesario, así como su próximo regreso a Mendoza el 3 de junio.

En junio se arreglaron y nivelaron las acequias y se inició la higienización superficial de las calles. Con la información derivada del censo habitacional se podía cuantificar las obras que se requerirían a los vecinos. *“Inmediatamente después de terminado el censo sanitario, se dispuso en el local de la oficina de Estadística general, el arreglo de un casillero especial en el que a cada calle de la ciudad le correspondía una casilla aislada. Así quedó constituido el legajo sanitario de la habitación, que incluía en la carpeta el formulario en el que debían detallarse las medidas correctivas identificadas para cada domicilio y otro para ser llenado en oportunidad de la inspección higiénica domiciliaria, en el cual constaban las eventuales multas que debieran aplicarse.”*

---

<sup>31</sup> CONI, E. R. *Memorias... Op. cit.*, pp. 403-404.

En ese mismo mes se designó al veterinario Dr. Viola, que hasta entonces formaba parte de la **Inspección Técnica de Higiene** de la Dirección General de Saneamiento, como el primer inspector veterinario de la Municipalidad, concediéndosele licencia en la Dirección General. **En su primer día de labor detectó el primer caso de tuberculosis bovina generalizada** y pocos días después proponía los cambios en la infraestructura y el funcionamiento del matadero, cuya utilización fue declarada obligatoria para todas las faenas. **El proyecto de reglamento para la inspección de carnes fue presentado por Coni en septiembre. A partir de noviembre se difundió un resumen mensual del movimiento del matadero, que incluía el registro de las patologías encontradas.**

La labor de Viola no se limitó al matadero. La inspección de los tambos produjo valiosa información que permitió a Coni presentar el 31 de julio un proyecto de ordenanza sobre **inspección de la leche**, en cuyos fundamentos se incluía que *“La mortalidad infantil asume en esta ciudad proporciones alarmantes: han sucumbido en la década 1886-1895 un total de 4.018 niños menores de un año, o sea el 29.77 % de la mortalidad general.”*

En ese mismo mes Coni elevaba un proyecto de reglamento de la Oficina Química, el cual, a partir del artículo 18 y hasta el 85, representaban un **completo conjunto de normas bromatológicas.**

También en junio comenzó a funcionar el servicio de desinfección, con pulverizadores prestados por la Administración Sanitaria de la Capital Federal, hasta que llegaron los que se habían encargado a Francia. Se comunicó al público la obligatoriedad de la denuncia de las enfermedades contagiosas y la gratuidad de la desinfección.

**A principios de mes se abrió la oficina de vacuna, declarada obligatoria por ordenanza, y a mediados de mes se comenzó la vacunación domiciliaria en conventillos y casas de inquilinato. Entre junio y diciembre de 1896 se practicaron 3.824 inoculaciones, que deben compararse con las 350 de 1895 o las 689 de 1894.**

En agosto se dispusieron medidas para la profilaxis de la rabia, que en los meses y en los años anteriores había determinado la remisión al Instituto Pasteur de Buenos Aires de un promedio de unas 15 personas por año.

En septiembre Coni había podido estudiar la mortalidad de la provincia y de la ciudad en los veintiocho años últimos, que había recopilado la Dirección de Estadística. Deseoso de obtener información sobre morbilidad, dirigió una circular a los cuatro miembros de la Junta Consultiva del Saneamiento (creada junto con la Dirección General), los Dres. Álvarez, Salas, Ponce y Gallegos. En el libro de Coni se incluyen los informes, llenos de informaciones útiles y **que testimonian una preocupación sanitaria que ha ido después desapareciendo en la mayor parte de los médicos.**

También en septiembre Coni presentó un informe sobre la situación higiénica del Hospital San Antonio. Afirma en él: *“Resalta a primera vista que la ubicación es mala, pues el lugar que ocupa es uno de los más bajos del municipio, de donde resulta que su ventilación es defectuosa, máxime si se tiene en cuenta que el establecimiento está rodeado por un muro elevado de circunvalación de 4.8 metros de altura. [...]*

*Esta última violación de la higiene hospitalaria y el plan que ha guiado su construcción, demuestran con toda evidencia que él ha sido destinado desde su principio a casa de detención y corrección, asilo de alienados, imbeciles, cretinos, epilépticos, etc. Hoy mismo no se ha cambiado ese destino.*

*[...] Una acequia que penetra por la calle Bolivia y recorre dentro del hospital dos de sus costados, desemboca ahora en la calle Santa Fe, sirve de cloaca a todos los residuos que los enfermos y demás personal de servicio del hospital quieran arrojarle, y no se explica cómo hayan podido violarse así los preceptos de la higiene más elemental. Y decir que los vecinos que rodean al hospital, beben el agua de las acequias!”*

Las conclusiones del estudio son breves. Informa que ha mandado hacer por un arquitecto competente de Buenos Aires, el Sr. J. De Laperrière, un plano para un nuevo hospital, que deberá estar situado en un paraje elevado y excéntrico de la ciudad, cerca de las faldas de las sierras; será de pabellones aislados de un solo piso, con capacidad de 500 camas; será mixto y tendrá como anexo una pequeña maternidad; será de carácter provincial y dependiente de la Dirección de Salubridad. A continuación se presenta el detallado proyecto y los planos del Hospital Provincial proyectado, en el cual se destinan 20 camas sólo para la internación de niños, en tanto que se propone multiplicar los consultorios gratuitos para la infancia, además de la asistencia domiciliaria que propone establecer. El plan incluye también las medidas aconsejadas para las profilaxis específicas de la tuberculosis o la sífilis y las que sugiere para la higiene escolar.

También en septiembre se dirigía a Civit manifestando: *“He demorado hasta la fecha la presentación del presente informe sobre la calidad y el sistema de provisión de agua potable de esta ciudad, porque necesitaba para emitir una opinión fundada y concienzuda, de los análisis químicos y bacteriológicos que en estos últimos días me han sido presentados. Para la más fácil comprensión de este trabajo, lo dividiré en tres partes, a saber: calidad del agua, provisión futura, conclusiones.”*

La ciudad se proveía de agua del río Mendoza, que era llevada a la ciudad por un canal descubierto de medio kilómetro, pasando a unos aclaradores y luego a filtros de arena y ripio de los cuales pasaba al depósito. El agua del río Mendoza contenía un exceso de sales, sobre todo carbonatos, que le conferían una dureza superior a la de los límites aconsejados en Europa. Coni pidió al geólogo que había colaborado en los estudios, el exa-

men de los afluentes (que éste no realizó) previendo que alguno de ellos tuviese una composición más conveniente. Años después se comprobó que el agua del río Blanco, afluente del Mendoza, ofrecía una composición adecuada.

Sólo la mitad de las casas de la ciudad obtenían el agua de cañerías, en las restantes era frecuente que se utilizara el agua de las acequias, cuyo análisis las contraindicaba para el consumo humano. El informe en cuestión es un pequeño tratado sobre el tema, con rica y actualizada información, que da base a conclusiones indiscutibles: practicar nuevos estudios geológicos para obtener una mejor fuente; transformar el canal abierto en conducto cerrado; poner en condiciones los filtros y adiestrar al personal; restringir el agua de las acequias al único fin de proveer al riego nocturno y periódico de la arboleda urbana y la irrigación agrícola.

El informe sobre cloacas incluye estimaciones actualizadas de los costos de las obras que en 1888 había propuesto el Ingeniero Nyströmer, tanto las de construcción urgente como las futuras.

El 1º de diciembre de ese año, Coni enviaba a Civit la carta que se transcribe:

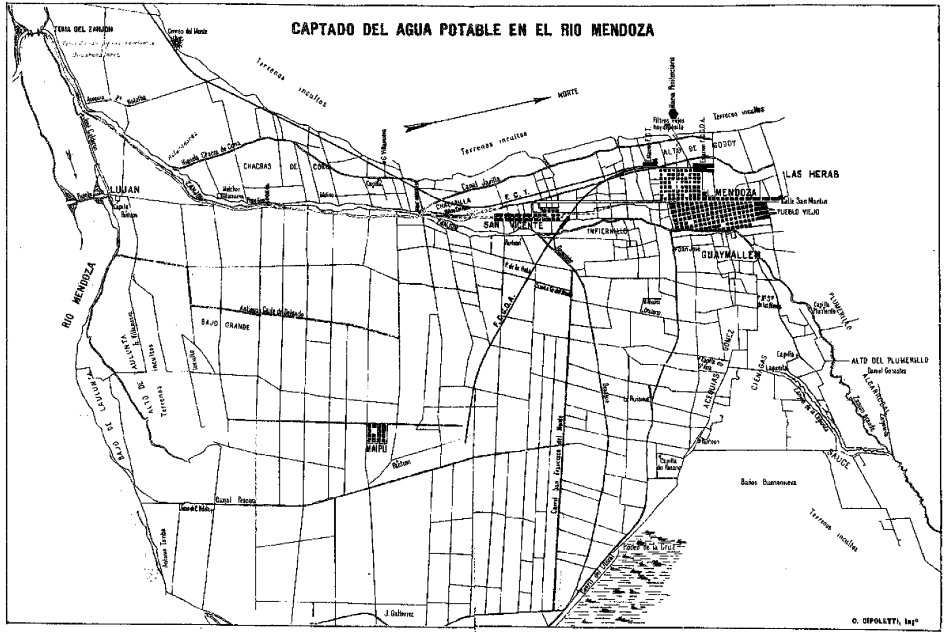
*“No tengo conocimiento de que una ciudad del orbe haya requerido, en un momento dado, la intervención conjunta de todos los elementos o resortes higiénicos. Las que se han distinguido por su alto grado de salubridad, han efectuado sus progresos sanitarios de modo gradual y paulatino. No podía ser de otro modo, puesto que la bacteriología, ciencia de ayer, ha venido con sus revelaciones a cambiar la faz de la higiene moderna. [...]*

*La salubricación de un centro de población, es la obra más notable que puede confiarse al celo y esfuerzo de un higienista; de nada sirven las riquezas de un país, si está diezmado por la enfermedad y la muerte. La despoblación de la ciudad de Mendoza ha impresionado penosamente a sus poderes públicos, como bien lo demuestra el mensaje publicado más adelante, razón por la cual se han decretado los estudios de saneamiento. [...]*

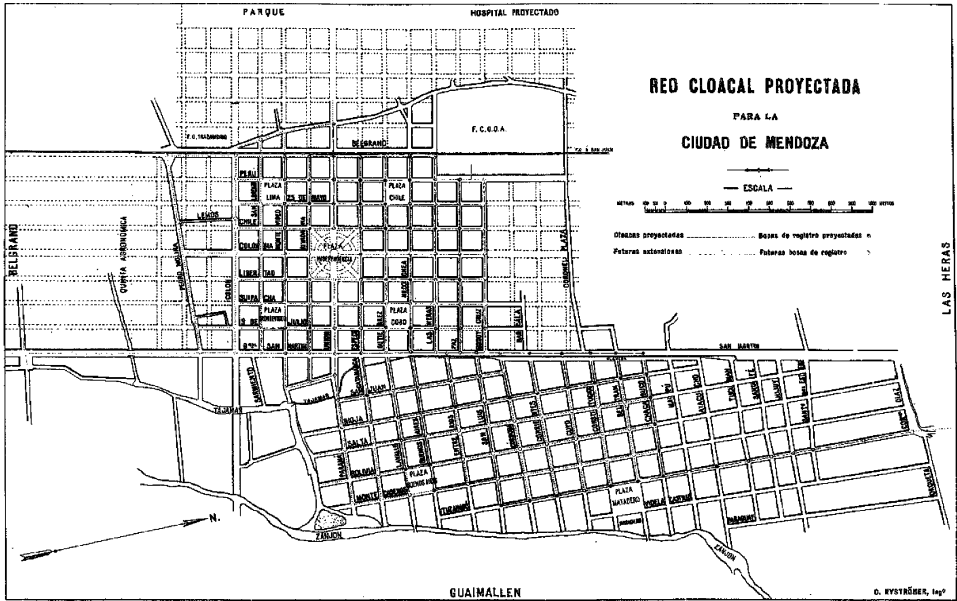
*El ejemplo es digno de ser imitado por todas las capitales argentinas que se encuentran en análogas situaciones sanitarias. [...]*

*Honrado por el P. E. de la provincia de Mendoza, para llevar a cabo los estudios de higienización, he dedicado a la magna obra una consagración constante de ocho meses y el presente libro que tengo la satisfacción de presentar al señor ministro, condensa los diversos trabajos e investigaciones realizadas, los informes y memorias elevadas, etc. [...]*

*He intercalado en el texto una serie de planos (fotografados y fototipias), para demostrar, por así decir, de manera gráfica, las mejoras practicadas y las que deben efectuarse, para que la importante capital andina llamada por su*



Plano de red de agua (ciudad de Mendoza)



Plano de red cloacal proyectada para la ciudad de Mendoza

*situación geográfica y sus producciones, a un porvenir envidiable, ocupe el lugar que le corresponde entre los centros salubres de la tierra. [...]*

*Bien comprendo, que las reformas aconsejadas no son obra de un día, sino de muchos años para llevarlas al terreno práctico, pero la era de la organización higiénica ha comenzado para Mendoza y estoy convencido de que la estadística no tardará en revelar benéficos resultados en el transcurso de corto tiempo. [...]*

*Cumplo con el deber de agradecer a las autoridades todas de la provincia, el concurso valioso y eficaz que me han prestado en el curso de mis trabajos, siendo digno de especial mención el que he recibido del señor ministro, sin el cual, puedo declararlo con sinceridad, la gran obra de saneamiento de la provincia, no habría podido realizarse.”*

El 10 de mayo de 1897 Emilio Civit comunicaba a Coni que se había expedido un decreto declarando terminadas las funciones de la Dirección General de Saneamiento, que por encargo del Gobernador le reiteraba el reconocimiento de sus inteligentes y patrióticos desvelos para hacer desaparecer las causas de insalubridad que diezmaran la provincia, y auguraba: *“El pueblo de Mendoza, que nunca fue desleal ni olvidadizo para los que bien le hicieron, recordará siempre con gratitud y reconocimiento su nombre y la obra de usted, Dr. Coni, y puede desde ya aceptar esos sentimientos que han ido arraigándose de día en día, más aún en la conciencia pública con el feliz resultado de los trabajos que a usted se le encomendaron.”*

La construcción del Hospital provincial demoró algunos años, como la provisión del agua del río Blanco o la construcción de las cloacas. Pero la **Dirección de Salubridad**, la Oficina Química, la Dirección de Estadística, la inspección bromatológica, con sus reglamentos detallados y su personal adiestrado, así como las obligaciones sanitarias de la Intendencia Municipal y las pertinentes ordenanzas, significaban un aporte concreto y un racional ordenamiento institucional para la sanidad de la provincia y para la vida saludable de los habitantes de su capital.

El reemplazo del Consejo de Higiene por una Dirección de Salubridad obedecía a la opinión de Coni sobre los Consejos de Higiene, *“autoridades vetustas e inútiles, como lo ha demostrado la experiencia de muchos años en todas las provincias argentinas, sin excepción alguna, pero que ofrecen la enorme ventaja de favorecer con cargos rentados muchas veces a cuatro o cinco médicos, adictos a la situación política imperante, en vez de exigir del patriotismo de uno de ellos la consagración constante al frente de una Dirección de Salubridad, que lo coloca en el caso forzoso de asumir una responsabilidad franca y de demostrar su competencia y sus esfuerzos. Los famosos Consejos de Higiene que tuvieron quizá razón de ser cuando la ciencia sanitaria daba sus primeros pasos, reducen su misión, por lo general, a simples asesores de los gobiernos, como si estos necesitaran solamente de consejos. Una misión que toman*

*a pecho y desempeñan por lo común, sin tregua ni cuartel, es la persecución del curanderismo, aún en departamentos y pueblos que carecen de médicos diplomados. Excusamos decir que esta policía médica no ha dado hasta ahora sino resultados muy inferiores a los que podían preverse.*"<sup>32</sup>

En 1897 la imprenta de Pablo Coni e hijos editaba la publicación oficial "*Saneamiento de Mendoza*", por el Dr. Emilio R. Coni, en un cuidado volumen de 679 páginas.

Los elogios de los higienistas europeos más importantes, Janssens, de Bruselas; van Oberveck de Meijer, de Utrecht; P. L. Dunant, de Ginebra; Bertillon, Chervin, Levasseur y Martin, de Francia; Pagliani, Spataro y L. Bodio, de Italia; W.H. Corfield, de Inglaterra, así como de los de América Latina, Moncorvo, de Brasil; Adolfo Murillo y Puga Borne, de Chile; J. Canabal, de Uruguay y M. A. Muñiz, de Perú, que se reproducen en las "Memorias", testimonian el asombro y admiración que la tarea desarrollada despertó en sus contemporáneos. En ese mismo año fue designado **miembro correspondiente de la Academia de Medicina de París y honorario de la Academia de Medicina de Buenos Aires.**

Emilio Daireaux, de quien transcribimos antes una reseña del Buenos Aires de mediados de siglo (ver Capítulo III), le escribió desde París: "*He recibido vuestro libro sobre Mendoza. Siempre me causáis asombro. ¿Dónde encontráis tiempo para escribir todo eso en un país en que nadie lee y donde nadie en nada se interesa, sino vos que os interesáis en todo e ilustráis los temas tratados.*"

El trabajo desarrollado en Mendoza mostró rápidamente excelentes resultados. En 1901, como se verá después, Coni participó como delegado de la Facultad de Medicina de Buenos Aires en el Primer Congreso Médico Latinoamericano, tal como se había decidido en el Primer Congreso Científico Latinoamericano del que daremos cuenta después, que se había realizado en Buenos Aires en 1898. Presentó allí una comunicación en la cual se refirió al éxito alcanzado por el Plan de Saneamiento de la ciudad de Mendoza y explicó lo que a su juicio lo había hecho exitoso: "*Nuestra misión hubiera sido muy breve, si ateniéndonos a la letra y al espíritu de nuestro nombramiento, nos hubiéramos limitado tan sólo a ilustrar o asesorar al gobierno en las distintas cuestiones sometidas a nuestro estudio. De acuerdo con la opinión de su ilustrado y laborioso ministro de hacienda, el Sr. Emilio Civit, se estableció desde el principio una verdadera dictadura higiénica, si nos es permitida la expresión, y resultó de aquí que la dirección de saneamiento organizó no solamente todos los servicios sanitarios, sino que llevó a cabo las mejoras higiénicas susceptibles de serlo con los recursos de la pro-*

---

<sup>32</sup> Comunicación al *Primer Congreso Médico Latinoamericano*, Santiago de Chile, 1901. Transcrito en CONI, E. R. *Memorias... Op. cit.*, pp. 442-443.



*vincia. De los 100.000 pesos nacionales destinados a estudios, se emplearon 60.000 en trabajos prácticos de higienización.”*

## **El plan de saneamiento de Corrientes**

La publicación sobre el *Saneamiento de Mendoza* fue también objeto de elogiosos comentarios en los diarios argentinos. El senador nacional por Corrientes, Manuel Mantilla, consultó a Coni sobre su posibilidad de realizar un estudio análogo en la Provincia de Corrientes. Coni supeditó su aceptación al pedido formal del gobierno correntino, que su gobernador, Valentín Virasoro, se apresuró a cursar. Coni se trasladó a su provincia natal y el 12 de agosto de 1897 se dictó un decreto creando la Dirección General de Saneamiento en la provincia, designándose a Coni Director General y nombrando también un secretario y una junta consultiva de cuatro miembros.

Corrientes era una provincia más pobre que Mendoza. Aunque el gobierno intentó colaborar, nadie pudo asumir el papel que Civit había desplegado en Mendoza, ni se crearon las instituciones que, finalizado el estudio, continuaran el desarrollo de las acciones propuestas.

En la nota de elevación del estudio, Coni describe la situación sanitaria existente: *“...la mayor parte de los habitantes de la provincia viven en el más completo olvido de los preceptos higiénicos y no debe extrañarse pues, que el terreno se haya mostrado propicio para la aclimatación de ciertos padecimientos endémicos y el medio favorabilísimo para el desarrollo de asoladoras epidemias. Gran número de individuos no tiene recursos para la alimentación: el agua de pozos, charcos, lagunas y esteros, sirven simultáneamente para todos los usos de la vida doméstica y animal. Las carnes de consumo escapan a una policía veterinaria y numerosas personas sucumben a consecuencia de la pústula maligna (mancha). Las letrinas y sumideros constituyen un verdadero lujo en los pueblos y casi son desconocidos en las campañas. La extracción de las basuras sólo se realiza en los centros de alguna importancia. Las poblaciones, en su mayor parte, no solamente carecen de asistencia médica, sino que las autoridades departamentales no se han preocupado tampoco de concertar los medios de ir en auxilio del pobre, del enfermo y del desvalido. Como consecuencia de esta gravísima situación, un 50% de los fallecidos han carecido de toda asistencia. La misma capital ofrece un 20% de las defunciones, ocurridas sin asistencia facultativa. El rancho de paja, de adobe o de estanteo perpetúa y multiplica maravillosamente el germen de la tuberculosis, que diezma las poblaciones correntinas en proporciones alarmantes. [...]*

*La lepra, afección endémica en la provincia, ha logrado adquirir gran desarrollo en los últimos años. Una propagandaincesante, en el sentido de que*

*se adopten cuanto antes medidas profilácticas eficaces, ha triunfado con la adquisición por parte del gobierno, de un terreno sobre las márgenes del Paraná, destinado a la construcción de un asilo de leprosos. Según el último recuento de 1897, existen en la provincia unos 150 lazaretos (enfermos de lepra) y los cuadros de defunción de la capital arrojan durante dieciseis años, trece individuos fallecidos a consecuencia de la terrible enfermedad. Sin embargo, la tuberculosis que origina del 10 al 12% de la mortalidad general, continúa en silencio su obra de destrucción, sin que nadie haya hecho nada para contrarrestar su acción y empero, la creación de un sanatorio para tuberculosos indigentes, se impone como una necesidad muy superior a la de un asilo de leprosos. Ello es debido a que estos desgraciados han tenido el triste privilegio de sembrar la alarma en el pueblo, por su aspecto repugnante y la idea de su incurabilidad, mientras que no ha sucedido lo mismo con los tuberculosos, que inspiran más bien conmiseración en el seno de las familias y encuentran un terreno favorable para propagar su enfermedad.”*

La denuncia sobre la situación de la lepra confirmaba una inquietud del gobierno, que en mayo había solicitado la ayuda del *Departamento Nacional de Higiene*, el cual constituyó, en noviembre de 1897, una comisión formada por Penna, Sommer, Aberastury y Semprán. El Congreso Nacional acordó asignar 30.000 pesos para la construcción de una leprosería, que al inaugurarse pudo asilar a sesenta enfermos. El Dr. de los Santos, secretario de la Comisión, reunió datos importantes para el conocimiento de la magnitud y localización del problema. Su fallecimiento, ese mismo año, entorpeció el trabajo de la Comisión.

Coni llamó la atención sobre la elevada tasa de natalidad de la capital provincial, 57 por mil, y su alta mortalidad, 30 por mil, el 42% de la cual correspondía a fallecimientos de niños menores de cinco años, *“así como la ilegitimidad alarmante y la débil nupcialidad, (que) reconoce como causas sociológicas principales: la empleomanía, ciertos vicios de educación, frecuentes convulsiones internas, originadas por una política turbulenta, escasez de industrias, etc. En la clase proletaria: suma ignorancia, poca inclinación al trabajo y propensión a contraer uniones fáciles poco duraderas, que hacen gravitar sobre la infeliz mujer, trabajadora e industriosa en alto grado, la carga pesada de la familia.”*

Como en el caso de Mendoza, el estudio incluyó todos los aspectos del saneamiento ambiental, tanto en su infraestructura (que Coni denominaba saneamiento), como en el funcionamiento permanente de las oficinas de vigilancia y control del medio ambiente así como de la atención médica (que englobaba en la denominación de higienización).

Las propuestas eran: centralizar en la capital provincial los servicios técnicos, bajo la superintendencia de una Dirección de Salubridad, corregir la provisión de agua potable para la capital, canalizando primero, y

posteriormente buscando una napa profunda en las márgenes del Paraná, a fin de aprovechar las instalaciones existentes, que debían mejorarse; prohibir en la capital y en un radio a fijarse a su alrededor, las construcciones de adobes o estanteos; construir drenajes y pavimentos; proceder a un estudio sistemático del suelo de la provincia, desde los puntos de vista geológico, hidrográfico y químico-agrícola; fomentar la industria, especialmente la agroindustria, con base en las producciones de la provincia; crear una oficina química dependiente de la Dirección de Salubridad, ya que la municipal que existía tenía deficiencias en su personal y sus materiales y *sirve únicamente de fuente de recursos comunales* y finalmente, **dotar a la capital de un hospital de aislamiento, un sanatorio para tuberculosos indigentes y un asilo de leprosos.**

Finaliza la nota de elevación manifestando: “Dado que, después de una provisión de agua por canalización, ninguna necesidad más imperiosamente existe que la creación de un pequeño hospital de aislamiento en esta capital, es mi propósito, **en homenaje a la provincia de mi nacimiento, que los honorarios que según el artículo 7º del decreto de mi nombramiento deben acordárseme como retribución de mis trabajos, sean dedicados a la creación del referido hospital,** cuyos pabellones llevarían los nombres de los cuatro médicos, que víctimas del cumplimiento de su deber, sucumbieron en Corrientes durante la luctuosa epidemia de fiebre amarilla de 1870-71” [...]

El ministro de gobierno, Daniel Artaza, agradeció en nombre del gobernador, el mérito de los estudios y el patriótico gesto de destinar sus honorarios a la construcción del pequeño hospital de contagiosos. Veinte años más tarde, el gobierno de Corrientes todavía no había cumplido... (lo hizo más tarde, pero Coni no pudo saberlo).

A fines de 1898, la imprenta de Pablo Coni e hijos publicaba “*Saneamiento de la provincia de Corrientes*”, de 584 páginas. Volvió a recibir elogios de Janssens, de van Oberveck de Meijer, de Murillo, etc. Los diarios elogiaron otra vez la obra y el desprendimiento de su autor y Coni recibió de la Sociedad Científica Argentina, el encargo de preparar la realización de un Primer Congreso Científico Latinoamericano. Honorariamente, como siempre.

## Los congresos latinoamericanos

En 1873 se había creado en Buenos Aires la **Sociedad Científica Argentina**. Para celebrar el vigésimo quinto aniversario de su fundación se proyectó la celebración de un **Congreso Científico Latinoamericano**, para lo cual se constituyó una comisión organizadora, siendo Coni uno de los miembros.

(En 1893 se habían realizado, primero en Washington y después en la ciudad de México, dos congresos médicos llamados “Panamericanos”, aunque sus delegados eran sobre todo de América del Norte y América Central.)

Había que formular el reglamento, preparar el programa y cursar las invitaciones. El número excesivo de miembros hacía lentos estos trabajos preparatorios. Coni sugirió encargarlos a un reducido comité ejecutivo, que presidió Ángel Gallardo y del cual Coni formó parte, con otros tres miembros. Coni gestionó los locales para las sesiones de inauguración y clausura, así como los que albergarían a los congresales de ciencias médicas y biológicas. Propuso también que, en vista de que Chile había confirmado la asistencia de dos delegados, se nombrara a uno de ellos presidente titular del Congreso, como medio para mejorar las relaciones, todavía tensas, con el país hermano. **La idea de Rawson de que la preocupación sanitaria fuese vínculo de unión y “puente para la paz” seducía también al discípulo.**

Le correspondió a Gallardo proponer en la sesión inaugural el nombre del Dr. Paulino Alfonso, de Chile, como presidente del Congreso, lo cual fue aprobado por aclamación. El Congreso tuvo un éxito importante y también la sección de ciencias médicas, en la cual Coni presentó una memoria sobre *“Saneamiento e higienización de dos provincias argentinas: Mendoza y Corrientes”*, que fue la más concurrida. Se decidió en vista de ello que cada dos años se realizase un Congreso, alternándose los científicos con los exclusivamente médicos.

A principios de 1901 se realizó en Santiago de Chile el **Primer Congreso Médico Latinoamericano**, al cual Coni asistió como delegado de la Facultad de Medicina, a solicitud del decano que le pidió salvara la situación que originaba la negligencia de la institución, que no se había preparado para el evento. Coni resolvió preparar una memoria sobre la higiene y salubridad de la República Argentina, que le llevó un mes de trabajo.

La memoria, de catorce capítulos, abordaba los diversos componentes de la salubridad, que **incluían un recuerdo de las previsiones de Rawson sobre el futuro de la higiene pública en el país** y en el 5º, dedicado a la *“Organización Sanitaria y Asistencia Pública”*, resumía la organización de la Capital Federal y los buenos resultados de la **Dirección General de Salubridad de Mendoza**, autoridades técnicas competentes que concentraban el poder higiénico, confiado hasta entonces a las manos inexpertas de gobiernos y municipalidades.

Afirmaba: *“Preciso es convencerse que, en materias sanitarias debe establecerse un sistema muy distinto de nuestro régimen político, vale decir, la centralización. La Dirección General de Salubridad que debe crear cada provincia argentina, tiene que ser confiada a una autoridad unipersonal, que concentre en sí y se responsabilice, de los poderes relativos a la higiene pública. La dirección debe ser única, competente y autónoma.”*

*“Para alcanzar ese propósito, es indispensable que las municipalidades se penetren de la necesidad de delegar el ejercicio de sus funciones sanitarias en autoridades idóneas como lo es la Dirección de Salubridad. Nos damos bien cuenta de que el principal argumento que aducirán los impugnadores de estas ideas, es la decantada autonomía municipal, que pudo existir en otras épocas, pero que en la práctica ha resultado una utopía. Las municipalidades argentinas harto tienen que hacer con los asuntos relativos a la provisión de agua, construcciones, ornato, pavimentación, limpieza pública y extracción de basuras, seguridad, alumbrado, impuestos, etc., etc., para que tengan en vista que es forzoso delegar en autoridad competente sus funciones sanitarias. [...]”*

*Permitáseme recordar aquí, como timbre de gloria para el gobierno de Mendoza, la amplitud de facultades acordadas a la Dirección de saneamiento, que llegó a constituir, por así decirlo, un cuarto poder dentro del gobierno local, provisto de vasta esfera de acción, sin trabas de ningún género, con la municipalidad y policía a sus órdenes y hasta con completa independencia en el destino y manejo de los fondos acordados por la ley en la materia.”*

Conviene recordar que en la mayoría de las provincias persistieron hasta las primeras décadas del siglo XX los Consejos de Higiene, formados por unos pocos médicos designados por el gobierno, que se reunían una o dos veces por semana y a pesar de recibir alguna remuneración, no dedicaban a los problemas sanitarios más que algunas horas de su tiempo. **Coni defendió siempre la profesión de salubrista como una actividad de tiempo completo, que exigía una dedicación amplia y una actualización permanente.**

En ese *Primer Congreso Médico Latinoamericano* se resolvió constituir una **Comisión Internacional permanente para la profilaxis de la tuberculosis en América Latina**, que después se llamó *Liga latinoamericana contra la tuberculosis*, y de la cual Coni fue designado presidente, asunto sobre el cual volveremos después.

El *Segundo Congreso Científico Latinoamericano* se reunió un par de meses después en Montevideo. **El asunto principal fue la profilaxis de la fiebre amarilla.** La confirmación obtenida por la comisión norteamericana, encabezada por Walter Reed, de las evidencias que Carlos Finlay había mostrado infructuosamente durante veinte años, sentaba las bases para una prevención racional a través del control del vector. **Curiosamente**, frente al acuerdo de casi todos los delegados en declarar inútil el aislamiento obligatorio y las desinfecciones, concentrando los esfuerzos en la destrucción del mosquito, **José Penna** mantenía la necesidad de la desinfección, ya que a su juicio la transmisión por el mosquito no había sido suficientemente probada y **la teoría microbiana del Dr. Sanarelli le parecía más concluyente.**

Coni, representante de la Facultad y del Círculo médico, presentó, como representante de la Facultad, un *“Estudio sobre la marcha que han se-*

*guido las enfermedades infecto-contagiosas comunes en los países sudamericanos, desde la declaración obligatoria y la aplicación de los preceptos profilácticos”* y como representante del Círculo, una comunicación sobre la “*Mortalidad comparada de las cinco capitales sudamericanas más importantes*”.

Desde su retiro de Córdoba, Coni escribía en 1917 una carta a Joaquín de Salterain, en el final de la cual incluye el recuerdo que reproducimos: “*Al clausurarse el Congreso tuvo lugar en el teatro Solís, un banquete de despedida en honor de los miembros extranjeros. Recuerdo, como si fuera hoy, que usted, (se refiere a Joaquín de Salterain), con quien hasta entonces mantenía pocas relaciones científicas, presentóse un día a mi hotel, para solicitar-me encarecidamente no dejara de concurrir a la fiesta. Aunque poco inclinado por carácter y por idiosincrasia, a este género de festivales —siempre que he podido me he mantenido en la penumbra y en el retiro de mi gabinete— ante su amable insistencia prometí concurrir a la cita. Ocupé un asiento de honor en la cabecera de la mesa, muy lejos de pensar en lo que me esperaba. En el momento de los brindis, poniéndose Ud. de pie, leyó un discurso vibrante de elocuencia, saludando especialmente a los delegados extranjeros. Quiso usted destacar mi persona, y nunca olvidaré los conceptos generosos vertidos, trazando mi modesta actuación con la galanura de estilo que le es peculiar. En su entusiasmo, expresó que debía considerármese como el porta-estandarte de la medicina en este continente. Turbado por la emoción, no pude mi mente concebir, ni mi garganta articular palabras de gratitud en ese momento. Sólo atiné a dirigirme hacia usted para estrecharle en mis brazos, en medio de atronadores aplausos de la sala, en cuya demostración tomaron parte hasta sus hermosas compatriotas ocupantes de los palcos.*”<sup>33</sup>

El Segundo Congreso Médico Latinoamericano se reunió en Buenos Aires en 1904 y Coni presidió su comisión organizadora y su comité ejecutivo. En el primero se habían admitido médicos, naturalistas, químicos, farmacéuticos y dentistas; a propuesta de Coni en el segundo se agregaron ingenieros y arquitectos sanitarios, demógrafos y veterinarios. Se realizó, simultáneamente con el Congreso, una **Exposición de Higiene**, con alrededor de 250 expositores, que atrajo numeroso público y concitó el interés internacional.

En su discurso inaugural, afirmaba Coni: “*Breve es la historia de los congresos médicos en este continente. Algunos congresos nacionales en el Brasil, Chile y Cuba; el panamericano, iniciado por primera vez en Washington en 1893; el científico latinoamericano reunido en Buenos Aires en 1898 con una sección especial de ciencias médicas y finalmente, el primer congreso médico latinoamericano de Santiago de Chile. [...]*

*El presente, con relación al primero, ha ampliado su programa. La comisión organizadora ha introducido en él una sección de tecnología sanitaria o*

<sup>33</sup> CONI, E. R. *Memorias...* Op. cit., p. 692.

*sea ciencias del ingeniero aplicadas a la higiene, una de medicina veterinaria y finalmente, una de demografía y estadística sanitaria. [...]*

*La tecnología sanitaria ha alcanzado en Europa y los Estados Unidos de América admirables progresos; su eficaz intervención ha producido real economía de vidas humanas. Merced a ellas, Buenos Aires ha visto descender su coeficiente de mortalidad de 34 a 16 por mil habitantes. [...]*

*La lucha tenaz iniciada en estos últimos tiempos contra los grandes males de la humanidad, ha de alcanzar espléndidos triunfos el día en que el pueblo sea instruido en lo que debe hacer para conservar la salud. Sin temor de exageración, puede afirmarse que el 80% de las enfermedades es atribuible a la ignorancia de las masas. [...]*

*Para la realización de esta idea, séame permitido formular un voto que a ejemplo de Francia los países de la América Latina funden instituciones compuestas de hombres de ciencia y filántropos, que bajo la denominación de «Alianza de higiene social» concentren esfuerzos aislados, reúnan las asociaciones encargadas de combatir el alcoholismo y la tuberculosis, las de protección a la infancia y las destinadas a fomentar la construcción de casas higiénicas para las clases poco acomodadas. [...]*

*Dicha alianza deberá iniciar su obra fomentando la idea mutualista tan poco desarrollada en estos países nuevos. Menester es demostrarles que no deben esperar todo de la acción exclusiva de los poderes públicos, pues por más recursos que posean, no pueden suplir la acción individual que cada uno debe aportar. [...]*

*Ojalá que el congreso médico que dentro de algunas horas va a iniciar sus tareas, apoye y sancione el voto enunciado; que las naciones latino-americanas asociándose al esfuerzo común, formando un solo cuerpo de ejército, conservando sus jefes, sus armas, su táctica de combate, se lancen resueltamente a la batalla contra los grandes enemigos de la humanidad: la tuberculosis, el alcoholismo, la avariosis, la habitación insalubre y la mortalidad infantil.”<sup>34</sup>*

En 1905 tuvo lugar en Río de Janeiro el *Tercer Congreso científico latinoamericano* y el *Tercer Congreso médico latinoamericano* se realizó en Montevideo en 1907. Coni asistió al último como delegado de la Liga argentina contra la tuberculosis, institución a la cual nos referiremos después, y volvió en su discurso a mencionar, con mayores precisiones, la “*Alianza de higiene social*” que propugnaba, presentando además un detalle de las realizaciones de la Liga argentina contra la tuberculosis. El *Cuarto Congreso médico latinoamericano* se realizó en Río de Janeiro en 1909. Correspondería realizar en Santiago el *Cuarto Congreso científico latinoamericano*.

<sup>34</sup> CONI, E. R. *Memorias... Op. cit.*, p. 584 y ss.

En 1917, en sus *Memorias*, nuestro higienista comentaba así lo sucedido: “*Su comisión organizadora —decía Coni— creyó conveniente transformarlo en Panamericano, a mi juicio sin fundamento ni derecho alguno, pues procediendo de esa forma, se violaba la carta orgánica del primer congreso fundado por la Sociedad Científica Argentina. [...]*”

*El quinto congreso médico latinoamericano se reunió en Lima en 1913, y en vista de que debía realizarse en la misma capital el quinto congreso científico, los peruanos resolvieron involucrar ambos bajo el título de quinto congreso médico latinoamericano (sexto panamericano). [...]*

*Los congresos panamericanos no darán, en mi entender, los resultados halagadores que habían producido los latinoamericanos, porque la intromisión del elemento anglo-sajón, aferrado a su lengua poco difundida en general en los países de origen latino, y a su reconocida prepotencia, dada su inmensa población (más de cien millones de habitantes), con su metrópoli la más poblada del orbe, sus prodigiosas riquezas y su ambición de hegemonía disfrazada, me hacen pensar que los chilenos y los peruanos no tuvieron razón de dar un golpe mortal a los congresos latinoamericanos. [...]*

*El panamericanismo, bella y noble aspiración de muchas generaciones de hombres ilustres, no es sino una de tantas quimeras, que sólo sirven a la postre para labrar fortunas y reputaciones; seductor en teoría, resulta irrealizable en la práctica. [...]*

*Cuando vemos que pueblos del mismo origen, que hablan una misma lengua y profesan idénticas creencias religiosas, como los alemanes y los austriacos, o los rusos y los búlgaros, se odian en el fondo, ¿cómo es posible soñar siquiera con la posibilidad de unir con lazos de sincero afecto a pueblos tan diametralmente opuestos en todo, como los americanos del norte y los americanos del Sud? [...]*

*Falta el motivo y la base para el establecimiento de una entente panamericana. ¿Sobre qué podría fundarse? ¿Qué saldrían ganando los pueblos que la suscribieran? [...]*

*Para los Estados Unidos, el panamericanismo resulta en extremo ventajoso, puesto que, siendo los más ricos, los más poderosos, se asignarían, como vulgarmente se dice, la parte del león. Washington vendría a ser una especie de oficina supervisora de toda la vida americana; los negociantes yanquis sacarían la tripa de mal año apoderándose, con grave detrimento de la Europa, de los principales mercados de la América española; esto acrecentaría su influencia política en el continente, hasta hacerla casi omnímoda. ¿Qué obtendríamos en cambio? La protección, no exenta de peligros, del coloso; pero únicamente cuando a sus intereses conviniera acordarnos esa protección. Cuando no considerase conveniente otorgárnosla, no sólo nos volvería la espalda, sino que hasta nos obligaría a amoldarnos a su criterio. [...]*



*El ideal de los panamericanistas es, al menos por el momento, irrealizable, y huelgan por lo mismo todas las conjeturas que puedan hacerse acerca de sus probables resultados. Los yanquis, antes de pensar en aliarse con sus colegas latinos, tienen que unir y poner de acuerdo a los distintos, numerosos y cada vez más pujantes y antagónicos núcleos de extranjeros que forman la masa de su abigarrada población, y nosotros, a la vez, debemos abrazar con verdadero afecto fraternal a los otros pueblos de nuestro propio origen, de nuestra propia raza, de nuestra propia sangre, que pueblan este privilegiado rincón del mundo, y con los cuales hemos vivido hasta la fecha como perros y gatos. [...]*

*Venga en buena hora, como decía Rafael Conte, la unión de todas las Américas; hagamos, como se pretende, una «Greater América latino-anglo-sajona», pero hagamos primero una «Formidable América exclusivamente latina», porque entonces, y solamente entonces, podremos tratar con los yanquis de igual a igual, de potencia a potencia.»*

### Claves para entender las ideas de Coni sobre el panamericanismo<sup>35</sup>

Las primeras menciones sobre la unión de las Américas se dieron en el momento en el cual Francia invadió a España, quedando las colonias españolas fragmentadas y carentes del centro que las unía. En Lima (Cañete) y en Santiago (Martínez de Rosas) se levantaron voces reclamando la unión de las Américas, en ese momento, la América española del Norte con la América española del Sur. Producida la emancipación, Bolívar, personalmente y también a través de Monteagudo, volvió a proponer el panhispano-americanismo, que mencionaba como la unión de la América del Sur, excluyendo en general a Brasil, colonia-sede del gobierno portugués, al principio, imperio después.

En aquella época, los Estados Unidos se mantenían fieles a las consignas del mensaje de George Washington, conocido como su testamento político, en el que desaconsejaba toda alianza o tratado internacional que limitara la libertad de acción del país, en plena y pujante expansión territorial y protegido de amenazas exteriores por estar reconocida su existencia por la nación que dominaba los océanos, la Gran Bretaña, con la cual competían sin antagonizar abiertamente.

Cuando se constituyó la “Santa Alianza”, el canciller británico (Castlereagh)<sup>36</sup> quiso disuadir a los países europeos de intentar la reconquista

<sup>35</sup> Lo que aquí se presenta es un resumen del desarrollo más amplio que el autor preparó para OPS/OMS. *La OPS en Argentina. Crónica de una relación centenaria*, Buenos Aires, 2002, pp. 23-39.

<sup>36</sup> WEBSTER, C. K. *Gran Bretaña y la independencia de la América Latina. (1812-1830)*, G. Kraft, Buenos Aires, 1944. p. 70 y ss.

de territorios en América y propuso a los Estados Unidos una declaración conjunta. Éstos vieron una oportunidad de dejar malparada a la madre patria y competidora en la búsqueda de mercados y Monroe envió su mensaje al Congreso que suele resumirse como “América para los Americanos”, en 1823. Sin asumir ningún compromiso concreto, se proscribía toda intervención armada de las monarquías europeas, lo cual incluía al Reino Unido.

La anexión de Texas, prevista por Tocqueville<sup>37</sup>, y la guerra entre los Estados Unidos y México, **con la pérdida por parte de este último de la mitad de su territorio (que también había previsto Tocqueville)**, generaron una lógica preocupación en los países latinoamericanos; Alberdi escribió en esos años una serie de ensayos denunciando que **los peligros para los países hispanoamericanos no estaban en Europa, sino en América**.<sup>38</sup>

En la década de los ochenta, en medio de un espectacular desarrollo económico (y también de una notable corrupción), las ideas prevaletentes en los Estados Unidos cambiaron radicalmente, se abandonó el aislacionismo y se legitimó la expansión de ultramar.<sup>39</sup> A partir de ese momento la potencia del Norte dejaba de ser un país agroexportador e importador de manufacturas para convertirse en productor y exportador tanto industrial como agropecuario, compitiendo en el terreno industrial con Europa y sobre todo con Gran Bretaña, país para el cual la producción primaria argentina se había convertido en complementaria.

Afirmaría años después Manuel Ugarte: *“Sentimos afinidad con España, a quien debemos nuestra civilización; por Francia, fuente y origen del pensamiento que nos anima; por Inglaterra, que libremente nos presta su oro; por Alemania, que nos provee de sus manufacturas; y por Italia, que alegremente nos da los brazos fuertes de sus hijos... Pero a los Estados Unidos no nos une ningún lazo.”*<sup>40</sup>

En 1888 los Estados Unidos convocaron a una **Primera Conferencia Panamericana para la Conservación de la Paz**, cuya agenda incluía como 2º ítem, la formación de una Unión Aduanera y como 6º ítem la adopción de una moneda común de plata. Los delegados argentinos, **Roque Sáenz Peña y Manuel Quintana** (ambos futuros presidentes) se opusieron a la formación del mercado común, fundamentando Sáenz Peña: *“... no me faltan afecciones ni amor por la América, me faltan desconfianza e ingratitud para Europa”*<sup>41</sup>. Darío resumió: *“poco se habló en el Congreso de ar-*

<sup>37</sup> TOCQUEVILLE, A. *La democracia en América*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pp. 379-380.

<sup>38</sup> ALBERDI, J. B. *Del gobierno en Sud América*, Obras Selectas, La Facultad, Buenos Aires, 1920, T. XII, p. 450 y ss.

<sup>39</sup> PRATT, J. “Manifest Destiny and the American Century”, en EISENSTADT, A. S. (Ed) *American History: Recent Interpretations*, editada por A. S. EISENSTADT. Thomas y. Crowell Co. N.Y., 1962, Book II, p. 50.

<sup>40</sup> UGARTE, M. *El porvenir de América Latina*, Buenos Aires, 1910, p. 91.

<sup>41</sup> SILVA, C. A. *La política internacional de la Nación Argentina*, Min. del Interior, Buenos Aires, 1964, pp. 43-46.

*bitraje; todo fue casi alrededor del comercio, y a cada paso salía a relucir la palabra de Monroe. Entonces fue cuando el representante argentino contestó con su célebre frase: la América para la Humanidad”*<sup>42</sup>

Es en este marco de ideas, y en la situación argentina e internacional de los principios del siglo XX, el contexto en el cual deben ser analizadas las ideas de Coni sobre el panamericanismo. La “*falta de ingratitud para con Europa*” se demostró después como un sentimentalismo fuera de lugar en la determinación de la política exterior.

### La Liga Argentina contra la tuberculosis

Marañón comentaba, en el prólogo de la *Historia de la Tuberculosis* de los hermanos Oriol Anguera, que éstos habían utilizado la tuberculosis como sujeto para hacer una historia del progreso humano; efectivamente, la tuberculosis ha acompañado a la civilización, haciendo de las múltiples historias de sus pueblos una sola historia.

En nuestro país, el rápido crecimiento del proletariado urbano en las últimas décadas del siglo XIX, con las deficientes condiciones habitacionales denunciadas por Rawson, coincidía con un aumento de la morbilidad y la mortalidad por tuberculosis.

Era natural que Coni, recopilador de nuestras primeras estadísticas sanitarias, lo percibiera claramente y advirtiera sobre esto. También era lógico que dispusiera, como director de la Administración sanitaria y Asistencia Pública de Buenos Aires, que **los tísicos no fuesen internados en las salas de enfermos comunes, sino en servicios especiales**, como el que Coni propuso en 1893. Como no se materializó, Telémaco Susini lo reclamó en 1897 (pero fue desfavorablemente informado por la comisión que lo estudió en 1899). En el hospital Francés se construyó una sala con ese fin entre 1897 y 1898 y se inauguró en 1902. Recuérdese que en el Plan de Saneamiento de Corrientes Coni señalaba que a pesar de la sensibilidad del público y de las autoridades frente a la amenaza de la lepra, la de la tuberculosis era mayor y requería medidas urgentes.

Fue un médico obstetra con especial sensibilidad social, el Dr. Samuel Gache, (aquel a quien Coni había puesto al frente de la maternidad del hospital Rawson), el que presentó al Círculo Médico una comunicación que se titulaba “*Liga contra la tuberculosis en la República Argentina*”. A pesar de la decidida colaboración que le prestó el profesor de Patología, Roberto Wernicke, la sociedad propuesta por Gache no consiguió constituirse.

<sup>42</sup> DARÍO, R. *La caravana pasa*, Ed. Mundo Latino, Madrid, 1917, p. 257 y ss.

En el *Primer Congreso Médico latinoamericano* de Santiago de 1901, mencionado páginas atrás, Coni fue designado **Presidente de la Comisión Permanente para la Profilaxis de la Tuberculosis en América Latina**. Adivina ya el lector que honraría el cargo honorario que le asignaban.

El 11 de mayo de 1901 se reunió en el *Círculo de la Prensa* un número no muy grande de personas, en su mayoría médicos; Coni recordó la iniciativa y los esfuerzos de Gache y Wernicke, y propuso un programa de actividades. Todos acordaron y quedó fundada la **Liga Argentina contra la Tuberculosis**, eligiéndose presidente a Samuel Gache (que en ese momento se encontraba en Europa), vicepresidente a Enrique del Arca, secretario a Francisco de Veiga, tesorero a Emilio Coni y vocales a Enrique Tornú, Eufemio Uballes, Juan B. Señorans, Alberto Costa, Jacinto Álvarez, Eliseo Cantón y el más joven, Nicolás Repetto, que comenzaba su actividad política en el socialismo, siguiendo a su maestro Juan B. Justo. El entonces presidente del *Departamento Nacional de Higiene*, Carlos Malbrán, cedió para la Liga el uso de la sala de reuniones y un empleado, así como un local para la secretaría.

Al finalizar aquel año de 1901 el Poder Ejecutivo (era presidente el general Roca) disolvió el Concejo Deliberante y lo reemplazó por una **Comisión Municipal** en la cual se incluyó a Coni. Desde la Comisión, éste consiguió que se acordara un módico subsidio a la Liga (500 pesos por mes) para instalar el primer dispensario, para el cual el Intendente Bullrich facilitó un edificio desocupado en Parque Patricios. Así nació el **dispensario Enrique Tornú**, “*en homenaje —dijo Coni— a la memoria del primer apóstol de la campaña antituberculosa argentina*”.

Recordaba Vaccarezza: “*Bajo las órdenes y el control de Coni, director técnico de los dispensarios y motor en todo, las cosas marcharon a satisfacción, sucediéndose iniciativas y realizaciones a un ritmo en cierto modo acelerado. [...]*”

*La campaña antituberculosa se inició de inmediato, fijándose los cimientos de una obra, que hoy a tres cuartos de siglo corridos y a pesar de los embates que los cambios de todo han cargado sobre ella, se mantiene lozana, anunciando su larga y fecunda vida. [...]*

¿*Qué tendrá que ver con esto, aquel peñasco de Aaron en la Bretaña, batido de continuo por las borrascas? ¿Qué habrá heredado del espíritu luchador y tenaz de los valientes “bretons bretonnants”?*”<sup>43</sup>

El Congreso Nacional autorizó otorgar a la Liga el producto de una lotería especial, con el cual el ingeniero **Pedro J. Coni**, hermano menor de Emilio, elaboró los planos y dirigió (**honorariamente**) la construcción de un dispensario modelo, que lo fue realmente para otros levantados más

<sup>43</sup> VACCAREZZA, O. A., “*Tiempos de Tisis. Razón de ser de la Liga Argentina contra la Tuberculosis*”, en *Cuatrocientos años...*, *Op. cit.*, p. 152.

tarde en el Brasil y en el Uruguay. Se usaron para la obra de Santa Fe y Uriarte, materiales de construcción provenientes de la demolición de los viejos mataderos, y Emilio Coni decidió bautizarlo con el nombre de su maestro, “*Dr. Guillermo Rawson*”.

Surgieron después los dispensarios “*Juan A. Fernández*”, en Barracas, y el “*Samuel Gache*”, de vida efímera y cuya exacta localización no ha podido precisarse.

“*Uno de los mayores empeños de la Liga —señalaba Coni— fue que las autoridades comunales establecieran un hospital especial para tuberculosos, porque la Casa de Aislamiento (hoy Hospital Francisco J. Muñiz) era insuficiente para recibir la enorme cantidad de enfermos que recurrían a la Asistencia Pública*” [...]

Recordemos el informe desfavorable de la comisión que, por encargo del Intendente Bullrich, estudió el proyecto de un hospital-sanatorio para tuberculosos, elaborado sobre una idea inicial de Coni de 1893 que había retomado su amigo, Telémaco Susini, como director de la Asistencia Pública, con el concurso del ingeniero Juan Buschiazzo (aquel que había ayudado a remodelar el San Roque en tiempos del Intendente Alvear). El informe había determinado la suspensión de las obras.

En 1902 y como comisionado municipal entonces, Coni presentó un proyecto que autorizaba al Ejecutivo comunal a invertir 85.000 pesos en la terminación de las obras suspendidas y en la construcción de un edificio adicional para la dirección, administración y demás dependencias de un hospital, que en 1904 se decidió llevaría el nombre de Enrique Tornú, confiándose a Coni su dirección *ad honorem*.

En ese mismo año, Gabriela Laperrière de Coni, “el ángel bueno”, como la llamaba Vaccarezza, que había sido designada por el Intendente Bullrich inspectora *ad honorem* de las fábricas que empleaban mujeres o niños, elevó a la Intendencia un proyecto de ley reglamentando el trabajo de los mismos. **Recogido el proyecto por el diputado nacional Alfredo Palacios, fue sancionado como ley nacional en 1907.**

Gracias a los esfuerzos de la Liga, el Consejo Nacional de Educación, primero, y más tarde los Consejos de Educación o Direcciones de escuelas de las provincias de Santa Fe, Corrientes, Tucumán, Entre Ríos, Santiago del Estero, San Luis y Catamarca incorporaron el *catecismo contra la tuberculosis* preparado por la Liga.

Algunas de las medidas auspiciadas y difundidas por la institución tenían carácter de una higiene menos específica, como la **reglamentación de la higienización de la leche en la Capital** o la **inclusión de nociones de puericultura en los programas de las escuelas normales**, así como **proyectos para combatir el alcoholismo y el tabaquismo**. La labor desplegada en la Capital fue notablemente secundada en Rosario, gracias a los esfuerzos del Dr. Clemente Álvarez y del Sr. Santiago Barcia.

En 1907 la Liga perdió su “ángel bueno” y Coni la compañera de su vida. Nada sería igual para él. Participó todavía en los Congresos latinoamericanos de 1907 en Río y de 1909 en Santiago de Chile y en el Internacional de la tuberculosis en 1908. Envío al **Quinto Congreso latinoamericano**, que se reunió en Lima, su renuncia a la Presidencia de las Ligas Latinoamericanas contra la tuberculosis y la avariosis. En 1910, ya muy enfermo, aceptó el pedido de Penna de dirigir las instalaciones de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública de Buenos Aires en la *Exposición Internacional de Higiene del Centenario*. Cuenta Vaccarezza: “*y así hemos llegado a 1911, en que por razones de salud el padre de la Liga se aleja de su hija preferida, se aleja a vueltas con sus achaques.*” Efectivamente, Coni renunció a la presidencia de la Liga la Argentina y se retiró a Córdoba donde, en la pequeña población de Estación Gigena, pasó sus últimos años.

En 1917 completó sus Memorias, que publicó la Asociación Médica Argentina, de la cual había sido fundador y primer presidente en 1892 y 1893.

Recordaba, en 1938, su antiguo secretario Gregorio Aráoz Alfaro: “*Pasó los últimos años amargado por la enfermedad, el olvido, la ingratitud. Años antes, cuando estuvo gravemente enfermo, el Congreso habíale asignado una modesta suma de dinero, creyendo compensar así los grandes servicios prestados al país, y el director de la Asistencia Pública, Dr. Zubizarreta, en 1925, le designó director del Museo de Higiene, cuyo nombre esta creación ostenta. ¡Escasa compensación para este hombre que tanto y tan abnegadamente había servido al país! [...]*”

*Hoy mismo ni un pueblo, ni una calle, lleva su nombre en Buenos Aires. Apenas lo ostenta una lancha de desinfección del Departamento Nacional de Higiene, que hice bautizar así, lo único a que pude dar nombre durante mi presidencia; un Dispensario de la Liga Argentina contra la Tuberculosis y el hospital de infecciosos de la ciudad de Corrientes, provincia en que nació Coni.”*

**Emilio Ramón Coni**, ex director de la Oficina de Estadística General de la Provincia de Buenos Aires y fundador de la Oficina de Estadística Municipal de la provincia, creador y presidente honorario del Patronato de la Infancia, presidente de la Comisión directiva del Instituto Nacional de sordomudos, fundador y director ad-honorem de la oficina demográfica del *Departamento Nacional de Higiene*, ex director de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Capital, ex director de Salubridad de Mendoza, ex presidente de la Liga Argentina contra la tuberculosis, fundador y ex director de los dispensarios de la Liga Argentina contra la Tuberculosis, fundador y director ad honorem del Sanatorio Municipal Tornú, fundador y primer presidente de la Asociación Médica Argentina,

miembro<sup>44</sup> correspondiente de la Sociedad Médica de Lima; de la Academia Nacional de Río de Janeiro; de la Sociedad Médica de Río de Janeiro; de la Sociedad francesa de Higiene; de la Sociedad Médica de Chile; de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña; de la Sociedad de Ciencias Médicas de Lisboa; de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Mérida, México; de la Asociación Internacional para el progreso de la Higiene, Bruselas; de la Sociedad de Estadística de París; de la Real Academia de Medicina de Roma; de la Real Academia de Medicina de Turín; de la Sociedad de Medicina Mental, de Bélgica; del Instituto Internacional de Estadística; de la Academia Nacional de Ciencias de la República Argentina (Córdoba); de la Academia Nacional de Medicina de México; de la Sociedad de Medicina Pública y de Higiene Profesional, de París; de la Comisión Central de Estadísticas del Reino de Bélgica; del Consejo Consultivo del Congreso Climatológico de Chicago; de la Academia Nacional de Medicina de Lima; de la Academia de Medicina de París; de la Academia de Medicina de Buenos Aires; de la Sociedad Científica de Chile; del Internationales Central Bureau zur Beckämpfung der tuberculose, de Berlín; de la Sociedad de Medicina y Cirugía, de Río de Janeiro; de la Sociedad de Medicina de Montevideo; del Instituto Médico de Sucre; de la Liga Uruguaya contra la tuberculosis (Montevideo); de la Liga brasilera contra la tuberculosis (Río de Janeiro); de la Asociación Médica Internacional para ayudar a la supresión de las guerras; de la Academia de Medicina de Venezuela y de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, falleció en Buenos Aires el 4 de julio de 1928.

### **Instituciones sanitarias**

- 1887 Creación de la Oficina de Estadística Municipal de Buenos Aires.
- 1873 Creación de la Oficina Demográfica del *Departamento Nacional de Higiene*.  
Publicación de los Anales del D. N. de H., que se transforman en Anales de Higiene y Medicina Legal al incluir la publicación periódica de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública.  
Creación de la Sociedad Médica Argentina.
- 1892 Creación del Patronato de la Infancia. Integración del mismo en la Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Municipalidad

---

<sup>44</sup> En orden cronológico.

de Buenos Aires que se crea ese año. También la Escuela de Enfermería creada por Cecilia Grierson se integra en la Administración Sanitaria y Asistencia Pública que dirige Coni.

- 1896 Se formula y en buena medida se ejecuta el Plan de Saneamiento de Mendoza.
- 1897 Se formula el Plan de Saneamiento de Corrientes.
- 1899 Iniciación de los Congresos Científicos y los Congresos Médicos Latinoamericanos.
- 1901 Creación de la Liga Argentina de Lucha contra la Tuberculosis.



# 7

## CAMINOS SEPARADOS PARA LA SANIDAD Y PARA LA ASISTENCIA MÉDICA PÚBLICA

- MEDICINA Y POLÍTICA EN EL CAMBIO DE SIGLO
- LAS PRESIDENCIAS DE ROCA Y DE QUINTANA
- EL DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE BAJO LA PRESIDENCIA DE CARLOS MALBRÁN
- LA COMISIÓN ASESORA DE ASILOS Y HOSPITALES REGIONALES
- JOSÉ PENNA: UN RECLAMO ENÉRGICO ANTE LA DISPERSIÓN INSTITUCIONAL Y EL CONFLICTO JURISDICCIONAL
- LA SOCIEDAD ARGENTINA HACIA 1914

**H**acia el final de la presidencia de Avellaneda se configuró, como se mencionó antes, la *Liga de Gobernadores*. En el final de la presidencia de Roca, su concuñado Juárez Celman la convirtió en un mecanismo fraudulento para la reducción de incertidumbres, entre ellas, las que se derivaban de las sucesiones presidenciales.

Juárez Celman, desde la presidencia, intervino para colocar al frente de los gobiernos provinciales a sus adictos, reemplazando aquellos que se mantenían fieles a Roca. En el entorno del poder creció un ambiente de intensa corrupción que generó especulaciones, enriquecimientos, tráficos de influencia y clientelismos prebendalistas, aunque suscitó también reacciones de repudio e intentos de corrección por parte de muchos dirigentes, tanto del patriciado anterior como de sectores de la juventud, y hasta de algunos miembros del partido gobernante. Mientras unos luchaban, decía Carlos Pellegrini, otros lucaban...

En reacción frente a ese estado de descomposición de la vida pública se crearon nuevos partidos políticos: en 1890 la Unión Cívica, de vida efímera; en 1892 la Unión Cívica Radical; en 1896 el Partido Socialista.

La Sanidad, la protección de la salud colectiva, estaba a cargo del Departamento Nacional de Higiene —técnicamente cada vez más solvente— que dependía del Ministerio del Interior. Se decidió desarrollar en algunas provincias y en algunos territorios nacionales establecimientos nacionales de

*asistencia médica (entonces llamada asistencia social), a través de la creación de una Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales. El nuevo organismo fue, a pesar de su nombre, más ejecutivo que asesor y se incorporó como dependencia del Ministerio de Relaciones Exteriores, el cual supervisaba y controlaba las Sociedades de Beneficencia, sobre todo la poderosa de la Capital.*

*La Sanidad y la Asistencia pública seguirían desarrollos separados, desde diferentes ámbitos ministeriales, desatendiendo las enseñanzas de Coni, que fundamentó el hacerlas depender de la misma autoridad en el requerimiento imprescindible de una estrecha coordinación entre ambas.*

*La propuesta de Aróz Alfaro en 1911 de crear un Instituto Superior de Medicina Pública no prosperó: el discípulo de Coni quería crear en la Universidad aquel centro de docencia que Coni había sugerido desde París, tomando como modelo la escuela creada por Pagliani en Italia, para difundir desde allí la rica experiencia que se había acumulado en el país y también para recopilar y estudiar, como había hecho Coni durante toda su vida, los desarrollos de otros países.*

## Medicina y política en el cambio de siglo

En Europa habían aparecido múltiples denuncias sobre la deficiente situación sanitaria de la población asalariada. Alemania, que había sido la cuna de una corriente de pensamiento que asignaba al Estado una responsabilidad central en el progreso sanitario (Johann Peter Frank), tuvo en el creador del concepto de patología celular, Rudolph Virchow (que gozaba de un notable prestigio científico), un apasionado promotor de la idea de la medicina como una ciencia social, aseverando que la política no era otra cosa que la medicina en gran escala; en Francia el informe Villermé tuvo tanto eco como el que el informe Chadwick había logrado en Inglaterra.

Nos parece de interés recordar que en Alemania, uno de los últimos países de Europa en industrializarse, se fundó en 1869 el partido socialista, que una década después consiguió unas pocas bancas en el parlamento. Conscientes del valor de la solidaridad que se expresaba desde siglos en el mutualismo (seguro voluntario) y deseosos de perfeccionarla, dentro de la incipiente clase obrera, a través de la inclusión obligatoria de los trabajadores en el seguro, los socialistas habían presentado un proyecto de ley sobre el asunto.

En 1880, en un clima de agitación social que se asemejaba al que se había vivido en Francia en 1848, el canciller alemán, Otto von Bismark, disolvió el Parlamento y ordenó la detención de los diputados socialistas. Pero también rescató el proyecto de los seguros sociales (obligatorios), que puso en vigencia en los años siguientes, primero el **seguro de enfermedad (1883)**, luego el **de accidentes de trabajo (1884)** y finalmente el **de vejez e invalidez (1889)**. Desde entonces se ha sostenido que el canciller de hierro quiso arrebatar a los socialistas una de sus banderas, aunque también resulta verosímil la sugerencia, en la que coinciden William Mc Neill<sup>1</sup> y Peter Drucker<sup>2</sup>, de que lo que realmente pretendía era legitimar ante el pueblo la dirección de la economía por el Estado, quitándola del control

---

<sup>1</sup> MC NEILL, W. H. *La búsqueda del poder: Tecnología, Fuerzas Armadas y Sociedad*, Siglo XXI, México, 1988, p. 273 y ss.

<sup>2</sup> DRUCKER, P. *Las nuevas realidades*, EDHASA, Barcelona, 1989.

de los mercados, a fin de poder financiar la incipiente carrera armamentista. Sigerist<sup>3</sup>, conocedor profundo de la historia, pensaba que muchos seguros sociales europeos se crearon para legitimar a los gobiernos conservadores, amenazados por los partidos socialistas, aunque —decía— esto no disminuía su valor para los trabajadores.

En 1878 se fundó el partido socialista en Dinamarca, donde los seguros sociales se instauraron en 1891. Entre 1887 y 1889 se crearon partidos socialistas en Noruega, Bélgica y Suecia. Los seguros sociales fueron establecidos en esos países en 1894, 1900 y 1913. En Italia el partido socialista apareció en 1892 y el seguro obligatorio en 1914. En Gran Bretaña el partido socialista se fundó en 1900. El seguro social fue allí instalado por el primer ministro Lloyd George, quien había sido antes primer Lord del Almirantazgo, en 1911. Como en Alemania, esto coincidió con un notable aumento de la dirección de la economía por parte del Estado. Finalmente, en Francia el partido socialista se creó en 1905. El proyecto de los seguros sociales se presentó en 1921, después de la recuperación (en 1918), de Alsacia y Lorena, en las cuales habían sido instalados por los alemanes que las tuvieron anexadas. La oposición del poderoso Cuerpo Médico Francés demoró su aprobación hasta 1930.

En América del Norte, el primer movimiento a favor de un seguro obligatorio de enfermedad (basado en el seguro británico) fue propiciado por la Asociación Americana para la Legislación Laboral en 1912 y presentado como proyecto de ley en quince legislaturas, sin conseguir apoyo. Los intereses que podrían resultar afectados (compañías comerciales de seguro, mutuales, compañías funerarias, la mayoría de los profesionales médicos, odontólogos y farmacéuticos) formaron un frente de oposición que se robusteció cuando durante la guerra los seguros sociales fueron presentados como “*proyecto prusiano*”.<sup>4</sup>

**El primer seguro obligatorio en América se estableció en Chile en 1923**, no como proyecto socialista sino como iniciativa conservadora, después que el Gobierno (conservador) encargase al diputado Exequiel González Cortés el estudio en Alemania de esa interesante innovación, **aparentemente efectiva, para apaciguar el conflicto social**. La nueva institución cubría a los trabajadores chilenos (con un tope salarial), pero no a los empleados. El **Seguro Social Obrero** creó, en sus primeros años, algunos servicios médicos propios, pero reconoció muy pronto que establecerlos en todo el territorio exigiría grandes gastos y duplicaría los estatales ya existentes, por lo que decidió establecer convenios con el Estado.

<sup>3</sup> Entre las muchas obras de Sigerist que se dedican al tema puede consultarse: SIGERIST, H. E. *Landmarks in the History of Hygiene*, Oxford Univ. Press, London, 1956, p. 68 y ss.

<sup>4</sup> ROSEN, G. A., *History of... Op. cit.*

En la Argentina, la previsión social (seguro de vejez) sólo se había materializado a fines del siglo XIX como jubilaciones otorgadas por el Estado a grupos profesionales de interés especial, como los maestros y los militares. En 1915 se extendieron al personal de los ferrocarriles privados y en 1923 se hicieron obligatorias para los trabajadores industriales y comerciales; su organización inicial utilizó el sistema de la capitalización colectiva, que la inflación y el vaciamiento de las cajas convirtieron luego en sistema de reparto. El **seguro de salud voluntario** había adoptado la forma de **mutualidades**, iniciadas en grupos de trabajadores extranjeros de la misma nacionalidad de origen, que reunían el aporte de cada uno para brindar al afectado por una enfermedad un salario de reemplazo y a veces una asignación para pagar la atención médica o la posibilidad de asistirse con un facultativo contratado por la mutualidad. Algunas de esas organizaciones establecieron servicios propios para brindar atención médica.

La aparición en 1896, de un partido socialista (fundado por Juan B. Justo, un prestigioso cirujano de amplia versación en biología y medicina) y al cual se incorporó pocos años después otro conocido médico que regresaba de una prolongada estadía en Europa (Nicolás Repetto), obliga a investigar sus ideas respecto del seguro obligatorio, en esos últimos años del siglo XIX y primeros del XX.

En 1909 Juan B. Justo publicó la primera edición de *“Teoría y práctica de la Historia”*. En su penúltimo capítulo, dedicado a la democracia obrera, Justo dedicaba sólo unos pocos párrafos al asunto: *“La creación y el manejo de instituciones públicas de asistencia y seguro es otro de los grandes fines inmediatos de la política obrera. Alemania ha establecido el seguro obrero obligatorio contra la enfermedad, los accidentes del trabajo y la invalidez, que funcionan regularmente, si bien no satisfacen aún las aspiraciones proletarias. Los países australianos, Francia, y la Gran Bretaña conceden pensión a los ancianos. Se estudian los seguros contra la viudez y la orfandad. El derecho al trabajo toma ya la forma concreta de seguro público contra la desocupación. En Dinamarca los sindicatos gremiales proletarios se adaptan a la ley que lo ha establecido.”*<sup>5</sup>

Como se dijo antes, el país crecía en población en forma espectacular (en buena medida por la llegada de un aluvión de inmigrantes); era también cada vez más rico, como resultado de la creciente producción agropecuaria que se exportaba a Europa (principalmente a Gran Bretaña). Una proporción importante de la población inmigrante, **alfabeta en alrededor del 60%**, se asentaba en los grandes centros urbanos, en buena medida por la imposibilidad de conseguir la parcela de tierra con la se habían ilu-

---

<sup>5</sup> JUSTO, J. B. *Teoría y Práctica de la Historia*, Ed. La Vanguardia, Buenos Aires, 3ª edic. 1931, p. 467.

sionado. Más de la mitad de la población registrada en la ciudad de Buenos Aires por el censo de 1895 había nacido en el extranjero.

La proliferación de obreros, artesanos y empleados de comercio creaban un proletariado inquieto, en el que se difundían ideas nuevas traídas de Europa, ideas socialistas, ideas anarquistas... La influencia de estas ideas explica la oposición de los sindicatos a toda institución que se financiara mediante el aporte de los trabajadores. **Si nada se hizo para promover la nacionalización de los extranjeros, tampoco se crearon medios que trabasen la solidaridad de sus hijos, que nacían argentinos. La escuela pública, primero, y luego el servicio militar, fueron los únicos mecanismos igualitarios que utilizó el Estado para que se sintiesen ciudadanos.**

### Las presidencias de Roca y de Quintana

Roca fue elegido en 1898 en elecciones en las cuales la U.C.R. se abstuvo; *“hubo fraude donde fue preciso y apatía en el resto”*, describe Floria. El conflicto con Chile duró hasta 1901; con el fin de obtener una magnitud disuasiva de fuerzas militares, el ministro de Guerra, coronel (entonces) Pablo Ricchieri, presentó en el Congreso un proyecto de ley que reformaba el ejército, estableciendo el servicio militar obligatorio. En el largo debate parlamentario, Ricchieri manifestó que además del reforzamiento militar *“nuestro proyecto presenta otra ventaja de indiscutible importancia para nuestro país.”*

*“En la repartición que de sus dones ha hecho a los pueblos, Dios ha favorecido a la República Argentina con inmensos territorios que encierran en sus entrañas todas las riquezas. Tiene leyes protectoras que favorecen liberalmente al extranjero, y eso hace que recibamos una inmigración que ha sido la causa principal de nuestro progreso, que nos ha llevado al estado de cultura y de riqueza en que hoy el país se encuentra. Pero hay un deber de parte de los gobernantes de este pueblo, y es tratar de refundir en una sola todas las razas que representan los individuos que vienen a sentarse al hogar del pueblo argentino...”*<sup>6</sup>

La preocupación por compenetrar a la población de un espíritu nacional estuvo presente en el cambio de siglo, como respuesta al crecimiento aluvional de la inmigración. Son testimonios de esta preocupación algunas obras de Joaquín V. González, Ricardo Rojas, Pablo Pizzurno, Leopoldo Lugones y Carlos Octavio Bunge. Conviene destacar que estas “preocupaciones” casi nunca se trasladaron a la acción. Pocos años más

<sup>6</sup> Cámara de Diputados. 29ª. Sesión ordinaria iniciada el 12 de septiembre de 1901.

tarde, José María Ramos Mejía, como presidente del Consejo Nacional de Educación, hizo de este tema una de sus “ocupaciones” fundamentales. La educación hizo todo lo que pudo para integrar la nacionalidad, nadie en cambio utilizó las instituciones de protección social, que empezaban a señalarse como un medio efectivo para ese propósito.

La necesidad de una “*Restauración nacionalista*”, como se titulaba una de las obras de Ricardo Rojas, era una reacción no sólo a la elevadísima proporción de extranjeros sino también al materialismo creciente de una sociedad dispuesta a “*hacerse la América*”, **sin que lo moderase la identidad nacional compartida, base de la solidaridad nacional.**

También en ese primer año del siglo, Pellegrini se separó de Roca. El desacuerdo se originó en la presentación de un proyecto de Roca (y de su ministro de Hacienda) que respaldaba el pago de la deuda externa, garantizándola con las rentas aduaneras, y al cual Pellegrini, senador nacional, defendió en la Cámara y en el exterior, ante los acreedores. Al comprobar la irritación de la opinión pública, Roca decidió retirar el proyecto, a pesar de la oposición de Pellegrini, que se apartó y escindió el partido.

Contaba Nicolás Repetto: “*Evoco las costumbres electorales que yo conocí en la iniciación de mi vida cívica, cuando las elecciones tenían lugar necesariamente en los atrios de las iglesias y en los juzgados de paz, con tantas me-*



*Colecta para el Patronato de la Infancia*



*sas escrutadoras como las requería el número de inscriptos en la respectiva parroquia, con aglomeración de votantes, con baluartes estratégicos dispuestos anticipadamente por los partidos y con reyertas que alcanzaban, a menudo, proporciones de verdaderas batallas. El atrio de la iglesia de Balvanera fue transformado, más de una vez, en campo de nutridos tiroteos y en éstos cimentó el doctor Leandro N. Alem la leyenda de su coraje de gran caudillo dotado de un valor temerario. Veo, como si las estuviera mirando ahora, muchas mesas receptoras de votos en el atrio de la Iglesia de San Nicolás, mi parroquia, dirigidas, todas ellas, por el presidente del comicio a cuyas órdenes se hallaba un buen contingente de vigilantes armados. Los partidos agrupaban a sus partidarios en lugares separados, pero no muy distantes del atrio; los votantes de cada partido llegaban a las mesas en grupos de seis u ocho y se alternaban para que no hubiera ventaja para ningún bando. Cambiando de saco y de sombrero, no pocos individuos votaban tres, cuatro y hasta diez veces. A los socialistas no se nos concedía turno y nos veíamos obligados a mezclarnos con alguno de los grupos reconocidos para poder aproximarnos a las mesas receptoras de votos. El escrutinio se hacía en las mesas, con la presencia de los fiscales y de algún público. Sucedió con frecuencia que el partido derrotado apelaba al recurso extremo: el arrebato de las urnas con sus respectivas actas y boletas de voto. Esto originaba siempre escenas de violencia, matizadas, a veces, con disparos de armas de fuego. Un reparto de votos, previamente convenido por los hombres de lucha, no era raro.”*

El ministro del Interior, Joaquín V. González, convencido de que era necesario reforzar **la legitimidad de origen** de los gobiernos frente al crecimiento de la oposición, había analizado en profundidad el sistema electoral y tenía ideas precisas sobre su necesaria reforma; nuevo y transparente registro electoral, voto secreto uninominal por circunscripciones e **incorporación de analfabetos y extranjeros con dos o más años de residencia**. Carlos Pellegrini, mucho más pragmático, se opuso al **voto secreto** y a la **incorporación de extranjeros y analfabetos**. De todos modos, la ley 4116, estableció el voto uninominal —para lo cual se creaban tantos distritos como diputados se elegían—, con lista incompleta. Hasta entonces regía, con pocas modificaciones, la ley 140 de 1857, según la cual el voto era cantado y facultativo (esto no se modificaba), y se **votaba por lista completa** para los quince distritos electorales, lo que restringía el acceso de la oposición.

La nueva ley electoral se estrenó en las elecciones de 1904, en las cuales resultó electo el Dr. Alfredo Palacios, que fue así el primer diputado que presentó al socialismo en un parlamento latinoamericano. (Uno de sus proyectos más resonantes, y que se sancionó como ley, fue el referido a las condiciones de trabajo de niños y mujeres, el cual, como mencionamos en el capítulo anterior, había sido propuesto por Gabriela Laperrière de Coni.)



El Ejecutivo presentó, a través de Miguel Cané, y luego sancionó, la discutible (y discutida) ley de residencia, que autorizaba al gobierno para deportar a aquellos extranjeros que perturbasen el orden público; otra reacción frente al problema de la inmigración, esta vez **contra la introducción de ideas que el régimen consideraba peligrosas para el orden establecido.**

Cuando se acercaba al final del mandato, hacia 1903, Pellegrini se postuló como precandidato, pero el presidente Roca actuó para debilitar la posición de su antiguo colaborador, y Pellegrini retiró su candidatura. A Roca le fue imposible, en cambio, oponerse a la de Manuel Quintana, mucho menos afín, quien fue elegido junto con José Figueroa Alcorta, en 1904.

En su último mensaje presidencial, el presidente Roca, que tantas veces se apartó del respeto irrestricto a las normas que había tratado de imponer Rawson, demostró haber crecido en sabiduría política: *“Nos quedan, sin duda, muchos esfuerzos aún que hacer y muchas conquistas que alcanzar sobre nosotros mismos, tan propensos a ideales lejanos y a exigir la última expresión de la sabiduría política en el gobierno, en los partidos y en las prácticas constitucionales, que suponen un grado de perfeccionamiento supremo al que no han alcanzado todavía pueblos que cuentan con siglos de*

*existencia. Más que en la ley escrita, la forma republicana de gobierno reposa en hábitos y costumbres públicas.*"<sup>7</sup>

En 1905 el nuevo gobierno pudo superar una revolución radical-militar, aunque no consiguió disminuir el prestigio de Yrigoyen. Manuel Quintana falleció en 1906 (año en el cual fallecieron también Mitre y Pellegrini). Poco antes había derogado la ley electoral de Roca y había sancionado otra que sólo modificaba a la de 1857 en lo que hace al voto cantado, que se reemplazaba por una boleta (voto semisecreto). Completó el período presidencial el vicepresidente José Figueroa Alcorta .

La agitación social seguía en aumento, huelgas, atentados, movilizaciones y represiones, todo anunciaba el desgaste del régimen, a medida que se acercaba el centenario de la República. El de 1910 sería un año electoral: el ahora presidente Figueroa Alcorta apoyaba desde el año anterior al candidato que, según la costumbre establecida, sería presidente durante el siguiente sexenio: Roque Sáenz Peña. El radicalismo declaró la abstención, lo cual reducía la legitimidad de origen del nuevo gobierno, viciada también por el fraude acostumbrado.

Aráoz Alfaro da cuenta de la aparición de una «nueva *Unión Cívica*», (que) como el «Partido Republicano» algunos años antes, o más bien dicho, mejor que él, había procurado reconstruir un partido análogo al de la primitiva *Unión Cívica* de 1890, es decir, una reunión de los antiguos «mitristas» (Udaondo, Carballido, Frers, Emilio Mitre, Antonio Piñero), con hombres bien intencionados, no enrolados aún en política y con radicales moderados, disconformes con el espíritu revolucionario de Yrigoyen, cuyo último estallido (1905) habíase producido bajo la presidencia de Quintana, y que creíamos posible conseguir, mediante la lucha electoral, gobiernos respetuosos de la Constitución, de la verdad democrática, de la legalidad y capaces de hacer buena administración. Desgraciadamente, aquel movimiento, que alcanzó cierta importancia en esta capital, no logró verdadera repercusión en las provincias, las cuales siguieron divididas entre los situacionistas —antiguos autonomistas o roquistas, más tarde conservadores— y los radicales, en constante conspiración que no admitía la lucha cívica en el terreno legal."<sup>8</sup>

Finalmente, la *Unión Cívica* retiró su candidato (era el antiguo presidente del *Departamento Nacional de Higiene*, Dr. Guillermo Udaondo), criticando el favoritismo gubernamental. Un acuerdo, que habría tenido por base la modificación de la ley electoral, abriéndola al voto universal, obligatorio y secreto, entre el entonces candidato conservador y después

<sup>7</sup> Cit. por EZEQUIEL GALLO, "Reflexiones sobre la crisis de la democracia argentina". En FLORIA, C. (COMP.) *Reflexiones sobre la Argentina política*, Ed. de Belgrano, Buenos Aires, 1981, pp. 29-30.

<sup>8</sup> ARÁOZ ALFARO, G. *Política Demográfica*, Imp. y Casa Edit. Coni, Buenos Aires, 1940, p. 5 y 6.

presidente, Roque Sáenz Peña, y el líder de la oposición radical desde el fallecimiento de Alem, Hipólito Yrigoyen, atenuó las denuncias por la ilegitimidad de origen del nuevo gobierno.

La reunión de Yrigoyen y Sáenz Peña fue explicada por el primero en un memorial que elevó, muchos años después, a la Corte Suprema de Justicia. Sáenz Peña habría comenzado ofreciéndole participar en el gobierno, y habría terminado por comprometerse a modificar la ley electoral. Según algunos, Yrigoyen habría aceptado participar si se **intervenían todas las provincias, para terminar con los gobernadores electores, y los comicios libres se acompañaban de la caducidad de los mandatos**. La imposibilidad de Sáenz Peña para aceptar esas condiciones lo habría llevado a acordar la modificación del sistema electoral, con aquiescencia tácita de los radicales, que no participarían en el gobierno.

## **El Departamento Nacional de Higiene bajo la presidencia de Carlos Malbrán**

Habíamos dejado la crónica del *Departamento Nacional de Higiene* en el momento en que Wilde decidió renunciar, en mayo de 1900, después de su fracaso en el control de la peste, siendo reemplazado por el Dr. Carlos Malbrán<sup>9</sup>, que se desempeñaba hasta entonces como jefe del Instituto de Bacteriología y Seroterapia y a quien mencionábamos como uno de los miembros de la Inspección Técnica de Higiene en la Administración Sanitaria organizada por Coni, en 1892. El fracaso de Wilde, que había actuado como presidente “*político*” del Departamento (aunque tuviera antecedentes de higienista), y había demostrado su incapacidad para afrontar una emergencia sanitaria (probablemente porque la afrontó como político), llevó al gobierno de Roca a reemplazarlo con un “*técnico*” reconocido, para conformar a la opinión pública y reducir su responsabilidad.

Cedámosle la palabra al nuevo presidente del Departamento: “*A mi regreso del Paraguay fui honrado por el gobierno de mi país con la presidencia del Departamento Nacional de Higiene. [...]*”

*Pocos días después de hacerme cargo de esta función recibí una carta de una persona de mi intimidad que residía en Rosario de Santa Fe, en que me expresaba su asombro por la frecuencia con que veía pasar por la calle en que vivía vehículos en que se llevaban cadáveres al cementerio. [...]*

<sup>9</sup> CARLOS MALBRÁN nació en Catamarca en 1862. Se graduó en Buenos Aires con una tesis sobre el cólera y se desempeñó como inspector de Higiene de la Municipalidad. Se dedicó preferentemente a la bacteriología y a la seroterapia, haciéndose cargo en 1893 de la Sección Bacteriología del *Departamento Nacional de Higiene*. Profesor titular de Bacteriología de la Facultad, de la cual fue también Vicedecano, miembro titular de la Academia Nacional de Medicina, Senador Nacional por su provincia natal, falleció en 1940.

*En el acto me asaltó la sospecha que se trataba de casos de peste y se la transmití al Dr. Isidro Quiroga, distinguido facultativo que ocupaba la dirección de la Asistencia Pública de Rosario, quien vino a Buenos Aires ese mismo día y puestos de acuerdo, iniciamos al día siguiente en Rosario una investigación. [...]*

*Desde el primer momento se vio con claridad que los casos producidos en el trimestre estudiado (último de 1899) estaban concentrados en los alrededores de la barraca Germania y de la estación Sunchales del FCCA y también de los graneros situados en el puerto. [...]*

*En Buenos Aires, el primer caso fue denunciado por el Dr. Milene, en un enfermo de la calle ..., el 5 de febrero de 1900. Al hacerme cargo del D.N.H. se descubrió que en los sótanos de los almacenes de la aduana se encontraban muchas ratas muertas”.<sup>10</sup>*

Malbrán se hizo cargo de una institución desorganizada por la gestión anterior y desmoralizada por el ridículo al que la había expuesto el presidente renunciante. En el presupuesto aprobado, elaborado por la dirección anterior, se había suprimido el Consejo Consultivo, cuyo número de miembros rentados ya se había disminuido a cuatro en el presupuesto de 1892 y cuya importancia en la dirección había sido reducida por Ramos Mejía, como se ha visto antes. La inexistencia de actas del Consejo Consultivo y el deterioro de los Anales, (desde que Arata y Coni habían dejado su dirección), hacen difícil la reconstrucción de la labor desarrollada en esos primeros años del siglo.

*“Desde que me hice cargo de esta repartición —contaba Malbrán en la única publicación que de él pudimos encontrar— vi muy claros los grandes deberes que imponía el ejercicio de sus altas funciones. Pero vi también que el país carecía de una Ley de Sanidad Nacional, necesaria para hacer efectiva la defensa de la salud pública en todo su territorio, dentro de las reservas de nuestro régimen federal de gobierno.”*

De todos modos corresponde destacar la presentación que hizo Malbrán, en diciembre de 1901, de un proyecto para dotar de recursos al Departamento, computando los ingresos de la sanidad marítima (impuesto de sanidad, patentes y desinfección de inmigrantes, a razón de 0.50 \$ por cada uno) a los cuales se proponía sumar la venta de la vacuna (a 0.10\$ por placa), un impuesto de tres centavos por receta despachada por las farmacias y otro de cinco centavos por unidad de especialidad farmacéutica vendida. En los años siguientes, el impuesto de sanidad y el de las especialidades se incorporaron a Rentas Generales. No se pudo cobrar por la vacuna, ni por la desinfección de inmigrantes, ni por las recetas.

<sup>10</sup> MALBRÁN, C. G. *Apuntes sobre Salud Pública*, (sin editor) Buenos Aires, 1931, p. 19. Ésta es la única publicación de Malbrán que pudimos encontrar y existe de ella, por lo menos, un ejemplar en la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires.

En enero de 1902 se constituyó nuevamente el Consejo de Higiene, cuyos miembros, de carácter honorario, fueron los Dres. José Penna, Pedro Arata, Marcial Quiroga, Juan J. Díaz, Ricardo Schatz, Horacio Piñero y Telémaco Susini, y el ingeniero Guillermo Villanueva. En su primera sesión (1° de febrero de 1902) se eligió a Arata como presidente del Consejo y Penna hizo atinadas observaciones **sobre la persistencia de focos de peste, que podrían provocar un estallido epidémico**. Se formó una comisión para que informase sobre **el estado sanitario del país**, la cual se enfrentó con reticencias para la obtención de datos en muchos lugares, entre ellos, la ciudad de Rosario, sede de un Sub-Consejo de Higiene. Se decidió elaborar un proyecto de ley que legitimara la intervención de la Sanidad Nacional en las provincias, *“sin cuya ley se reputaban inútiles los esfuerzos que se hicieran para formar una estadística.”*

En el mensaje que acompañó al proyecto de la Ley de Sanidad Nacional, el Ministro del Interior, Joaquín V. González advertía: **“la amenaza no se limita a los puertos y no es solamente a ellos que deben restringirse las medidas defensivas [...] La situación sanitaria de una localidad salva en sus consecuencias los propios límites para afectar los intereses nacionales en sí mismos y en su relación con el extranjero.”** Como tantas otras veces, el proyecto no se aprobó.

A partir de la publicación de los trabajos de Eliseo Cantón (que había escrito, en 1886, su tesis de doctorado sobre el paludismo en la provincia de Tucumán), *“El paludismo y su geografía médica en la República Argentina”*, en 1891 y el posterior, *“El parásito de las fiebres palustres y nuevos métodos para curar el chucho”*, en 1894, **el problema planteado por la endemia palúdica había comenzado a debatirse en la Argentina.**

Aunque Alphonse Laverán había comunicado en Europa, en 1880, su hallazgo de un parásito en la sangre de enfermos palúdicos, sus observaciones habían sido recibidas con escepticismo por la comunidad científica durante varios años y cuando se aceptaron, permanecieron en la oscuridad los mecanismos de transmisión de la enfermedad, **a pesar de la convicción de Laverán de que el mosquito podía ser el vector**. En la década de los 90 los trabajos de Manson y Ross confirmaron las suposiciones de Laverán (en el Departamento, Nicolás Lozano y más tarde Antonio Barbieri, se ocuparon del tema).

En mayo de 1902 el Departamento convocó a delegados provinciales a una Conferencia destinada a evaluar la endemia palúdica en el Norte y acordar los procedimientos para combatirlo. Se estableció que estaban afectadas nueve de las catorce provincias y tres de los diez territorios nacionales. Al año siguiente se comprobó que era endémico en un cuarto Territorio. Entre las conclusiones que se aprobaron en la sesión de clausura, ante el ministro del Interior Dr. Joaquín V. González, el sexto punto

rezaba: “Crear por el Departamento Nacional de Higiene, delegados con residencias en las provincias, encargados de la intervención que a la Nación le corresponde en materia sanitaria.”

Sin embargo, se necesitaba algo más que una Conferencia para que se aceptara que a la Nación le correspondía alguna intervención en la sanidad de las provincias, siendo el cuidado de la salud una atribución provincial que la Constitución no había delegado ni siquiera en mínima medida, en la Nación.

También en ese año de 1902 se constituía en Washington la Oficina Sanitaria Internacional. En el Congreso Sanitario Panamericano que tuvo lugar en México en 1901 el Dr. Walter Wyman, salubrista estadounidense nacido en 1848 que había desarrollado su carrera en el Servicio de Hospitales de la Marina, avanzando al grado más alto al ser designado, en 1891, Cirujano General, destacó la común percepción que existía, tanto en el Norte como en la América del Sur, respecto de la sanidad de los puertos y sus consecuencias para el comercio internacional. Decía Wyman en aquella oportunidad: “*Todas o casi todas esas Repúblicas (de Centro y Sur América) han sufrido en su prosperidad comercial o mercantil con la visita o la amenaza de la terrible fiebre amarilla y me ha sorprendido en forma agradable la aprobación inmediata que he recibido de todos los referidos representantes con los que he hablado para tratar de un convenio internacional con objeto de hacer el saneamiento de los puertos donde reina la fiebre amarilla.*”

En febrero de 1902 se reunió en México la *Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos* en la cual se hizo referencia al problema mencionado por Wyman y al mecanismo propuesto para su solución. (Recordemos que en la primera, en 1888-1889, los Estados Unidos pretendieron crear una unión aduanera para fortalecer su posición comercial en América respecto de los países europeos y que la intervención de los delegados argentinos ayudó a que el intento fracasara).<sup>11</sup> La delegación argentina en esta *Segunda Conferencia* abogó por el establecimiento de relaciones concretas, “*inspiradas en la justicia, la igualdad, la integridad territorial y las relaciones comerciales, fundadas en la competencia abierta para todos.*”<sup>12</sup>

Apenas terminada esta Segunda Conferencia, se reunió en La Habana una *Conferencia Sanitaria Panamericana* en la cual Eduardo Liceaga, dis-

<sup>11</sup> [...] la Argentina frenó los esfuerzos torpes y pragmáticos de los Estados Unidos por construir un sistema hegemónico panamericano.” MCGANN, TH. *La Argentina y los Estados Unidos*, cit. por FLORIA Y GARCÍA BELSUNCE, *Op. cit.*, p. 89.

<sup>12</sup> SILVA, C. A. *La Política Internacional de la Nación Argentina*. Imp. De la Cámara de Diputados. Buenos Aires, 1946. *Op. cit.*, p. 782.

tinguido higienista mexicano, presentó la propuesta: *“La Conferencia que se reunió en México acaba de dar una prueba al mundo del progreso extraordinario a que están llamadas las naciones del Hemisferio Occidental [...] Sus resoluciones suprimen ya la palabra cuarentena y la sustituyen por la inspección y la desinfección. Suprimen la cuarentena prohibitiva respecto de los artículos manufacturados y mercancías. Establecen que las mercancías de tránsito no están sujetas a detenciones. Proponen que los gobiernos se presten mutua cooperación y se las proporcionen a las autoridades municipales y provinciales para el saneamiento de los puertos y con el objeto de reducir, hasta suprimir, las restricciones cuarentenarias. Establecen la declaración obligatoria por parte de las naciones de las enfermedades transmisibles que se hayan desarrollado en sus territorios. Proponen la reunión en Washington de una Convención General de Representantes de las Oficinas de Salubridad de las Repúblicas signatarias para dentro de un año, la creación de una Oficina Internacional residente en aquella ciudad y encargada de recoger los datos que sobre asuntos de Higiene le comuniquen todas las Repúblicas que han aprobado estas resoluciones.”*<sup>13</sup>

En diciembre de ese mismo año se reunió en Washington la Convención anunciada. Finlay presentó allí nuevamente sus trabajos sobre la transmisión vectorial de la fiebre amarilla, que tenían ahora la confirmación de la Comisión norteamericana que había presidido Walter Reed. Allí se creó la **Oficina Sanitaria Internacional**, consistente en una Junta de, al menos, cinco personas, que tendría sede en Washington y la reunión periódica de Convenciones sanitarias (cada dos años). La recopilación y difusión de informaciones quedó a cargo del presidente elegido, Dr. Walter Wyman, y dada la inexistencia de local ni personal, el Servicio de Sanidad estadounidense se encargó de ello. **En las publicaciones del Departamento Nacional de Higiene, esta creación no se menciona.**

Mientras tanto, en Buenos Aires se realizó, en 1904, el 2º Congreso Médico Latinoamericano, en el que se trató sobre todo sobre la profilaxis de la fiebre amarilla, cuya transmisión vectorial había sido confirmada por una Comisión norteamericana. (Hemos mencionado antes la oposición de Penna a los nuevos conocimientos, que fueron defendidos por todos los asistentes extranjeros, especialmente por el especialista brasileño Dr. Antonio Augusto de Azevedo Sodré).

Tuvo también lugar en Buenos Aires una nueva Convención Sanitaria Internacional, en la cual se incluyó a Paraguay. Los delegados argentinos fueron los Dres. Luis Agote y Pedro Lac vera, los de Brasil, Oswaldo Cruz y Antonio Augusto de Azevedo Sodré, el de Paraguay, el Dr. Pedro

---

<sup>13</sup> Bol. del Consejo Superior de Salubridad, México, 3ª  poca, T. VIII, N  8, febrero 28, 1902, pp. 377-379.



Peña y los del Uruguay, los Dres. Ernesto Fernández Espiro y Federico Susviela Guarch.

El Convenio aprobado contenía disposiciones generales destinadas a precisar los compromisos de notificación y los plazos para notificar e intervenir, a cuyos efectos los gobiernos contratantes **se comprometían a elaborar un código telegráfico para su uso exclusivo**. Entre esas disposiciones se destacaba una precisa definición del concepto de vigilancia sanitaria y los lugares en los cuales debía ejercerse. A continuación se regulaban en detalle la profilaxis terrestre y la marítima y fluvial, temas que completaban los 53 artículos del Convenio, **el cual fue ratificado en 1905**.

No nos ha sido posible encontrar, ni en los Anales del Departamento ni en el *Boletín del Consejo Nacional de Higiene* del Uruguay, datos que sugieran que efectivamente se estableció el flujo de información sanitaria hacia y desde la Oficina de Washington. Para las necesidades de Argentina, Uruguay y Paraguay, la información proveniente de Brasil y la de ellos mismos resultaba suficiente. Es posible que para la Sanidad de los Estados Unidos la situación haya sido análoga y les interesase especialmente la información de los países con los cuales el tráfico comercial era frecuente. Lo cierto es que, de acuerdo a información obtenida en el *Boletín del Consejo Nacional de Higiene* (uruguayo), en la *Segunda Convención de Río de Janeiro* en 1906, se habría decidido *“invitar especialmente a la República Oriental del Uruguay para decidir sobre el establecimiento, en la ciudad de Montevideo, de un Centro Informativo Sanitario [...] destinado a estar en relación con los otros centros mundiales de la misma clase: el de Washington para Norteamérica y el de París para Europa.”*<sup>14</sup>

En la Argentina se repitieron, en varias oportunidades, brotes de peste bubónica, en algunos de ellos con una elevada proporción de su forma neumónica. **Casi todos esos años, se produjeron epidemias de viruela en diversas provincias**. En septiembre de 1903 se sancionó la ley 4.202 (reglamentada en abril de 1904) que establecía la tantas veces reclamada obligatoriedad de la vacunación, **aunque solamente para la Capital y los Territorios Nacionales, únicos territorios en los cuales el Ejecutivo nacional poseía el poder de policía en asuntos sanitarios, por no haberse delegado en la Constitución Nacional esos asuntos a la Nación.**<sup>15</sup>

<sup>14</sup> *Boletín del Consejo Nacional de Higiene*, Montevideo, diciembre de 1907.

<sup>15</sup> “El poder de policía comprende... lo concerniente a la salud y bienestar de los habitantes; es pues un poder que a las provincias corresponde exclusivamente el reglamentarlo y ejercerlo. Y si bien en materia de policía sanitaria el ejercicio del poder de policía no ofrece dificultad, él ha motivado conflictos particularmente graves entre las jurisdicciones nacional y provincial.” BIELSA, R. *Principios de Derecho Administrativo*. Ed. Depalma, Buenos Aires, 1963, p. 712.

Los reiterados pedidos del Departamento al Ministerio del Interior, respecto de una clara determinación de sus atribuciones en las provincias, para recabar información (que a veces se le retaceaba) y **también para intervenir en el control de brotes epidémicos o de endemias como la palúdica o la leprosa, cuyas localizaciones territoriales se estudiaron en esos años, no tuvieron respuestas efectivas.** A pesar de ello, se comenzó a distribuir quinina<sup>16</sup> y a controlar la calidad de la que se ofrecía en el comercio, buscándose reducir su precio y hasta aclimatar su fuente vegetal para tratar de producirla en el país.

Un desencuentro del presidente con el Consejo terminó en la renuncia de sus miembros, que Malbrán reemplazó por una Junta con los funcionarios superiores, al estilo de las establecidas antes por Ramos Mejía y por Wilde.

En 1904 se puso la piedra fundamental del edificio destinado a albergar el **Instituto Bacteriológico Nacional**<sup>17</sup>, en un predio próximo a la Casa de Aislamiento, pero la obra se interrumpió por falta de fondos. (Hubo que esperar a 1914 para que fuese parcialmente habilitado y hasta 1916 para su inauguración).

*“En ese mismo año de 1904 —contaba Aráoz Alfaro—, celebróse en Buenos Aires el 2º Congreso Médico Latinoamericano, presidido por un higienista eminente, el doctor Emilio R. Coni, del cual tuve, la honra de ser secretario general. Tal asamblea tuvo verdadera trascendencia, pues la delegación brasilera, presidida por el ilustre profesor Azevedo Sodré hizo conocer los trabajos realizados en Río de Janeiro para combatir y hacer desaparecer la fiebre amarilla, aplicando las doctrinas y métodos de Finlay, que la Comisión Americana había confirmado en 1901. Desgraciadamente, el más grande epidemiólogo argentino —el doctor José Penna— se opuso a la teoría de la transmisión por el mosquito, considerando que no estaba suficientemente probada, defendiendo en cambio las ideas de Sanarelli<sup>18</sup>, que creía en la acción patógena del bacillus icteróide por él descubierto, y sosteniendo las viejas prácticas de desinfección y cuarentena.”*<sup>19</sup>

En 1906 se sancionó la ley 4874, conocida como ley Láinez, cuyo propósito explícito era “nivelar en toda la extensión de la República la cul-

<sup>16</sup> Desde el siglo XVII la infusión preparada con la corteza del árbol de chinchona, planta sudamericana, era utilizada por los médicos europeos para aliviar los síntomas de la malaria o paludismo. Desde 1854 los holandeses establecieron plantaciones en Java que perduraron hasta la IIª Guerra Mundial.

<sup>17</sup> En 1892 Hermann M. Biggs promovió y consiguió la creación de un laboratorio bacteriológico en el Departamento sanitario de Nueva York. ROSEN, G. A., *History of... Op. cit.*

<sup>18</sup> José Sanarelli era un científico italiano que llegó a finales del siglo a Montevideo, donde por un decreto de marzo de 1896 del Poder Ejecutivo uruguayo fue designado Director del Instituto de Higiene experimental, creado el año anterior por J. J. Scosería. Se habría dedicado especialmente a investigar sobre el agente etiológico de la fiebre amarilla y pocos años después abandonó el país.

<sup>19</sup> ARAÓZ ALFARO, G. *La Higiene y la Sanidad... Op. cit.*, p. 526.

tura nacional por la diseminación de la educación primaria, pues **dato el analfabetismo y la carencia de recursos de algunas provincias, era justamente a las mismas donde el honor nacional exige llevar la cultura, la instrucción primaria, que no podría alcanzarse en otra forma que por medio del tesoro nacional**". La acción del gobierno nacional en materia de educación se realizaba dentro de las previsiones de los artículos 5º y 67º de la Constitución nacional y eran, como se ha dicho, facilitadas por la uniformidad de las ideas de los maestros "*normales*", o como sugirió Foucault para Francia, "*normalizados*". Con el nuevo instrumento legal se crearon, en muchas provincias, escuelas primarias nacionales.

En ese mismo año, Malbrán propuso al ministro del Interior, Dr. Norberto Quirno Costa, la convocatoria de una Conferencia Sanitaria en la cual se tratase la situación de la lepra en la Argentina, la cual se realizó en julio de ese año y en las cuales se destacaron las participaciones de Baldomero Sommer<sup>20</sup> y Maximiliano Aberastury, profesores titular y suplente, respectivamente, de la cátedra de Dermatología, y también las de José Penna y Benjamín T. Solari. Al año siguiente el Departamento preparó un proyecto de ley para establecer la obligatoriedad de la declaración y un registro nacional, así como para uniformar la información sobre el tema. El Congreso se tomó dos décadas para responder a la iniciativa.

A pesar de que se obtuvieron algunas informaciones demográficas alarmantes sobre la situación sanitaria en algunas provincias (en 1902, por ejemplo, la mortalidad había superado a la natalidad, que era bastante elevada, en Jujuy y en Salta; el promedio de mortalidad en el quinquenio 1898/1902 había sido de 30.2 por mil en Tucumán y de 31.9 en Salta), no se consiguió autorización para intervenir sino a través de expresas solicitudes provinciales.

Se elaboró una ley sobre profilaxis del paludismo, que tardó en reglamentarse; cuando en 1907 se elaboró un proyecto para reglamentar las sociedades de socorros mutuos y asistencia médica, tampoco se consiguió que prosperara.

En ese año se reunió en México la *Tercera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas* —a la cual no asistió la Argentina— en la cual se decidió gestionar la creación de un **Centro Internacional para la recolección de Información Sanitaria en el Sur de Sud América**, proponiéndose como sede la ciudad de **Montevideo**. También se recomendó allí la conveniencia de establecer la obligatoriedad de la va-

---

<sup>20</sup> BALDOMERO SOMMER nació en 1857, apenas dos años después que Penna. Se dedicó al estudio de las enfermedades de la piel e inauguró en 1892 la cátedra de Dermatología y Sifilología. Fue presidente de la Sociedad Médica Argentina en 1897 y miembro titular de la Academia Nacional de Medicina desde 1912. Falleció en 1918.

cunación antivariólica y de encarar la lucha contra el paludismo, la prevención de difusión de enfermedades en ferrocarriles y vapores, así como la no-admisión de inmigrantes que sufriesen de tracoma o beri-beri.<sup>21</sup>

En el Consejo del *Departamento Nacional de Higiene* se discutió el cambio de la clasificación de causas de mortalidad que se utilizaba, propiciada por una Conferencia Sanitaria realizada el año anterior en París, donde funcionaba desde 1907 la Oficina Sanitaria Internacional, por otra elaborada por Penna y Ramos Mejía que permitiría una mejor evaluación de la mortalidad por afecciones infectocontagiosas.

Técnicos del Departamento comprobaron una pésima situación de higiene en los ferrocarriles; el Ministerio del Interior lo facultó, a través de una resolución, para que incluyera ese ámbito en su jurisdicción, **pero las compañías y la Dirección de Ferrocarriles opusieron una tenaz resistencia a permitir el acceso de los inspectores sanitarios**. Cuando, en 1907, se remitió al Departamento la ley sobre el trabajo de mujeres y de niños, cuya génesis ha sido mencionada, para que interviniese en su vigilancia, el **Departamento Nacional del Trabajo objetó su competencia**.

Una de las últimas actividades de Malbrán fue la gestión del decreto del 14 de junio de 1910 aprobando la licitación para la construcción de Hospitales Antipalúdicos en Rosario de la Frontera, en Santa Fe; en General Güemes, en Salta; y en San Pedro, en Jujuy.

En las elecciones de 1910, Carlos Malbrán fue elegido Senador nacional por Catamarca y presentó su renuncia a la presidencia del Departamento en los últimos meses de la presidencia de Figueroa Alcorta. El presidente Figueroa Alcorta firmó, con su ministro Manuel Gálvez, la designación del sucesor, el Dr. José Penna, así como de los vocales con los cuales se conformaría el Consejo Consultivo, de acuerdo a la ley de reorganización de 1901, los Dres. José María Ramos Mejía, Pedro Arata, Francisco de Veyga, Enrique Revilla, José Semprún y Joaquín Zabala.

Los tres hospitales con los que contaba Buenos Aires en los años en que Rawson los criticaba se habían multiplicado. La nueva práctica de la medicina necesitaba del hospital. En 1910 los hospitales que, a través de la Administración Hospitalaria y Asistencia Pública, dependían de la Municipalidad, habían incorporado en 1887 al Hospital Rawson, en 1896 al H. Pirovano, en 1889 al Hospicio de Inválidos y al Sifilocomio (base de lo que hoy es el H. Fernández), en 1900 al H. Argerich, en 1901 al H. Álvarez, en 1905 al Sanatorio Tornú, en 1907 al H. Crespo y finalmente, en 1910, al H. Alvear. El total de las camas hospitalarias municipales ascendía a 2.600.

---

<sup>21</sup> *Boletín del Consejo de Higiene*, Montevideo, Año III N° 20, junio de 1908. Informe presentado al Ministerio de Relaciones Exteriores por el Dr. Ernesto Fernández Espiro, Delegado del Gobierno de la República a la Tercera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, p. 132 y ss.

Ya en aquella época los hospitales municipales tenían un comportamiento diferente del de los otros establecimientos, tanto de los nacionales como de la Sociedad de Beneficencia; decía Penna en su *Memoria de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública* del año 1908: “*El hacinaamiento de los enfermos en los hospitales a cargo de la Asistencia Pública lo constituye en recintos antihigiénicos, comparativamente a lo que se observa en los hospitales similares dependientes directamente del gobierno de la Nación o indirectamente por intermedio de la Sociedad de Beneficencia, lo que hace que no pueda establecerse paralelo entre ellos, pues mientras los primeros deben alojar en sus salas a todos los desgraciados que de la Capital, de las provincias o de los territorios nacionales acuden a sus puertas en demanda de una cama, de que no se les puede privar, los segundos, como verdaderos establecimientos privilegiados, no admiten en sus servicios sino el número reglamentario de personas y rechazan el sobrante para que vayan a rebasar, hasta un límite contrario a todo lo conveniente, las salas de los servicios municipales, que a pesar de la dilatabilidad de que por tanto tiempo han dado pruebas, amenazan estallar ruidosamente ante la creciente avalancha de desgraciados a que el aumento incesante de la población constantemente los obliga.*”

Pero también habían aumentado las camas nacionales; al Hospicio de las Mercedes, al Hospital Militar y al Hospital de Clínicas se había agregado la Maternidad de la Facultad de Medicina y habían aumentado su capacidad instalada, totalizando 2.400 camas. La Sociedad de Beneficencia de la Capital poseía el Hospital Rivadavia, el de Niños, además de la Casa de Expósitos y la de Huérfanos, y del Hospital Oftalmológico, con lo cual se sumaban otras 2.400 camas. El Patronato de la Infancia poseía los internados Aguirre y Butler y la enfermería de la Escuela de Artes y Oficios, sumando 144 camas más.

Los Hospitales de las Colectividades extranjeras, el H. Francés, el Británico, el Español, el Italiano y el Alemán reunían casi 1.100 camas del sector privado, en el cual se contabilizaban también los sanatorios y clínicas particulares, que creaban cirujanos y grupos de médicos para poder realizar las prácticas, sobre todo quirúrgicas, que requerían la colaboración de profesionales y auxiliares, así como de instrumental cada vez más complejo. Penna y Madero<sup>22</sup> enumeraban 20 de estos establecimientos, generalmente instalados en casas particulares acondicionadas para sus nuevos fines, con un total de camas de alrededor de 725.

Para tener idea de la modernidad de los años a los cuales nos referimos, transcribiremos una anécdota que incluyen Penna y Madero en su obra varias veces mencionada: “*con el fin de aumentar la rapidez en el ser-*

---

<sup>22</sup> PENNA J. y MADERO, H. *La Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires*, Edic. Oficial, Ed. Kraft, Buenos Aires, 1910, Vol. I, pp. 250-251.

*vicio de primeros auxilios se ha ensayado el sistema de ambulancia automóvil (eléctrica o de nafta), llegándose a la conclusión de que con buenos caballos bien descansados, la tracción a sangre es siempre preferible, por la menor cantidad de inconvenientes que presenta al concurrir a los llamados. Además, en una ciudad con tanto tráfico como Buenos Aires, la velocidad a que puede marcharse, en la parte céntrica, no es mayor que la que lleva una ambulancia a sangre”; en los suburbios, es “la naturaleza de los pavimentos la que impide las velocidades altas”. [...]*

En la Capital se totalizaban 57 establecimientos con casi 10.000 camas, de las cuales el 80% pertenecían al sector público. En el Interior del país la situación era muy diferente y, excepto en las grandes ciudades, como Rosario y Córdoba, la capacidad instalada era similar a la de los 1880's. La carencia de facilidades para la internación de alienados en el Interior fue la motivación inicial de Cabred, aunque pronto se dio cuenta de que la necesidad era más amplia.

De esta época es la iniciativa de Aráoz Alfaro, retomando una sugerencia hecha décadas antes desde París por Emilio Coni en sus Cartas a *La Prensa*, sobre la creación de un **Instituto Superior de Medicina Pública**, centro de docencia de posgrado que prepararía profesionales especializados en Higiene y Medicina Legal.<sup>23</sup>

## La comisión asesora de Asilos y Hospitales Regionales

**Domingo Cabred**, nacido en Corrientes en 1859, había colaborado desde sus épocas de practicante, con su maestro Lucio Meléndez, director del **Hospicio de las Mercedes**.<sup>24</sup> El “*manicomio de hombres, era en esa época (1880), un establecimiento estrecho e insalubre en alto grado, mal construido y con instalaciones completamente primitivas, —recordaba Coni en sus Memorias— [...] los indigentes, en un hacinamiento lamentable, dormían en gran número sobre el frío y húmedo suelo de las salas y hasta de las mismas galerías abiertas, expuestos a las inclemencias del tiempo [...] Las salas con pisos de madera carcomida por el tiempo y las ratas, ofrecían a la vista un aspecto repugnante y lúgubre con sus ventanas de cárcel y sus paredes destilando agua; [...] el encierro en calabozos y el chaleco de fuerza, fuera de otros medios coercitivos, se empleaban corrientemente.*”

Lucio Meléndez, como Director del establecimiento y con el apoyo de la sección de higiene de la Comisión Municipal, corrigió en buena parte

<sup>23</sup> ARÁOZ ALFARO, G. “La especialidad en Higiene y Medicina Legal”. *La Sem Méd* 1911, T. 18, II, p. 822.

<sup>24</sup> Ver MALAMUD, M. *Rev. Min. S.P. Prov. Buenos Aires*, N° 7, enero de 1964, p. 122 y ss. También LOUDET, O. *Mé-dicos Argentinos, Op. cit.*, p. 143 y ss.



Domingo Cabred. AGN

esta situación, promoviendo la instalación de diversos talleres “y hasta un lavadero de vapor, que no sólo servía al establecimiento sino a otros municipales y nacionales”.

Meléndez fue designado profesor de Psiquiatría de la Facultad y Cabred siguió colaborando con su maestro en la creación de una nueva era en la atención de enfermos mentales. Adquirió creciente prestigio y dirigió por muchos años, sucediendo a Meléndez, el Hospicio de las Mercedes. Su creación de una institución de puertas abiertas en Luján, el **Open Door**, fue celebrada por Clemenceau (durante su visita a Buenos Aires), como “*la obra más perfecta de la razón humana*”.

El prestigio de Cabred lo hicieron merecedor del respeto de presidentes como Roca<sup>25</sup> y Figueroa Alcorta (quien era también amigo y admirador de Penna); su amistad con el canciller Montes de Oca le permitió que se presentase al Congreso un proyecto de ley que propiciaba la creación de un organismo que colaboraría para **dotar al interior del país de establecimientos asistenciales** que creía imprescindibles. A la hora de aprobarse el proyecto, había que contar con recursos presupuestarios para dotarlo y en la imposibilidad de conseguirlos en otro lado, **Montes de Oca accedió a emplear recursos de la Cancillería**. Nació así, por la Ley 4.953 de 1906, como dependencia del Ministerio de Relaciones Exteriores y

<sup>25</sup> La única fotografía que existe de Cabred en el Archivo General de la Nación lo muestra ingresando al salón en el cual el presidente Roca conversa con un diplomático.

**Culto** (el cual tenía ya relación con la Sociedad de Beneficencia), la “**Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales**”.

Una de las primeras creaciones de la Comisión se produjo en el territorio nacional del Chaco: el **Hospital Regional de Resistencia**. Siguieron luego el **Asilo de Alienados de Oliva** (Córdoba), el **de niños retardados de Torres** (Buenos Aires), el **Hospital de Bell Ville**, el **Sanatorio de Tuberculosos de Cosquín**, el **Hospital Regional de Allen** (Río Negro), el **Asilo-colonia de Olivera** (Buenos Aires), el **Hospital Común Regional Andino** (La Rioja) y el **Sanatorio Nacional de Tuberculosos de Santa María** (Córdoba).

En los veinticinco años en los cuales Cabred presidió la Comisión, se localizaron, diseñaron, construyeron y habilitaron unas 7.000 camas hospitalarias; Cabred ayudaba a definir las necesidades, orientaba el diseño, vigilaba la construcción y muchas veces dirigía, durante sus primeros tiempos, las nuevas instituciones.

La creación de establecimientos nacionales en territorios provinciales implicaba un avance sobre sus autonomías, pero no hubo reclamos; menos aún cuando se trataba de establecimientos para pacientes crónicos, que resultaban demasiado onerosos para todas las provincias. Pero a nivel nacional, la aparición de otro núcleo de decisión y administración de recursos nacionales destinados a la atención de la salud complicaba una situación nada simple.

### **José Penna: un reclamo enérgico ante la dispersión institucional y el conflicto jurisdiccional**

**José María Penna**<sup>26</sup> había nacido en Buenos Aires en 1855 (era un año más joven que Coni), hijo de un militar italiano que había emigrado en 1850 a Montevideo y llegado a Buenos Aires después de Caseros; que había participado en la guerra del Paraguay y que había sido instructor de artillería en el Colegio Militar y director del Arsenal de Guerra.

El joven José María ingresó a la Facultad de Medicina en 1873 y se graduó en 1879. Aráoz Alfaro destacaba que “*se formó solo, aquí entre nosotros, sin haber visitado siquiera las escuelas del viejo mundo*”. En 1889 era profesor suplente de Patología Interna y titular dos años más tarde. Desde 1882 trabajaba como médico de la Casa de Aislamiento, en su primitiva localización de la esquina de Paraguay y Azcuénaga (la quinta de Leslie), que había sido utilizada antes como lazareto por la Sociedad de Beneficencia.

---

<sup>26</sup> Su discípulo, el Dr. Aberastury, presentó en la Academia Nacional de Medicina un estudio sobre la vida y la obra de su maestro.



Desde 1892 se desempeñó como Director y gestionó su traslado a su ubicación definitiva, “*donde las modestas barracas de madera primitivas fueron siendo poco a poco reemplazadas por las amplias y adecuadas construcciones que forman hoy el Hospital Muñiz, que es en todo —material y espiritualmente— su propia obra.*”<sup>27</sup>

Ocupó luego la dirección de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Capital, institución cuya historia y descripción publicó, en el mismo año en el que se hizo cargo de la presidencia del *Departamento Nacional de Higiene*, junto con su colaborador, el Dr. Horacio Madero, en una obra del más alto valor para la historia de nuestra salud pública.<sup>28</sup>

Para la ciudad capital, era una época de crecimiento inusitado de la capacidad instalada hospitalaria, resultado, como se mencionó, de las transformaciones de la cirugía y la medicina clínica: había 4 establecimientos nacionales, 18 municipales, que totalizaban más de 5.000 camas, a las cuales debían agregarse alrededor de 1.000 de los hospitales de colectividades extranjeras y algo más de 700 correspondientes a unos 20 establecimientos privados (Sanatorios o Institutos).

Al hacerse cargo de la presidencia del Departamento, Penna se dirigió al Consejo Consultivo manifestándole sus propósitos de reorganización. Les recordó que las funciones que la ley de creación le confería eran similares a las que tenía el Tribunal de Medicina rivadaviano y anteriormente, el Real Protomedicato. Con el tiempo, al desarrollarse el país, se podía constatar la extensión de los radios de acción de todas las esferas del gobierno y de sus órganos ejecutivos, en tanto que el Consejo de Higiene primero, y el Departamento después, habían disminuido su capacidad funcional y se les habían sustraído atribuciones, para dar origen a otras dependencias que debieron ser sus derivadas y subordinadas y que formaban desde entonces entidades autónomas, exponiendo el país a conflictos que amenazaban a la salud pública, con las consecuencias de la imprevisión y de la anarquía entre servicios sanitarios.

Enumeraba el control de las enfermedades del ganado, que le había sustraído la ley de Policía Sanitaria Animal, el control bromatológico a cargo de la Dirección de Ganadería y la Oficina Química Nacional, el control del agua a cargo de la Dirección de las Obras de Salubridad, para referirse luego a los servicios relacionados con la asistencia médica colectiva, que se desenvolvían por diversas sendas, con distintos planes de organización y diferentes presupuestos, a pesar de que eran costeados por el gobierno. No

<sup>27</sup> ARÁOZ ALFARO, G. *Crónicas y Estampas... Op. cit.*, pp. 244-245.

<sup>28</sup> PENNA, J. y MADERO, H. *La Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires*, Ed. Kraft, Buenos Aires, 2 vol., 1910.

olvidaba mencionar el conflicto que se mantenía con el Departamento Nacional del Trabajo sobre la vigilancia de la higiene industrial.

Detallaba luego el abandono en el que se hallan las instalaciones encargadas de cumplir las Convenciones Sanitarias, de las cuales sólo estaba en condiciones adecuadas la estación de desinfección del Dique N° 4, del puerto de Buenos Aires. Recordaba que se continuaba sin un Instituto de Bacteriología y Seroterapia, (mencionamos antes que después de colocarse la piedra fundamental del edificio, las obras se habían detenido por falta de fondos). *“Las deficiencias que acabo de señalar a grandes rasgos, indican bien claramente que la tarea de reorganizar una institución que no ha recibido todo el cuidado que merecía de los altos poderes del Estado, en un largo período de tiempo, es muy ardua y de grandes responsabilidades.”*

*“Naturalmente, no es posible que vuelvan al Departamento muchos de los servicios que se le han separado; pero no debe perderse de vista nunca, que él representa la suprema autoridad sanitaria del país, que es el asesor obligado en materia sanitaria y en todo lo que con la higiene pública se relaciona; por consiguiente, debe propenderse a dotarlo de los institutos, medios y elementos que le sean indispensables para llenar su objeto.”*

*“Se comprende también que una organización definitiva no puede ser sino un ideal para un futuro muy lejano todavía. Por el momento, todo lo que puede exigirse es la formación de núcleos principales de funcionamiento, a los cuales se irán agregando paulatinamente elementos, a medida que se necesiten. Así es como he procedido en la confección del proyecto de Presupuesto.”*

Se reorganizaba el Departamento en siete núcleos, el correspondiente a Dirección y administración y seis a los cuales denominaba Divisiones: la primera abarcaba la **sanidad y profilaxis marítima y fluvial** del puerto de la Capital. Los demás puertos, afirmaba Penna, no tienen sino médicos encargados de la visita sanitaria. Las dos naves dotadas de material completo de profilaxis, el *Andes* y el *Plata*, eran de la Armada y habían sido facilitadas al Departamento en forma transitoria. Para la posibilidad de que se presentase una alteración de la salud pública en esos puertos, preveía el envío de personal y recursos concentrados en el Cuerpo Auxiliar de Servicios Sanitarios.

La segunda División era la de **sanidad y profilaxis terrestre** y comprendía las delegaciones de las provincias y las estaciones que se formarían en los Territorios Nacionales, la profilaxis del paludismo, de la viruela y de la lepra, tuberculosis, bocio, cretinismo e infecciones agudas. Cuando se tuvo noticias, en octubre de 1910, de la difusión del cólera en Europa, Penna se dirigió a los Consejos de higiene o Direcciones de Salubridad, —ese año el Interventor Federal había creado la de La Rioja— sugiriéndoles las medidas que debían prepararse y autorizándolos a utilizar temporariamente el personal de la campaña antipalúdica. Se incluía en la Di-

visión la Oficina Demográfico- Sanitaria y de Estadística e Informaciones Sanitarias y la Inspección de Higiene y Desinfección de los Ferrocarriles. Penna puntualizaba: “Esta división, que es la más vasta por las proyecciones que tendrá en adelante, a medida que vayan ampliándose los servicios en las provincias y territorios, abarca en su conjunto la mayor parte de los estudios a organizarse sobre la higiene pública.” Anticipaba también la reorganización de la profilaxis del paludismo, apoyado en la ley (N° 5195) que se había sancionado pocos años antes (1907) y en cuya elaboración había intervenido.

La tercera división comprendía la **Higiene escolar, Infantil, Industrial y Social**. La cuarta estaba dedicada a la **Deontología médica y vigilancia del ejercicio profesional y de la medicina pública**. La quinta comprendía el **Instituto Bacteriológico central y los laboratorios regionales y ambulantes** que fuese necesario establecer. La sexta división comprendía los servicios de **desinfección y saneamiento**. Además de las divisiones, se incluían en la organización otras dependencias, encargadas de **Ingeniería sanitaria**, de la **Inspección de Productos alimenticios**, el **Instituto Químico** y el **Instituto Antivariólico**.

Las secciones definidas por Penna, a las cuales se agregarían otras durante la presidencia de Aráoz Alfaro, se convirtieron en núcleos de formación de una reducida pero prestigiosa tecnoburocracia sanitaria que acumuló conocimientos y experiencia, ganó prestigio y respeto, y se identificó con los propósitos de la institución.

En los comienzos de la gestión de Penna se iniciaron las investigaciones argentinas sobre una nueva enfermedad parasitaria descubierta en el Brasil. En 1910 Nicolás Lozano trajo de un viaje a Río de Janeiro algunas fotografías, así como una cepa de *Trypanosoma cruzi*, agente etiológico identificado por Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas (1879-1934), en el Instituto Bacteriológico de Manguinhos<sup>29</sup>, el año anterior. Penna comisionó a Carlos Maggio y a Lozano para viajar a Manguinhos en 1911 y en ese mismo año, a Maggio y al parasitólogo Francisco Rosenbusch para investigar sobre la nueva enfermedad en Salta. En 1912 Chagas presentó sus hallazgos en la Academia de Medicina de Buenos Aires. La relación sugerida por Chagas entre la trypanosomiasis y el bocio era negada por Kraus, Rosenbusch y Maggio en 1915<sup>30</sup>; el mismo asunto dio lugar a la aparición de dudas a nivel internacional, por una década, sobre la totalidad de los hallazgos de Chagas.

<sup>29</sup> CHAGAS, C. “Trabalho do Instituto de Manghinos sôbre uma nova tryoanosomiase humana”, *An. Acad. Med., Rio de Janeiro*, 1909, 75: 188-190.

<sup>30</sup> KRAUS, P., MAGGIO, C. y ROSENBUSCH, F. “Bocio, cretinismo y enfermedad de Chagas”, *Prensa Méd. Arg.* 1915, 2: 2-5.

En un trabajo sobre entomología, el entonces Director del Museo de Mendoza, Carlos S. Reed describía en el Boletín del Departamento de julio/agosto de 1912, doce variedades de insectos molestos, dedicando a la vinchuca tres breves párrafos, anotando “que puede propagar gérmenes de diversas enfermedades infecciosas”. Recién en 1914 Maggio y Rosembusch comunicaron haber hallado triatomídeos infestados por el *Trypanosoma cruzi* (que entonces se conocía como *Schizotrypanum cruzi*).

En su gestión, Penna dedicó notables esfuerzos a orientar e iniciar la **lucha antipalúdica**, la cual se llevaría a cargo en las provincias y territorios nacionales afectados con recursos del Departamento, el que formularía la estrategia de la campaña y la ejecutaría, comunicándola a las autoridades provinciales. A través de la forma elegida para dar cumplimiento a una ley que establecía el interés de la Nación en controlar la endemia palúdica, Penna creaba, sin reclamos y hasta con beneplácito de las provincias, un mecanismo de intervención directa.

La estrategia formulada discutía los medios existentes para combatir la difusión del paludismo: los dirigidos a las personas (“quininización”) y los dirigidos al vector, que a su vez se dividían entre las acciones directas, que se orientaban a atacar al mosquito y a sus larvas (petrolización), y las indirectas, que buscaban impedir su desarrollo a través del saneamiento de los terrenos en los cuales se criaban los mosquitos. La experiencia adquirida en los dos años anteriores le permitían afirmar que **la estrategia debía incluir acciones sobre las personas y sobre el vector, sobre todo las directas, ya que las indirectas requerían generalmente erogaciones de magnitud superior a la capacidad económica del Departamento**, aunque ofrecían una permanencia de sus efectos que no permitía descartarlas en los casos en que los recursos fueran suficientes.

Como la suma acordada por la ley era reducida con relación a la tarea que debía realizarse, proponía limitar la campaña a una o dos provincias, hasta que el Congreso aumentase los recursos asignados. Se destacaba la necesidad de educar a la población general y a la escolar, en forma “*tenaz y continuada*”, para vencer resistencias.

El informe de una Comisión, que había recorrido Catamarca, Jujuy, Salta y Tucumán, sugería que la petrolización sería inconveniente en muchos lugares por la necesidad de la población de utilizar las lagunas como fuente de agua para beber, dada su escasez, por lo cual se pensaba complementarla con la introducción de plantas acuáticas y peces de las especies aconsejadas.

La *Memoria de 1912* informa sobre el desarrollo de la campaña en siete circunscripciones en Tucumán y Salta, cuatro en Jujuy y tres en Catamarca, así como los recursos con los que se contaba en cada una. La administración y dirección de los servicios se localizó en el Departamento, con un

médico jefe, cuatro médicos inspectores, tres empleados, tres pagadores y un encargado de depósito. En cada una de las cuatro provincias iniciales se designó un Director Regional, un secretario, un número variable (de tres a siete) de médicos y un número variable de guardas sanitarios de profilaxis interna (de siete a catorce) y otro menor de guardas de profilaxis externa; en Tucumán un inspector de saneamiento y un ingeniero asesor y en todas auxiliares de saneamiento (entre cuatro y trece), capataces (entre cinco y veinte) y peones (entre cincuenta y doscientos). En La Rioja se destacaron un médico y cinco funcionarios de campo.

Este programa constituyó el primero de los que después, con el nombre de “**grandes luchas**”, se convirtieron en el instrumento de proyección de la acción de la sanidad nacional en las provincias y territorios (nos pareció importante, por eso, destacar la reducida nómina de personal de nivel central respecto de las dotaciones en las provincias). Como complemento de las acciones, se consideró que debía atenderse al estudio y a la investigación científica de los factores etiológicos de la endemia, instalándose en Salta un Laboratorio Regional y dos de menor complejidad en Catamarca y Jujuy, que servirían para esos fines y colaborarían como centros de apoyo diagnóstico, no sólo de la infección palúdica, sino de otras enfermedades locales.

La quinina adquirida por el Departamento en años anteriores había tenido problemas de calidad, envase, etc., por lo que se decidió licitarla en Europa. Se preparó el material de “*propaganda educativa*”, parte del cual se distribuyó, con anuencia y colaboración del **Consejo Nacional de Educación**, a los **Consejos de Educación provinciales**.

En el primer semestre de 1912 se asistieron 20.000 enfermos, distribuyéndose doscientos kg de quinina; en ese mismo período se fumigaron dos mil casas, se realizaron 17 km de canalizaciones, además de rellenos de pozos, desmontes y terraplenamiento de pantanos. Los trabajos de saneamiento tuvieron especial relevancia en la provincia de Tucumán, en el departamento Capital y en los departamentos de Concepción, Molinas, Trancas, Simoca, Villa Alberdi, Río Colorado y Monteros. En este último departamento, “*en una de las regiones más palúdicas de la provincia, convertíase la planta urbana y alrededores en terrenos anegados y pantanosos, después de cada lluvia y durante toda la estación malárica, favoreciendo de un modo especial la persistencia de larvas, mosquitos y paludismo. Los trabajos de drenajes, nivelación y relleno, han dado por resultado la desecación permanente, aún después de copiosas lluvias, de una extensión considerable de los terrenos ocupados por la población y alrededores. Para ello se removieron 5.440 metros cúbicos de tierra en nivelaciones, canales y drenajes, construyéndose dos canales principales colectores de 703 metros, que vierten las aguas en el río próximo. Sobre estos canales hubo que colocar 15 puentes de madera en los cruces de camino.*”

Todas esas tareas habían sido cuidadosamente reglamentadas y el personal (médicos y guardas sanitarios) había sido concursado sobre la base de condiciones personalmente establecidas por el presidente del Departamento.

Preocupado desde sus días de médico de la Casa de Aislamiento (1882) por la difusión y letalidad de la viruela, (en el año de 1910 todavía morían por esa causa, en la Capital de la República, 543 personas) Penna elaboró, en 1912, un proyecto de ley que el Ministerio del Interior envió al Congreso, **estableciendo la obligatoriedad de la vacunación y revacunación antivariólica en todo el país, aunque se establecía que el Poder ejecutivo acordaría con los gobiernos de las provincias la aplicación de la ley, coordinando la acción para su mejor resultado.** En el Congreso, Penna fundamentó el proyecto, manifestando, entre otros conceptos, que la ley anterior era de jurisdicción circunscripta y la enfermedad que se pretendía dominar de difusión ilimitada, tanto dentro como fuera del país. Decía: *“Véase, pues, que esta Ley (la anterior) nació pobre, miserable, sin recursos para poderse cumplir, y el gobierno de la Nación, a quien correspondía su ejecución y su reglamentación, creyó salvar la dificultad fragmentando y dividiendo la tarea entre la Municipalidad de la Capital y el Departamento Nacional de Higiene.”*

*“Pero es que la Municipalidad de la Capital, desde que es Municipalidad y rige los destinos de la comuna, es decir, desde 1857, siempre ha vacunado; y antes que la Municipalidad, vacunaba ya el gobierno de la Provincia; y desde el año 1805, el canónigo Segurola no hacía otra cosa. Hace un siglo que se vacuna y hace un siglo que la viruela no deja de manifestarse en forma epidémica, y esta circunstancia ha hecho que se reconociera y comprobara siempre que la intensidad de la vacunación nunca alcanzó a dominar la intensidad del contagio.”*

*“En el año 1906”* —continuaba Penna— *“ocurrió en la Capital una grave epidemia de viruela. Murieron por su causa más de 970 personas. Me tocó, en esa época, tener a mi cargo la dirección de la Asistencia Pública y de la Administración Sanitaria, y entonces, convencido de la inmensidad del beneficio que la práctica de la vacunación puede producir, por razones especiales, formulé un programa y un proyecto de organización de vacunación permanente, que mereció la aprobación del Intendente de la Municipalidad y del Concejo Deliberante, votándose para este servicio la suma de 250.000 pesos anuales, suma que fue elevada poco después a 300.000 pesos.”*

*“Y hago esta ligera digresión, para que pueda servir de punto de mira o de comparación a los señores Diputados que pudieran alarmarse por la cantidad de 500.000 pesos que figura en el proyecto que presento y que se destinan al sostenimiento del servicio de vacunación en las provincias y en los Territorios Nacionales.”*

Y añadía: *“La ley sobre la vacunación obligatoria rige en la Capital Federal y en los Territorios Nacionales, tal como si la viruela fuera el patrimonio o el atributo exclusivo de los habitantes de esas regiones, o como si las legislaturas de todas las provincias hubiesen dictado leyes similares o correlativas, y votado los fondos indispensables para poder cumplirlas con toda eficacia.”*

*“Y como esto no es exacto, resulta que la mayoría de las provincias se encuentran colocadas fuera de la Ley y, por lo tanto, desprovistas de los beneficios y de las ventajas que la aplicación regular de la vacuna puede comportar.”*

*“Ahora bien, si ésta fuera únicamente la conclusión que se derivara de estas breves consideraciones resultaría que dentro de la Nación todavía existen hijos y entenados, lo que con ser una anomalía, no sería una novedad. Pero es el caso que entre estas provincias, entre estas Intendencias y la Capital Federal, partes integrantes de una sola Nación, sus habitantes, sanos o enfermos de viruela, pueden y tienen el derecho de transitar libremente por todo el territorio, sin que ninguna autoridad, en los límites de las zonas protegidas por la Ley, pueda en ningún momento detenerlos para comprobar si están vacunados, u obligarlos a hacerlo, si no lo estuvieran.”*

*“Por esta circunstancia es que la viruela se mantiene de una manera continua, en forma epidémica, a favor del contagio entre aquellas de las zonas protegidas que de una u otra forma logran con frecuencia eludir la Ley, esterilizándose así una campaña profiláctica aislada y parcial, que como la obra de Penélope, nunca se alcanza a vislumbrar su término.”*

*“Se reproduce a este propósito, exactamente, el caso de una familia en la cual algunos de sus miembros, prolijos y cuidadosos, ven inutilizada su tarea por sus hermanos, desidiosos y descuidados, que no permiten nunca que la casa pueda mantenerse en condiciones de higiene y de limpieza porque el esfuerzo benéfico de los unos es diametralmente neutralizado por la desidia inveterada de los otros.”*

*“Y aunque este paralelo pueda parecer trivial, no es menos exacto y no invalida ni destruye el valor y la importancia del problema de higiene pública que plantea y que la Honorable Cámara, en su oportunidad, sabrá resolver con el verdadero espíritu nacional, amplio y generoso, que anhela, que ansía y que desea el bien común de todos los que habitan la República, cumpliéndose de ese modo la prescripción constitucional del artículo 67, que en su inciso 16 determina que corresponde al Congreso proveer lo conducente a la prosperidad general del país, el adelanto y bienestar de las provincias.”*

En 1913 se publicó el *Anuario Demográfico de 1911*, con un detallado estudio de la mortalidad en el país realizado por el Presidente del Departamento. De las 125.727 defunciones registradas, correspondían a menores de dos años 47.855; *“las causas que concurren... son bien conoci-*

das por los higienistas, y aquí, como en otras partes, el factor más frecuente es la crianza artificial de los niños, con la gastroenteritis correlativa y las enfermedades infecciosas". La tuberculosis se registraba como causa de 9.985 fallecimientos, aunque la cifra que muestran las estadísticas "es inferior a la verdad"; la viruela aparecía como responsable de 4.020 defunciones. Cuando se publicó, con muchos años de retraso, el Anuario Demográfico de 1914, se comprobó que la proporción de muertes en la primera infancia disminuía su participación: 40% en 1912; 38.5% en 1913 y 36.5 en 1914. La tuberculosis pasó del 7.98% al 9.72%.<sup>31</sup>

En abril de 1913 el presidente Sáenz Peña aprobó el completo y detallado proyecto de reglamento interno que Penna había elevado; en ese año se inauguraba en Buenos Aires el primer tren subterráneo de América. Se dio mayor solidez a la elaboración de los "Anales", reforzando su comité de redacción y su secretariado técnico (Antonio Barbieri, Germán Auschutz). Los trabajos publicados volvieron a centrarse en la presentación de modelos institucionales extranjeros, como el de Teófilo Wechsler sobre "La Organización del Departamento Imperial de Higiene del Imperio Alemán", en marzo-abril de 1911, o "La acción profiláctica del Seguro Social Alemán", por Antonio Barbieri.

Los estudios del Dr. Augusto Bunge, jefe de la Oficina de Higiene industrial y Social del Departamento, sobre "Las conquistas de la higiene social" (1911), y especialmente sobre las instituciones de seguro voluntario de la Capital, donde eran más numerosas que en el Interior, expuestas en "Las mutualidades y pseudo mutualidades en Buenos Aires", ponían en evidencia una realidad compleja que lo motivó a profundizar el estudio de los seguros sociales (obligatorios) de Alemania y de Inglaterra. Estos trabajos le sirvieron de base para estructurar el proyecto de seguros sociales que presentó, como diptutado nacional, en 1917, y que será analizado en el capítulo siguiente.

La institución no había conseguido corregir sus déficits jurisdiccionales, pero había completado su desarrollo interno y perfeccionado su organización. **A través del control de endemias, había conseguido una sólida presencia en las provincias, después de los múltiples fracasos para obtenerla frente al peligro de las epidemias;** la seriedad y competencia de sus técnicos lo hacían cada vez más confiable, tanto en los ámbitos políticos como en las dependencias provinciales y también en el exterior. En la Universidad, como se dijo antes, Aróz Alfaro presentó una propuesta que creaba un Instituto Superior de Medicina Pública y que será comentado más adelante.

---

<sup>31</sup> DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE, *Anuario Demográfico del año 1914*, Buenos Aires, 1921.



En 1914 se inició la Guerra Mundial. En la Argentina, falleció el presidente Roque Sáenz Peña. Había iniciado su presidencia sin legitimidad de origen, (fue una elección fraudulenta), pero la terminó “**en medio del respeto de aliados y adversarios.**” En la Cámara de diputados, Juan B. Justo por el socialismo y Vicente Gallo, por el radicalismo, le rindieron su homenaje. El vicepresidente, Victorino de la Plaza, asumió la Presidencia. Penna fue elegido Diputado Nacional, pero se mantuvo por un tiempo cargo del Departamento.

*“Mediante su gran influencia personal ante el presidente Figueroa Alcorta y su acción tesonera en el Congreso, (Penna) logró que se dictara una ley especial (7.444) y se le diera un presupuesto tan amplio como lo creyó necesario para dotar de aparatos sanitarios, estaciones y medios de desinfección a los puertos y poblaciones de la República que a su juicio los necesitaban.”*

*“Jamás presidente (alguno) del Departamento tuvo tantos recursos a su mano y gozó de tan amplia confianza de parte del Congreso y del Gobierno. Hasta se le votó un presupuesto global para que lo distribuyera a su gusto, en la reorganización que él quisiera dar a la repartición, y a ello sólo se opusieron algunos miembros del partido socialista, que no lograron quebrantar el efecto que su autoridad de epidemiólogo y la serie de discursos en que mostró la escasez de medios actuales y los peligros que podían traer para el país las epidemias siempre amenazantes, hicieran sobre la gran mayoría de los legisladores.”<sup>32</sup>*

## La sociedad argentina hacia 1914

El Tercer Censo Nacional, en 1914, indicó que el país tenía 7.785.000 habitantes, prácticamente el doble que el registrado diecinueve años antes y cuatro veces y media más que en 1869. La proporción de extranjeros era cercana al 30% y los varones (53.6%) superaban a las mujeres. Igual que en los censos anteriores, se trataba de una población “joven”: los menores de 20 años, en 1869 un 53%, se reducían al 49%, en tanto que los mayores de 60 aumentaban del 3.7 al 4%. En la Capital la población había pasado de 781.000 en 1895 a 1.576.000, en tanto que la de los partidos aledaños, que hoy se denominan como aglomerado bonaerense, habían aumentado en mayor proporción aún, de 118.000 a 458.000. con lo cual el conjunto concentraba un cuarto de la población total del país.

El crecimiento vegetativo era algo mayor que en 1895; aunque la natalidad había descendido de 47-48 por mil a 35-36, la mortalidad había

<sup>32</sup> ARÁOZ ALFARO, G. *La Higiene y la Sanidad...* Op cit., pp. 527-528.

disminuido en mayor medida, de 35 a 16-17 por mil (15.1 en 1914). Expresada en expectativa de vida, los 32.9 años del primer período intercensal pasaban a ser 40 en el segundo, y la que se calculaba para el trienio 1913-1915 llegaba a 49.7 años; en casi cuarenta y cinco años la expectativa de vida había aumentado en 17 años, sobre todo por la reducción de muertes infantiles. Esa magnitud de reducción de la mortalidad fue espectacular y mayor que la registrada en períodos posteriores, aunque todavía era alta la mortalidad infantil, sobre todo la posneonatal. Somoza<sup>33</sup> calculó la expectativa de vida de 1913-1915 para las diferentes regiones y se puede observar que la más elevada era la de Buenos Aires (51.4), seguida por la del Centro y Litoral (48.8) y Cuyo (41.4). La región del Noroeste, con una expectativa de 38, era la que exhibía un menor aumento, coincidiendo con las cifras más elevadas de analfabetismo y de pobreza. Siempre es difícil atribuir los descensos de la mortalidad a sus factores determinantes, pero dos de esos factores parecen predominar: los mejoramientos del **saneamiento urbano** y el **mejoramiento de la educación**. El desarrollo económico (entre 1900 y 1914 el P.I.B. *per cápita* creció a razón de 1.3% anual) y la urbanización, convertida en saludable por los progresos del saneamiento urbano, son también factores a tener en cuenta.

Entre 1869 y 1914 la población de las provincias litorales y la Capital pasó de 847.000 a 5.416.000, es decir que creció a razón de un 4.3% por año, en tanto que las provincias del interior pasaron de 889.000 a 2.470.000 (un 30% de la total), lo que representa un crecimiento anual del 2.3%.

La población urbana (es decir, la que habitaba en centros de 2000 o más habitantes), **pasó del 28% al 53%** entre el primer y el tercer censo. El analfabetismo en ambos sexos, que se había reducido **desde el 77.4%** de 1869 al 53.3% del 1895, representaba en 1914 el **35.9%**. **El logro del sistema educativo era formidable y sus consecuencias se veían en todos los ámbitos, inclusive en el progreso de la higiene y la salud pública.**

La mayor riqueza correspondía, como se ha mencionado, al crecimiento de la producción agropecuaria. Si hacia 1870 la participación de la agricultura era sólo del 20%, en 1914 participaban por igual. Las 340.000 Ha sembradas de 1875 se habían convertido en 20 millones en 1913. Entre 1890 y 1912 la producción de trigo aumentó seis veces; entre 1880 y 1913 la producción de lino pasó de 1.000 toneladas a un millón; la Argentina ***“se había convertido en la más grande exportadora de productos alimentarios excedentes y de materias primas industriales.”***<sup>34</sup>

<sup>33</sup> SOMOZA, J. L. “La mortalidad en la Argentina entre 1869 y 1960”. En CELADE; *Temas de población de la Argentina*, Santiago de Chile, 1973, p. 36.

<sup>34</sup> FLORIA, C. A. y GARCÍA BELSUNCE, C. A. *Historia... Op. cit.*, p. 279.

Este era el país que, empapado de optimismo en la grandeza nacional, inauguraba en 1916 la etapa de la democracia ampliada (período también denominado como “la república radical”), comenzando a sentirse como una parte de Europa en América.

### **Instituciones sanitarias**

- 1902** Restitución del Consejo de Higiene como dependencia clave del D. N. de H.  
Reunión de una Conferencia Sanitaria para evaluar la endemia palúdica.
- 1904** Se reúne en Buenos Aires el 2º Congreso Médico Latinoamericano en el cual se analiza la profilaxis de la fiebre amarilla a la luz de los hallazgos de Finlay que han sido avalados por la Comisión norteamericana. (Penna sostiene la etiología bacteriana).  
Se reúne la IV Convención Sanitaria Internacional, a la cual se ha invitado a delegados del Paraguay. El convenio fue ratificado por los parlamentos en 1905
- 1906** Creación de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales como dependencia del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto.  
El D. N. de H. convoca la reunión de una Conferencia Sanitaria para evaluar la endemia leprosa.  
Se produce un intenso brote de viruela en la Capital y el Director de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública (Penna) programa una campaña masiva de vacunación.
- 1907** Conflictos con la Dirección de Ferrocarriles por negar acceso a inspectores sanitarios.  
Conflicto con Departamento Nacional del Trabajo por legislación sobre higiene del trabajo de mujeres y niños.
- 1910** Se aprueba la propuesta de Malbrán para construir Hospitales Antipalúdicos en Rosario, Salta y Jujuy.  
Malbrán presenta su renuncia y lo reemplaza José María Penna.
- 1911** En el D.N. de H. se conoce el *Trypanosoma cruzi*.
- 1912** Penna reorganiza el D. N. de H. e inicia una intensa campaña antipalúdica en varias provincias.  
Carlos Chagas visita Buenos Aires
- 1913** El presidente Sáenz Peña aprueba el Reglamento Interno del D. N. de H. preparado por Penna.

# 8

## PROYECTANDO LA INTEGRACIÓN DE LA SANIDAD Y LA ASISTENCIA DESDE LA "REPÚBLICA RADICAL"

- LOS GOBIERNOS DE YRIGOYEN Y DE ALVEAR
- LAS INSTITUCIONES SANITARIAS ENTRE 1916 Y 1930
- DEL ESTUDIO SOBRE MUTUALIDADES A UN PROYECTO DE SEGURO SOCIAL
- EL DEPARTAMENTO DE HIGIENE BAJO LA PRESIDENCIA DE GREGORIO ARÁOZ ALFARO Y LA CONFERENCIA SANITARIA NACIONAL DE 1923
- NUEVOS ÁMBITOS Y NUEVOS INTERLOCUTORES PARA LA DISCUSIÓN DE CUESTIONES SANITARIAS

**G**racias a la Ley Sáenz Peña ingresaron en la política las clases medias antes excluidas y su incorporación produjo una intensa movilización. Las presidencias de Hipólito Yrigoyen y de Marcelo T. de Alvear transcurrieron en ese clima de “optimismo nacional”.

*En los años que median entre 1916 y 1930 la diferenciación entre la protección de la salud colectiva y la asistencia médica perdía paulatinamente la nitidez de sus límites: la prevención de la difusión de afecciones crónicas como la tuberculosis y la lepra, así como la protección de la salud maternoinfantil, requerían la combinación de ambos tipos de actividad. Pero en la institucionalidad nacional vigente, la sanidad dependía del ministerio del Interior, a través del Departamento Nacional de Higiene, en tanto la asistencia estaba a cargo del ministerio de Relaciones Exteriores, a través de la Sociedad de Beneficencia y de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales y de algunas autoridades locales.*

*La sección de Higiene Industrial y Social del Departamento Nacional de Higiene tuvo que enfrentar la multiplicación de asociaciones de seguro voluntario de enfermedad (mutualidades) y de “prepagos médicos”, a veces disfrazados de mutualidades (como las “seudomutualidades” de Bunge). Desde el Departamento se las estudió y se trató de orientarlas y controlarlas. Sobre la base de esos estudios y tentativas de control se gestó, años más tarde, el primer proyecto de seguro social obligatorio para los trabajadores. El rápido desarrollo del Departamento en*

*esos años hacía suponer que predominaría en el ámbito sanitario y tal vez también en el ámbito médico- asistencial, aunque las provincias seguían defendiendo su autonomía en estas materias, defendiendo con mayor celo lo asistencial que lo sanitario.*

*El más destacado de los médicos jóvenes que colaboraron con Coni, Gregorio Aróz Alfaro, llegó a la presidencia del Departamento Nacional de Higiene en la primera presidencia de Yrigoyen (por breve tiempo) y volvió a ocupar el cargo en el comienzo de la presidencia de Alvear, justo a tiempo para presidir la Primera Conferencia Sanitaria Nacional, en la cual planteó la necesidad de integrar la sanidad nacional y coordinar o fusionar la sanidad y la asistencia. Las fuerzas centrífugas, para usar una expresión de Pierre Laroque, se revelaron más fuertes que las buenas razones.*

*Desde el Congreso, Bunge presentó su anteproyecto de Seguro Obligatorio de Enfermedad, que tuvo el mismo destino que muchos otros proyectos sanitarios.*

## Los gobiernos de Yrigoyen y de Alvear

En las elecciones de 1916, Hipólito Yrigoyen obtuvo la mayoría de los votos (poco menos de la mitad de los sufragios). Con la colaboración de los disidentes radicales de Santa Fe, pudo conseguir los electores necesarios para alcanzar la presidencia. (La participación electoral, menor al 10% en 1910, fue esta vez del 30%.)

Como apunta Floria, el nuevo gobierno fue “moderno” en aquellos ámbitos en que los anteriores habían sido “tradicionales”, y “tradicional” allí donde la élite de 1880 era “moderna”.

Uno de los dirigentes socialistas de la época, el Dr. Nicolás Repetto, opositor de Yrigoyen, lo describía: “*Yrigoyen fue un hombre que persiguió tenazmente el gobierno por medio de la revolución, pero que sólo pudo alcanzarlo por el sufragio. Empeñado en crear un gran partido y en derribar gobiernos, careció de tiempo y de condiciones de ambiente para seguir de cerca los cambios que se operaban en el mundo y en su propio país. Habría sido un gran presidente tres o cuatro lustros antes de su exaltación al poder, se habría anticipado, tal vez, a la gran revolución electoral que llevó a cabo el presidente Sáenz Peña, pero al hacerse cargo del gobierno era un hombre que se hallaba ya fuera de su tiempo, bastante extraño a la nueva visión con que se encaraban los problemas técnicos, políticos y sociales en los más avanzados países del mundo.*”

El partido creado por Leandro N. Alem no tenía un programa de gobierno. En junio de 1891 el “programa” se definía en un Manifiesto del Comité Nacional en los siguientes términos: “...destruir el funesto sistema de la opresión oficial buscando el restablecimiento de las instituciones, la honestidad del gobierno, la libertad del sufragio y el respeto por las autonomías municipales y provinciales.”

Con Yrigoyen llegaba al poder un grupo nuevo en la historia política argentina; si en los tiempos de Alem sus seguidores eran los sectores populares de criollos, a lo largo de los años se habían agregado los hijos de los inmigrantes, cada vez más numerosos.

El entonces secretario del Senado, Benigno Ocampo, describía: “*fue terrible, salivaron en las alfombras... descolgaron las cortinas para ver mejor... hemos pasado del reino de los zapatos al de las alpargatas.*”<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Cit. por ROUQUIÉ, A., *Radicales y desarrollistas*, Schapire, Buenos Aires, 1967, p. 19.

Ya en el gobierno, se designaron hombres nuevos para una estructura institucional sin cambios,<sup>2</sup> en las cuales se mantuvieron los malos hábitos que mantenían crónicamente deficitario al presupuesto. La estructura tributaria seguía ligando los recursos del Estado a los ingresos de la aduana (impuestos a las importaciones). Las relaciones con las provincias no tuvieron cambios, excepto la utilización más frecuente de la intervención federal, en razón del fraude que sus gobiernos conservadores continuaban practicando. Muchas veces esas intervenciones fueron acompañadas por desplazamientos militares.

En la Argentina de esos años, la política colonizadora se liberalizó, con lo cual una proporción más alta de inmigrantes accedieron a la propiedad de la tierra, pero sin modificar la estructura latifundista. En los últimos años de su gobierno, el flujo migratorio, que casi había cesado durante la guerra, cobró inusitado vigor, dejando un saldo positivo de casi novecientas mil personas hasta 1930. La interrupción de las importaciones había favorecido una tímida y breve industrialización sustitutiva; al finalizar la contienda bélica muchas de esas industrias entraron en crisis<sup>3</sup>. **Mientras los Estados Unidos se consolidaban en el doble papel de exportador de alimentos y de productos industriales, la Argentina retrocedió en la débil industrialización sustitutiva del período bélico y regresó a su especialidad de exportador de productos primarios.**

Al año siguiente de la llegada de Yrigoyen a la presidencia se produjo la revolución rusa y en 1918, al terminarse la guerra, se abrió un nuevo capítulo en las relaciones internacionales, sin que existieran en la sociedad nacional ideas claras sobre las consecuencias que esto acarrearía.

Fueron aquellos años de grandes tensiones sociales en el mundo; en la Argentina se aumentaron los salarios y se redujo la jornada laboral, pero la inquietud de los asalariados (que en 1914 sumaban más de un millón setecientos mil), en parte por el cierre de pequeñas industrias y en parte por la difusión de ideas nuevas sobre las reivindicaciones proletarias, multiplicó las huelgas. La previsión social se había ampliado en 1904 para incorporar los regímenes jubilatorios (sistemas de capitalización colectiva)

<sup>2</sup> Aráoz Alfaro no ocultó su disgusto frente a esos nuevos hombres y la nueva “amigocracia”, que probablemente fueron parte de los motivos que lo llevan a renunciar a la presidencia del Departamento. En el gobierno de Alvear esas cosas habían cambiado y él demostró haberse sentido más a gusto...

<sup>3</sup> El ex canciller Manuel Augusto Montes de Oca señalaba a fines de 1918: “El progreso de nuestras industrias, combinado con las consecuencias de la guerra en los mercados manufactureros proveedores de la República, ha tenido como resultado feliz que durante los años de la terrible contienda quedara en el país un saldo favorable de diez mil millones de pesos oro, que han dado nervio, robustez y empuje a la economía nacional. Pero desaparecidas las circunstancias anormales que nos han producido ese activo, será de temer que el fiel de la balanza se incline del lado opuesto, si no ponemos el mayor empeño en dar a nuestras industrias cimientos robustos y organización científica.” Cit. por ROMERO, J. L., *EL desarrollo... Op. cit.*, p. 107





*Disturbios callejeros en 1919. “La semana trágica”*

para los trabajadores de la administración pública; en los años de la *República radical* se extendieron sus beneficios a los trabajadores de los servicios públicos, los bancarios y los empleados de compañías de seguro.

En los disturbios de 1919 (año en que la epidemia de gripe golpeó fuertemente en el país) los trabajadores involucrados fueron objeto de una sangrienta represión, no sólo por parte de la policía y el ejército, sino también de *“grupos numerosos organizados por las empresas y por la oligarquía<sup>4</sup>, que sintió al mismo tiempo el peligro de lo que solía llamarse “la revolución social” y la impotencia o la inoperancia del gobierno.”<sup>5</sup>*

En efecto, la respuesta del radicalismo puede deducirse del reproche que Oyhanarte, en un discurso en el Congreso, formulaba a los trabajadores: *“¿Por qué los obreros no escucharon ahora, como otras veces, la palabra paternal del Presidente de la República, que les dijo con la lealtad de un estadista y de un hombre bueno: cada vez que sientan ustedes la necesidad de mejoras o de reclamaciones justas vengan a mí, que en mí encontrarán un juez, y un juez cariñoso?”<sup>6</sup>*

<sup>4</sup> Son los años de la constitución de la Liga Patriótica Argentina, organización que interpreta la reacción y a la cual adhieren muchos militares, como puede deducirse de los comentarios de Nicolás Repetto.

<sup>5</sup> ROMERO, J. L., *El desarrollo de las ideas en la sociedad argentina del siglo XX*, Ed. Solar, Buenos Aires, 1983, p. 101.

<sup>6</sup> Idem, p. 104.

La Iglesia Católica propició una “*Gran Colecta Nacional*” estimulando la acción social basada en contribuciones voluntarias, para evitar “*una revolución social que puede arruinarlo todo en un día*”.

En Buenos Aires se recibieron algunos visitantes ilustres, como Ramón Menéndez Pidal, en 1914 y José Ortega y Gasset, en 1916, y se publicaron obras importantes, como “*Influencias Filosóficas en la Evolución Nacional*” del filósofo y médico Dr. Alejandro Korn<sup>7</sup>, “*Historia de la Literatura Argentina*”, de Ricardo Rojas y “*Evolución de las Ideas Argentinas*” o “*Las Fuerzas Morales*”, del médico Dr. José Ingenieros. En esta última obra, reunión de “sermones laicos” publicados en revistas estudiantiles y universitarias entre 1918 y 1923, Ingenieros transmitía un mensaje esperanzado: “*Dichosos los pueblos de la América latina si los jóvenes de la Nueva Generación descubren en sí mismos las fuerzas morales necesarias para la magna Obra: desenvolver la justicia social en la nacionalidad continental.*”<sup>8</sup>

En los años siguientes, Buenos Aires y, en alguna medida, también La Plata, Santa Fe y Córdoba, albergaron un creciente contingente de intelectuales y de artistas. Se insinuaba una creciente **conciencia nacional**, pero también empezaron a perfilarse, dentro de los que adherían a corrientes nacionalistas, algunos que profetizaban el acercamiento de “*la hora de la espada*” y que se entusiasmaron con las ideas que Mussolini personificaba en Italia y Primo de Rivera en España. Muchas de estas ideas sobre un orden nuevo para naciones fuertes tuvieron amplia difusión en el ejército.

La disconformidad de los universitarios contra una docencia dogmática y vuelta hacia el pasado, que se venía manifestando desde las décadas anteriores<sup>9</sup>, se materializó en un vigoroso movimiento que tuvo su epicentro en Córdoba en 1918, con el nombre de “*Reforma Universitaria*”. En realidad fue mucho más una revolución cultural que una reforma educacional, y se expandió después a todo el país y a muchos otros en América Latina.

<sup>7</sup> ALEJANDRO KORN nació en San Vicente, provincia de Buenos Aires, en 1860. Estudió Medicina en Buenos Aires y su tesis sobre “*Locura y crimen*” anticipaba su predilección por la psiquiatría. Desde 1897 dirigió la colonia de alienados de Melchor Romero, cargo que abandonó para jubilarse en 1916. Fue uno de los fundadores de la Sociedad Médica de La Plata. Desde 1906 fue profesor suplente de Historia de la Filosofía en la Universidad de Buenos Aires. Apoyó el movimiento reformista y fue el primer decano elegido con participación estudiantil en la Facultad de Filosofía y Letras de Buenos Aires en 1918. Al año siguiente se difundió su obra “*Las influencias filosóficas en la evolución nacional*”, la primera de una serie de obras que lo convirtieron en la figura más destacada de la Filosofía en la Argentina. Adhirió en su juventud al radicalismo, siendo diputado provincial en 1894/95. Se opuso al yrigoyenismo desde el partido conservador en 1917, y se incorporó en 1931 al Partido Socialista. Falleció en 1936.

<sup>8</sup> INGENIEROS, J. *Las Fuerzas Morales*, Ed. Losada, Buenos Aires, Sexta edición, 1974, p. 13.

<sup>9</sup> ARÁOZ ALFARO, las cuenta en un pequeño libro, *Cuestiones Universitarias*, publicado en Buenos Aires en 1914.



La riqueza petrolera, descubierta años antes, fue puesta en manos de una empresa nacional, **Yacimientos Petrolíferos Fiscales**, y se resistieron diversas presiones de los trusts petroleros internacionales.

No sólo la Argentina cambiaba velozmente; el cambio era la principal característica del mundo de la postguerra, modificando los términos del intercambio y la importancia relativa de las potencias dominantes; la declinación británica daba lugar a la emergencia de los Estados Unidos y el colonialismo era progresivamente reemplazado por el imperialismo. **La dirigencia argentina (no solamente la dirigencia política) subestimó o ignoró ese cambio, considerándolo transitorio y coyuntural.**

Mencionamos que las oligarquías provinciales se enfrentaron con el gobierno, y las intervenciones federales se multiplicaron. El gobierno triunfó en ese enfrentamiento, pero en casi todas las provincias aparecieron nuevos políticos locales que imitaban al líder paternalista y un nuevo tipo de caudillos pobló a los barrios urbanos y las campañas, reproduciendo aquellos comportamientos que Juan B. Justo calificaba como *“política criolla”*.

Yrigoyen mantuvo la neutralidad frente al conflicto bélico, como habían hecho sus antecesores. Al finalizar la Guerra Mundial, en 1918, la Argentina participó en las conversaciones sobre la creación de la **Liga de las Naciones**, en las cuales las instrucciones del presidente a los delegados argentinos fue que nuestro país debía sostener la igualdad de los Estados, fuesen beligerantes (vencedores o vencidos) o neutrales, y si esta postura

no era aceptada, la delegación (formada por el canciller Pueyrredón y el embajador Alvear) debía abandonar la Asamblea. Así lo hicieron, después de dar a conocer la posición oficial argentina, aunque nuestros delegados no compartían el criterio presidencial.

En 1922 Yrigoyen llegó al final de su mandato y dejó saber que el candidato que prefería dentro del partido radical, era Marcelo T. de Alvear, el hijo de aquel gran intendente que tuvo la ciudad de Buenos Aires después de su federalización.

Alvear fue elegido mientras estaba todavía en París, como embajador argentino en Francia. Repetto, de destacada actuación como opositor durante los años del gobierno de Alvear, lo definía muchos años después: *"No cumplió ni pretendió realizar la obra de un estadista genial, pero gravitaron sobre su acción tres o cuatro grandes principios fundamentales, que cumplió siempre con una gran firmeza y sin ninguna jactancia."*... *"Cabe señalar, en lo que atañe a la acción de su gobierno, la organización y el gran impulso que imprimió a los trabajos de Yacimientos Petrolíferos Fiscales, con la construcción de la destilería de La Plata, cuyas utilidades alcanzaron a 18 millones de pesos en el año 1922; el fomento de la vivienda popular estimulando la acción de la empresa fiscal denominada Casas Baratas; el estímulo prestado a las sociedades cooperativas y la sanción de la ley general de las mismas; el gran impulso dado al cultivo del algodón en el Chaco, merced a la acción inteligente de su ministro de Agricultura, doctor Le Breton; la reorganización administrativa de los Ferrocarriles del Estado, la que se tradujo en un mejor servicio y en la desaparición de los déficit; en la atención dedicada a mejorar la enseñanza secundaria y a seleccionar el personal docente; el estímulo aplicado con acierto a la actividad literaria y artística, etc. En el orden económico y financiero podemos citar, entre otras iniciativas, el proyecto de impuesto a la renta, la custodia del oro argentino en las legaciones europeas, la reapertura (momentánea) de la Caja de Conversión y la reforma de la ley de patentes, liberando de éstas a muchos consumos y actividades más o menos populares."*<sup>10</sup>

Otro socialista y opositor de Alvear, Alfredo L. Palacios, le escribió en febrero de 1938: *"Soy de Ud. un adversario político y encaro algunos problemas nacionales con criterio distinto al suyo y el de su partido, pero eso mismo me autoriza a sostener que ha sido Ud., en su lucha, la personificación de la lealtad; lealtad con su país, consigo mismo y con los ideales democráticos. Eso no lo olvidará la historia."*<sup>11</sup>

<sup>10</sup> REPETTO, N. *Mi paso por la política*, Op. cit., pp. 245-247.

<sup>11</sup> Transcripta en LOYÚDICE, F. *Alvear, un político de cuna y de raza*. Ed. Círculo Italiano y Fundación Alvear, Buenos Aires, 1993, p. 20.

Rouquié lo describe desde otra perspectiva: *“Elegido presidente en 1922, gobierna perezosamente durante los años de gran prosperidad económica de la posguerra. No tarda en acercarse a los conservadores, retocando poco a poco las reformas sociales de Yrigoyen y relegando al olvido los proyectos económicos concernientes al petróleo y a la marina mercante. Practica una política liberal y ofrece a las compañías extranjeras amplias concesiones en materia minera y comercial. En política extranjera, el antiguo y muy reticente representante de Yrigoyen ante la Sociedad de las Naciones abandona progresivamente el neutralismo de su predecesor. Todo esto provocará la primera gran escisión del movimiento radical.”*<sup>12</sup>

En 1923, Alvear solicitó al Congreso, sin conseguirlo, que autorizase la adhesión a la Sociedad de las Naciones. (En ese mismo año se creaba, en el seno de la Sociedad de las Naciones, la Sección de Higiene, con objetivos algo más amplios que los de la Oficina de París.)

En los años de la presidencia de Alvear se afrontaron conflictos sindicales y dificultades económicas, que se resolvieron a través de los mecanismos institucionales regulares. Se utilizó el recurso de la intervención federal, pero no se abusó de ella ni se empleó con finalidades espurias. Alvear gobernó hasta completar su mandato, en 1928.

Lo sucedió nuevamente Hipólito Yrigoyen, entonces de 76 años de edad, reelegido por una mayoría cercana al 60%. En 1929 comenzaron a sentirse los efectos de la crisis económica mundial. El 6 de septiembre de 1930, por razones que trataremos de reseñar en el capítulo siguiente, Yrigoyen fue derrocado por las fuerzas armadas, encabezadas por el general José Félix Uriburu.

## Las instituciones sanitarias entre 1916 y 1930

Aráoz Alfaro continuó durante la década su carrera universitaria. Desde su posición de profesor retomó la propuesta de Coni de crear una escuela de higienistas<sup>13</sup> proponiendo, sin éxito, la creación de un Instituto Superior de Higiene y Medicina Pública.<sup>14</sup> *“Al asumir Yrigoyen, —contaba Grego-*

<sup>12</sup> ROUQUIÉ, A. *Radicales y desarrollistas*, Op. cit., p. 20.

<sup>13</sup> Coni favorecía, como se vio en el capítulo VI, la creación de una Escuela para la preparación de salubristas análogos a las creadas por Pagliani en Italia alrededor de 1888 y que no sólo preparaba médicos sino también veterinarios, químicos, farmacéuticos e ingenieros.

<sup>14</sup> ARÁOZ ALFARO, G. “La especialidad en Higiene y Medicina Legal. Creación de un Instituto Superior de Medicina Pública”. *La Semana Médica* T. 18 1911- II pág 826. Posteriormente Su participación en los foros sanitarios internacionales le habían permitido permitieron conocer la creación de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins, en 1918, a la cual siguió la creación dentro del Departamento de Salubridad de México, de la “Escuela de Salubridad”, en 1922, así como de la Escuela de Higiene y Salud Pública de San Pablo, en 1923.

rio Aráoz Alfaro— *el Departamento de Higiene fue víctima —como casi todas las reparticiones— de la baja política que lo subordinaba todo a las conveniencias electorales y a la influencia de los caudillos. En su comienzo, fue un acierto la designación del doctor Pascual Palma, hombre de talento y de energía, pero muy pronto debió dimitir y lo mismo me ocurrió a mí, en un paso fugaz durante el cual me estrellé contra aquellos obstáculos en cuanto propuse una reorganización eficaz. En el resto del período presidencial de Yrigoyen, el Departamento fue entregado a amigos políticos que carecían de títulos y prestigio para levantarlo de la postración en que había caído.*”

Juan J. Capurro fue uno de esos amigos; presidió el *Departamento Nacional de Higiene* hasta 1920. Continuó la política de sus antecesores, sobre todo de José Penna, quien como diputado nacional presentó al Congreso un proyecto de **ley de sanidad**, cuya base conceptual reproduce sus ideas, que ya fueron transcritas de su presentación al hacerse cargo de la presidencia del Departamento. Al año siguiente el Dr. Benjamín T. Solari presentó otro proyecto con el mismo fin.

En esos años se crearon asociaciones de médicos que perseguían a veces la defensa de la ética médica y otras la de los intereses de los médicos, sirvan de ejemplo la “*Comisión de Deontología Médica*” de la “*Asociación Médica Argentina*”, aquella institución que con el nombre de “*Sociedad Médica Argentina*” había creado y dirigido Coni (como se vio en el capítulo VI); la “*Asociación de Médicos de los Hospitales*”, que centró su campo de acción en la actividad científico-médica y duró pocos años y el “*Sindicato Nacional de Médicos*”, que tuvo que defender desde su comienzo la legitimidad de la actividad sindical en el seno de una profesión “*liberal*”, legitimidad discutida por muchos profesionales que veían en la sindicalización una rebaja de su jerarquía científica y social. A partir de esos años comenzaron a crearse en diversas ciudades del interior asociaciones análogas. En 1916 el Primer Congreso Nacional de Médicos defendió la “*necesaria unificación de los servicios de Higiene Pública.*”

Capurro fue, a su vez, elegido diputado nacional en 1920 y dejó el Departamento a cargo de Teófilo R. Lecour, que se había desempeñado hasta entonces como Secretario. En los tres años siguientes, bajo la presidencia de Lecour, el Departamento continuó con sus programas, que se iban enriqueciendo con los conocimientos que aportaban sus investigaciones y con la experiencia que constantemente se adquiría.

Fue en esos años que Bachmann, contratado por la provincia de Tucumán, hizo importantes observaciones sobre algunas características del *Anopheles pseudopunctipennis*, especie que parecía destacarse cada vez más en la difusión del paludismo. Escribió Bachmann en 1921: “*en las playas de los ríos encuéntranse reunidas todas las condiciones para la vida de las larvas, agua mansamente corriente, sal abundante, fondo arenoso y lama que los*

*cobija y encierra su alimento; se forman en estos lugares enormes criaderos de larvas, como he observado en el río Famaillá.”* Años después, esta y otras observaciones permitirían diseñar una estrategia propia, original de la Argentina, en la medida en que estaba basada en el conocimiento de la biología y de los hábitos de las especies vectoras vernáculas, para enfrentar la lucha antipalúdica.

Apenas fue elegido como diputado nacional y fresca todavía su experiencia como presidente del Departamento, Capurro formuló un proyecto de ley proponiendo la creación de un *“Departamento de Salud Pública de la Nación”*. En su fundamentación incluye su visión sobre los aspectos esenciales del Departamento, testimonio de alto valor para entender lo que en aquellos años pensaban y sentían sus funcionarios: *“Este Departamento, creado por la ley orgánica del 3 de octubre del año 1891 que le confía la misión de velar por la higiene y salubridad en el orden nacional, no puede en sus cinco artículos de que consta, acordarle todas las atribuciones y facultades que le son necesarias para el regular y completo cumplimiento de su deber. [...]”*

*En efecto, los tres artículos de esta ley que determinan y especifican sus funciones, son tan limitadas, que su sola lectura nos lleva a la firme convicción de su ineficacia. Por su artículo 2º lo encarga del estudio de todas las cuestiones relativas a la higiene y la salud pública, para proponer al P. E. las medidas conducentes a su salvaguardia y proceder a las investigaciones científicas y administrativas que favorezcan los propósitos de la institución. Por su artículo 3º, de la inspección sanitaria de los puertos de la república, de la dirección y administración de los lazaretos, y de la vigilancia del ejercicio de la medicina y farmacia. Y por último, en su artículo 4º, lo hace asesor legal del P. E., de sus dependencias y de los gobiernos de provincia que lo requieran, en aquellos asuntos indicados en los dos artículos anteriores. [...]”*

*Aún cuando a ésta ley se ha intentado completarla con leyes y resoluciones con el objeto de darle ingerencia más amplia en la lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas, ella es sólo parcial y sujeta a infinitos inconvenientes y conflictos con otras ramas del gobierno que, por tener facultades más o menos semejantes, creen menoscabada su autoridad, con el ejercicio de esas facultades, esencialmente privativas de la suprema autoridad nacional. [...]”*

*Vemos pues, que la misión casi única del actual Departamento es evitar la invasión de enfermedades exóticas por vía marítima, puesto que su acción en el interior del país queda supeditada al pedido de auxilio de las autoridades de los respectivos estados federales, olvidando que las enfermedades infecto contagiosas, llamadas justamente evitables, son las que más aumentan el índice de mortalidad de la población, porque su acción destructora es casi constante y por los grandes periodos de recrudescencia á que están sometidas. [...]”*

*Cuando los auxilios son solicitados al Departamento, éste tiene que recurrir a la improvisación, siempre deficiente y onerosa, pues debe organizar y enviar comisiones con todos los elementos necesarios, que imponen una pérdida de tiempo durante el cual las enfermedades continúan haciendo sus estragos, propagándose cada vez más. [...]*

*Pero su acción nunca es completa, puede decirse, porque terminado el período crítico, concluye su misión, ha librado a la población aparentemente de la enfermedad, pero no la ha exterminado, vive latente esperando las primeras condiciones favorables para su reaparición, puesto que la profilaxis de la enfermedad termina cuando la misión del Departamento llega a su final.*

*Esto sucede porque en el orden provincial es mucho más sensible la falta de instituciones sanitarias, de leyes que la rijan para hacer efectiva la lucha contra las enfermedades infecto contagiosas, deficiencia que lleva aparejado el peligro y constante amenaza de su propagación para los otros estados, haciendo más difícil su extirpación y requiriendo mayores esfuerzos económicos. [...]*

*Como consecuencia de lo expuesto se deduce que son múltiples las direcciones sanitarias que imperan en el país, lo que trae una verdadera confusión, pues además de lo nacional vigente, en parte, en la Capital y los territorios nacionales, existen las que tienen las provincias y municipalidades, que dentro de la autonomía federal, tienen la suya y aplican su criterio científico, no siempre acertado y suficiente. [...]*

*Son estos hechos los que más imponen la necesidad de la reforma a favor de cuya sanción se han declarado partidarias las principales autoridades médicas del país, demostrándose con este motivo que está en el ambiente no sólo como una necesidad, sino como una aspiración que se desea ver pronto realizada. [...]*

*Pero esta acción no será fecunda mientras no exista una autoridad sanitaria de carácter nacional que unifique la acción defensiva de la salud pública, hoy dispersa y a cargo de múltiples autoridades sin medios y elementos suficientes y sin la unidad de acción y de legislación.*

*[...] Es tan necesaria la ley nacional que vincule a todas las autoridades encargadas de velar por la salud pública, que hoy día, esta coordinación, es reconocida como la más eficaz y que se procura llegar a esa unidad de criterio y de acción, aún en el orden internacional, por medio de las convenciones sanitarias.*

*Es para cumplir esta exigencia pública y esta aspiración, y con el propósito de subsanar estas deficiencias, que el proyecto que presento tiene, en mi concepto, toda la amplitud para poner término a este estado de cosas, dándole unidad de acción, de legislación y autonomía administrativa-económica. [...]*

*Si fuera necesario abundar en más fundamentos, bastaría recordar el cuadro triste y doloroso que nuestra población del interior, que a igual que otros*



*países, pagó su tributo a la última epidemia de gripe, por cuya causa, casi todos los gobiernos de los estados federales pidieron auxilios al Departamento el que cumplió su deber en relación con los recursos de que disponía, demostrándose que en esos casos es necesario unificar la acción para que la institución central y única sea realmente eficaz. [...]*

*Por otra parte, la falta de recursos impide a las provincias ejercer todos los medios indispensables para satisfacer las exigencias públicas con procedimientos impostergables y bastaría solamente esa circunstancia para que esta misión fuera confiada al poder central de la nación. [...]*

*Pero así como vemos que la acción de los gobiernos de las provincias es insuficiente, me bastaría citar un solo hecho para poner en evidencia la acción eficaz y saludable del gobierno de la nación. La viruela, que nadie ignora los estragos que ha producido en nuestra población y que aún produce en ciertos países, hasta el momento en que se dictó la ley de vacunación y revacunación obligatoria, con acción solamente en la Capital federal y en los territorios nacionales, pero que, a pesar de esa circunstancia se extendió su acción benéfica enviando a las provincias numeroso personal para cumplir con sus preceptos. Es satisfactorio manifestar que en el territorio argentino no existe hoy esta repugnante enfermedad. [...]*

*Pero también es urgente que el Departamento de Salud Pública goce de una autonomía completa para poder desarrollar sus fines sin tropiezo alguno, pues sentada ya la necesidad de la unidad de acción y de legislación, deben completarse estas con su independencia administrativa.*

*La dependencia directa del Departamento de un ministerio, forzosamente tiene que influir en la marcha de una rama esencialmente técnica como el Departamento de Salud Pública. Las largas y engorrosas tramitaciones de los asuntos y expedientes que deben seguir la reglamentación que los rige dificulta su desenvolvimiento, puesto que su acción debe caracterizarse por la urgencia y rapidez en las resoluciones.*

*Pero este mal no es solamente argentino. Se observa igualmente en otros países que, como el nuestro, no han seguido el adelanto de esta rama, con las siempre crecientes necesidades impuestas por el progreso del país. Por eso cuando han tenido que actuar de manera decisiva, han recurrido a la autonomía de esta rama administrativa, ya sea entregándola a un solo hombre, como sucedió en Brasil, que le confió a Osvaldo Cruz la campaña contra la fiebre amarilla, dándosele atribuciones especiales para ello, y que gracias a eso vemos libres de esa enfermedad a la ciudad de Río de Janeiro; o a instituciones, llámenseles departamentos o ministerios, completamente autónomos.*

*Es fundado en estos hechos que la verdadera entidad que debe crearse es el ministerio de salud pública y de asistencia y previsión social, pero para ello, es necesario recurrir a la reforma de nuestra carta fundamen-*

*tal, lo que sería mucho esperar, ante el estado sanitario en que nos hallamos.”*<sup>15</sup> [...]

Capurro se refería a la experiencia adquirida durante la epidemia gripal, capítulo local de una pandemia que se había originado en Europa en marzo de 1918 y expandido por países y continentes. En Buenos Aires la epidemia había comenzado en octubre de ese año, desde allí *“se difundió hacia el norte del país, día a día, siguiendo las líneas fluviales de navegación y los ramales ferroviarios más transitados, haciendo saltos, respetando a su paso algunas poblaciones, cambiando de carácter epidémico o modalidad clínica, durante los dos meses del año 1918 que duró su carrera epidémica.”*<sup>16</sup>

En 1919, en abril, volvieron a registrarse casos en Jujuy, y desde allí la enfermedad descendió de norte a sur, castigando esta vez a las provincias andinas, terminando en junio. En ambos casos, la morbilidad fue elevada (50 a 60% de los expuestos enfermaron). Las defunciones por gripe, que en 1917 habían sido 319, ascendieron en 1918 a 2.240 y en 1919 a 12.755. Los fallecimientos por enfermedades broncopulmonares, de 13.254 en 1917, ascendieron a 16.811 en 1918 y a 17.297 en 1919. La tasa de mortalidad general, 16.6 por mil en 1916 y 15.4 en 1917 ascendió en 1918 a 17.5, para regresar a poco más de 14 por mil en 1919 y 1920.

El Departamento estableció todas las medidas preventivas posibles de tipo general, tanto a nivel de tráfico internacional como dentro del territorio y muchas comisiones médicas recorrieron las provincias y llevaron medicamentos y equipos, como cooperación nacional con sus respectivos Consejos de Higiene.

En 1919 la ley N° 10.983 había declarado obligatorias las normas del Códex Medicamentarius para todas las farmacias establecidas en el territorio de la Nación.

También se habían detectado, en esos años, nuevos focos de peste en Santa Fe y en Córdoba, así como de tifus exánтемático en Salta y Jujuy. Las intervenciones del Departamento habían sido numerosas y **en todos los casos los informes terminaban reclamando la autoridad necesaria para la institución.**

El Departamento de Salud Pública propuesto por Capurro debía velar por la higiene y la defensa de la salud pública en **todo el territorio de la nación.** Tenía, entre otras, las siguientes competencias: instalar estaciones sanitarias y de desinfección en la Capital, **en las provincias** y en los territorios nacionales, puertos y fronteras; efectuar la inspección y vigilar la

<sup>15</sup> *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, vol. XXVI N° 3, Buenos Aires, mayo y junio de 1920, p. 214-218.

<sup>16</sup> *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, vol. XXVI N° 6, Buenos Aires, noviembre y diciembre de 1920. *La Sanidad nacional en 1920*. (Informe de la Presidencia del Departamento al Ministerio del Interior), p. 375 y ss.

higiene de los ferrocarriles y demás medios de comunicación terrestre; celebrar convenciones con los gobiernos provinciales para uniformar la legislación sanitaria con la obligación de poner en ejecución las leyes, reglamentos y decretos que se adopten con fines profilácticos; proyectar, crear, conservar y administrar institutos, asilos y hospitales nacionales, con los fines establecidos al efecto para cada institución; etc.

La dirección del nuevo Departamento estaría a cargo de un consejo —un presidente y ocho miembros— **nombrados por el Poder Ejecutivo con acuerdo del Senado**<sup>17</sup>, **que durarían cuatro años en sus funciones, pudiendo ser reelectos. El presidente y el vicepresidente en ejercicio de la presidencia tenían prohibido el ejercicio de la profesión.**

El Poder Ejecutivo tenía la potestad de intervenir el Departamento, suspendiendo al Consejo y pidiendo al Senado la autorización para declarar cesantes a sus miembros.

El artículo 21 establecía que los servicios sanitarios, hospitales, y asilos existentes en la Capital Federal y en los territorios nacionales destinados a enfermedades contagiosas y casas de aislamiento pasarían a formar parte del Departamento; el 22 precisaba que los asilos y hospitales regionales, administrados por la Comisión Asesora creada por la ley número 4.953, serían entregados al Departamento bajo inventario.

El artículo 23 determinaba que estarían sometidos a la superintendencia del Departamento los establecimientos de la Sociedad de Beneficencia de la Capital y todas las instituciones destinadas a la salud pública y a la previsión social que reciban subsidios nacionales. El artículo 26 enumeraba los recursos que se asignaban a la nueva institución.

El proyecto era una corrección “*a medida*” de los problemas que las sucesivas autoridades del Departamento habían detectado y señalado en las décadas anteriores. Resulta de interés comprobar que la jerarquía de la institución se mantenía (Departamento del Ministerio del Interior), **buscándose aumentar su autonomía a través del necesario acuerdo del Senado para la designación o la cesantía de sus autoridades.** El detalle de las competencias se corresponde con cada una de las frustraciones que se habían presentado y se avanza sobre las instituciones de atención médica públicas o subsidiadas por el Estado, es decir, la Comisión Asesora de Cabred y la Sociedad de Beneficencia de la Capital, que hubieran sido “intocables” en los años del orden conservador.

---

<sup>17</sup> El acuerdo del Senado para la designación del funcionario que dirige una dependencia puede ser un mecanismo que aumenta su poder y acrecienta su estabilidad. En Chile, el Director del Servicio Nacional de Salud era nombrado por el Ejecutivo “con acuerdo del Senado”, el cual no se requería para la designación del ministro de Salud; de esto se derivaba un poder relativo mayor del Director en todos los asuntos de su competencia exclusiva y una cierta independencia política, así como una mayor estabilidad.

## Del estudio sobre mutualidades a un proyecto de seguro social

Se mencionó en el capítulo anterior que el jefe de la sección de Higiene Industrial y Social del Departamento, Dr. Augusto Bunge<sup>18</sup>, había realizado en 1910 un estudio sobre mutualidades y seudomutualidades en la ciudad de Buenos Aires, ciudad en la cual las primeras de estas instituciones (mutualidades) se habían iniciado pocos años después de la caída de Rosas. Bunge llamaba **seudo mutualidades** a emprendimientos fundados y dirigidos por médicos (empresas médicas) o por agrupaciones políticas o religiosas (por ejemplo, los Círculos Católicos de obreros) que se parecían, en algunos aspectos, a las verdaderas mutualidades, que con base en la solidaridad de los asociados, ofrecían asistencia médica y otras ayudas a sus asociados. Para el Departamento, era novedoso extender su competencia de vigilancia del ejercicio de la medicina al estudio detallado de establecimientos de atención médica de carácter privado, asignándoles significado social.

Entre las mutualidades, se estudiaban separadamente las “argentinas y cosmopolitas” y las de grupos de extranjeros de una misma nacionalidad de origen (italianas, españolas, francesas, suizas e israelitas). En el primer grupo se diferenciaban las de sociedades obreras (16 instituciones y alrededor de 10.000 socios) de las “cajas patronales”, iniciadas con la del Ferrocarril Central Argentino en 1876 (6 instituciones con casi 72.000 socios). Las italianas eran las más numerosas (42 con 40.000 socios), repartidas en dos grupos iguales con más y con menos de 500 socios. Las españolas totalizaban 23.000 socios; las francesas 1700; las suizas 1.000 y las israelitas 3.000.

Las seudomutualidades de la variedad “*empresas médicas*”, ocho instituciones en total, se habían originado desde la década de 1890 y totalizaban un número de socios de alrededor de 60.000 adultos y veinte mil niños. Bunge las creía “oriundas de España” y “de fácil transplante entre nosotros por las analogías del medio social”.

En España existía como modalidad tradicional en regiones del interior la práctica de la *iguala*, palabra que en el Diccionario de la Real Academia conserva, en su 4ª acepción, el significado de “*convenio entre médico y cliente por el que aquél presta a éste sus servicios mediante una cantidad*”.

---

<sup>18</sup> AUGUSTO BUNGE nació en 1877 en el seno de una familia de origen alemán. Todavía estudiante, se afilió y militó en el partido socialista. Acompañó a De Tomaso en el grupo de los “socialistas independientes”. Graduado de médico, ingresó al *Departamento Nacional de Higiene* y lo dejó abandonó al ser elegido diputado nacional, función que desempeñó casi sin interrupciones hasta 1936.

Realizó varias traducciones del alemán y con su cuñado Manuel Gálvez fundó, en 1919, la editorial Pax.

*fija anual en metálico o en especies.” Aquellas “empresas médicas” que podríamos llamar de pre-pago aseguraban abundante trabajo a su o sus directores y organizadores y también a médicos contratados por aquellos y remunerados de diversas formas. Estudiadas con algún detalle, otorgaban beneficios menores que las mutualidades con relación a sus cuotas de afiliación. Decía Bunge: “...la situación efectiva del suscriptor a una de estas empresas, por seria que sea (sic), aún suponiendo en sus “directores” los más delicados escrúpulos profesionales, es mucho peor que una mala mutualidad. Y es éste un punto que merece seria consideración. En una mutualidad, depende de la inteligencia media de sus socios el mejorar sus servicios hasta dar satisfacción. El que se suscribe a ella forma parte de una institución permanente. Las utilidades son patrimonio común, que cada generación de socios transmite a la siguiente. Y a la garantía moral del patrimonio común se añade la garantía moral, mucho más importante, del espíritu de sus miembros. Todos y cada uno convergen en el mismo interés, porque el bien de cada uno es solamente lo que beneficia a todos. [...]*

*Bien diferente es la situación en las empresas de asistencia médica. La existencia misma de la empresa no tiene más garantía que la vitalidad de sus regentes o la conveniencia comercial que encuentren en continuarla, ellos mismos o los que adquieran el derecho de sucesión, mediante pagos que reembolsarán los suscriptores. Y la seguridad individual del suscriptor es más precaria todavía. El contrato que acepta es unilateral; la empresa le ofrece un cierto quantum de beneficios en pago de su cuota, pero se reserva el derecho de negárselos y hasta el de eliminarlo de sus listas cuando le parezca conveniente. Ninguna disposición legal asegura al suscriptor el derecho de permanencia mientras pague puntualmente su cuota y no tiene medio alguno para hacer efectivas las obligaciones que la empresa reconoce. Es verdad que, a falta de personería jurídica, el empresario es personalmente responsable por la ley. Pero eso implica una demanda aleatoria, costosa y lenta. Además, los suscriptores creen que no tienen derecho a entablar recurso judicial alguno, y esa creencia equivale a no tenerlo. Porque en los “reglamentos” se dice: el que suscribe a esta sociedad hace formal renuncia a todo derecho de reclamación ante la justicia ordinaria.” [...]*

Las pseudo mutualidades político-religiosas (Círculos Católicos de obreros) solo reunían algo más de diez mil socios, tampoco eran del agrado de Bunge aunque las consideraba menos malas que las empresas médicas de prepago.

Entre las Mutualidades, Bunge identificaba el grupo que estaba “en mejores condiciones aparentes”, que comprendía 21 instituciones con poco más de 50.000 socios, y a las cuales estudiaba en detalle. Como conclusión, expresaba: “Las entidades de previsión popular con sede en la Capital Federal son el modelo para toda la República, como se comprende, por ser

*esta gran ciudad el centro del movimiento cultural argentino. Por lo tanto, las nociones que procura el anterior estudio no serían, probablemente, modificadas en sentido más favorable, de extenderse al conjunto; más bien lo contrario, excepto las empresas de asistencia médica. Estas sólo pueden existir en los grandes centros urbanos, porque solo en ellos es posible la concentración que hace un negocio lucrativo de la imitación del socorro mutuo, y sólo en ellos pueden pasar desapercibidas del público las deficiencias de estas empresas. [...]*

*A pesar del completo desconocimiento de la gran importancia que tiene una organización inteligente de la previsión popular demostrado por nuestros gobiernos, que ha llegado en algunos casos a la hostilidad manifiesta, son tan imperiosas las necesidades que crean esa función social del seguro contra la enfermedad, que ella ha adquirido una importancia de que son bien demostrativas las cifras globales, en números redondos, de las sociedades que han surgido espontáneamente. [...]*

*Se ha formado, gracias a ellas, una vasta organización de asistencia que ofrece a sus miembros socorros pecuniarios que en conjunto representan un gran valor, y su presupuesto, estimable en un mínimo de ocho millones para el conjunto de la República si se engloban todas las entidades de previsión popular, inclusive las cajas de empresa y las falsas mutualidades, representa unos seis millones de pesos anuales gastados en asistencia médica y pecuniaria de 600.000 trabajadores, que por tal modo se esfuerzan por emanciparse de la «caridad» mediante la ayuda propia. [...]*

*Los capitales que han podido acumular algunas sociedades en su primera época de prosperidad les permitieron adquirir, cuando el valor del suelo era muy inferior al actual, propiedades que ahora equivalen a importantes reservas, gracias a la valorización. Las rentas obtenidas por alquiler de los salones sociales para fiestas y de otras propiedades permiten a éstas prestaciones fuera de proporción con las cuotas que abonan sus socios. Pero las que han surgido más tarde, y las antiguas que no adquirieron inmuebles, carecen de reservas apreciables y se verán en una grave situación financiera si no se reducen sus elevados costos de administración y otros innecesarios y no aumentan sus cuotas. [...]*

*Los riesgos que se asumen representan un programa completo o casi de seguro-enfermedad, pero se afrontan todos, hasta los que reclaman reservas considerables, como las pensiones de crónicos, por medio de la repartición pura y simple, sobre la base de cuotas estrictamente suficientes cuando la mayoría de los socios son jóvenes. De ello resulta que, a medida que aumenta la edad media de los socios, el crecimiento en proporción geométrica de la morbilidad con la edad ocasiona gastos superiores a lo percibido por cuotas, sin rédito de capitales que puedan cubrir el déficit. Esto se refiere únicamente a las verdaderas mutualidades, pues las empresas que las imitan encuentran siempre medios de reducir sus gastos, sea eliminan-*

*do a los cotizantes que envejecen o de mala salud, o bien, como la mayor parte de los Círculos Católicos, ingeniándose para dedicar al «socorro» únicamente los recursos que sobran una vez cubiertos los gastos para local y propaganda político-religiosa. [...]*

*Las cajas patronales están, con tres solas excepciones, dos de ellas cajas de fábrica, constituidas en una forma totalmente inaceptable, especialmente las ferroviarias, cuyas empresas despojan a sus trabajadores del derecho de administrar los fondos que forman con sus contribuciones. Sin embargo, las condiciones son en ellas incomparablemente superiores a las seudomutualidades. [...]*

*En cuanto a estas últimas, que la ley no tolera como entidades irresponsables en país culto alguno, y que reúnen unos ciento veinte mil cotizantes en toda la nación, es difícil decir cual de sus formas es peor desde el punto de vista del seguro-enfermedad. El importante número de cotizantes de estas empresas con fines comerciales o políticos revela cuán rudimentario es todavía el concepto de la previsión libre en una parte muy importante de nuestros trabajadores, pero ello no puede en modo alguno desalentar; es un hecho peculiar, especialmente, de la capital, y aunque asumiera importancia en todas las grandes ciudades, aporta una razón más para promover una organización inteligente. Es obvio que una acción de contralor y estímulo tiene que dar excelentes resultados, desde que más de la mitad de los trabajadores adultos de la Capital, y la quinta parte de toda la nación, a pesar de todas las circunstancias desfavorables, se han organizado en una u otra forma para la previsión. Y las importantes mutualidades genuinas libres ya constituidas demuestran, en su constitución y funcionamiento, ser núcleos sociales bien preparados para una organización integral. Para que den todos los resultados de que es capaz la previsión popular organizada, bastará que la ley las despoje de todo particularismo y libere de las rutinas que tienden al estacionamiento, las libere de la competencia desleal y estimule la incorporación a ellas de todos los trabajadores, garantizándoles al mismo tiempo los derechos de que hoy carecen y los recursos que necesitan para desempeñar sus funciones”.*

Este excelente estudio sobre las instituciones de seguro voluntario (y algunos de los problemas inherentes a ese carácter), se completaba, en la fundamentación que acompañaba al proyecto de Bunge,<sup>19</sup> con un profundo análisis sobre los seguros obligatorios de Alemania e Inglaterra, así como con estudios actuariales, que incluían una tabla de vida para la ciudad de Buenos Aires en 1909 (según la cual la expectativa de vida era de

---

<sup>19</sup> BUNGE, A. *Proyecto de Código de Seguro Nacional* (con exposición de motivos y proyecto de ley básica) presentado en la H. Cámara de Diputados en la sesión N° 70 de 21 de septiembre de 1917. Cámara de Diputados de la Nación, Tall. Gráf. Rosso y Cía. Buenos Aires, 1917 (539 pp.).

alrededor de 60 años), y otra de costos estimados para cada una de las contingencias, (obtenidos con la colaboración de Argentino V. Acerboni<sup>20</sup> y José Porto). Agregaba Bunge sensatas reflexiones sobre la oportunidad y los obstáculos previsibles para instalar el sistema que proponía, **algo así como las bases de una planificación estratégica para la instalación del seguro social.**

Debe advertirse que la denominación “seguro nacional” se utilizaba para caracterizar un seguro social **obligatorio** para trabajadores de menores ingresos, del tipo de los que se establecían en esos años en Europa, y no de un seguro “universal” para todos los habitantes, independientemente de su situación laboral, que es como ahora se entiende internacionalmente la denominación de **seguro nacional.**

Hacia la época en la cual Bunge estudió el tema y presentó su proyecto, el gobierno de Chile, que enfrentaba una creciente agitación social como producto de la insatisfacción obrera respecto a las condiciones y las remuneraciones del trabajo, encargaron al diputado Dr. Exequiel González Cortés, que viajaba a Europa, estudiar el procedimiento que había servido a Bismark para apaciguar los conflictos de este tipo. González Cortés presentó un proyecto en 1919 que durmió algunos años en la Cámara, hasta que frente a la inquietud militar de 1923, se aprobó en una sesión maratónica con la cual la Cámara pretendía ponerse al día y evitar un alzamiento militar, en lo cual fracasó. **El Seguro Social Obrero** chileno, el primero de América Latina, fue la base para que en 1952 se estableciese en ese país el **Servicio Nacional de Salud**, que cubría a los trabajadores manuales y no a los empleados, pero que de todas formas produjo un notable avance en la salud de la población del país.

El proyecto de la ley básica, de 18 artículos, de Bunge se presentó con las firmas de Benjamín Bonifacio, Rodolfo Moreno, Diógenes Hernández, Francisco Correa, Juan B. Justo, Nicolás Repetto, Antonio de Tomaso, Mario Bravo y Enrique Dickman. Se acompañaba de otro proyecto, de gran extensión: el del Código de Seguro Nacional. El artículo 19º precisaba: “El seguro nacional tiene por objeto la asistencia por maternidad, enfermedad, invalidez y ancianidad, cuyo mínimo legal constituye las prestaciones ordinarias. El 21º especificaba seguros especiales, pasibles de ser obtenidos a través de cotizaciones voluntarias. Eran asegurados obligatorios (art. 65º) los obreros y aprendices y los empleados cuya remuneración no

---

<sup>20</sup> ARGENTINO V. ACERBONI publicó en 1925 un estudio sobre el crecimiento de la población en el cual contó las modificaciones que Verhulst introdujo en las proyecciones basadas en la hipótesis de Malthus, y los trabajos ingleses (como el de Yule) y americanos, como el de Raymond Pearl (quien no conocía los aportes de Verhulst), sobre proyecciones de población. ACERBONI, A. V. “*Las hipótesis de Pearl y Reed sobre el crecimiento de la población.*” *Rev. de Ciencias Económicas*. Año XII Serie II, N° 49 Buenos Aires, agosto de 1925, p. 157.



excediese los 2.400 pesos al año. Los empleados con ingresos superiores a ese monto, así como los profesionales o empleadores, podían ser asegurados voluntarios asumiendo personalmente el pago de las cotizaciones.

Conviene tener en cuenta que en la década de los 30's el Sindicato Médico del Uruguay resolvió crear un organismo adscripto, el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU)<sup>21</sup>, bajo la forma de una cooperativa (abierta) de producción sanitaria, lo que indujo al Estado a elaborar una ley reglamentando el mutualismo, de gran desarrollo en Montevideo desde la creación de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, en 1853.<sup>22</sup>

El desarrollo de las mutualidades y de las “empresas médicas” (casi las únicas en las ciudades del interior) en el Uruguay, significaron allí la virtual desaparición de la práctica privada. En la Argentina el desarrollo de las mutualidades tuvo menor cobertura y el de las empresas médicas tardó varias décadas en generalizarse, en parte **por la hostilidad del gremio médico hacia ellas**, como se verá más adelante.

## **El Departamento de Higiene bajo la Presidencia de Gregorio Aráoz Alfaro y la Conferencia Sanitaria Nacional de 1923**

Recuerda Aráoz Alfaro: “Al llegar al gobierno el Dr. Marcelo T. de Alvear, fue la sanidad pública una de sus principales preocupaciones. Pensó crear un Ministerio de Higiene y Trabajo y con ese propósito envió un mensaje, refrendado por su ministro del Interior, Dr. José N. Matienzo, pidiendo la reforma de la Constitución. Desgraciadamente ni en esa ni en otras iniciativas importantes pudo contar con el apoyo del Congreso. La idea de crear un Ministerio especial, que le diera autonomía, jerarquía y grandes recursos a la higiene y sanidad públicas, había sido sostenida y enunciada por varios en el Primer Congreso Nacional de Medicina, celebrado en 1916, que tuve la honra de organizar y presidir.”

En 1923 el entonces presidente del *Departamento Nacional de Higiene*, Dr. Teófilo R. Lecour, solicitó al Ministro Interino del Interior, Dr. Ángel Gallardo, la autorización “para convocar a los presidentes de los Consejos de Higiene de provincias, así como otros jefes de entidades sanitarias del país, a una Conferencia que deberá celebrarse en este Departamento, con objeto de cambiar ideas y concertar una acción común en defensa de la salud pública.”

<sup>21</sup> MAÑANA CATTANI, J. *Historia del Sindicato Médico del Uruguay*. SMU, Montevideo, 1992.

<sup>22</sup> ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PRIMERA DE SOCORROS MUTUOS. *1853-1978. 125 años al servicio del país*. Montevideo, 1978.

*“En mi último viaje de inspección por el interior, considerando sobre el terreno la situación sanitaria general del país, he podido comprobar la necesidad impostergable de promover un acuerdo entre las autoridades que tienen a su cargo las actividades de esta índole en las provincias, hasta tanto se obtenga y como medida conducente para obtener la sanción de una ley de jurisdicción nacional en la materia.”*

Los resultados que se pretendía obtener eran: establecer de común acuerdo un régimen coordinado de acción; establecer un sistema de información sanitaria directa; revisar las leyes y disposiciones sanitarias en vigor y proponer, tomando como base los proyectos presentados al H. Congreso de la Nación, *“una ley o Código Sanitario, con fuerza obligatoria en todo el territorio nacional.”*

Un decreto del presidente Alvear del 26 de febrero autorizó la realización de la Conferencia y estableció como fecha el mes de julio, otro del 2 de marzo nombró el personal de la secretaría y se distribuyeron las invitaciones y el programa. En razón de la falta de respuesta de algunas provincias y del pedido de otras que deseaban disponer de más tiempo, Lecour pidió la postergación para septiembre y el presidente emitió un decreto postergándola para el 20 de agosto. Antes de esa fecha, fue designado como presidente del Departamento, en reemplazo de Lecour, el Dr. Gregorio Aráoz Alfaro,<sup>23</sup> a quien le correspondió pronunciar el discurso inaugural en la fecha fijada, seguido por unas breves palabras del Dr. José Nicolás Matienzo, Ministro del Interior.

**Gregorio Aráoz Alfaro** había nacido en Tucumán en 1870 y estudiado en el Colegio Nacional de esa provincia, con docentes que habían sido discípulos de Amadeo Jacques. El notable docente francés había dejado en Tucumán una herencia duradera, para lo cual había colaborado el Dr. Marcos Paz, entonces gobernador de la provincia y más tarde vicepresidente de Mitre. En aquellos años, según recordaba don Gregorio, José Posse, que también había sido gobernador y era gran amigo de Sarmiento dirigía el Colegio, en tanto que la Escuela Normal tenía como director a Paul Grous-

<sup>23</sup> “Conocí siendo niño, a don Gregorio Aráoz Alfaro en los primeros años de la década de los cuarenta. Vivíamos en una casa de la calle Charcas (hoy Marcelo T. de Alvear), próxima al Sanatorio Castro, uno de los primeros que tuvo Buenos Aires en un edificio construido expresamente para ese fin. En esa época se había vendido y transformado en Instituto de Diagnóstico y Tratamiento; su primer Director fue Gregorio Aráoz Alfaro. Jugábamos con mi hermano en la soleada vereda de la casa cuando mi padre se cruzó con Aráoz Alfaro, se detuvo a saludarlo, nos presentó y nos dijo, mientras el ilustre médico se alejaba, que ese amable señor era una de las glorias de la medicina argentina y uno de los hombres que habían hecho más por las madres y los niños. Muchas siestas, mientras jugábamos veíamos acercarse la inconfundible silueta de don Gregorio, que caminaba desde su consultorio de Larrea y Santa Fe hasta el Instituto. Nos deteníamos, y casi en posición militar, recitábamos a coro nuestro: “Buenas tardes, doctor”; don Gregorio, más bien bajo, delgado, de bigote blanco (tenía setenta y tantos años) tocaba con dos dedos el ala de su “panamá” y nos sonreía, más con los ojos que con la boca.” Juan Carlos Veronelli.

sac, otro ilustre historiador y literato francés, a quien Avellaneda había inducido para que se radicase, temporariamente, en su provincia natal.

Decidido a estudiar Medicina, llegó el joven bachiller a Buenos Aires en 1886. *“Buenos Aires era, sin duda, superior a las ciudades del interior, pero las diferencias nos parecían más bien de grado, en el primer momento. Sólo más tarde, después de un tiempo de permanencia, nos dejábamos ganar por el encanto de la ciudad, hasta el punto que nos aportheonábamos más que los nativos. [...] En la propia calle Florida, entre Paraguay y Córdoba, había un gran mercado —no muy superior en comodidad y limpieza a los de nuestras provincias— y al frente del mismo un gran terreno baldío —el jardín “Florida”— donde a más de diversiones y kermeses, celebrábase todos los años la Exposición Rural. Fuertes y colorados vascos, cubiertos de boinas azules, recorrían la ciudad al trote de sus caballos, jineteando sobre seis grandes tarros de leche, y en el zangoloteo de la marcha iban haciendo manteca que sacaban con la mano en los zaguanes de las casas [...] Así era Buenos Aires entonces, mitad gran aldea, mitad gran ciudad, que empezaba recién a modernizarse. Muy poco hacía que había caído, bajo la piqueta de Alvear, la “recova” que separaba las antiguas plazas de Mayo y de la Victoria, y sólo poco tiempo después había de iniciarse la apertura de la Avenida de Mayo.”*<sup>24</sup> (En el capítulo dedicado a Eduardo Wilde utilizamos, para describir la epidemia de cólera de 1886, la pluma de Aráoz Alfaro.)

Egresado de la Facultad de Medicina en 1891, el año siguiente fue elegido por Emilio Coni, entonces director de la Administración Sanitaria y Asistencia pública, como uno de los tres médicos del servicio permanente. (Aráoz Alfaro había conocido y frecuentado a Coni desde que estudiaba medicina). Cuando Alfredo Lagarde pasó a organizar y dirigir la Maternidad del San Roque, Coni pidió a Aráoz Alfaro que lo ayudase como Secretario de la Asistencia Pública, ayuda que Coni destacó y agradeció en sus *“Memorias de un Higienista”*, en las que también transcribe la correspondencia que mantuvieron hasta sus últimos años.

Cuando Coni abandonó la Dirección, Aráoz Alfaro se hizo cargo del **Servicio de Pediatría** del Hospital San Roque: la influencia de Coni sobre Aráoz Alfaro se revelaría intensa y duradera, la combinación de su acción como higienista se combinaba con su práctica pediátrica para inducirlo a reclamar medidas higiénicas, como el control de la leche. (Recuérdense las conclusiones del análisis de Penna sobre la mortalidad infantil, transcrito en páginas anteriores.) Designado profesor de la Facultad de Medicina, estuvo a cargo de la **Cátedra de Semiología**, a la cual el plan de estudios de 1919 le había agregado la **Clínica Propedéutica**, al mismo tiempo que se suprimía la cátedra de Patología general y ejercicios prácticos que había

<sup>24</sup> ARÁOZ ALFARO, G. *Crónicas y Estampas... Op. cit.*, p. 51 y ss.

dictado por años Roberto Wernicke, otro de los maestros que, con Telémaco Susini, habían impactado al joven tucumano.

Su colaborador y sucesor en la Cátedra, el Dr. Tiburcio Padilla, nacido en la capital pero hijo y nieto de médicos tucumanos que llevaron el mismo nombre, fue también su Secretario en el *Departamento Nacional de Higiene*, al cual más tarde presidió, en 1930-1932, y llegó, treinta años después, a ser ministro de Salud Pública, en 1962.

Permítasenos una digresión, se menciona en otro lugar de esta obra la “*germanofilia*” que se desarrolló en las filas del ejército como consecuencia de la contratación de asesores expertos de esa nacionalidad; en el campo de la medicina la influencia alemana se hizo sentir también en las últimas décadas del siglo XIX y primeras del XX. En 1875 el decano Porcel de Peralta manifestaba en la Memoria de ese año: “*La Facultad de Ciencias Médicas, señores, ha aceptado con entusiasmo el noble cometido de propender a plantear en nuestra Escuela, todas aquellas mejoras que los recursos del país permiten, tomando por modelo las adelantadas Escuelas Alemanas.*” Y Pedro Mallo, en 1899, habla de “*una reacción de la fe ciega con que mirábamos todo lo de origen francés, bien que empezamos a compartirla con la escuela alemana, sin embargo de estar penetrados que la ciencia es un mar sin orillas ni fronteras y que sus mieses se cosechan en todas partes donde la civilización florece.*”

La bacteriología, la anatomía patológica, la fisiopatología, la clínica, la neurología y la antropología médica fueron muy influidas por personalidades alemanas, que también influyeron en muchas de las personalidades médicas españolas de principios de siglo.

“*Cuando el presidente Alvear —contaba Aráoz Alfaro— me ofreció, en 1923, la dirección del Departamento de Higiene, lo hizo asegurándose toda su confianza y, por consiguiente, la más completa autonomía de acción en esa materia. Promesa ratificada por su eminente ministro, el Dr. Matienzo y cumplida plenamente hasta el final. Desgraciadamente, la acción se vio trabada por el presupuesto —escaso y, además, mal distribuido—*

*que venía desde el gobierno anterior y que no se consiguió nunca modificar porque el Congreso en que la política del gobierno tenía escasa representación, se obstinó en negarle nuevos presupuestos de gastos, manteniendo con escasas planillas adicionales el último de la administración de Yrigoyen.*”<sup>25</sup>



Gregorio Aráoz Alfaro

<sup>25</sup> ARÁOZ ALFARO, G., *La higiene y la sanidad...* Op. cit., pp. 528-529.

Poseedor de gran prestigio al hacerse cargo, por segunda vez, de la presidencia del Departamento, Aráoz Alfaro inició su discurso en la Conferencia reiterando la unanimidad del reclamo por reformar la organización sanitaria. Precisó: *“Se ha visto siempre en nuestro régimen federal de gobierno el principal obstáculo a una organización nacional eficiente de la profilaxis y de la asistencia pública. En efecto, 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 normas fijas y uniformes.”*

Recordó las palabras de Penna, que había fallecido pocos años antes, cuando decía, en 1903: *“No es posible regirse en cuestiones de higiene y de profilaxis por las leyes políticas que persiguen la autonomía y la libertad. La prevención de las enfermedades exige una técnica más severa y coercitiva, ejercitada por un criterio unitario exclusivo que actúe lo menos posible sobre la libertad individual pero que asegure la preservación colectiva”*; aseguró que todos los otros presidentes del Departamento habían enfrentado los mismos inconvenientes, generándose la convicción general de *“la necesidad imperiosa de establecer un régimen uniforme de gobierno sanitario con una dirección central que oriente y coordine las actividades de todos los organismos federados, sin desmedro de su funcionamiento autónómico y de sus facultades privativas [...]”*

*Deponer los pequeños intereses locales en aras del bien entendido interés general, prescindir de las pequeñas satisfacciones de amor propio en obsequio a la armonía dentro de la cual debemos procurar conclusiones amplias y duraderas; tener siempre presente que no hay nada superior a la salud y el vigor del pueblo que estamos formando con los elementos técnicos más diversos y que nuestra abnegación y nuestros esfuerzos serán siempre suficientes para tan altos objetivos, he ahí —distinguidos colegas— los principios y las reglas que deben informar nuestra conducta en esta Conferencia, cuyo éxito ha de ser, espero, el premio del Código Sanitario Argentino y el nupcio seguro de otras ulteriores con objetivos más limitados y precisos.”*

En la primer sesión ordinaria, el mismo 20 de agosto, se presentaron las propuestas de los delegados sobre el tema *“Normas y bases para la organización de los servicios sanitarios y de la asistencia hospitalaria en la República, en acción conjunta con las autoridades provinciales, municipales y de otras entidades autónomas. Creación de la Dirección Nacional de Salud Pública.”*

La primera presentación fue la del presidente del Consejo de Higiene de la provincia de Córdoba, Dr. Benigno Portela, que proponía la creación de un Consejo Nacional de Salubridad formado por cinco vocales

(entre los cuales uno sería designado presidente) que durarían tres años en sus funciones y a los que se agregarían, como vocales del Consejo, los representantes de la autoridad sanitaria de cada provincia, que tomarían parte en asuntos de orden general, para lo cual serían invitados por el presidente, y serían consultados cuando se tratase de asuntos sólo relacionados a sus respectivas jurisdicciones.

El presidente del Consejo de Higiene de Rosario, Dr. José B. Ábalos, propuso una **Dirección Nacional de Salud Pública**, que estaría compuesta por el Consejo Nacional de Higiene y por un colegiado constituido por los representantes provinciales, del Ejército, de la Armada y de la Asistencia Pública de la Capital. La Dirección se reuniría cada tres meses en la Capital, bajo la presidencia del Presidente del Consejo Nacional de Higiene.

El presidente del Consejo de Higiene de Santiago del Estero, Dr. Arturo Schneidewind, **basado en que la escasez de recursos financieros en las provincias sólo permiten remendar, aplazando la ruina total pero no impidiéndola**, proponía crear, bajo la dirección del *Departamento Nacional de Higiene*, una **Dirección General de Salud Pública** la cual reglamentará la profilaxis de todas las enfermedades infectocontagiosas, encargándose los Consejos de Higiene y Departamentos de Salubridad Pública Provinciales de hacer cumplir las órdenes de aquellas.

El Dr. Carlos Pensotti, delegado de la Municipalidad de Santa Fe, propuso la creación de una **Dirección Nacional de Salud Pública** compuesta por un núcleo directivo formado por el presidente del *Departamento Nacional de Higiene* y un pequeño equipo, y por los presidentes de los Consejos provinciales, los Directores de la Sanidad de las Fuerzas Armadas, el Presidente de Asilos y Hospitales Regionales, el Director de Sanidad Escolar, el Director de Previsión e Higiene Social, el delegado de la Sociedad de Beneficencia y el Director de la Asistencia Pública de la Capital, los cuales deberían reunirse una vez por mes, para lo cual se les daría un pase general para toda la república y un viático de 30 pesos diarios, mientras durase su viaje y permanencia en la capital. “las atribuciones de los Presidentes de los Consejos de Higiene de las provincias serían todas las que “actualmente tienen [...] el **Director Nacional de Salud Pública no podría tomar ninguna medida técnica ni administrativa en los territorios de las provincias sino por intermedio de sus respectivos presidentes y de común acuerdo.** [...]”

El diputado nacional por la Capital, Dr. Leopoldo Bard, propuso la creación de una **Subsecretaría de Salud Pública y Asistencia Social** asesorada por una Comisión de S.P. y A.S., que se reuniría cada dos meses y estaría integrada por el Presidente del Consejo Nacional de Educación, el del Departamento Nacional del Trabajo, un representante de la Facultad de Ciencias Médicas, el Presidente de las Obras Sanitarias de la Nación, el Director de la Asistencia Pública de la Capital y los representantes de

los Departamentos de Salubridad Pública de cada una de las provincias. Conviene destacar la incorporación de la **asistencia social**, en este y otros proyectos; esta expresión se empleaba en esos años como sinónimo de **asistencia pública** y se refería primordialmente a la **atención médica gratuita brindada por el Estado o subsidiada por éste**.

Quedarían bajo la dependencia de la Subsecretaría todos los establecimientos que *“en la actualidad dirige la Sociedad de Beneficencia de la Capital, el Departamento Nacional de Higiene, el Servicio Médico de la Policía de la Capital, el Hospicio de las Mercedes y la Colonia Nacional de Alienados, asilos y hospitales regionales que dependen del Ministerio de Relaciones Exteriores, Oficina Química Nacional dependiente del Ministerio de Hacienda, Cuerpo médico escolar e Institutos de sordomudos, mudas, ciegos y tutelar de menores; así como también todos los servicios y hospitales de las prisiones, penitenciarias y casas de corrección que dependen del Ministerio de Justicia e Instrucción Pública.”*

El Director de Sanidad del Ejército, Dr. Julio Garino, propuso una **Dirección Nacional de Salud Pública** con jurisdicción en todo el territorio de la Nación, formada por un Director General y cinco miembros: el Director de la Asistencia Pública de la Capital, los Directores de la Sanidad Militar y de la Armada y un delegado por cada una de dos provincias, que rotarían cada dos años. En cada provincia habría un Director Provincial de Salud Pública, dependiente del Director General y asesorado por un consejo, uno de cuyos miembros sería el cirujano militar de mayor jerarquía de la Capital de la provincia.

El higienista Dr. Jerónimo del Barco presentó un proyecto de organización del *Departamento Nacional de Higiene* cuyo Consejo consultivo se ampliaba con los decanos de las Facultades de Medicina, el Director de la Asistencia Pública de la capital y análogos de las provincias, si los tuvieren, un delegado de la Sociedad de Beneficencia, otro del Ministerio de Agricultura y los directores de salubridad de las provincias y de la sanidad de las Fuerzas Armadas. Las sesiones de quórum completo se realizarían dos veces por año.

Los gobiernos de las provincias y de la municipalidad de Buenos Aires estarían obligadas a poner en ejecución los reglamentos y disposiciones que se adoptasen con fines profilácticos.

El diputado nacional por la Capital, Dr. Rómulo B. Trucco, proponía la Creación de una **Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social**, la cual crearía dispensarios para la protección de la primera infancia, para la profilaxis y lucha antituberculosa, y para la lucha antivenérea. Intensificaría también la lucha antipalúdica y otorgaría subsidios para inválidos, enfermos crónicos, maternidad e incapacidad.

El delegado por Jujuy, Dr. Wenceslao Tello, exhortó a concretar la elaboración de un **Código de Higiene**. Terminó su presentación afirmando: “Va-

*mos a ciegas. En algunas localidades argentinas son más los que mueren que los que nacen. Las cárceles se llenan. La falta de respeto a la ley, hasta en los legisladores, es alarmante. La pobreza por la falta del hábito del trabajo sobrando la tierra fecunda da pena. A porfía se vive contrayendo nuevas deudas para que la propiedad pase a manos del extranjero, que es el que trabaja y ahorra. Preocúpanos más la profilaxis, el efecto, que la causa, la etiología(?).”*

*“Abramos los ojos y veamos que nuestro porvenir está en nuestras manos. Estas consideraciones van dirigidas a los señores miembros de la Conferencia, porque, felizmente, nuestras autoridades tienen ya el propósito de darle a la República su Código de Higiene y Sanitario, a la brevedad posible.”*

La delegación santafesina, presidida por el ministro de Gobierno, Dr. Roque F. Coulin, presentó *declaraciones en salvaguardia del derecho de las provincias y municipalidades con respecto a la organización sanitaria nacional*, comenzando por acordar que *“las cuestiones que se relacionan con la salud pública deberán ser motivo de una legislación uniforme que, asegurando los intereses de la colectividad, permita a las provincias y municipalidades ejercer su acción autonómica dentro del régimen federativo.”*

Pero a continuación, afirma que *“queda reservado a las provincias y municipalidades la asistencia hospitalaria, las Asistencias Públicas, consultorios externos, Salas de Primeros Auxilios, y la defensa sanitaria en contra de todas aquellas afecciones epidémicas o exóticas, debiendo en casos especiales recabar y obtener la acción conjunta de las autoridades sanitarias de la Nación cuando así lo creyeren necesario por la intensidad o gravedad de las epidemias en cuestión.”*

[...] *“La intervención técnica y administrativa en los hospitales e instituciones sanitarias de los municipios o de las provincias (Consejos de Higiene o Administraciones Sanitarias), como asimismo en la Sanidad del Ejército o de la Armada, por un poder sanitario exclusivamente centralizado del orden nacional significaría un menoscabo en la autoridad científica de los médicos actuantes y dirigentes en el orden de esas instituciones, limitando todas las iniciativas y toda la acción a una voluntad que en forma alguna puede llenar el desiderátum de una perfecta organización.”*

*“La actual organización sanitaria en las Provincias y Municipios no está en pugna con la misma organización en el orden nacional y con el objeto de uniformar procedimientos, estrechar vínculos y establecer las bases de un sistema de comunicaciones y estadísticas, puede constituirse un Consejo de Salud Pública compuesto por el señor Presidente del Departamento Nacional de Higiene y un representante por cada provincia, que lo serán los actuales Presidentes de los Consejos de Higiene o Administraciones Sanitarias.”*

Después de escuchar las presentaciones, y sobre todo, la declaración de la delegación santafesina, se resolvió formar una comisión para concretar en uno los diferentes proyectos; Cabred sugirió que constase de cinco



miembros y se expidiese antes del último día de la Conferencia. Se constituyó con los Dres. Rodríguez Jáuregui, ministro de Obras Públicas de Buenos Aires, y por los Dres. Portela, Cantoni (delegado por San Juan), R. Coulin y Schneidewind. El 25 de agosto, en la segunda sesión extraordinaria, se aprobó el siguiente dictamen de la Comisión:

### I

“La Conferencia Sanitaria Nacional declara de urgente necesidad la vinculación y coordinación de las entidades sanitarias de la Nación y de las Provincias, para dar mayor eficacia a la defensa de la salud pública en todo el territorio de la República.”

### II

“Dictar, como resultado de acuerdos previos con las provincias, una ley de Sanidad Nacional que, salvando y armonizando los poderes atribuidos por la Constitución Nacional, provea a la defensa sanitaria permanente del país.”

### III

“Los servicios de higiene urbana y general, y de asistencia pública y social por enfermedades comunes, continuarán siendo atendidas por las provincias y municipios respectivos, quedando a cargo de la Dirección de Sanidad Nacional la profilaxis y asistencia de las enfermedades endémicas comunes a más de una provincia y las epidémicas susceptibles de hacerse tales.”

### IV

“En la entidad sanitaria a crearse deberán estar representados todos los Estados federales. Estos representantes y las organizaciones sanitarias provinciales serán los agentes naturales de la Dirección Sanitaria propuesta, en sus respectivas circunscripciones.”

### V

“Los delegados a la Conferencia Sanitaria Nacional expresan, como un anhelo, que el organismo sanitario nacional coordine sus funciones con las correspondientes al Departamento del Trabajo, de la Dirección de Obras Sanitarias de la Nación, de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales y de los Departamentos provinciales del Trabajo.”

### VI

“Aquellas provincias que, por su estado económico, no estén capacitadas para atender debidamente sus necesidades sanitarias, podrán reca-

bar y obtener de la Dirección Sanitaria Nacional que tome a su cargo la totalidad o parte de sus servicios sanitarios por el tiempo que ellas consideren necesario.”

El 27 de agosto se clausuró la Conferencia. Aráoz Alfaro “hizo una rápida mención del concepto consagrado de coordinación y unificación de los organismos sanitarios”, agradeció a los delegados el concurso prestado, y rindió un homenaje a Penna, seguramente sin reiterar la opinión que éste tenía sobre el tema central de la Conferencia, en el cual poco se había avanzado.

Podrían resumirse las posiciones sobre el tema situándolas entre dos polos: las provincias de escasos recursos, como Santiago del Estero, estaban dispuestas a entregar la competencia al organismo nacional; las de mayores recursos y mayor desarrollo institucional, como la de Santa Fe, asumían la defensa a ultranza de la autonomía municipal y provincial, y ni siquiera aceptaban delegar sus facultades en una institución que incorporase representantes provinciales, como sugerían varias de las propuestas. La mayoría de éstas incluía la elevación de la jerarquía del organismo nacional, a Dirección o a Subsecretaría, con la ilusión de que la jerarquía del organismo en el orden nacional podría resolver la anarquía sanitaria.

En la propuesta de Bard, que incluía bajo la dependencia de la Subsecretaría propuesta, los establecimientos y dependencias destinados a la atención médica de otros ministerios y de la Sociedad de Beneficencia, y detallaba las partidas presupuestarias que se incorporarían, **se introduce otra dimensión de la centralización, la institucional, insistentemente reclamada en la exposición de Penna al hacerse cargo del Departamento.**

La resolución aprobada no contenía elementos para modificar la situación y por lo tanto, todo siguió como estaba. El presidente del Departamento se convenció de que el resultado de la Conferencia cerraba por el momento la posibilidad de un acuerdo que permitiese consolidar el órgano

nacional responsable por la salud colectiva de los argentinos.

En esta Conferencia presentó **Maximiliano Aberastury**, que había participado en el Congreso sobre Lepra realizado el año anterior en Río de Janeiro, un **primer proyecto de ley sobre tratamiento de la lepra** (al que formuló reservas Rivas Jordán); Bachmann otro sobre la profilaxis de la uncinariasis; Nicolini uno sobre ambas afecciones; Tobías, Bachmann y Antonio Barbieri, ponencias sobre modificaciones a la ley sobre profilaxis del paludismo y Leopoldo Bard un importante conjunto de proyectos sobre enseñanza de la higiene social en escuelas y lugares de trabajo, sobre un



Maximiliano Aberastury

Departamento de Protección Maternal y Puericultura, sobre un Consejo de Asistencia y Protección a la Infancia y sobre Colonias de alienados.

En ese año, Nicolás Lozano publicó, con la coautoría del Ing. Antonio Paitoví, su obra *“La Higiene Pública y las Obras Sanitarias Argentinas”*, en la colección sobre Evolución de las Ciencias de la Sociedad Científica Argentina (Vol. XI, Edit. Coni, Buenos Aires).

Aráoz Alfaro encaminó su gestión a perfeccionar la institución, a cuya estructura agregó, en 1923, una **sección Maternal e Infantil**<sup>26</sup>, área de particular importancia para un discípulo de Coni que se había iniciado como pediatra, y en 1924, otras destinadas a la propaganda higiénica y educación popular; a la higiene mental, alcoholismo y toxicomanías (en ese año se sancionó la ley N° 11.309 sobre alcaloides); a la profilaxis del tracoma y oftalmías infecciosas; a la profilaxis de la sífilis, enfermedades venéreas y lepra; a la **profilaxis directa y asistencia de la tuberculosis y a la profilaxis y asistencia de la anquilostomiasis**.

*“Imprimióse gran impulso —afirmaba Aráoz Alfaro— a la lucha contra el paludismo, prácticamente abandonada desde la presidencia Penna (salvo una meritoria estación en Famaillá —Tucumán— creada por iniciativa del Dr. Bachmann, entonces al servicio de esa provincia) [...]*

*“Obrúvose la cooperación de la Institución Rockefeller, asignándole sólo un distrito en Tucumán, a fin de que su acción enseñara y estimulara a los funcionarios sanitarios locales y se hizo venir de Europa a profesores eminentes como Mühlens, Fülleborn, Nicolle, quienes, en misiones de estudio y en pequeños cursos prácticos, dejaron eficaces enseñanzas y contribuyeron a formar técnicas en el país, utilizando elementos ya adiestrados por Kraus, Bachmann, Sanarelli o iniciados en los laboratorios regionales.”<sup>27</sup>*

En ese mismo año dirigió personalmente, con el apoyo del científico alemán, profesor Mühlens, nuevos trabajos de saneamiento en Monteros, Tucumán, donde la endemia palúdica se mantenía con gran intensidad. Esta vez los canales abiertos superaron los dos kilómetros y fueron acompañados por entubamientos, rellenos y nivelaciones; algunas observaciones **aseguraban, sin embargo, que en canales rectificadas y bien conservados era posible hallar larvas del A. pseudopunctipennis, contra lo que hacían suponer los trabajos italianos**. Por un tiempo, el paludismo se redujo en Monteros.

Hasta entonces las secciones del Departamento se habían concentrado en acciones preventivas contra las epidemias; Penna había reforzado la lucha antipalúdica; **a partir de estas adiciones, incorporaban también la**

<sup>26</sup> En los Estados Unidos la legislación sobre Maternidad e Infancia que asignaba fondos para la atención de la salud se sancionó en 1921.

<sup>27</sup> ARÁOZ ALFARO, G. *La higiene y la sanidad... Op. cit.* p. 529.

asistencia de otras enfermedades endémicas o sociales. La proyección de la acción del Departamento en las provincias volvía a buscarse, como lo había hecho Penna, mediante el control de endemias. A través de los intentos de control de aquellas enfermedades crónicas contagiosas o transmitidas por vectores que requerían, para suprimir la persistencia de la difusión, el aislamiento y el tratamiento de las personas afectadas, se comenzaban a intrincar la prevención y el tratamiento, la profilaxis y la asistencia, la medicina preventiva y la curativa.

En septiembre de 1926 se dictó la ley 11.359 sobre profilaxis de la lepra<sup>28</sup>, sobre un proyecto preparado por Aberastury, actualizando las propuestas de la Conferencia Sanitaria de 1906. La ley establecía la obligatoriedad de la denuncia de la enfermedad en todo el territorio nacional y la organización del Registro, imponía el tratamiento sanitario obligatorio, la inspección preventiva de los sospechosos, el aislamiento y tratamiento obligatorio, en el domicilio o en asilos y colonias. El artículo 10º establecía que



*Gregorio Ardoz Alfaro y Ricardo Rojas*

*“en tanto no hubiese asilos, sanatorios o colonias de leprosos especialmente organizados, la Administración Sanitaria Nacional habilitará provisionalmente*

*los locales o servicios indispensables para que inmediatamente se inicie la aplicación del tratamiento sanitario de los enfermos de esta clase [...]”.*

En agosto de 1928 la ley 11.410 modificó el artículo 33º, que pasó a determinar que *“el Poder Ejecutivo, previo dictamen del Departamento Nacional de Higiene, procederá a establecer sanatorios, colonias, asilos para leprosos en las provincias y territorios nacionales, en la zona en que la enfermedad se encuentre más extendida y teniendo en cuenta, para su ubicación, las*

<sup>28</sup> En el Primer Congreso Científico Latino Americano (al cual se hizo referencia en el Capítulo VI dedicado a Emilio Coni), que tuvo lugar en Buenos Aires en 1898, el entonces profesor de Dermatología en la Facultad de Medicina, Dr. Baldomero Sommer, y su profesor suplente, Maximiliano Aberastury, se ocuparon del problema que significaba la lepra en nuestro país, que habían estudiado, junto con José Penna y José R. Semprún, por encargo del Presidente del *Departamento Nacional de Higiene*, Dr. José M. Ramos Mejía. En 1906 el presidente del DNH Dr. Malbrán propuso al Gobierno Nacional la realización de una Conferencia Nacional para encarar la profilaxis nacional de la lepra, originándose un proyecto de ley que se elevó al Gobierno en 1907. En 1910 Cantón presentó un nuevo proyecto de ley sobre el tema y Carlos Malbrán otro, en 1913, que “muere oscura y silenciosamente”, dice M. Quiroga, en ese cementerio de buenas intenciones que es la Comisión de Legislación. Aberastury y Balaña insisten en 1920 y en 1921, al regreso de Aberastury del Congreso de la Lepra que se había reunido en Río de Janeiro, el Presidente Alvear lo encarga de formular la organización de la profilaxis nacional de la lepra, la avariosis y la leishmaniasis. En 1926 L. Bard consigue que se nombre una Comisión Especial para la redacción de un proyecto de ley, que se transformó en la 11.359.

*garantías de preservación para la población indemne, conveniencia de los enfermos y facilidad de las comunicaciones terrestres y fluviales.”*

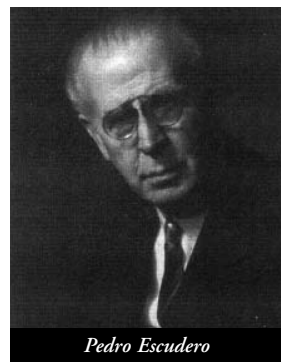
Esta ley fue calificada por Rafael Bielsa como una de las más importantes en materia de policía sanitaria: según este maestro del derecho administrativo, al dictarla *“el Congreso se ha excedido en parte en las atribuciones constitucionales del gobierno nacional; nos referimos al ejercicio del poder de policía que es local, esto es, provincial. Pero la inercia o la insuficiencia del poder provincial ha neutralizado la crítica contra el avance jurisdiccional.”*<sup>29</sup>

Otro importante asunto que se planteó y no consiguió respuestas efectivas fue el de la higiene de la leche. Decía en 1944 Aráoz Alfaro: *“reunióse también en 1926 la Primera Conferencia Nacional de Higiene de la Leche, por iniciativa del Departamento, realizándose estudios y arribando a conclusiones que si hubieran sido tomadas debidamente en cuenta por los poderes públicos, habrían resuelto, desde hace muchos años, problemas que desgraciadamente siguen en pie.”*

Salvador Mazza<sup>30</sup>, médico especializado en bacteriología que se había desempeñado como funcionario del departamento investigando sobre portadores sanos de cólera en el lazareto de Martín García, viajó a comienzos de la década a Europa, donde entabló una duradera relación amistosa con Charles Nicolle. Nicolle visitó Buenos Aires en 1925 y Mazza lo acompañó, comisionado por Aráoz Alfaro, a visitar el norte del país. En 1926 volvió a Jujuy, donde fundó la **Sociedad Argentina de Patología Regional del Norte**, que reunía a profesionales de varias provincias. En 1928 Mazza obtuvo el apoyo de José Arce (en ese momento decano de la Facultad de Medicina, cargo que ocupó en tres oportunidades), para la creación de la **Misión de Estudios de Patología Regional Argentina (MEPRA)**.

Hacia esa época, el presidente del Departamento Dr. Aráoz Alfaro se reencontró en Jujuy con uno de los practicantes del Hospital de Clínicas, **Carlos Alberto Alvarado**, que había obtenido, al graduarse con medalla de oro, una beca del Consejo Superior de la Universidad y del gobierno de Jujuy, su provincia natal, para perfeccionarse en Europa, donde trabajó en la lucha antimalárica, sobre todo en Italia. Para ayudar al joven médico en la labor que quería desarrollar lo presentó al entonces presidente, Dr. Miguel Sussini. Más adelante volveremos a Carlos Alberto Alvarado.

En 1928, el Dr. **Pedro Escudero** fundó un **Servicio de Nutrición** en el Hospital Rawson, que luego fue converti-



Pedro Escudero

<sup>29</sup> BIELSA, R. *Principios de derecho administrativo*, Op. cit., p. 921.

<sup>30</sup> SALVADOR MAZZA. (1886-1946) Nació en Rauch, provincia de Buenos Aires. Se graduó en 1910 en la Facultad de Medicina de Buenos Aires, en la cual se desempeñó como profesor de Bacteriología después del retiro de Carlos Malbrán. Hizo importantes aportes al conocimiento de la enfermedad de Chagas en la Argentina.



Tiburcio Padilla

do en el **Instituto Municipal de Nutrición**. En ese mismo año, poco antes de la terminación del mandato de Alvear y ante la imposibilidad de obtener los recursos que le habían sido prometidos para intensificar la lucha contra la tuberculosis y la protección de la infancia, Aráoz Alfaro renunció y se hizo cargo por poco tiempo el Secretario, Tiburcio Padilla (hijo del médico del mismo nombre fallecido a los 29 años en 1897, que había sido el fundador de *La Semana Médica*, gran amigo de Aráoz Alfaro, y que también se había desempeñado como Secretario del *Departamento Nacional de Higiene*).

*“Durante la segunda presidencia del señor Yrigoyen, el Departamento de Higiene fue confiado al doctor Antonio Agudo Ávila, quien no había tenido tiempo de hacer nada importante hasta que el gobierno fue derrocado por la revolución del 6 de septiembre de 1930.”<sup>31</sup>*

Carrillo mencionó en el discurso que pronunció —al hacerse cargo de la Secretaría— que el presidente Yrigoyen había encargado a Agudo Ávila la elaboración de un proyecto para elevar el Departamento a la jerarquía ministerial.

En 1930, después del golpe militar de Uriburu, Aráoz Alfaro se hizo cargo por poco tiempo de la presidencia del Departamento y cuando renunció la dejó a cargo del joven médico que él había hecho ingresar y había designado como Secretario del Departamento, Tiburcio Padilla (nieto). En ese período se agregó una nueva sección dedicada a la profilaxis de la peste.

Al iniciarse el gobierno de Yrigoyen, en 1916, los indicadores de mortalidad señalaban una mortalidad general de 16.6 por mil y una mortalidad infantil de alrededor de 120 por mil nacidos vivos; la natalidad era todavía elevada, cercana a 35 por mil. Cuando se interrumpió su segundo gobierno, en 1930, la mortalidad general había descendido a 12 por mil, la infantil a poco menos de 100 y la natalidad estaba debajo de 30 por mil.

### Nuevos ámbitos y nuevos interlocutores para la discusión de cuestiones sanitarias

En 1920 se reunió en Montevideo la **VI Conferencia Sanitaria** de los Estados Americanos; las cinco anteriores se habían llevado a cabo entre 1902 y 1913. La guerra había postergado la realización de la sexta.

En Montevideo se modificó profundamente la **Oficina Sanitaria Internacional** creada en 1902 como un centro de recolección y difusión de

<sup>31</sup> ARÁOZ ALFARO, G. *La higiene y la sanidad...*, *Op. cit.*, p. 530.

informaciones sobre enfermedades exóticas, dirigido teóricamente por una comisión de cinco miembros que presidía el Cirujano General del Servicio de Sanidad norteamericano. A partir de la Conferencia de Montevideo, el organismo se convirtió progresivamente en una agencia internacional de asistencia técnica, conducida por un Director (el Cirujano General de los Estados Unidos Hugh S. Cumming) a quien acompañaban un subdirector y cuatro vocales. El delegado argentino, el Dr. Joaquín Llambías, que había sido director de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública y se desempeñaba como Presidente de la Cruz Roja Argentina (y que en ese carácter participó de la Conferencia Sanitaria Nacional de 1923 que se relató en las páginas anteriores), fue elegido vocal de la Oficina. **En ese mismo año de 1923 la Oficina cambió su nombre y el de las Conferencias, de aquí en adelante, Oficina y Conferencia Sanitaria Panamericanas.**

A la **VII Conferencia Sanitaria Panamericana**, que tuvo lugar en La Habana en 1924, asistió Aráoz Alfaro como presidente del *Departamento Nacional de Higiene*. Se aprobó en esta reunión el **Código Sanitario Panamericano**, que entraría en vigencia cuando fuese ratificado por los parlamentos de los países americanos.

El Código, cuyo título IX organizaba formalmente la **Oficina Sanitaria Panamericana**, reemplazaba las Convenciones Sanitarias que se establecían antes entre los Estados y uniformaba las prácticas a las cuales debían ajustarse las autoridades sanitarias ante la amenaza de la introducción de enfermedades exóticas. La uniformidad y la obtención de un consenso aparecían antes en el ámbito internacional de los países de América, que en el interior de las instituciones argentinas.

En 1927 se realizó en Lima la **VIII Conferencia**, a la cual asistieron como representantes argentinos los Dres. Laurentino Olascoaga, Nicolás Lozano y Alfredo Sordelli. Una de las resoluciones aprobadas instaba a los gobiernos que no lo hubiesen hecho a establecer “**ministerios de Salud Pública**”. (Los países que ya los poseían eran Cuba, la República Dominicana y Chile.) En alguna de las conferencias se discutió, por tratarse de un asunto complejo, la organización de la sanidad en países de régimen federal.

Aráoz Alfaro inició y mantuvo relaciones estrechas con los organismos internacionales de salud. Tendremos oportunidad más adelante de sintetizar su participación en la **IX Conferencia Sanitaria Panamericana** de 1934, en la cual actuó como Presidente de la misma.

Simultáneamente con la aparición de nuevos foros, se perfilaban también nuevos actores que opinaban y discutían los temas de organización, sobre todo, en lo que se refería a la atención médica. La aparición del seguro de enfermedad alemán no tuvo asociaciones médicas que colabora-

ran para modelarlo, pero cuando aparecieron, un par de décadas después, consiguieron reemplazar el pago por capitación por el pago por acto médico. En Rusia la estatización de la medicina fue parte de un cambio radical de toda la organización social. En Francia, la generalización a todo el país del seguro vigente en Alsacia y Lorena, recuperadas en 1918, demoró casi diez años su trámite parlamentario por la influencia del *Corp Médicale Français*, y sólo se aprobó después que el gobierno firmó el Acta de la Medicina Liberal.<sup>32</sup>

Las sociedades médicas que se han mencionado a lo largo de estas páginas, el **Círculo Médico**, la **Sociedad Médica Argentina**, después **Asociación Médica Argentina**, y su antecesora, la **Asociación Médica Bonaerense**, entre otras, habían sido foros de discusión de problemas de organización y de identificación de necesidades insatisfechas y problemas no resueltos, de personas afectadas por enfermedades específicas o, más frecuentemente, de grupos más amplios o de la sociedad toda. Sólo existían, como se mencionó, unas pocas asociaciones dedicadas a proteger intereses profesionales y ninguna conseguía perdurar.

En la post-guerra, las asociaciones gremiales médicas tuvieron influencia decisiva en Europa y en los Estados Unidos para modelar la opinión de la sociedad y del poder público sobre modelos organizacionales de la atención médica. En la Argentina de esa época, su poder fue menor, tal vez porque una proporción importante de profesionales **se resistió inicialmente a ser representada por una sociedad gremial**; su influencia en aquellos tiempos, cuando la tuvo, fue de carácter disuasivo.

La práctica de la medicina y sus mismas bases sufrieron cambios espectaculares en las dos últimas décadas del siglo XIX, como se ha mencionado antes, y esos cambios impregnaron la formación y la práctica de los médicos. Las especialidades fragmentaron la práctica e influyeron en las asociaciones. En los años de post guerra aparecieron el **Sindicato Nacional de Médicos**, el **Colegio de Médicos de la provincia de Buenos Aires** y otras asociaciones análogas en Santa Fe, en Córdoba, en Rosario; a veces, instituciones nuevas, otras, transformación del propósito de instituciones preexistentes. Susana Belmartino quien (con Carlos Bloch, Ana Virginia Persello y María Isabel Carnino) publicó, en la colección de “*Estudios*” de la Representación en la Argentina de la Organización Panamericana de la Salud, su importante y documentada investigación sobre “*Corporación Médica y Poder en Salud. Argentina 1920-1945*”, iniciaba aquella obra afirmando: “*En términos muy generales podría afirmarse*

<sup>32</sup> GALANT, H. *Histoire Politique de la Sécurité Sociale Française*. Cahiers de la Fondation Nationale des Sciences Politiques. A. Colin, Paris, 1955.



*que los años que transcurren entre 1920 y 1940 constituyen el período de consolidación del gremialismo médico.”*

### **Instituciones sanitarias**

- 1916 Penna renuncia y lo reemplaza Pascual Palma.  
Se realiza el *Primer Congreso Nacional de Médicos*.
- 1917 Palma renuncia y lo reemplaza Aráoz Alfaro.  
Aráoz Alfaro renuncia y lo reemplaza J.J. Capurro.  
Bunge presenta en el Congreso su anteproyecto de Seguro Social.
- 1918 Epidemia de gripe de alta mortalidad.
- 1920 Capurro es elegido diputado nacional y renuncia, lo reemplaza el Secretario, T. Lecour.
- 1921 Capurro presenta un anteproyecto de Departamento de Salud Pública de la Nación, cuyas autoridades serían nombradas y cesadas con acuerdo del Senado.
- 1923 Se realiza la 1ª Conferencia Sanitaria Nacional, centrada en la organización sanitaria. No se llega a acuerdos importantes
- 1926 El D. N. de H. convoca la Primera Conferencia Nacional de Higiene de la Leche. Se sanciona la ley Aberastury de profilaxis de la lepra. S. Mazza funda la Sociedad Argentina de Patología Regional del Norte.
- 1928 Aráoz Alfaro renuncia y lo reemplaza el Secretario Tiburcio Padilla. Con el apoyo de J. Arce, Mazza crea la Misión de Estudios de Patología Regional Argentina (MEPRA) con sede inicial en Jujuy. P. Escudero crea el Servicio de Nutrición en el Hospital Rawson, que se convertirá en 1930 en Instituto Municipal de Nutrición.

# 9

## EL REGRESO A LA POLÍTICA CRIOLLA DEMORA LA INTEGRACIÓN SANITARIA

- LA PRIMERA RUPTURA INSTITUCIONAL
- LA PRIMERA CONFERENCIA NACIONAL  
DE ASISTENCIA SOCIAL
- LA IX CONFERENCIA SANITARIA  
PANAMERICANA
- EL DEPARTAMENTO BAJO LA  
PRESIDENCIA DE MIGUEL SUSSINI
- UN NUEVO PROYECTO PARA LA  
ORGANIZACIÓN SANITARIA Y ASISTENCIAL
- LA POLÍTICA DEMOGRÁFICA Y LA SALUD  
PÚBLICA
- ROBERTO ORTÍZ: UNA ESPERANZA  
FRUSTRADA
- EL DEPARTAMENTO DURANTE LA  
PRESIDENCIA DE JUAN JACOBO  
SPANGENBERG
- UN PROYECTO ORIGINAL DESDE UNA  
PROVINCIA ADELANTADA
- LA SOCIEDAD ARGENTINA EN LOS  
CUARENTA

**E**l golpe militar que encabezó el general José Félix Uriburu en 1930 tuvo causas que, miradas desde la perspectiva actual, podrían considerarse triviales, pero sus consecuencias fueron importantes, ya que interrumpió la secuencia de gobiernos constitucionales inaugurada después de la caída de Rosas. Uriburu hubiera deseado que las Fuerzas Armadas acompañasen su proyecto de reemplazar la democracia de partidos por un orden corporativo como el que se trataba de establecer en España o en Italia. Pero el consenso militar se restringía al rechazo de Yrigoyen, por las reducciones que éste había dispuesto en las inversiones en equipamiento y por sus frecuentes interferencias políticas en la disciplina profesional.

El golpe involucró a un reducido grupo de efectivos pobremente armados. ¿Por qué no reaccionaron las fuerzas leales, mucho más numerosas? La complicidad de políticos civiles seguramente operó en éste como en todos los golpes militares posteriores, para que el presidente (y el gobierno) fueran derrocados. Militares y civiles compartirían las culpas por un derroteo que llevó al país a una prematura declinación.

En 1932, se permitió el regreso de los antiguos políticos conservadores, los de la “política criolla”, originándose la llamada “década infame”, denominada así porque todavía no se habían vivido otras décadas peores. El régimen reinstaurado culminó en lo que se percibió como un alto grado de corrupción, esto justificó, a juicio de las fuerzas armadas, un nuevo golpe militar para corregir las consecuencias del primero.

La institucionalidad sanitaria no tuvo cambios importantes. Aráoz Alfaro aceptó conducir el Departamento durante el gobier-

*no de facto (se conocía con Uriburu desde los sucesos del Parque y no era un admirador de Yrigoyen), después de resistirse poniendo énfasis en la necesidad de coordinar las acciones con las de la Comisión Asesora de la Cancillería; el presidente provisional le cerró la retirada haciéndolo presidente de ambas instituciones. Con desilusión, comprobó que los tiempos sólo permitían conservar lo existente y renunció un par de meses después.*

*En el siguiente gobierno conservador, que nació con escasa legitimidad de origen, el laureado y arrogante Canciller presidió una importante Conferencia Nacional de Asistencia Social, con el propósito de desarrollar desde su Ministerio de Relaciones Exteriores, un sistema médico-asistencial nacional, que condensó en un anteproyecto de ley. Fue seguramente el intento de cambio que contó con mayor poder como respaldo, pero conservar y crear son, como dijo Borges, palabras que sólo dejan de pelearse en la eternidad...*

*Uno de los más distinguidos fisiólogos argentinos presentó poco después, desde el Departamento Nacional de Higiene, un ambicioso anteproyecto de ley sobre un sistema de atención médico-sanitaria regionalizada. Todos esos anteproyectos encontraron su tumba en las Comisiones de Legislación de las Cámaras del Congreso.*

*En 1934, la IX Conferencia Sanitaria Panamericana (que inauguró en Buenos Aires Carlos Saavedra Lamas y que presidió Gregorio Aráoz Alfaro), fue un foro privilegiado para la discusión, entre otros importantes asuntos, de la organización sanitaria más conveniente para los países federales. Pero en la Argentina los protagonistas no consiguieron ponerse de acuerdo. Tanto Miguel Sussini como Juan Jacobo Spangenberg administraron un Departamento de Higiene constreñido por sus cercos tradicionales, aunque Spangenberg (como Aráoz Alfaro por un par de meses), presidía también la Comisión Asesora. Desde Santa Fe, Juan Lazarte sembraba sus ideas de vanguardia, mientras el crecimiento del cinturón suburbano de la Capital comenzaba a modificar el mapa demográfico del país.*

## La primera ruptura institucional

El 12 de octubre de 1928, Hipólito Yrigoyen, a la sazón de 76 años de edad, asumió la presidencia. **En 1929 recibió en Buenos Aires al presidente electo de los Estados Unidos, Herbert Hoover.** A los pocos meses empezaron a sentirse los efectos de la crisis económica mundial. Los intereses que se sintieron amenazados, vinculados con la ganadería, con los frigoríficos, con los petroleros internacionales, estimularon a sectores políticos conservadores y nacionalistas y a grupos militares, que ya habían sido antes alentados por el ministro de Guerra de Alvear, general Agustín P. Justo, para resistir el regreso de Yrigoyen a la presidencia.

Robert Potash inicia su obra sobre “El ejército y la política en la Argentina” (1928-1945 De Yrigoyen a Perón), diciendo: *“Los acontecimientos del 6 de septiembre de 1930 señalaron el fin de una era de la Argentina moderna. Ese fatídico sábado, el movimiento de un reducido número de fuerzas militares argentinas en las calles de Buenos Aires derribó el segundo gobierno de Hipólito Yrigoyen y puso fin al experimento con un gobierno elegido por el pueblo iniciado catorce años antes con su primer ascenso a la presidencia. Pero en ese día de invierno no sólo concluyó un experimento. Terminó también una sucesión ininterrumpida de presidentes constitucionales que había durado casi setenta años; y se desechó la tradición de abstención militar en el campo político que había durado veinticinco años.”*

Las causas de ese grave precedente para la inestabilidad política que sugieren los abundantes testimonios existentes, fueron probablemente reales. **Pero su importancia, frente a lo que entonces se desencadenó, parecen hoy menor y circunstancial.**

En el marco de las ideas corresponde destacar la emergencia del fascismo, que aparece como una superación del nacionalismo republicano de Maurice Barrès y de Charles Péguy y del nacionalismo monárquico de Charles Maurras, así como una alternativa frente a la difusión y el auge del comunismo, después de la revolución rusa. Se ha mencionado antes la expresión “la hora de la espada”, utilizada por Leopoldo Lugones en 1923.

La influencia germana en el ejército, desde 1900, a través de asesores alemanes y de los viajes de estudio y observación de oficiales argentinos a Alemania (alrededor de 150, sobre un total de 1800, entre 1900 y 1914),

la han destacado muchos autores. Un número menor ha mencionado la importancia de la incorporación de una figura nueva, la de los capellanes militares. El más connotado de los oficiales argentinos de ese grupo fue José Felix Uriburu, que había sentido el magnetismo de Alem y participado como subteniente en la revolución de 1890 y a partir de entonces había cultivado la amistad de varias figuras políticas, entre ellas la de Marcelo de Alvear. Su germanofilia habría sido la razón por la cual no se convirtió en ministro de Guerra del gobierno de Alvear, que eligió finalmente a Agustín P. Justo, director del Colegio Militar y que se declaraba partidario de la prescindencia política del ejército.

En su primer gobierno, Yrigoyen mantuvo, con beneplácito de los oficiales germanófilos, la neutralidad y aumentó los sueldos y las pensiones en el ejército, aunque también intervino para reincorporar oficiales separados de sus filas por haber participado en los conatos de revoluciones cívico militares promovidas por el líder radical y utilizó al ejército para imponerse con motivo de algunas intervenciones federales. Estos últimos comportamientos disgustaron a los oficiales cada vez más “profesionales”, esta fue una de las causas de la formación, en 1921, de una sociedad secreta de oficiales, la *Logia General San Martín*, que entre otras acciones, auspició en 1922 la designación de Justo —que no pertenecía a ella— como ministro del gobierno siguiente.

Alvear también aumentó el presupuesto militar, pero no para mejorar la situación personal de sus miembros, sino para modernizar el equipamiento de la fuerza. Uriburu alcanzó la más alta jerarquía militar, designado como inspector general del Ejército. Al final de su mandato comenzaba a funcionar, en Córdoba, la fábrica militar de aviones.

En su segunda presidencia, Yrigoyen volvió a conceder aumentos al personal militar, pero también redujo drásticamente las inversiones y clausuró, prácticamente, la fabricación de aviones militares. Además, **continuó interviniendo en los ascensos y destinos de los oficiales, interfiriendo con las normas de sus reglamentos y debilitando la disciplina.**

En 1929 Yrigoyen, cada vez más desconfiado, trataba de revisar personalmente todas las decisiones, paralizando o demorando la actividad gubernamental. Entre los militares descontentos, algunos, como Uriburu, creían que debía derroscarse al gobierno para modificar radicalmente las instituciones, **reemplazando la poco prestigiada mediación política por una representación corporativa**<sup>1</sup>; otros en cambio, como Justo, sólo aceptaban el derrocamiento para volver cuanto antes al cauce institucional que había sido tradición hasta el ingreso del radicalismo al poder, es decir, al

<sup>1</sup> Perina denomina a este grupo o facción como “corporativista-nacionalista”, al cual se oponían, dentro del Ejército, los seudo-legalistas (como Justo) y los legalistas. PERINA, M. R., *Onganía, Levingston, Lanusse, Los militares en la política argentina*, Ed. de Belgrano, Buenos Aires, 1983, p. 45 y ss.

“orden conservador”. Uriburu aceptó a medias estos condicionamientos y así surgió el alzamiento, casi un desfile militar, que tendría las consecuencias históricas destacadas por Potash en las frases transcriptas.

Parecería que cuando Uriburu se percató de la imposibilidad de imponer sus ideas corporativas frente a la oposición de aquellos que se alineaban con Justo, tuvo la intención de entregarle el gobierno a Alvear, pero eliminando a los partidarios de Yrigoyen. Cuando Alvear rechazó esa condición, trató de convencer a otra de las grandes figuras políticas de la época, el líder de la Liga del Sur, Lisandro de la Torre, partidario de Alem que se había separado del radicalismo por desacuerdos con Yrigoyen. Cuando también éste se negó a los condicionamientos debió aceptar la que, probablemente, era para él la peor opción, y en elecciones nuevamente fraudulentas Agustín P. Justo fue elegido presidente y asumió su cargo en febrero de 1932. Lo acompañaba, como vicepresidente, Julio Argentino Roca (hijo).

Durante la siguiente década, la denominada “*década infame*”, el principal partido opositor fue el partido radical, dividido entre “*yrigoyenistas*” y “*alvearistas o antipersonalistas*”, asumiendo éstos últimos la conducción partidaria. Yrigoyen murió en julio de 1933 y su sepelio tuvo proporciones inéditas en el país. Una atmósfera de negociados y de corrupción envolvía al poder, y las autoridades no mostraban respeto alguno ni por aquellos representantes radicales que colaboraban lealmente. La crisis económica mundial se hacía sentir duramente y, por primera vez en cuarenta años, los argentinos conocieron la desocupación y la miseria.

**La corrupción generó una fuerte reacción en las filas políticas.** Desde el Senado, Lisandro de la Torre denunciaba la corrupción imperante. El dirigente radical Moisés Lebensohn describía: [...] “*se descendió de esa manera del plan idealista a la política del “servicio personal”, a la conquista de voluntades, no por razones vinculadas a la marcha del país o a la vida pública, sino a la causa de servicios rendidos, de favores lícitos o ilícitos, de amistades...*”

Jóvenes radicales de la Capital elaboraron en 1935 un Manifiesto que resultó en la creación de un movimiento político, la **Fuerza de Orientación Radical de la Juventud Argentina (FORJA)**. “*FORJA representa el ala izquierda del radicalismo: su nacionalismo fundamental insiste en la solidaridad latinoamericana en nombre de un “antiimperialismo” fogoso. Muchos de sus fundadores<sup>2</sup> se inspiran, así como en la mística yrigoyenista, en la ideología continental de la reforma universitaria en la que han tomado parte (Del Mazo, Dellepiane, Jauretche). Por eso los slogans de FORJA son muy vecinos a los del APRA peruano de Haya de la Torre. Los forjistas se placen, por otra parte, del paralelo: APRA, revolución mejicana, radicalismo argentino.*”<sup>3</sup>

<sup>2</sup> GABRIEL DEL MAZO, LUIS DELLEPIANE, ARTURO JAURETCHÉ, RAÚL SCALABRINI ORTIZ.

<sup>3</sup> ROUQUIÉ, A. *Radicales y Desarrollistas* Schapire, Buenos Aires, 1967, p. 27.

El cambio de gobierno significó el regreso de muchas figuras prominentes de tendencias conservadoras, que se esforzaron en consolidar las características que habían enriquecido a la Argentina (y les había permitido enriquecerse<sup>4</sup>) en las décadas del orden conservador, sin advertir que el mundo había cambiado. “*Sobre doce titulares del poder en 1936*” —decía José Luis de Imaz— “*ocho eran socios del Círculo de Armas (Julio A. Roca, Carlos Saavedra Lamas, Roberto M. Ortiz, Basilio Pertiné, Eleazar Videla, Miguel Ángel Cárcano, Manuel Alvarado y Martín Noel).*”<sup>5</sup>

En ese año de 1932 tuvo lugar en Ottawa la “*Conferencia Económica Imperial*” que restringía las importaciones británicas provenientes de países que no formasen parte del Imperio. Algunos “*exportadores e industriales británicos*” relataba Escudé, “*advirtieron acerca de los peligros de excluir a la Argentina de las preferencias otorgadas a los dominios. Sir Malcolm Robertson fue muy explícito: “Aunque soy un fuerte y convencido imperialista, no puedo, por los intereses de mi país, dejar de reiterar mi sincero ruego porque a la Argentina se le conceda una posición especial y se la considere como si estuviera dentro de la órbita del Imperio.*”<sup>6</sup>

Pero no sólo los británicos deseaban que la Argentina fuese tratada como si estuviera dentro de la órbita del imperio; el propio gobierno argentino negoció para conseguir ese tratamiento, que se materializó en el Acuerdo Roca-Runciman, a través del cual se concedieron condiciones y garantías inadmisibles a cambio de cuotas de compras primarias, como se verá más adelante. Paradójicamente, al mismo tiempo que los grupos conservadores apoyaban la situación semicolonial respecto de gran Bretaña, veían también con simpatía —como muchos británicos— el orden que se instauraba en Alemania. Al amparo de esta germanofilia se desarrollaron algunas actitudes y acciones xenófobas contra los judíos, frente a las cuales las autoridades policiales “*hacían la vista gorda*”.

“*Al mismo tiempo que despachaban la misión a Londres, el gobierno argentino envió otra de rango similar a Italia; su jefe era Ezequiel Ramos Mejía. Luego de prolongadas gestiones, el resultado fue negativo. En Washington, el embajador argentino Felipe A. Espil llevó adelante numerosas iniciativas para superar las barreras aduaneras y sanitarias que se elevaban contra nuestros productos. Un principio de solución pareció encontrarse en la Convención de Policía Sanitaria y Vegetal del 24 de mayo de 1935; pero a pesar de la presión personal del presidente Franklin D. Roosevelt, la Convención nun-*

<sup>4</sup> Pocos años después, Edwin H. Sutherland, entonces presidente de la American Sociological Society, acuñaba la expresión “delincuencia de cuello blanco” para caracterizar un grupo de delincuentes y una clase de delitos que usualmente se disimulaban como errores o, como se las denominaría décadas más tarde, desprolijidades.

<sup>5</sup> DE IMAZ, J. L., *Los que mandan*, Eudeba, Buenos Aires, 1964, p. 11.

<sup>6</sup> ESCUDÉ, C., *La declinación...*, Ed. de Belgrano, Buenos Aires, 1983, *Op. cit.*, p. 37-38.



*ca logró la aprobación del Senado, por la oposición de los representantes de los pequeños Estados farmers del Middle West.”*<sup>7</sup>

Para instrumentar esta política económica extemporáneamente “*neocolonial*” se hacía necesario dirigir la economía, como hacían casi todos los países para reactivarse después de la crisis: se creó el **Banco Central**, en cuyo directorio participaban los banqueros de los principales bancos extranjeros, y se establecieron los límites dentro de los cuales estaría permitido el desarrollo de una industria nacional.

La aceptación de la condición de satélite neocolonial todavía tenía réditos hacia 1937; el Producto Bruto Interno argentino equivalía en ese año a la mitad del producto británico, pero **era sólo ligeramente inferior al de Francia, duplicaba al de Italia y superaba al de Austria.**

Para comprender lo sucedido en la salud pública en ese período nos parece importante reseñar dos reuniones, nacional la primera e internacional la segunda, que tuvieron lugar en Buenos Aires en ese período.

## La Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social

El gobierno provisional de Uriburu solicitó al Dr. Gregorio Aráoz Alfaro que se hiciese cargo del Departamento Nacional de Higiene; éste hizo notar la necesidad de coordinar la acción con la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, y también ésta quedó a su cargo. Pero como comentó años después, *“el momento no era adecuado para iniciativas importantes ni siquiera para intensificar obras existentes. El erario público estaba casi en bancarrota, como se recordará, y apenas si fue posible —en virtud de la Ley de profilaxis de la lepra, que el profesor Maximiliano Aberastury había iniciado y logrado— iniciar adquisiciones destinadas a colonias para leprosos en diversos sitios del país. Pronto debí abandonar el cargo para tomar parte en política y el doctor Tiburcio Padilla, que había sido otra vez secretario general, lo desempeñó hasta el fin del gobierno provisional.”*

El presidente Justo formó su gabinete con ministros provenientes de conocidas familias conservadoras. Uno de los ministros que tuvieron mayor figuración y prestigio fue el de Relaciones Exteriores y Culto, Dr. Carlos Saavedra Lamas. En unos pocos meses, el Canciller consiguió que el Congreso aprobase el regreso de la Argentina a la Sociedad de las Naciones (como se consignó antes, el presidente Alvear no había podido conseguirlo). En agosto de ese año (1932) presentó su proyecto de *“Tratado Anti-Bélico Sudamericano”*, que fue suscrito por diecinueve Estados americanos. La

<sup>7</sup> FERRARI, G., *Esquemas de la política exterior argentina*, Eudeba, Buenos Aires, 1981, p. 79.



Carlos Saavedra Lamas y F. D. Roosevelt (1936)

Argentina buscaba el liderazgo sudamericano y muchos países parecían dispuestos a otorgárselo, con evidente disgusto de los norteamericanos.

En 1933 la Cancillería convocó a la “*Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social*”. Recuérdese que una de las Subsecretarías del Ministerio de Relaciones Exteriores era la de Beneficencia y Culto, que tenía desde el siglo anterior el poder de supervisar los

establecimientos asistenciales de la Sociedad de Beneficencia de la Capital y las instituciones análogas provinciales y como dependencia de la cual Cabred había organizado la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales.

El ministro que convocó la conferencia explicaba un año más tarde que “*en sus treinta y seis secciones trabajaron con intensa labor nuestros médicos y hombres de ciencia especializados en estas materias y que por su competencia y su autoridad científica y moral son para la cultura argentina un motivo de orgullo legítimo. La síntesis de estas deliberaciones fue un proyecto de ley de asistencia y previsión social...*” *Once de sus capítulos contienen un código sanitario en que están las normas y los procedimientos más modernos de nuestro país y de las naciones extranjeras, para combatir las epidemias y las enfermedades ...*”

El significado de la *asistencia social* en esta conferencia se aclara en el artículo 1º del proyecto de ley que se basó en sus deliberaciones y que reconoce “*a todo habitante que se encuentre en situación de desamparo ocasionado por abandono en la menor edad, desocupación, enfermedad, invalidez y vejez, el derecho a solicitar y recibir socorro gratuito*”. Como puede verse, la asistencia médica (de los individuos) no es más que una parte, pero una parte muy importante, de la “*asistencia social*”.

Además, la referencia a los once capítulos que contienen un “*código sanitario*” aclara que el mismo no se restringe a la “*asistencia*”, sino que también incursiona en la sanidad. En efecto, a partir del intento de Saavedra Lamas, el tradicional reparto de la Sanidad en el Departamento Nacional de Higiene, dependencia del Ministerio del Interior, y la Asistencia (médica) en la Comisión Asesora, dependencia de Relaciones Exteriores y Culto, que además supervisaba los servicios de la Beneficencia, se empezaba a cuestionar y a convertirse en pugna por dominar el conjunto, considerado cada vez más como indivisible.

Las Conclusiones de la Conferencia hacían mención especial de la “Coordinación de los servicios técnicos en la asistencia de los enfermos generales” y establecían que: “1º. *En la actualidad, la asistencia de enfermos generales en el territorio de la Nación se hace por medio de la acción oficial o privada.* 2º. *La acción oficial es desarrollada por la autoridad nacional, provincial y comunal.* 3º. *Dada esta multiplicidad de factores, conceptuamos difícil llevar a cabo un plan perfecto de coordinación de servicios técnicos en la asistencia de enfermos generales, si no se resuelve previamente un asunto fundamental, que es centralizar en una sola autoridad todas las cuestiones referentes a la salud pública.* 4º. *Una vez obtenida la autoridad única en materia de salud pública, se podrán coordinar los servicios técnicos de orden oficial y entablar un entendimiento con las instituciones privadas para llevar al objetivo del superior Gobierno de la Nación.*”<sup>8</sup>

Como resultado de esta Conferencia, la Cancillería elaboró un proyecto de ley, basado en que sería atribución del gobierno nacional “ordenar y coordinar la acción privada y pública en esta materia”. Se declaraba expresamente que, aunque “*todos los habitantes de la Nación tienen derecho a la asistencia*”, la actividad del Estado es subsidiaria, “*estimula la acción privada y utiliza sus instituciones, desempeñando una misión de cooperación, principalmente bajo la forma de subsidios*”. Esto señalaba con claridad que la autoridad, es decir, la dependencia de Relaciones Exteriores, sería la dependencia que estimularía, controlaría y eventualmente utilizaría las instituciones privadas. Sin embargo, se admitía la necesidad de la **unidad de comando (estatal) en la asistencia de los tuberculosos, tal vez por entenderse que en ellos la asistencia se mezclaba con la profilaxis, y la de los alienados, sin aclarar qué repartición estaría a cargo de ese comando...**

A pesar del poder del que gozaba Saavedra Lamas, el proyecto no prosperó, como tampoco el análogo (pero volcado hacia el Departamento Nacional de Higiene) presentado por el diputado Gregorio Martínez pocos años más tarde. Aparentemente ambos naufragaron en ese cementerio de proyectos que se denominaba Comisión de Legislación. De todas formas, a partir de allí, tanto la unidad de comando en la salud pública como la elaboración de un código sanitario, se reclamaban desde dos ministerios, y ganaba aceptación la indisolubilidad de la relación entre la sanidad y la asistencia médica.

---

<sup>8</sup> Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. *Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social*, T. III, Actas y Conclusiones, Ed. Kraft, Buenos Aires, 1934, p. 115.

## La IX Conferencia Sanitaria Panamericana

Se ha comentado antes la aparición, a partir de 1920, de un nuevo ámbito para la discusión de las cuestiones más importantes de la salud pública: las Conferencias Sanitarias Panamericanas, a las cuales se agregaron las Reuniones de Directores de Salud.

En noviembre de 1934 tuvo lugar en Buenos Aires la IX Conferencia Sanitaria Panamericana. Presidía la Comisión Organizadora Gregorio Aráoz Alfaro y actuaban como secretarios ad hoc, el profesor de la cátedra de Higiene, Dr. Alberto Zwanck y el Dr. Alfredo Sordelli<sup>9</sup>, que había actuado como delegado argentino en la Conferencia de Lima y había sido por un breve tiempo comisionado viajero de la Oficina Sanitaria Paname-

ricana. También participó como delegado argentino el Dr. Bernardo Houssay.

Mientras se preparaba la Conferencia, el Dr. Fred Lowe Soper, experto norteamericano que había sido encargado del programa de lucha contra la fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller en Brasil, solicitó al gobierno brasileño ser incluido en la delegación que asistiría a la Conferencia.



*Carlos Saavedra Lamas en la IX Conferencia Sanitaria Panamericana*

El gobierno brasileño le comunicó que por razones presupuestarias se vería impedido de enviar una delegación a la Conferencia (decisión que cambió poco antes de la iniciación de la misma). Enterado Aráoz Alfaro, se apresuró a invitarlo como representante de la Fundación.

Asistieron también a Buenos Aires representantes de la Oficina Internacional de Higiene Pública (la conocida como Oficina de París) y de la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones, así como el Comisionado Viajero de la Oficina Sanitaria Panamericana, el Dr. John D. Long.

La sesión inaugural fue presidida por el Ministro de Relaciones Exteriores y Culto, Dr. Carlos Saavedra Lamas. Después del ministro habló Aráoz Alfaro, elegido presidente de la Conferencia. Uno de los temas importantes

<sup>9</sup> Alfredo Sordelli nació en 1891. Se doctoró en Química en 1912 con medalla de oro y obtuvo una beca que le permitió perfeccionar su formación en Alemania. Profesor en las Facultades de Veterinaria, de Medicina y de Ciencias, se incorporó al Instituto Bacteriológico del Departamento de Higiene en 1915, del cual fue después director. Sus trabajos en inmunología y seroterapia lo hicieron ampliamente conocido. Falleció en 1967.

de la agenda tenía que ver con el seguimiento de la recomendación hecha en la Conferencia de Lima, en 1927, sobre creación de ministerios de Salud Pública.

En esta se trató extensamente la coordinación y eventual centralización de los servicios de sanidad y también la necesidad o conveniencia de unificar o coordinar la sanidad y la atención médica. El delegado mexicano describió los mecanismos empleados en su país, de estructura federal; señaló que en el poder ejecutivo existían Secretarías (políticas) y Departamentos (técnicos); *“el de Salubridad es un Departamento de Estado; no depende sino del presidente de la República, y su acción no está subordinada a ningún ministerio. Por otro lado, sus facultades son tan grandes que constituye un superministerio por la razón de que, en caso de urgencia, el Departamento de Salubridad puede dictar disposiciones basadas en leyes preestablecidas sin contar con la autorización del Presidente, claro que a reserva de que el Presidente las ratifique. Y no sólo es un superministerio sino hasta en ciertos momentos un supercongreso sanitario, pues paralelamente al Departamento de Salubridad funciona un Consejo de Salubridad General que en casos de urgencia puede dictar disposiciones generales, verdaderas leyes que equivalen a las leyes del Congreso, claro que con la ratificación posterior del Congreso; pero por lo pronto se cumplen esas disposiciones así como se cumplen todas las resoluciones que tome la Dirección de Salubridad. Y la tendencia que hay en México, desde 1917 (en) que se ha dado a las autoridades sanitarias la organización que acabo de expresar, ha sido diferenciar de una manera absoluta beneficencia de higiene, de un modo terminante. Las conclusiones de trabajos que he tenido el honor de presentar esta tarde son terminantes a este respecto: Nos ocupamos de problemas de higiene sin vincularlos para nada a problemas de beneficencia. Y la razón de que en México sea un Departamento de Estado el que tiene a su cargo la higiene es que no se trata de una función política, sino técnica. Al frente del Departamento de Salubridad de México no puede estar sino un médico, un médico que no requiere para ser nombrado que sea miembro del partido gobernante, sino que basta con que sea un médico de confianza del Presidente de la República.”*

Más tarde, el delegado mexicano agregaba: *“Los inconvenientes de la bifurcación de los dos servicios —sanitarios y de asistencia— son claros. La asistencia pública todavía no puede despojarse del concepto de simpatía, de amor, de caridad; y muchas veces se ve, por ejemplo, que se construyen demasiados hospitales para niños cuando el interés sanitario sería tal vez que se construyeran más sanatorios para tuberculosos, para leprosos, etc. Pero esto puede subsanarse perfectamente mediante la coordinación de diversas autoridades. Siempre que haya cooperación entre ellas, verdadera cooperación, es posible que vivan en el país, una al lado de la otra, una autoridad sanitaria y una autoridad de asistencia. Necesitaría demostrarse que sólo por fusión de estos dos organismos en uno solo es que pueden andar bien las cosas. Que*

*pueden marchar bien independientemente está demostrado en los Estados Unidos. Creo que aún cuando se hayan producido en los Estados Unidos muchas extravagancias en cuestión de gastos de hospitales, lo que ha redundado en su excesivo costo —materia que ha sido motivo de estudios muy importantes en estos últimos tiempos— sin embargo, se han logrado los fines sanitarios conexos con los de asistencia social, dejando que la asistencia se haga por agencias privadas o de Estado. No es indispensable, pues, que se reúnan en una sola autoridad asistencia y salubridad.”*

A la delegación de los Estados Unidos la encabezaba Hugh S. Cumming, todavía Cirujano General, máxima autoridad de la Sanidad, a quien acompañaban Bolívar J. Lloyd y Kendall Emerson. Lloyd recordó al delegado mexicano que Cumming había ya expresado el acuerdo de su país con la idea de que se debían “coordinar todos los trabajos en pro de la salud pública y unirlos bajo una dirección de sanidad, con excepción de las agencias privadas.” El delegado de Costa Rica, Dr. Solón Núñez, generalizó: en los países de régimen federal no era posible que la sanidad incorporase la asistencia pública y puso como ejemplo, además de los Estados Unidos, a la Argentina.

Aráoz Alfaro, que presidía la reunión, presentó su posición como delegado de la Argentina. [...] “Creo que esta vinculación de la salubridad con la asistencia es, al menos para nuestros países de Sud-América, de mucha importancia, y por eso he celebrado como una victoria el hecho de que en el Uruguay<sup>10</sup> hayan concentrado en una sola dirección la asistencia y la sanidad. [...]

*Considero que hay actualmente una cantidad de cuestiones de profilaxis que no pueden separarse de la asistencia. Por ejemplo, la tuberculosis es esencialmente una cuestión de asistencia, la profilaxis para los sanos empieza por ser separación y asistencia de los enfermos. Lo mismo ocurre con las enfermedades venéreas, el paludismo y la anquilostomiasis. La profilaxis es, ante todo, la asistencia de los enfermos. La profilaxis de la lepra no se concibe sin la colonia correspondiente para asistir los leprosos y los leprosarios. Podría traer como ejemplos muchos casos más, pero me parecen suficientemente claros éstos que he citado. [...]*

*En los Estados Unidos tienen razón cuando sostienen que las instituciones privadas no deben estar bajo el mismo régimen que las otras, porque allí se ha producido un magnífico florecimiento de esas instituciones privadas que han llenado el país, diría, de hospitales y servicios de asistencia; pero en los otros países de América no ocurre lo mismo. Entre nosotros, por ejemplo, hay muchas instituciones de beneficencia que sostienen hospitales u otros organismos de asistencia, pero conviene decir que se sostienen principalmente a base de las subvenciones del Estado, y por consiguiente es de la mayor importancia que*

<sup>10</sup> Estaban presentes el Ministro uruguayo de Salud Pública y también, como delegado, el Dr. Rafael Schiaffino.

*estén bajo el control del mismo. Tan se ha creído así que nuestro Ministerio de Relaciones Exteriores ha presentado hace poco un vasto plan de asistencia social, dado que es ese Ministerio el que administra los subsidios a esas instituciones de beneficencia que, repito, no podrían vivir o no podrían sostenerse, sin esas subvenciones. No es posible, pues, que ellas estén simplemente bajo un contralor teórico, sino que es natural que tengan un verdadero control efectivo de parte del gobierno. [...]*

*Podría citar un nuevo ejemplo concreto de lo que ocurre en nuestro país. El Departamento Nacional de Higiene tiene a su cargo la asistencia pública en los Territorios nacionales. En varios de estos hay hospitales importantes que no dependen del Departamento Nacional de Higiene (se refiere a los de la Comisión Asesora dependiente del Ministerio de Relaciones Exteriores), y éste, entonces, tiene que pedir, como un servicio, a las autoridades de quien dependen aquellos establecimientos, que les reciban los enfermos que necesitan ser asistidos. Este es un estado de anarquía que naturalmente no debe continuar. Sin quitar autonomía a las instituciones importantes que ya la tienen —entre nosotros podría citarse el caso de la Sociedad de Beneficencia, que administra grandes hospitales, en parte con subvenciones del Estado, y que los administra muy bien— sin quitarles, digo, autonomía, es menester que haya sobre todas ellas, y con mayor razón sobre todos los servicios públicos, un contralor superior de parte de una autoridad sanitaria. Es por eso que creo firmemente, en principio, que los servicios de higiene, sanidad y asistencia deben estar bajo una sola autoridad. Ese régimen me parece recomendable y necesario.”*

La resolución aprobada unánimemente por la Conferencia, después de este rico debate rezaba así: “La Novena Conferencia Sanitaria Panamericana se permite recomendar a los Gobiernos la conveniencia de reunir los servicios de asistencia social y sanidad bajo el régimen de una sola autoridad, lo que significa evidente provecho para la acción tutelar del Estado y para el robustecimiento de la salud pública.”

Las ideas que se manejaron en la Conferencia tenían una aceptación bastante generalizada dentro de algunas de las asociaciones gremiales médicas argentinas, cuyo número aumentó en esa década; en la Capital surgieron en esos años la *Unión de Médicos Municipales*, la *Asociación de Médicos Municipales* y el *Colegio de Médicos de la Capital*. El *Primer Congreso Nacional de Medicina*, realizado en Buenos Aires en 1916, había reclamado “la unificación de las funciones de la higiene pública”; el “*Primer Congreso Médico Gremial Argentino*”, reunido en Córdoba en 1934, proponía la creación de una Dirección Nacional de Higiene, “*encargada de unificar la dirección y administración de todos los establecimientos sanitarios de la Nación y el contralor de los de la misma naturaleza pertenecientes o dependientes de las sociedades o asociaciones de beneficencia, mutuales y gremiales.*”

En 1936, por iniciativa del Dr. Gregorio Martínez, ya mencionado como autor de varios proyectos de organización sanitaria, se designó en el Parlamento una comisión de cinco miembros encargada de redactar un proyecto de Código Sanitario; también el Senado se interesó en el tema.

El *VI Congreso* (Córdoba, 1938), reclamaba un plan de organización sanitaria conducido por un **ministerio de carácter técnico** “capaz de coordinar debidamente los servicios públicos federales, provinciales, municipales y de beneficencia privada, y crear y mantener, con unidad de orientación general, pero de acuerdo con las necesidades y características regionales, la salud y el vigor de los habitantes, sea directamente en los territorios de jurisdicción nacional, sea en las provincias, mediante acuerdos o convenios para llevarle la ayuda técnica y financiera de la dirección sanitaria nacional.”<sup>11</sup>

### El Departamento bajo la Presidencia de Miguel Sussini

Hemos mencionado que en el gobierno de Uriburu, Aráoz Alfaro abandonó la presidencia del Departamento Nacional de Higiene, del cual se hizo cargo el joven médico que se había desempeñado como su Secretario, el Dr. Tiburcio Padilla (hijo), colaborador también en la Cátedra de Semiólogía y Clínica Propedéutica. Con el advenimiento de Justo a la presidencia de la República, se designó presidente del Departamento a un distinguido cirujano con alguna incursión en la política, el Dr. Miguel Sussini.

Nacido en Corrientes en 1876, Miguel Sussini egresó de la Facultad de Ciencia Médicas de Buenos Aires en 1902. Fue médico del Hospital Álvarez y profesor suplente de Clínica Quirúrgica entre 1913 y 1928. En 1926 fue elegido diputado nacional (conservador) por la provincia de Corrientes. Desde 1932 se desempeñó como presidente del Departamento Nacional de Higiene; en ese carácter participó en la XI Conferencia Sanitaria, que tuvo lugar en Buenos Aires en noviembre de 1934 y que comentaremos en las páginas siguientes.

El Departamento mantenía la estructura que había creado Penna, con los agregados que le incorporara Aráoz Alfaro. La lucha contra la endemia palúdica continuaba ocupando un lugar central y se obtenían, en ella, tanto éxitos como fracasos.

Uno de los temas que se trató en la IX Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en Buenos Aires,



Miguel Sussini

<sup>11</sup> “Fundamentos, plan y organización de una proyectada organización sanitaria de la República Argentina”. *La Semana Médica*, LI, 5:221-227, febrero de 1944, p. 222, Cit. por Belmartino y otros. *Corporación... Op. cit.*, p. 174.



como se mencionó antes, fue el de la lucha contra el paludismo. Abrió la discusión sobre el tema uno de los delegados del Perú, el Dr. Carlos Enrique Paz Soldán, que recordó que en la reunión de Montevideo en 1920 (en la cual la Oficina Sanitaria adquirió su configuración propia) hubo un delegado cuya inexperiencia lo llevó a proponer que se estudiara la malaria con criterio internacional, y que no faltaron entonces delegaciones que afirmaron que eso sería rebajar la soberanía nacional: que en 1925 y 1926 la delegación británica en la Sociedad de las Naciones solicitó que su Sección de Higiene nombrara una comisión internacional que recogiera información mundial para someter al paludismo a la cooperación de estudio internacionales, y que esa Comisión, bajo la dirección de Augusto Lutrario, se había convertido, como Comisión de Paludismo de la Sociedad de las Naciones, “*en uno de los organismos técnicos que ha prestado mayores servicios a la causa de la salud pública mundial.*”

Por esa razón, el inexperto proponente de 1920, con 14 años más de edad y como profesor de Higiene de la Universidad de Lima, volvía a proponerlo. Reseñó a continuación los esfuerzos realizados en el Perú y reiteró su convicción de que la profilaxis antimalárica debía concebirse como una obra de cooperación integral entre el Estado, los propietarios y los obreros rurales.

A continuación expuso el delegado argentino y presidente del Departamento Nacional de Higiene. Sussini se dedicó a describir con detalle la experiencia nacional poniendo énfasis en los conocimientos adquiridos sobre la biología del vector y su aprovechamiento para formular la estrategia del programa. Uno de sus ejemplos fue el de la Villa de Monteros, donde se habían realizado trabajos importantes de saneamiento en 1924, después de comprobarse índices de parasitación de 34% en escolares de siete escuelas. A partir del año siguiente el porcentaje cayó rápidamente, llegando a ser de 2.87% en 1932. Pero en abril de 1934 el índice había ascendido a 45.3%.

Casos como el anterior habían inducido a revisar los métodos de lucha y a buscar en el conocimiento de la biología del *Anopheles*, de su hábitat y sus relaciones con el medio, progresos en la técnica para combatirlo. “*Con este criterio*”, dijo Sussini, “*el Director Regional de Jujuy, Dr. Carlos Alberto Alvarado, inició una serie de observaciones que pretendían llenar las lagunas que aún existen en el conocimiento de los hábitos del pseudopunctipennis; en especial lo concerniente al comportamiento de esta especie en las pausas de reproducción y las condiciones de sus criaderos favoritos, buscando también establecer las circunstancias que vinculan, asocian o disocian las diversas especies anofélicas y las relaciones de ellas con sus medios respectivos.*”<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Oficina Sanitaria Panamericana, *Actas de la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana*, EE.UU., Publicación N° 100, junio de 1935, p. 192 y ss.

En la Memoria del Departamento Nacional de Higiene correspondiente al ejercicio de 1935, Sussini presentó su exposición informativa señalando lo que se había hecho, lo que no había podido hacerse y lo que quedaba por hacer. Entre lo que se había hecho describía los programas de lucha antipalúdica y de lucha antipestosa; lo que no había podido hacerse era encausar la lucha antileprosa; lo que quedaba por hacer se refería a la protección de la infancia, las enfermedades venéreas, un mejor control del ejercicio de la medicina y la obtención de locales apropiados para la sanidad nacional.

En relación con la lucha antipalúdica, Sussini contaba nuevamente los hallazgos de Alvarado en La Viña, en los alrededores de la ciudad de Jujuy, los mismos que había reseñado en la IX Conferencia Sanitaria Panamericana, reencaminando las técnicas de lucha contra el *A. pseudopunctipennis*, que ya se habían aplicado también en Tartagal, Salta.

En la lucha antipestosa, una adecuada caracterización de los brotes epidémicos implicó el cambio de la desratización urbana por un procedimiento que interrumpiera la oportunidad de contacto que unía al hombre con las ratas del campo u otros roedores silvestres, al cual se lo denominaba *saneamiento antipestoso*. El número de casos registrado en 1935 —15 (con 8 decesos) en todo el país— era el más bajo de los cinco años previos: en 1930 se habían registrado 30; en 1931, 37 y en 1932 y 1933, 61 y 63 respectivamente; en 1934, 45 (con 40 defunciones).<sup>13</sup>

El fracaso en la lucha antileprosa era confesado con total franqueza: *“en interés de la salud pública es necesario sobreponerse a ciertos escrúpulos para confesar con franqueza que está lejos de una solución aceptable el problema de la lepra. A pesar de contar con una ley especial y fondos suficientes, la construcción de los leprosarios del interior sigue desencadenando la resistencia, cuando no la hostilidad de las poblaciones a beneficiarse. Penosamente, y esta es la expresión que cuadra, se continúa luchando contra toda clase de obstáculos para adquirir los campos o iniciar las obras de los asilos-colonias. Mientras tanto los miles de leprosos que tiene el país continúan esparciendo su virus. Ante esta responsabilidad no habrá excusas para nosotros cuando las generaciones venideras nos pidan cuenta del mal que no supimos evitarles.”*

Recuérdese que la ley que organizaba el combate contra la lepra, inspirado por Aberastury, había excedido, según Bielsa, las atribuciones de la Nación; en 1935, su imperio se consideraba insuficiente para construir una red nacional de asistencia específica. (En el informe sobre la salud en las Américas, en 1938, Arístides Moll daba cuenta de notables adelantos

---

<sup>13</sup> Los casos anuales siguieron descendiendo hasta 1939. En 1940 se produjo una epidemia importante, con 228 casos y 192 fallecimientos.

en las campañas contra la lepra en la Argentina, **donde se habían organizado una serie de colonias**).

El tema principal de “**lo que habrá que hacer**” se refiere a la infancia, tanto a la elevada mortalidad de los niños como a las consecuencias de la morbilidad, expresadas con un lenguaje que puede resultar chocante en la actualidad.

Decía Sussini: *“La mortalidad infantil, y lo que es igual o peor, la supervivencia de seres insuficientemente dotados, constituye un serio problema para nuestro país. Los índices de ineptos, cada día más altos, que dan los exámenes médicos para el servicio militar, es una evidencia de ello. Nada serio, orgánico, se ha hecho para procurar una raza mejor, a pesar del ejemplo de naciones sobrepobladas y en las cuales el problema no tiene las proyecciones que va alcanzando en el nuestro. Los pocos ensayos realizados, bien inspirados, pueden considerarse como modelos más que como soluciones.”*

*“El mal debe ser abordado en tres etapas: 1ª En la primera infancia, edad en que se adquieren o se manifiestan las taras; 2ª En la edad escolar, en que dichas taras se agravan; y 3ª En la adolescencia, donde se consolidan definitivamente. La primera etapa, de orden puramente médico, es por donde debemos empezar, ahorrando y previniendo males que después será más caro tener que curar. ¿Cómo empezar? Espero en una fecha próxima hacer las sugerencias que surjan del estudio que se está realizando.”*

Conviene destacar que el área de los problemas sanitarios que debía afrontar el departamento se ampliaba; en 1938 el entonces jefe de la Sección de Profilaxis Interna, Dr. Pedro Cossio, publicaba, junto con Sussini, un trabajo que llevaba por título *“Las enfermedades del corazón como problema de Salud Pública”*; en ese mismo año, el Departamento elaboraba un documento en el cual se recopilaba toda la legislación sanitaria (que recién sería utilizado para la preparación del proyecto de Código Sanitario en 1946).

*“El doctor Sussini”, sintetizó Aráoz Alfaro, “fue un presidente serio y laborioso que prosiguió con la organización que ya tenía el departamento, procurando ampliar y mejorar en lo posible los servicios públicos.”*

## **Un nuevo proyecto para la organización sanitaria y asistencial**

En 1936, el entonces Director de la Sección “Profilaxis y Asistencia de la Tuberculosis” del Departamento Nacional de Higiene, Dr. Rodolfo A. Vaccarezza, presentó (con la autorización de las autoridades del Departamento Nacional de Higiene) un proyecto de ley sobre “Creación de un Organismo Nacional de **Profilaxis y Asistencia de las Enfermedades Sociales**”.

Los fundamentos reiteran argumentos ya conocidos: [...] *“nuestro país ofrece, en materia de higiene, una diversidad de organizaciones sanitarias, naturalmente detenidas en la parte inicial de su programa de acción. No resulta pues, exagerado imputar a la falta de un plan general capaz de vincularlas entre sí, los altos guarismos absolutos de su morbiletalidad, [...] baste recordar el infinito número de partidas que figuran en el presupuesto de la Nación, obtenidas para satisfacer medidas extemporáneas motivadas, sin duda, por exigencias perentorias, pero destinadas en la práctica a desnaturalizar la verdadera función tutelar del Estado ejercida por la primera Institución de Higiene del país. [...] El país está sembrado de proyectos sanitarios, suspendidos indefinidamente en su período de formación, mostrándose como sensibles esbozos de aspiraciones, desde luego sanas y legítimas, pero viciados desde su creación por no estar comprendidos, ni responder a los lineamientos de un plan racional preestablecido.”* [...]

La propuesta buscaba superar la *“desorganización de las funciones de profilaxis de las enfermedades y asistencia médica”*, las cuales, *“como consecuencia de la organización política del país, son prestadas tanto por el Estado Nacional, como por los Estados Provinciales y dentro de éstos y conjuntamente, por las Municipalidades. [...] Dentro de este sistema administrativo, resultado del sistema constitucional, el Estado central como los Estados particulares y los Municipios han organizado dichos servicios públicos en la medida de sus recursos y de su orientación circunstancial o médica. El Departamento Nacional de Higiene, la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales y la Sociedad de Beneficencia son las tres entidades que concentran desde el punto de vista de la Dirección técnica la acción del Estado Nacional en ese sentido. Los Departamentos o Consejos Provinciales de Higiene, existentes con distintas denominaciones en las Provincias, son los organismos centrales de los Estados Particulares. Y la así denominada Asistencia Pública es la repartición que en el orden municipal dirige estos servicios. Y dentro de ellos, las obras de asistencia médica y hospitalaria sujetos a la dirección de estos tipos de organismos centrales enunciados. [...]*

*No existe, pues, un plan y acción coordinados entre los múltiples organismos e institutos oficiales y particulares de profilaxis y asistencia de las enfermedades, creados en el país. Cada uno obra aisladamente dentro de su esfera.”*

*Pero “es innegable que en materia de profilaxis y asistencia de las enfermedades, aparecen en todo el país e interesan a toda la población, una serie de necesidades de naturaleza colectiva y general, que no afectan únicamente a cada grupo particular (provincia o municipio). Las enfermedades sociales cualquiera (fuese) su predominio (sic) venéreas, sífilis, tuberculosis, paludismo, lepra, peste, tracoma, viruela, rabia, parasitarias, toxicomanía y demás que se declaran como infectocontagiosas de distinto orden, endémicas, etc., ge-*

*neran por su naturaleza una serie de problemas de higiene y sanidad que interesan a todo el país. [...]*

*La misma unidad de los males a que atiende, importa la necesidad de que el plan sanitario se extienda y desarrolle en toda la nación como consecuencia de una coordinación y regulación unitaria del servicio.”*

Por ello [...] *“la unidad del plan debe encontrarse en su base (Estación Sanitaria) y en su cúspide (Departamento Nacional de Higiene) buscando la unidad técnica, sin interesar el aspecto simplemente administrativo y el burocrático cuyo funcionamiento tendrá un régimen preestablecido.”*

Las estaciones sanitarias, que eran la base del proyecto, tendrían como primer objetivo el reconocimiento médico periódico de todos los habitantes, con cuyos resultados confeccionarían un Padrón de Salud de la Población, además de otorgar los certificados de salud y las Libretas Sanitarias. Allí se haría la clasificación clínica de los sujetos, distribuyendo y destinando, con una copia de su historia clínica, aquellos que requiriesen atención. Cuando los servicios de asistencia de la zona fueran insuficientes o la atención pudiera efectuarse en forma ambulatoria, la Estación podría brindar asistencia médica.

El reconocimiento médico sería obligatorio para los exceptuados por enfermedad infectocontagiosa del servicio militar; los aspirantes a empleos públicos nacionales o los empleados y obreros de empresas concesionarias de servicios públicos, los empleados y obreros de todas las industrias y comercios que les requiriesen la Libreta Sanitaria y los sujetos a la legislación provincial o municipal cuando estas entidades se hubieran acogido a la Ley Sanitaria, así como los aspirantes a ingresar a las escuelas nacionales, al bachillerato o a la Universidad, para los cuales se exigiría el Certificado de Salud.

El proyecto de ley determinaba que debía crearse una Estación Sanitaria en toda zona (de acuerdo a las divisiones territoriales existentes) que contase con una población no menor de 5.000 habitantes, cuyos servicios serían gratuitos o remunerados, según lo dispusiesen el Poder Ejecutivo y el Departamento Nacional de Higiene. De acuerdo a la población y al número de Estaciones Sanitarias, el Poder Ejecutivo podría crear Estaciones Sanitarias Centrales que abarcasen una provincia, partido o departamento o municipio, encargada de la Dirección y Control inmediato de las Estaciones de su dependencia.

El Estado Nacional contribuiría al sostenimiento de los establecimientos de asistencia y profilaxis administrados y sostenidos por las provincias y los municipios, y las provincias deberían ajustarse a la ley sancionando una legislación provincial que hiciera obligatorio el Certificado Médico Nacional para ingresar a las escuelas provinciales o municipales, ocupar puestos provinciales o municipales, obtener cédula de identidad, ser em-

pleado de empresas concesionarias de servicios públicos provinciales o municipales, de industrias o comercios relacionadas con alimentos, etc.

*“Y así como se llevan escuelas a todos los sitios del país para la educación y elevación del nivel cultural de la población, así deberá ir la Estación Sanitaria, desde Jujuy a Tierra del Fuego, para acercar a todos los habitantes a una de las más importantes manifestaciones de la civilización, ofreciéndoles los medios técnicos, de orden material e individual, más adelantados para el conocimiento de las enfermedades capaces de ejercer una influencia depresora de la formación étnica y una acción perturbadora en el desarrollo del trabajo y la capacidad económica de las poblaciones.”*<sup>14</sup>

Para dotar de recursos al proyecto se proponían, entre otras fuentes, gravar la transferencia de propiedades con un impuesto progresivo según su valor (del 0,5% al 3%), con la escala incorporada al proyecto de Bard, bajo la forma de una estampilla fiscal, más un impuesto del 20% a la lotería.

El proyecto de Vaccarezza es el primero, de los que conocemos, que incorpora elementos de regionalización y jerarquización de servicios, análogos a los incorporados en el Informe que, en 1920, presentara al Ministerio de Salud de Gran Bretaña el Consejo consultivo presidido por Lord Dawson of Penn, conocido como “Informe Dawson”<sup>15</sup>.

La propuesta de Vaccarezza era más una reorganización funcional que una construcción institucional; integraba, como era de esperarse en un tisiólogo, la prevención y la atención médica (profilaxis y asistencia, en el lenguaje de la época), e incorporaba obligaciones novedosas. Ignoramos en cual de los cementerios de proyectos sanitarios halló la muerte el de Vaccarezza; cuando, más adelante, se describan las orientaciones de la primera Secretaría de Salud Pública, es decir, las ideas de Ramón Carrillo, algunas de ellas evocarán ideas y elementos de esta propuesta.

## La política demográfica y la salud pública

En 1939 Gregorio Aráoz Alfaro pronunció en la Academia de Ciencias Morales una conferencia con el título: *“Política demográfica. Natalidad y Mortalidad”*. Partió de la constatación de una preocupación amplia y creciente por el descenso de la natalidad<sup>16</sup>, evidenciada por los múltiples

<sup>14</sup> VACCAREZZA, R. A., “Creación de un Organismo Nacional de Profilaxis y Asistencia de las Enfermedades Sociales”, Apartado de la *Rev. de Tuberculosis*, Buenos Aires, mayo-junio, 1936.

<sup>15</sup> Una traducción del Informe fue publicada en 1964 por la OPS, en su serie de Publicaciones Científicas, Nº 93.

<sup>16</sup> Alejandro Bunge, a quien Aráoz Alfaro cita varias veces, había insistido desde las columnas de *La Nación* sobre el reducido crecimiento poblacional (por descenso de la natalidad), que lo llevaron a suponer que recién a fines del siglo se alcanzarían en el país los veinte millones de habitantes. Bunge, A., “¿Cuándo tendrá la Argentina veinte millones de habitantes?”, *La Nación*, 13 de octubre de 1937.

proyectos legislativos para estimularla; problema *“que va acentuándose de año en año, que algunos han llamado desnatalidad, adaptando a nuestro idioma la palabra dénatalité, usada comúnmente en Francia, donde ese problema se ha tratado como de particular importancia.”*

Subrayó los diferentes orígenes de la preocupación por la población: el poder militar de las naciones viejas, el deseo de desarrollo cultural y económico en otros. Recordó las objeciones al proyecto de Rawson para instalar colonias galesas, derivadas de prejuicios económicos, y las dificultades que esas colonias debieron superar, cuando finalmente se instalaron; la insistencia de Alberdi, la Argentina de 100 millones de habitantes de Sarmiento...

Reconoció la reducción del flujo migratorio en los años anteriores, desde que *“la crisis que dejó sin trabajo a muchos”* y agregó que, aunque era deseable que ese flujo se reanudara, no podía ser sino un elemento de importancia secundaria; nuestro problema era asegurar el crecimiento vegetativo y el mejoramiento de la población.

Señaló que la natalidad no podía examinarse aisladamente, sino en relación con la mortalidad, y especialmente, con la mortalidad infantil, términos correlativos, con relaciones estrechas y constantes. Anotó agudamente que la declinación de la natalidad se traducía no sólo en disminución del crecimiento sino en un envejecimiento de la población; *“hay una elevación progresiva de la edad media y un aumento considerable de los viejos”*. La detección del envejecimiento poblacional fue de las primeras en esos años en América Latina.

Pasó revista a los incentivos previstos en los proyectos de ley presentados, en general económicos, para concluir que actuaban también en el asunto factores sociológicos y morales, y que *“en muchos casos —hay que reconocerlo— un espíritu de previsión natural en gente de regular cultura, el amor por los hijos, el deseo de evitarles los sufrimientos que origina la pobreza y de asegurarles una buena educación, sentimientos respetables, sin duda, originan la limitación de la fecundidad. Por ello es que, en todo el mundo, el descenso de la natalidad ha ido acentuándose a medida que aumentaba la cultura general.”*

En los últimos años algunas sociedades habían visto aumentar su natalidad —Italia y Alemania— lo que atribuyó a la acción *“de resortes de orden moral: el sentimiento de exaltado nacionalismo, de patriotismo ardiente y guerrero que sus jefes han logrado despertar en la gran mayoría del pueblo.”*

*“Pero deseo insistir —decía— brevemente, sobre otro aspecto importante de nuestra política demográfica que sólo mencioné de paso al principio de esta conferencia: la inconveniencia de fomentar la natalidad sin asegurarnos de la calidad de los niños por nacer y la posibilidad de actuar eficazmente más que sobre el número de los nacimientos, sobre las condiciones de salud y de vi-*

gor de los que nazcan, de conservar el mayor número de vidas útiles que hoy se malgastan, en otros términos, de disminuir la morbilidad y la mortalidad de la población en general y de la infancia en particular. [...]

Ya vimos que en las provincias en que la natalidad se conserva alta todavía —las del Norte y de Cuyo— la mortalidad general y la mortalidad infantil son también las más elevadas. La primera entre 14 y 20 por mil; la segunda entre 150 y 200 por mil nacidos vivos, en lugar de 10 y 55 respectivamente a que han descendido en la ciudad de Buenos Aires. En otro sitio he demostrado que no hay ventaja para el país y sí positiva pérdida, económica y social, en esa gran natalidad cuyos frutos se malogran tempranamente, originando gastos y dolores a la familia y a la comunidad. [...]

Así, pues, en buena parte del país donde no necesitamos realizar esfuerzo alguno para elevar la natalidad, que ya es bien alta, hay, en cambio, un **amplio margen de reducción de la mortalidad infantil** y tenemos el deber de realizarla. [...]

Ahora bien —y esto es muy importante del punto de vista práctico—, así como es de difícil aumentar artificialmente la fecundidad de un pueblo, así es de fácil reducir su mortalidad infantil. [...]

No quiero fatigar excesivamente vuestra atención, cansada ya con esta larga exposición. Básteme recordar que a fines del siglo pasado morían anualmente en esta ciudad de 170 a 200 niños por cada mil nacidos con vida, y que hoy mueren sólo alrededor de 55, para mostrar cómo con una organización adecuada de la protección y asistencia de la infancia, es posible reducir considerablemente en poco tiempo, el enorme tributo que pagan actualmente a la muerte los niños de buena parte del país. [...]

Dicha organización en Buenos Aires, con ser buena, dista de ser perfecta. La proporción de 55 niños muertos por cada mil nacidos, es muy favorable, pero aún está lejos de las mejores logradas en el mundo: de 30 a 35 en Holanda y Nueva Zelandia. Pero con que solamente con el trabajo de 10 a 20 años, redujéramos en toda la República la mortalidad infantil a lo que es hoy en esta capital, lograríamos un aumento de población de varios centenares de miles. [...]

El problema de la natalidad no es sino una parte del otro, mucho más vasto e importante, de la protección integral de la madre y del niño, de la familia en suma, núcleo y centro de la sociedad entera. Y la protección integral de la infancia, que requiere —ya lo he dicho muchas veces— la creación de un organismo técnico y autónomo dotado de amplias facultades y de vastos recursos, más amplias y más vastos que los de la “Dirección de Maternidad e Infancia”, creada, de acuerdo, en lo fundamental, con lo que yo había reclamado reiteradamente, por una ley proyectada por el senador Palacios, en un primer paso hacia soluciones definitivas. [...]

Por lo demás, el Departamento del Niño, no debería ser, a su vez, sino una parte de la obra que ha de encomendarse al gran organismo que debe



*presidir a la dirección y el funcionamiento de la sanidad pública y la asistencia social en todo el país. [...]*

*Es ésa la etapa final a que debemos llegar para defender, con la máxima eficacia, la vida, la salud y el vigor de todos los habitantes de la República, buscando así las mejores soluciones posibles a todos nuestros problemas demográficos. [...]*

*En muchos países, aún americanos y muy cerca de nosotros, en el vecino Uruguay, se ha llegado ya a conseguir esa unificación bajo un solo comando y una sola orientación, mediante la creación de un Ministerio o de una gran Dirección de sanidad y asistencia social, de carácter eminentemente técnico, independiente de las vicisitudes políticas y electorales. [...]*

*Un ministro ilustrado y laborioso, encargado de la beneficencia pública, el doctor Saavedra Lamas, convocó una Conferencia Nacional y elaboró un vasto plan de asistencia social que envió al Congreso. Fue ése un considerable esfuerzo, de gran mérito, sin duda. Pero le faltaba un complemento esencial: el de incluir en el mismo organismo superior la sanidad y la higiene públicas, que no pueden ser separadas, sin gran perjuicio, de la asistencia social. [...]*

*Crear ese Ministerio o esa gran Dirección general, que comprenda todas las funciones de sanidad pública y de asistencia médica y social, bajo una cabeza técnica y autónoma, con amplios recursos y facultades, tal como lo reclamamos en el último Congreso Nacional de Medicina de Córdoba —ampliando las bases de un proyecto de ley del diputado Gregorio Martínez, fundado, a su vez, en muchos trabajos anteriores— sería prestar el servicio más grande al país, asegurando la defensa eficaz de la vida y la salud de todos sus habitantes.”<sup>17</sup>*

## **Roberto Ortiz: una esperanza frustrada**

En 1938 se cumplió el término del mandato del general Justo. Los conservadores eligieron para sucederlo a Roberto M. Ortiz, un abogado nacido en la Capital en 1886 en una familia de inmigrantes vascos, quien había sido concejal y diputado nacional por el partido radical y ministro de Obras Públicas, en el gobierno de Alvear, hasta 1928. Había representado luego profesionalmente a empresas e intereses británicos y había regresado a la función pública en 1935, como ministro de Finanzas de Justo. Lo acompañaba como candidato a vicepresidente otro abogado, proveniente de Catamarca, el Dr. Ramón S. Castillo, de ideas nacionalistas, “auténtico representante de las camarillas conservadoras que dominaban a las

<sup>17</sup> ARÁOZ ALFARO, G. “Política demográfica. Natalidad y mortalidad”, Ed. Coni, Buenos Aires, 1940.

*provincias mediante la fuerza y el fraude.*” Elecciones nuevamente fraudulentas se encargaron de llevarlos al poder. Al año siguiente se inició la Segunda Guerra Mundial y a pesar de que el gobierno mantuvo una neutralidad bien aceptada hasta 1940 y crecientemente discutida desde 1941, las consecuencias del conflicto se sintieron fuertemente en la Argentina.

A pesar de la ilegitimidad de origen y de sus vinculaciones con el gobierno de Justo, Ortiz pareció dispuesto a imitar a Roque Sáenz Peña, regresando el país a los senderos de la democracia. En julio de 1940, aquejado por una diabetes complicada por una retinopatía, debió delegar el cargo en el vicepresidente. Los propósitos de Castillo eran diferentes y Ortiz tuvo que manifestar, desde su retiro, su disenso en forma pública. Finalmente quedó ciego y renunció al cargo en junio de 1942. Castillo asumió como presidente, para completar el período del mandato (hasta 1944).

### **El departamento durante la Presidencia de Juan Jacobo Spangenberg**

Sussini continuó en su cargo la primera parte del gobierno de Ortiz y fue reemplazado luego por el Dr. Juan Jacobo Spangenberg. Graduado en la Facultad de Medicina de Buenos Aires, profesor suplente de Clínica Médica desde 1916 y profesor extraordinario de esa materia desde 1934, Spangenberg fue Jefe del Pabellón “Astigueta” del Hospital Durand y miembro de la Academia de Medicina.

Spangenberg fue también designado en esos años presidente de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales. En ese año **el Instituto Municipal de Nutrición**, que fue mencionado antes, se incorporó al orden nacional, a través de la Comisión Asesora, con la denominación de **“Instituto Nacional de la Nutrición”**.

Al año siguiente un brote de viruela, en Humahuaca, produjo casi 350 casos que no se incluyeron en las estadísticas oficiales (registran en ese año sólo 56) y **en el litoral se inició un brote epidémico de paludismo que exigió la intervención de la Dirección de Paludismo del Departamento.**

En 1940 Spangenberg elevó al Ministro del Interior, Diógenes Taboada, un proyecto de creación de *“un organismo autónomo denominado Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, que será el agente natural del Poder Ejecutivo Nacional para la custodia de la salud pública y la asistencia social en todo el*



Juan Jacobo Spangenberg

*territorio de la República y que constituirá la suprema autoridad sanitaria de la Nación”.*

El Presidente del Departamento, que en ese momento también presidía la Comisión Asesora del Ministerio de Relaciones Exteriores, expresó ese mismo año, en la IV Conferencia Panamericana de Directores de Sanidad, **que el hecho más significativo del progreso sanitario argentino era la tendencia hacia la unificación de los servicios de sanidad y asistencia social (que todavía significaba servicios de asistencia médica), la cual ya existía en la práctica, pues él había sido puesto al frente de ambos.** En ese año, el decreto N° 67.519 reglamentó el Registro Nacional de Asistencia Social, creado en 1937 en el ámbito del Ministerio de Relaciones Exteriores.

En ese año de 1940 se registró un brote de **peste bubónica** con alta letalidad, (192 fallecidos entre los 228 casos registrados) y al año siguiente se registraron otros 56, con 28 muertes. En 1941 la Fundación Rockefeller ayudó a financiar un proyecto de investigación en el Instituto Bacteriológico.

En 1942, el entonces senador Alfredo Palacios presentó su proyecto de creación de una **Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social**; la Comisión de Higiene y Asistencia Social del Senado solicitó la opinión de la Federación Médica de la República, la cual manifestó que estaba de acuerdo con la creación de un organismo que debía ser **autónomo y apolítico**. Se buscaba aumentar la jerarquía del organismo sanitario, para tratar de resolver el “*conflicto jurisdiccional*” y al encargarlo de la salud pública y la asistencia social, resolver la dualidad institucional.

Al mismo tiempo, el Presidente del Departamento proponía un nuevo plan orgánico para el mismo.<sup>18</sup> En ese mismo año se produjo una epidemia importante de poliomielitis aguda, con más de 600 casos en la Capital y otro tanto en la provincia de Buenos Aires, a los que deben sumarse un centenar registrado en la provincia de Entre Ríos.

Desde principios de siglo la poliomielitis aguda era endémica en el país, en el cual había producido, desde la tercera década del siglo, brotes epidémicos de pequeña magnitud (en 1932-33 en Rosario y en 1935 en la Capital). A medida que se reducían las enfermedades características del subdesarrollo, se convertían en epidémicas otras, que antes tenían carácter endémico, como había sucedido en sociedades más desarrolladas.

También ese año de 1942 tuvo lugar en Río de Janeiro la XIª Conferencia Sanitaria Panamericana, a la cual asistieron, como delegados argentinos, el Dr. Rodolfo Vaccarezza, autor del proyecto antes descrito, y el Dr. Francisco Martínez, a quien reencontraremos en 1955 como ministro de Salud Pública.

---

<sup>18</sup> SPANGENBERG, J. J., “Nuevo plan orgánico para el Departamento Nacional de Higiene”. *Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene*, v. 1, 1942, p. 619.

En su memoria correspondiente a 1942, Carlos Alberto Alvarado, **Director General de Paludismo** del Departamento, señalaba que la incidencia palúdica había sido la más baja registrada hasta entonces en el país, tanto en la zona endémica (Noroeste) como en la epidémica (Litoral), en la cual el último brote se había iniciado en 1939. **El número de casos registrados había alcanzado a 150.520 (sin confirmación de fallecimientos), contra 201.681 en 1941.**

La proporción de casos producidos por *falciparum* había descendido en esos años del 14% al 7%. Se habían realizado en 1942 investigaciones en varios lugares; las más importantes, en La Rioja, tenían el propósito de determinar la posibilidad de la "*profilaxis invernal*", a través de la cual se buscaba extinguir la especie transmisora (el *Anopheles pseudopunctipennis*) en aquellas regiones en las cuales no era posible la reinfestación estival, por estar a considerable distancia de las probables fuentes de reinfestación.

### Un proyecto original desde una provincia adelantada

La provincia de Santa Fe había progresado con rapidez; en 1869 era la sede de sólo el 5% de la población nacional, pero también uno de los destinos predilectos de los inmigrantes extranjeros. En 1895 albergaba a más del 10% de la población total y los extranjeros representaban allí el 24.3%. En 1914 la proporción de extranjeros disminuyó, pero la proporción de su población sobre la de todo el país aumentó a 11.4%. Los niveles de educación popular eran elevados y la Universidad del Litoral se destacaba por la seriedad de sus trabajos de investigación. En aquellos años las provincias tenían, en general, sólo un **Consejo Provincial de Higiene**; en Santa Fe, la importancia de la ciudad de Rosario (el segundo centro urbano del país) había determinado que se agregase para ella un **Subconsejo de Higiene**.

En 1932, el **Consejo Provincial de Higiene** se convirtió en **Dirección General de Higiene**, siguiendo la tendencia iniciada por Coni en Mendoza y Corrientes y difundida en aquellos años, a la cual se agregó una "**Comisión de Hospitales y Asistencia Social**". En los fundamentos para crear la Dirección se destacaba la preferencia por la **unidad de comando** en la provincia que más había resistido la unidad de comando nacional, esgrimiendo argumentos que recordaban la prédica de Penna de principios de siglo: "*si el derecho político puede sostener a ultranza las autonomías, es necesario tener en cuenta que las pestes no reconocen límites por jurisdicción.*"<sup>19</sup>

<sup>19</sup> BELMARTINO, S. y cols. *Fundamentos históricos en la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina 1940-1960*, Publicado por OPS/OMS, Representación en Argentina, 1991, p. 43.

En 1938 se dictó una nueva ley (2.608), “**de Asistencia Hospitalaria y Social**”, que consistía, básicamente, en un plan de construcciones hospitalarias que configuraban una red de servicios de diferente y escalonada complejidad (regionalización).

En octubre de 1939 la Legislatura creó por ley provincial el “**Departamento de Salud Pública de la Provincia**”, que integraba las direcciones y comisiones previas de sanidad y de asistencia. El Departamento estaba dirigido por un **Consejo General de Sanidad**, compuesto por un presidente y dos vocales designados por el Poder Ejecutivo. Comprendía una Secretaría Técnica y Administrativa; dos secciones de Sanidad (una en Santa Fe y otra en Rosario), dos Consejos Deontológicos y varios centros de salud departamentales, con servicios de medicina preventiva y curativa, servicio social, higiene e inspección de los alimentos, examen prenupcial y certificados de salud. Se trataba de crear un organismo técnico de comando unificado con un máximo de centralización de servicios, pero de funcionamiento sincrónico y coordinado. Se buscaba coordinar los centros de las ciudades y de la campaña y transformar los dispensarios provinciales en verdaderas unidades sanitarias.<sup>20</sup> **En 1941 se creó en la provincia de Santa Fe el primer ministerio de salud argentino, con la denominación de Ministerio de Salud Pública y Trabajo.**

La población médica en la provincia era elevada y los médicos estaban distribuidos en numerosos pueblos pequeños pero prósperos, característica particular de Santa Fe que convertía su extensión en riqueza. Como en la Capital Federal y en algunas provincias grandes, a las mutualidades, creadas por trabajadores que deseaban asegurarse solidariamente para la eventualidad de requerir un “salario de reemplazo” y una colaboración financiera para sufragar la asistencia, en la eventualidad de enfermar, se agregaban otras formadas por médicos que invitaban a afiliarse, a través de un pago mensual, para recibir servicios profesionales y a veces internación en “sanatorios”. (El desarrollo de cooperativas médicas, como se ha mencionado antes, se convirtió en práctica habitual en el vecino Uruguay, a partir de la creación del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay).<sup>21</sup>

Los médicos se asociaban para compartir sus inquietudes frente a los cambios de la práctica: la reducción del ejercicio aislado, la crisis económica del consultorio particular y el trabajo sin remuneración en los hospitales públicos, creando, con diversos nombres, sociedades locales que se unían en asociaciones departamentales, regionales o en federaciones pro-

---

<sup>20</sup> Gob. Prov. Santa Fe. “*Unificación y coordinación de los Servicios de Sanidad y Asistencia Médico-Social de la Provincia de Santa Fe*”, Santa Fe, 1939.

<sup>21</sup> MAÑANA CATTANI, J. *Historia del Sindicato Médico del Uruguay*. S.M.U., Montevideo, 1992.

vinciales. Desde estas sociedades se discutían, y a veces se resistían, las intenciones que expresaban muchos de los proyectos citados, elaborados desde el Estado, para organizar la asistencia médica.

Había, como en las asociaciones de médicos de la Capital y también de la provincia de Córdoba, partidarios de la “oficialización” o “estatización” o “funcionarización” de la medicina, en tanto otros hablaban de “socialización” de la misma, con diversos significados.

En la provincia de Santa Fe, el progreso de la organización estatal se acompañaba de médicos que estudiaban y reflexionaban sobre el tema desde ámbitos no gubernamentales y a veces anti-gubernamentales o anti-estatales: Juan Lazarte, fue un lúcido estudioso de los problemas de la medicina social desde una perspectiva ideológica anarquista, y por lo tanto, totalmente contraria a la absorción por el Estado.

En su obra *“Problemas de Medicina Social”* hizo un documentado diagnóstico de *“la necesidad de una nueva organización social de la medicina”*, derivada de la crisis económica de la práctica médica y de la necesidad de un ejercicio médico en grupos organizados y provistos de la necesaria tecnología; discutió y rechazó la existencia de una *“plétora médica”* de la que se hablaba mucho en aquellos años y propuso la liberación del médico, esclavizado cuando dependía del capitalismo y cuando dependía del azar o del Estado, afirmando que *“la medicina debe estar y estará, en manos de los médicos, para lo cual es necesario que éstos se asocien.”* Rechazaba los seguros sociales como solución, por considerarlos un *“ensayo de escamoteo de la revolución médica, cuando se quiere como última etapa de la medicina actual”*, aunque los aceptaba como *“un camino indirecto, con grandes ventajas individuales.”*

Se mostraba partidario de la práctica hospitalaria en aquellas poblaciones cuyo tamaño lo hiciera posible, en hospitales que integrasen la medicina preventiva y se relacionasen, según criterios de regionalización, con otros centros o con los grupos de médicos que trabajaban en las pequeñas comunidades. La planificación de los servicios sería hecha por los institutos médicos y de ciencias afines o prácticas que tuvieran que ver con la aplicación del plan: *“[...] lo que nos interesa comprobar son las posibilidades de un plan de medicina social ajeno al Estado y extraño a cualquier poder dictatorial. [...] la coordinación se hará por obra de los interesados.”*

Y advertía: *“Conviene que sepamos de una vez por todas, que ya no es el Estado liberal el que se nos presenta, sino el Estado dictatorial, que para unos es el fascismo y para otros el aparato de una burocracia terrible e intolerante, que dirá defender tal o cual cosa, pero que se defenderá a sí misma, su aumento y sus privilegios.”*<sup>22</sup>

<sup>22</sup> LAZARTE J., *Problemas de medicina social*, Ed. Americalee, Buenos Aires, 1943.

Propiciador de un particular comunitarismo, proponía, en 1957, en **La Solución Federalista en la Crisis Histórica Argentina**: *“Debemos ir hacia una gran confederación de comunas a través también de un sindicalismo federativo que reemplace al Estado moderno, que tanto nos cuesta y donde han sucumbido todas nuestras libertades, pues somos más esclavos que nuestros antecesores de las ciudades libres del medioevo y mucho más encadenados que los primitivos habitantes de las pampas y montañas argentinas que se separaron del mundo imperial español durante el siglo XIX.”*

En esos años los socialistas se dividieron entre los que apoyaban proyectos “estatizantes”, como Alfredo Palacios, y los que se volcaban hacia soluciones privadas de tipo cooperativo, como las defendidas por Lazarte.

## La sociedad argentina en los cuarenta

La ley 1904 del 4 de marzo de 1826, en los años de Rivadavia, había establecido *“que la ciudad de Buenos Aires es la Capital del Estado, bajo la inmediata y exclusiva dirección de la Legislatura Nacional y del Presidente de la República”* [...] y que *“corresponde a la Capital del Estado todo el territorio que se comprende entre el puerto de las Conchas y el de la Ensenada, y entre el Río de la Plata y el de las Conchas, hasta el puente llamado de Márquez, y desde éste, tirando una línea paralela al Río de la Plata, hasta dar con el de Santiago”*.

A mediados del siglo pasado, cuando llegaba el verano, muchas familias porteñas cargaban sus equipajes en un carro y se trasladaban a pasar sus vacaciones en sus quintas de la vecinas localidades de San José de Flores o de Belgrano. En 1880, Nicolás Avellaneda, en el final de su mandato, trasladó el gobierno al vecino pueblo de Belgrano; fue allí donde el Congreso Nacional declaró Capital de la República al municipio de Buenos Aires.

En el **Primer Censo Nacional** (1869), la ciudad de Buenos Aires, entonces capital de la provincia que albergaba, como huésped, al gobierno nacional, tenía 187.000 habitantes; en los alrededores (que configuran hoy el aglomerado bonaerense existían apenas 47.000. En el Segundo Censo (1895), tanto la Capital como el aglomerado habían triplicado su población (663.000 y 118.000) En 1914 la Capital tenía 1.575.000 habitantes, el aglomerado 458.000. En 1947 la Capital alcanzó 3 millones, el aglomerado poco menos de dos.

En el período que estamos considerando, alrededor de 1943, la Capital había alcanzado su magnitud actual de población (cerca de tres millones) y el aglomerado, en rápido crecimiento, más de un millón y medio. Entre 1936 y 1947 el saldo inmigratorio externo (de extranjeros) de



*La educación, sobretudo de la mujer fue uno de los factores más importantes del progreso sanitario.*

la Capital y el aglomerado fue negativo, con una magnitud de pérdida cercana a los once mil por año. El saldo inmigratorio interno (de población del interior), en cambio, fue positivo y su magnitud cercana a una ganancia de 72.000 personas por año entre 1936 y 1943 y de 142.000 por año entre 1943 y 1947.

Decía Gino Germani en una obra seminal: *“Es importante advertir que en vísperas de la serie de cambios políticos y sociales que ocurrieron a partir de 1943, la población del Gran Buenos Aires estaba integrada por una fuerte proporción de personas inmigradas desde el interior del país... Es perfectamente lógico suponer que la inmisión (sic) relativamente brusca de esta nueva masa de población —dotada de características psicosociales propias y diferentes de la de los habitantes de larga radicación en la ciudad— haya influido significativamente en las maneras de pensar y de obrar de las masas urbanas, especialmente en su sector obrero. Hemos insistido sobre este punto por razones obvias: los cambios demográficos acontecidos en la zona del Gran Buenos Aires en el período inmediatamente anterior a los años 1943-1945 representan un aspecto fundamental a tener en cuenta en el análisis de la evolución políticosocial de nuestro país en los últimos tiempos. Es ésa justamente la época en que, por un conjunto de circunstancias, se configura con mayor claridad y fuerza el predominio del tipo de sociedad “masificada” para nuestro país y el ulterior impulso de la corriente inmigratoria a partir de esa época intensificó por cierto el proceso, mas no lo creó; las condi-*



*ciones para los cambios políticosociales ya estaban dadas desde fines de la década de los treinta.”<sup>23</sup>*

El aglomerado bonaerense era producto, fundamentalmente, de un **aluvión inmigratorio interno** cuya magnitud y velocidad superaban por completo las débiles capacidades de las intendencias municipales existentes para orientar y dirigir el asentamiento de la población y mucho más, para suministrarle la infraestructura de servicios que requería. Las autoridades de la provincia, de una provincia ganadera, tradicionalmente rica y con una larga historia de veleidades de supremacía, aceptaban el aporte que se hacía a su magnitud poblacional y a su fiscalidad, pero se desentendían de las demandas y necesidades de una población *“diferente”*.

La capacidad holgada de muchos servicios de la Capital, entre otros, los de atención médica, se constituyeron, en razón de su proximidad y de la indiferencia provincial, en satisfactores de una población mayor que la propia. La siempre difícil coordinación debería haberse buscado entre el gobierno nacional y el gobierno provincial, pero los únicos realmente interesados eran la Intendencia municipal de la Capital y los municipios del aglomerado, cuyas autoridades trataban generalmente de evitar que desde la Capital se les solicitasen aportes por la utilización de los servicios y rehuían, por ello, la búsqueda de las coordinaciones imprescindibles.

La sociedad argentina se sentía, en alguna medida, parte de Europa y diferente al resto de los países hermanos. Su creciente riqueza derivaba de haber sido bendecida con praderas de increíble fertilidad que la providencia se encargaba de regar regularmente la mayor parte de los años (el *“granero del mundo”*) y en las cuales la hacienda se multiplicaba con poco esfuerzo humano. Su situación geográfica la eximía de los conflictos internacionales: *“dicen que hay guerra en la Europa...”*, pero aquí se sigue arando. Su población era casi enteramente alfabeta y sus intelectuales y artistas elogiados en Europa; los intelectuales y artistas europeos que nos visitaban nos auguraban un futuro lleno de venturas y Colin Clark aventuró que para 1960 el país tendría el cuarto producto per cápita más alto...

## Instituciones sanitarias

1930 Uriburu designa a Aráoz Alfaro presidente del D. N. de H. y de la C. A. A. y H. R. Dos meses después Aráoz Alfaro renuncia y queda nuevamente a cargo el Secretario Tiburcio Padilla.

---

<sup>23</sup> GERMANI G., *Estructura Social de la Argentina*, Ed. Raigal, Buenos Aires, 1955, pp. 76-78.

- 1932 Se designa presidente del D.N. de H. a Miguel Sussini.
- 1933 Desde el Ministerio de Relaciones Exteriores Carlos Saavedra Lamas convoca la *Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social*. Con base en las *Conclusiones*, presenta un anteproyecto de ley de Asistencia y Previsión Social que no prospera.
- 1934 Se reúne en Buenos Aires la *IX Conferencia Sanitaria Panamericana*, donde se discute sobre la organización sanitaria de los países federales. Se reúne en Córdoba el *Primer Congreso Médico Gremial*.
- 1936 Sussini destaca los logros en las campañas antipalúdica, en la cual se destaca su director, Carlos Alberto Alvarado, y antipestosa; reconoce el fracaso de la campaña antileprosa por negativa de las provincias a permitir la construcción de leprosarios.
- 1938 Renuncia Sussini. Lo reemplaza Juan Jacobo Spangenberg, que también preside la C. A. A. y H. R.
- 1940 Spangenberg presenta un proyecto de creación de una Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social.
- 1941 En la provincia de Santa Fe se crea un Ministerio de Salud Pública y Trabajo.
- 1942 El senador Alfredo Palacios presenta un anteproyecto de creación de una Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social.

# 10

## UNA NUEVA REVOLUCIÓN MILITAR Y UN NUEVO DUALISMO SANITARIO

- UN GOBIERNO MILITAR EN BUSCA DE UN PROYECTO COMÚN
- LOS HOSPITALES ARGENTINOS HACIA 1945
- LA DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA Y LA SECRETARÍA DE TRABAJO Y PREVISIÓN
- LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL MUNDO DE LA POSGUERRA

**L**a democracia representativa es mejor —o menos mala— que otras formas de gobierno por su capacidad para que se corrijan los errores que pudieran cometerse. Cuando no se le otorga el tiempo para corregirlos, como se hizo en 1930, se la priva de una de sus mayores virtudes. Y eso permite después justificar otros intentos para corregir los errores, por ejemplo, otro golpe militar, debiendo destacarse que los militares son responsables por sus intervenciones, pero no solos; un grupo más o menos numeroso de civiles, movidos a veces por ideas y otras muchas por intereses, promueven, alientan y acompañan estos errores.

El gobierno civil derrocado en 1943 no sólo era pésimo (carecía de legitimidad de origen y de legitimidad de ejercicio) sino que estaba preparando una nueva sucesión fraudulenta. El experimento con el cual se trató de impedir esa sucesión llevó a unas fuerzas armadas carentes de un proyecto común a dirimir una pugna de hombres e ideas desde las más altas funciones del gobierno. La institucionalidad sanitaria se convirtió en parte del poder que los unos sustraían a los otros para afirmar o debilitar a una u otra facción. La “histórica jornada” del 4 de junio no consiguió mucha lealtad entre sus soldados ni logró convocar a muchos “civiles de bien”. A través de varios sucesivos reacondicionamientos, se fue afianzando el liderazgo de un líder carismático, Juan Domingo Perón.

La dependencia sanitaria del Ministerio del Interior, el Departamento Nacional de Higiene, aumentó su jerarquía y

*se convirtió, como se había pedido desde la Conferencia Sanitaria de 1923, en Dirección Nacional de Salud Pública, incorporando por un par de meses todas las dependencias que antes se ubicaban en la Cancillería. Una nueva separación de los organismos de asistencia social determinó la renuncia de Eugenio Galli. Aunque la reunión de las instituciones dispersas sólo duró unos días, se cumplía así parte de un reclamo secular. En el último mes del gobierno de facto, la Dirección se transformó en Secretaría de Estado de Salud Pública.*

*Como resultado de lo anterior, se repartieron las responsabilidades médico sanitarias de la siguiente forma: la salud de los ricos era “su problema” (de ellos, de los ricos...). La de los muy pobres sería atendida por los hospitales públicos. Para los que quedaban entre los unos y los otros, se estructurarían servicios especiales, financiados con la contribución obligatoria de los grupos favorecidos y también con aportes del Estado.*

*La consecuencia de la concesión de privilegios a pequeños grupos sociales determinados fue la fragmentación de la solidaridad en múltiples compartimientos estancos.*

## Un gobierno militar en busca de un proyecto común

En julio de 1940 Roberto Ortiz, enfermo, delegó transitoriamente el mando en el vicepresidente, doctor Ramón Castillo. Por unos pocos meses, el gabinete permaneció sin cambios. Una maniobra política, basada en una decisión del gobierno anterior sobre la de adquisición del predio de El Palomar en el cual se edificó el Colegio Militar, puso en jaque al ministro de Guerra, general Márquez, a quien se le inició juicio político. Ante la evidencia de que Ortiz no podría reasumir y frente al deterioro de su relación con el presidente interino, el gabinete renunció. También el presidente Ortiz presentó su renuncia al Congreso, que la rechazó. En las provincias se volvieron a producir fraudes electorales. Los triunfos alemanes en Europa hacían crecer la germanofilia en el ejército. Ortiz manifestó públicamente su desacuerdo con los actos del presidente interino.

En febrero de 1942 falleció Alvear. Ortiz, ciego y gravemente enfermo, renunció definitivamente en junio y falleció en julio. Castillo se distanció de Justo, que movía los hilos detrás de bambalinas, y sustituyó al ministro de guerra, general Tonazzi, por Pedro Pablo Ramírez, mientras tejía la sucesión presidencial, que debía asegurar que el siguiente presidente fuese el abogado salteño Robustiano Patrón Costas, nacido en 1878 y que se había desempeñado varias veces como ministro y gobernador en su provincia y como legislador provincial y nacional. En enero de 1943 murió Justo. En febrero/marzo se constituyó la logia secreta Grupo de Oficiales Unidos (GOU), cuyas "Bases" fueron probablemente redactadas por el coronel Perón en esos meses.<sup>1</sup> Otro de los oficiales del grupo que tuvieron actuación posterior destacada fue el teniente coronel Enrique P. González.

Castillo, enterado de la existencia de conspiraciones militares que su ministro de Guerra le había ocultado, decidió destituirlo. Informado de esa decisión del presidente en la mañana del 3 de junio, Ramírez autorizó al teniente coronel Enrique González, que se desempeñaba en la Secretaría del Ministerio, a trasladarse a Campo de Mayo. Ese día no se pudo encontrar

---

<sup>1</sup> POTASH, R.A. *Perón y el G.O.U. Los documentos de una logia secreta*, Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1984, p. 21

al coronel Perón. En la mañana del 4, las tropas de Campo de mayo encabezadas por el opositor general Rawson avanzaban sobre Buenos Aires.

Lo sintetiza con precisión Félix Luna: “*Si la revolución de 1930 fue cantada mucho antes de concretarse, la de 1943 ocurrió de un modo súbito y sorpresivo. La de 1930 estuvo rodeada de fervor civil; en 1943 las tropas marcharon sobre Plaza de Mayo rodeadas sólo de una benévola curiosidad. Pero había otra diferencia, y ésta era básica: el gobierno tumbado en 1930 estaba revestido de legitimidad y funcionaba, bien o mal, dentro de una estricta legalidad constitucional. En cambio, el gobierno volteado en 1943 procedía del fraude electoral y había vaciado su propia legalidad con métodos discutibles que lo llevaron progresivamente a un virtual autoritarismo.*”<sup>2</sup>

Rawson no llegó a jurar como presidente<sup>3</sup>. El 7 de junio asumió la presidencia Pedro Pablo Ramírez, acompañado por el almirante Sabá Sueyro como vicepresidente. En el gabinete, en cuya composición influyeron el coronel Elbio C. Anaya y el teniente coronel González, se designó al coronel Alberto Gilbert (íntimo amigo de González) a cargo del Ministerio del Interior y al general Edelmiro J. Farrell como ministro de Guerra, El gabinete se completaba con cinco militares o marinos y un civil, el banquero Jorge Santamarina. Según su orientación respecto de la Guerra en Europa, cuatro ministros eran “aliadófilos, —entre ellos el de Relaciones Exteriores, almirante Storni— y los otros cuatro se dividían en neutralistas y germanófilos. Ramírez designó a González en la Secretaría de la Presidencia; Farrell designó a Perón en la Secretaría del Ministerio de Guerra. En julio se produjo el fallecimiento del vicepresidente.

En agosto el canciller solicitó la colaboración estadounidense para el rearme del ejército, atrasado respecto a los de países vecinos y recibió una áspera respuesta, que se publicó en Argentina y determinó la renuncia de Storni, a quien sustituyó Gilbert, de tendencia opuesta. Un enviado argentino que se dirigía a Alemania para comprar allí los armamentos que los Estados Unidos se habían negado a vender fue detenido en Trinidad y se confesó agente nazi. Para evitar que el asunto tomara estado público, Ramírez acordó romper relaciones con Alemania.

La creciente influencia de Perón, que desde la Secretaría del Ministerio de Guerra mantenía reuniones con numerosos civiles y, entre ellos, muchos dirigentes sindicales (gracias a relaciones de su amigo el coronel

<sup>2</sup> LUNA, F. *Golpes militares y salidas electorales*, Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1983, p. 40.

<sup>3</sup> El *Reservado*, N° 14 bis, del 7-IX-43, del GOU, explicaba: “En estos últimos tiempos han circulado invitaciones en las que se hace aparecer al Señor General Rawson como «Jefe de la Revolución del 4 de junio de 1943» [...] El Jefe de la Revolución fue el general Ramírez, alrededor de quien se agrupó el Ejército [...] Recién el 3 de junio (Rawson) fue enterado de su misión. El general Ramírez, obedeciendo a un escrúpulo caballeresco se negó a tomar el mando de sus fuerzas revolucionarias mientras fuera Ministro de Guerra, para lo cual presentó su renuncia”. En POTASH, R.A. *Perón y el GOU...*, *Op. cit.*, p. 165-168.

Mercante, hijo de un antiguo sindicalista ferroviario), produjo inquietud en algunos sectores del ejército y en octubre, el presidente Ramírez aceptó, primero, reemplazar a Farrell y a Perón, para terminar, luego, designando a Farrell vicepresidente con retención de la Cartera de Guerra. A fines de ese mes Perón era designado director del Departamento Nacional del Trabajo, con retención de su cargo en el Ministerio de Guerra. Un mes más tarde, el Departamento era elevado a Secretaría de Trabajo y Previsión, incorporando a través de esta última denominación la orientación de las instituciones previsionales que con más de medio siglo de existencia, habían logrado un magro desarrollo: *“en 1944, los trabajadores incorporados como afiliados a las distintas cajas de jubilaciones representaban un porcentaje apenas superior al 7% de la población económicamente activa, según datos del Primer Informe Técnico del Consejo Federal de Seguridad Social de la República la Argentina (diciembre de 1961)”*.<sup>4</sup>

Las pugnas de fracciones en el seno del Ejército eran cada vez más intensas; en febrero se produjo una crisis; el 15 renunciaron González y Gilbert, el 24 el propio presidente Ramírez; una de las fracciones había ganado una importante batalla, pero la guerra continuaba. El general Farrell asumió la presidencia y Perón fue designado Ministro de Guerra. La vicepresidencia volvía a quedar vacante.

En junio de 1944, en La Plata, Perón abordó en una disertación el *“Significado de la Defensa Nacional desde el punto de vista militar”*. Empleó, en esa oportunidad, conceptos acuñados en los años de Bismark por el barón von der Goltz, en su obra *“La Nación (el pueblo) en Armas”* (Das Volk in Wassen), cuya versión en español fue publicada en 1927-1930 por la Biblioteca del Oficial. (El ejército alemán iba aceptando la transformación de la guerra que se introdujo con la revolución francesa y las guerras napoleónicas, que había comenzado a analizar von Clausewitz).

*“Un país en lucha —dijo entonces el coronel Perón— puede representarse por un arco con su correspondiente flecha, tendido al límite máximo que permite la resistencia de su cuerda y la elasticidad de su madera y apuntando hacia un solo objetivo: ganar la guerra. Sus fuerzas armadas están representadas por la piedra o el metal que constituye la punta de la flecha, pero el resto de ésta, la cuerda y el arco, son la expresión básica de su energía y poderío (del país). [...] En nuestra lucha por la independencia y en las guerras exteriores que hemos sostenido, sin asumir el carácter de nación en armas que hemos definido, podemos observar grietas lamentables en el frente interno<sup>5</sup>, que nos obligan a ser precavidos y previsores.”*

<sup>4</sup> LO VUOLO, R. M. Y BARBEITO, A. C. *La nueva oscuridad de la política social*, Miño y Dávila, Buenos Aires, 1998, p. 116.

<sup>5</sup> Recuérdese, como un ejemplo, la carta del marqués de Caixas Caxias al Emperador, durante la guerra de la Triple Alianza.



Perón era consciente de que en los conflictos mencionados, había estado ausente “la nación que se levanta en armas” y que faltaban elementos que integrasen la sociedad “nacional”. Su paso por Europa lo había hecho apreciar el alto grado de integración de algunos de sus pueblos, así como distintas formas de liderazgo alejadas del liberalismo político y protagonizadas desde y a través del aparato del Estado. Tal vez el carácter fundacional que reiteradamente destacaba para su gobierno se relacionase con esa evaluación de los comportamientos históricos.

También manifestaba, ya entonces, su preocupación sobre el porvenir de la economía y sus consecuencias sociales: *La República Argentina produce en estos momentos el doble de lo que consume, es decir, la mitad de lo que produce sale al exterior. Yo me pregunto si cuando termine la guerra será posible seguir colocando nuestros productos en Sudáfrica, Canadá, Centro o Sudamérica, en competición con los Estados Unidos, Inglaterra, Francia, Rusia, etc. Cuando ya no sea posible exportar, si consumimos sólo el 50%, ¿cuál será la situación de nuestra industria, de nuestra producción? Habrá una paralización del 50% y veremos a un millón de argentinos desocupados que no tendrán en qué trabajar ni con qué vivir. No habrá otro remedio que aumentar el consumo. Y el consumo, en una circunstancia tan extraordinaria como la que se nos va a presentar, solamente podrá aumentarse elevando los sueldos y salarios para que cada uno pueda consumir mucho más que lo que consume actualmente y permitiendo que cada industrial, cada comerciante, pueda a su vez producir lo mismo que hoy sin verse obligado a parar las máquinas y despedir a los obreros. Los organismos del Estado se hallan abocados al estudio de estas posibilidades.*”<sup>6</sup>

En junio de 1944, Perón creyó oportuno forzar una definición en el Ejército, para ganar posiciones: propuso que se llenara la vacante de la vicepresidencia. Una asamblea de jefes militares debió elegir entre el ministro del Interior, general Perlinger, y el de Guerra, coronel Perón. La elección de Perón, por un margen estrecho, permitió forzar la renuncia de Perlinger. Asumió la vicepresidencia, reteniendo los cargos de ministro de Guerra y de Secretario de Trabajo y Previsión. Esa concentración de poder reavivó recelos en los sectores que se le oponían dentro de las fuerzas armadas. Sus intentos de acercamiento a líderes políticos, sobre todo a Sabbatini, no conseguían prosperar.

En ese mismo mes de junio decía: “[...] si a esta Revolución le quitáramos su contenido social, pasaría a ser una revolución más, intrascendente en la vida del país, e incapaz de resolver el problema que, en mi concepto, es absolutamente básico: el de la nacionalidad.”

<sup>6</sup> Transcrito en PERALTA RAMOS, M. *Acumulación del Capital y Crisis Política en Argentina*, Siglo XXI, México, 1978, p. 80.

A principios de febrero de 1945, mes en el cual debía realizarse la Conferencia Panamericana de Chapultepec, Perón acordó con una misión norteamericana que, a cambio de revisar la decisión de negar los armamentos que se necesitaban, el gobierno declarararía la guerra a las naciones del Eje y la Argentina se adheriría al Acta de la Conferencia, todo lo cual se materializó menos de tres semanas después de concluida la Conferencia. Las difíciles relaciones del gobierno con el Departamento de Estado parecieron mejorar.

Mientras tanto se configuraba la oposición. En marzo se realizó en una población del interior de la provincia de Buenos Aires una reunión de personalidades radicales que decidió participar en la constitución de un frente con otros partidos democráticos. En ese mismo mes se formó en Avellaneda una agrupación de radicales opuestos a ese “unionismo”, que contó con gran apoyo juvenil: el Movimiento de Intransigencia y Renovación.

Pero en mayo llegó a Buenos Aires el nuevo embajador norteamericano, Spruille Braden. A fines de ese mes, Washington revocó su decisión de proveer armamentos<sup>7</sup>. El embajador mostró con claridad su apoyo a los grupos políticos “democráticos”, que se oponían a Perón (en una abierta intromisión en los asuntos internos), hasta que a fines de agosto abandonó el país para ocupar, en Washington, el estratégico cargo de Secretario Adjunto para Asuntos Interamericanos, que había abandonado Nelson Rockefeller<sup>8</sup>.

El 28 de julio de 1945, en presencia de Farrell y de gran cantidad de jefes y oficiales, el general Ávalos le encargaba a Perón que fuese candidato en las elecciones próximas, *“ese es el sentir y el deseo de Campo de Mayo y de los jefes aquí reunidos”, “pensando en la continuidad de la Revolución”*. Fracasado el intento de pactar la salida con el partido político mayoritario, había que tratar de salvar el prestigio y el honor del Ejército. Perón aceptó, *“porque como soldado me debo a la Patria y a la Institución.”*<sup>9</sup>

El 19 de septiembre se realizó en Buenos Aires una importante manifestación; algunos cientos de miles de personas integraron la “marcha por la Constitución y la Libertad” que recorrió Callao hasta Plaza Francia. El deterioro del gobierno era inocultable. También el de la imagen de Perón.<sup>10</sup>

Los estudiantes ocuparon las universidades, *“en protesta por la detención de sus rectores y de muchos consejeros, profesores* (entre ellos, el Profesor Bernardo Houssay) *y dirigentes estudiantiles”*. El 2 de octubre el gobierno, violando la independencia de los poderes, separó de su cargo a un juez,

<sup>7</sup> PETERSON, H. F. *La Argentina y los Estados Unidos*. II. 1914-1960. Eudeba, Buenos Aires, 1970. p. 180

<sup>8</sup> Los detalles de estos cambios y sus consecuencias están detalladas en ESCUDE, C. *La declinación...* Op. cit.

<sup>9</sup> SEBRELI, J. J. *Los deseos imaginarios del peronismo*. Ed. Legasa. Buenos Aires, 1983. p. 27.

<sup>10</sup> “¿Quién daba, a una semana de la Marcha, un peso por Farrell y Perón?”. En LUNA, FÉLIX. *El 45. Crónica de un año decisivo*. Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1971, p. 205.

porque había liberado a ciudadanos detenidos por su presunta participación en alguno de los frustrados intentos de golpe. **La Corte Suprema revocó la medida del gobierno.** El 5 de octubre la policía desalojó las facultades ocupadas, *“con lujo de brutalidad”*.

El 9 de octubre el general Ávalos, Jefe de la guarnición de Campo de Mayo —y antiguo amigo de Perón— se presentó en la Casa de Gobierno pidiendo a Farrell, en nombre de los jefes de la guarnición, el alejamiento de Perón. Esa tarde Perón fue notificado de que el pedido había sido aceptado por el presidente y renunció a sus tres cargos. Se lo autorizó para que el día siguiente se despidiera de los obreros en la Secretaría de Trabajo y Previsión, desde cuyos balcones les dirigió la palabra.

La Junta Coordinadora Democrática (entre cuyos integrantes estaba Bernardo Houssay) entrevistó al nuevo Ministro de Guerra para solicitarle que se entregara el poder a la Corte Suprema. Las fuerzas armadas sentían haber fracasado, pero se negaban a sufrir una humillación.

Al día siguiente, el 12 de octubre, Perón fue detenido y esa noche se lo embarcó en una nave de la armada que lo llevó el 13 a la mañana a la isla de Martín García. El coronel Mercante y el capitán Russo difundían en ámbitos sindicales la noticia de la detención de Perón. Esa tarde, también Mercante fue detenido. El 14, el capitán médico Miguel Angel Mazza visitó a Perón en Martín García y a su regreso a Buenos Aires (trayendo mensajes de Perón, entre otros, para Eva Duarte), sugirió que, por razones de salud, Perón debía ser trasladado al Hospital Militar. El 16 se ordenó el nuevo traslado. El 17 de octubre, muy temprano, numerosos habitantes del aglomerado bonaerense comenzaron a cruzar los puentes de acceso a la Capital.

Contaba Félix Luna: *“Era, en su mayoría, gente joven y con un estilo indiscutiblemente argentino, en lo bueno y en lo malo; desde 1936 la aglomeración suburbana se veía reforzada anualmente con más de 150.000 argentinos del interior. Eran los que venían huyendo de la miseria provinciana, la aridez de la vida rural, la fatalidad climática, la tiranía de la explotación agraria. Rostros morenos y pelos renegridos conformaban el rostro proteico de esa multitud pobremente vestida, que repetía sin cansancio un solo grito, un solo nombre. Llegaban sin rencor ni prepotencia, simplemente exhibiendo su fuerza, al corazón de una ciudad que muchos recorrían por primera vez. No había agresividad en esos desordenados batallones; en el peor de los casos, se limitaban a gritar groserías a quienes los miraban desapartados (sic) desde las veredas o los balcones, con un tic de disgusto en la cara. A su paso, a la noticia de que llegaban, la ciudad iba apagando su actividad. [...]*

*En cambio había agresividad en los que salieron de Berisso y Ensenada. Habían cortado el paso de los tranvías, recorrido los frigoríficos y el puerto, piqueteado los negocios. A las 8 de la mañana, la zona se había volcado en-*

*tera a la calle. Avanzaron hacia La Plata y anduvieron toda la mañana como perdidos: silbaron al pasar por la Universidad, apedrearon las vidrieras de El Día y más tarde saquearían la casa del presidente de la Universidad. Algunos jinetes encabezaban la columna, como si el espíritu bárbaro y feral de la montonera hubiera transmigrado a éstos, sus descendientes urbanos.”*<sup>11</sup>

Poco después de las once de la noche Perón saludó a la multitud desde los balcones de la casa de gobierno. Por un largo rato no lo dejaron hablar, querían sólo mirarlo y aclamarlo. Anunció su retiro del Ejército y del gobierno, para ponerse al servicio del pueblo. Tarde ya, la multitud se desconcentró lentamente. El 18 fue el primer día de “San Perón”. Farrell anunció que se realizarían elecciones en abril, que Perón ganó fácilmente.

## Los hospitales argentinos hacia 1945

Hemos comentado reiteradamente que en las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del siglo XX el hospital cambió de función, y de importancia como elemento de un sistema de atención médica. La descripción de los hospitales de la Capital que en 1910 hacían Penna y Madero, después de reseñar su historia, en su obra “La Administración Sanitaria y Asistencia Pública”, era una instantánea de instituciones frecuentemente nuevas, con plantas físicas “modernas”, de acuerdo a los criterios de la época; las páginas que Cranwell dedicaba en “*Nuestros Grandes Cirujanos*” al practicantado del Hospital de Clínicas daban cuenta de la vida cotidiana del viejo Hospital-escuela. Los médicos que atendían en estos establecimientos eran, en su mayor parte, médicos “*concurrentes*”, que trabajaban en el hospital “*honorariamente*”, motivados para hacerlo por el deseo de mantenerse actualizados o perfeccionarse, por una parte, **pero también por el sentimiento de que eran deudores de la sociedad que había costeado su formación y que prestar gratuitamente la atención hospitalaria era una forma de “pagar” esa deuda**; naturalmente, también había algunos que buscaban prestigio o pretendían obtener en el hospital pacientes para sus consultorios privados.

En la mayor parte de los hospitales existía un pabellón, el pabellón de las “*hermanas*”<sup>12</sup>, en la cual vivía un grupo de religiosas que tenían a su cargo, no sólo la atención “*religiosa*” de los enfermos, sino buena parte de la administración de los “*servicios*”, cuyos jefes, sin formación administra-

<sup>11</sup> LUNA, F. *El 45...* Op. cit., p. 275.

<sup>12</sup> Véase en el capítulo VIII de REPETTO, N. *Mi paso por la medicina...* Op. cit. Las referencias a la adquisición de un equipo de Rayos X para el Servicio de Cirugía del Hospital Italiano en la p. 227 y las de las hermanas de caridad en ese hospital en la p. 238.

tiva alguna, eran verdaderos señores feudales durante las horas de la mañana. Después del mediodía, el médico de guardia y los “*practicantes*” eran las únicas presencias médicas, en servicios que cuidaban las “*cabas*” (enfermeras con cargo jerárquico) y las hermanas.

La Dirección del Hospital estaba a cargo de alguno de los médicos de gran prestigio profesional, generalmente un jefe de servicio con mucha “*antigüedad*”; era más un cargo honorífico que representaba al hospital ante la superioridad y el “*exterior*”, que una función directiva en el sentido actual. Los jefes de servicio eran las verdaderas autoridades, los “*grandes patronos*” en estas copias, más o menos deliberadas, de los hospitales franceses. Cuando Peralta Ramos hacía su ronda vespertina en la Maternidad del Hospital Rivadavia, acompañado por el médico interno y los practicantes, era el médico interno el que llevaba la capa del Maestro y se la colocaba sobre los hombros al pasar de un pabellón a otro [...]. Cuando los Jefes de Servicio del Hospital de Clínicas llegaban en la mañana, el portero tocaba con la campana la secuencia sonora que anunciaba su arribo.<sup>13</sup> [...]

En algunos servicios se guardaban celosamente las “*historias clínicas*”, en un archivo particular de cada sala, confeccionadas de acuerdo con las normas establecidas en el servicio; en otros “*no se llevaban historias...*” Algunos servicios tenían equipos de radioscopias o radiografías y pequeños (o no tan pequeños) laboratorios de exámenes clínicos. Los servicios de especialidades quirúrgicas poseían sus quirófanos. Las únicas unidades centrales eran la cocina, el lavadero y la morgue.

En las décadas de los 30's y 40's se construyeron en Buenos Aires las plantas físicas de los primeros hospitales “*verticales*”, con “*baterías de ascensores*” cuyo número se calculaba de acuerdo con la escasa comunicación de unos servicios con otros que eran la regla en esa época (Hospital Militar Central, Hospital Fernández, Hospital Argerich). Después comenzaron a crecer los servicios centrales “*de diagnóstico y tratamiento*”, y a la integración física y funcional siguió la jerárquica.

## **La Dirección Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Trabajo y Previsión**

Casi inmediatamente después de producido el golpe militar del 4 de junio de 1943 el Ministro del Interior, coronel Gilbert, había designado al mayor médico Eugenio Galli como titular del Departamento Nacional de

<sup>13</sup> En los años 50's la tradición se mantenía, pero el portero seleccionaba los legítimos jefes de servicio a los cuales anunciaba con la campana, distrayéndose de diversas formas cuando los que ingresaban eran jefes sólo por su designación..

Higiene. Galli era profesor de la Facultad de Medicina (en la cátedra de Anatomía Topográfica), había tenido una breve experiencia como funcionario de la Dirección de Higiene de la Provincia de Buenos Aires y mantenía relaciones con varios colegas de la Asociación Médica Platense, en cuya revista había publicado en 1942 un artículo, en cuyo texto incluía la conveniencia de la centralización institucional, para lo cual proponía un organismo “*autárquico, técnico y apolítico*” al cual denominaba Consejo Superior de Higiene y Asistencia Social.

“*La primera Dirección Nacional de Salud Pública*” —contaba Ramón Carrillo— “*que nació sobre la base del Departamento Nacional de Higiene y a la que se le agregaron todos los organismos que se pudo agregar, tuvo por director al Dr. Galli, que fue el autor de la iniciativa tendiente a centralizar la sanidad argentina, como en su tiempo lo fue Gorman. El Dr. Galli consiguió el aludido decreto N° 12.311, por el que todos los organismos médicos pasaban a integrar y depender de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. Con este resultado: que a poco andar, otro colega con mayor poder circunstancial, le segrega Asistencia Social y se la lleva a la entonces secretaría de Trabajo y Previsión.*”

*En 1946, se crea la Secretaría de Salud Pública. No sin antes quedar convertido el decreto de marras, en letra muerta, porque no se logra la incorporación de los servicios médicos de la municipalidad, como se establece en el decreto, ni la incorporación de los cuerpos médicos de los distintos ministerios. Ese no cumplimiento, motivó la renuncia del Dr. Galli, lo mismo que en 1778 sucedió con su predecesor, el Dr. Gorman.”*<sup>14</sup>

Precisemos la sucesión de acontecimientos. Producida la Revolución en junio de 1943, se dictó, el 21 de octubre, el decreto 12.311 al que se refiere Carrillo, creando la **Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social** como dependencia del Ministerio del Interior. En los “considerandos” se recuerda que “*este propósito (la centralización institucional) cuenta con la aprobación unánime de todos los círculos científicos que lo han enunciado en innumerables congresos nacionales e internacionales; constituye desde hace tiempo el fundamento y la tendencia de medidas legislativas y administrativas y es indudablemente una de las aspiraciones más concretas y urgentes de la opinión pública del país.*”

En el artículo 1° se adjudicaba al despacho del Ministerio del Interior todo lo relativo a beneficencia, asilos, asistencia social, sanidad e higiene; el 3° detallaba los organismos que se integrarían la nueva dependencia: el **Departamento Nacional de Higiene**, la **Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales**, el **Instituto Nacional de la Nutrición**, la **Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal**, el **Registro Nacional de Asis-**

<sup>14</sup> CARRILLO, R. *Contribuciones al conocimiento sanitario*. Min. De Salud Pública. Buenos Aires, 1951. pp. 397-398.

**tencia Social**, la **Dirección de Subsidios** y *“todos los organismos de salud pública, asistencia social y cuerpos médicos que dependan de los distintos ministerios, dependencias y reparticiones autárquicas de la Nación.”*

En ese mismo mes de octubre el coronel Perón asumió la dirección del **Departamento Nacional del Trabajo**, que en noviembre se transformó en **Secretaría de Trabajo y Previsión**. Desde la Secretaría del Ministerio de Guerra, Perón había tenido, como se mencionó antes, numerosos contactos con dirigentes sindicales y con gremialistas de ámbitos profesionales, las cuales se multiplicaron desde la nueva Secretaría, cuya estructura comprendía seis Direcciones Generales: de Servicios Técnico-Administrativos; de Trabajo; de la Vivienda; de Migraciones; de Estadística; de Administración, y de **Acción Social**. A cargo de la Dirección General de Acción Social se designó al capitán médico Dr. Miguel Ángel Mazza que había sido, en Mendoza, el médico personal del coronel Perón y continuaba siendo un fiel amigo.

En los primeros meses de 1944, desde la Secretaría de Trabajo y Previsión, se nombró una **Comisión para el estudio de la socialización de la medicina** en el país y particularmente, del estatuto profesional del médico: la remuneración de los profesionales en los organismos nacionales, municipales y particulares y en la prestación individual de servicios; aspectos generales de la previsión médica —jubilación, pensiones, invalidez— y todo lo que atañe a la oficialización de la medicina, organizada sobre determinados estudios estadísticos y en conexión con los organismos de medicina y preventiva existentes y a crearse. Se designó, para presidir la Comisión, al profesor Dr. Victorio Monteverde (de actuación destacada en el ámbito de los organismos gremiales médicos).

En junio de 1944 Perón pronunció ante gremialistas médicos, en la Secretaría de Trabajo y Previsión, un discurso sobre el atraso en la solución del problema médico: *“El problema médico argentino no es un problema parcial y las soluciones que se le han buscado, no son remedios que solamente hayan tenido aplicación en la Argentina. Hace cuarenta años la casi totalidad de los países del mundo ha tenido el mismo problema y, salvo algunas naciones muy privilegiadas, las demás no han podido desterrar de su población la desgracia y los flagelos que ha mencionado el señor presidente de la Federación médica.”*

*“Lo que aquí ha ocurrido es que se ha tratado de resolver aspectos parciales, sin enfocar racionalmente el problema de conjunto”... “yo pienso que mientras sigamos abordando los problemas con sólo mirarlos a través del agujero de una lente, no solucionaremos absolutamente nada más que los aspectos parciales e intrascendentes. Pensando así y viendo la evolución que en éste, como en los demás campos de la actividad humana se cumple cada día, es que la Secretaría de Trabajo y Previsión ha encarado el problema general, cu-*

*ya solución ha de contemplar, sino en la totalidad de sus fases, por lo menos en aquellas que puedan ser racionalmente comprendidas en la generalidad del problema médico argentino.” [...]*

En agosto de 1944 se sancionó el decreto 21.901 por el cual se modificaba el artículo 1º del decreto 12.311, estableciendo que “en lo sucesivo corresponderá al despacho del Ministerio del Interior todo lo relativo a hospitales, sanidad e higiene, y a la Secretaría de Trabajo y Previsión lo referente a beneficencia, hogares y asistencia social. Se suprimían, en la denominación de la Dirección de Salud Pública, las palabras “y *Asistencia Social*”, y se mantenían en ella los organismos que le fueran previamente asignados, con excepción del “*Registro Nacional de Asistencia Social*”. Además la Dirección ejercería la fiscalización (teórica) de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Municipalidad de Buenos Aires y de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal **en lo referente a hospitales, sanidad e higiene**, debiendo la Secretaría de Trabajo y Previsión ejercer la misma función **en lo relativo a beneficencia, hogares y asistencia social**. Un par de días después, Galli presentó su renuncia y fue reemplazado por el Dr. Manuel Augusto Viera.

En el mes siguiente, Perón pronunciaba ante un auditorio médico otro discurso, del cual extractamos: “*En nuestro país existen verdaderas columnas de males colectivos que están avanzando sobre la población. Hace 40 años en nuestro país no había sino 4.000 leprosos; hoy hay 30.000 que andan repartiendo el mal por toda la República. El paludismo, que antes era de Tucumán y Salta, ya lo tenemos en Córdoba y ya lo tenemos en Corrientes. Quiere decir que, si la incuria por la salud pública continuaba, no pasarían 50 años sin que este fuera un país de leprosos, de palúdicos y de tuberculosos. [...]*

*¿Porque es eso? Porque nunca se organizó la salud pública. Si había un Ministro de Agricultura, ¿Cómo no había un Ministro de Salud Pública? ¿Qué es lo que pasó? ¿Cómo se combatieron los males colectivos en nuestro país? ¿Cómo se combatió la lepra? ¿Cómo se combatió la sífilis? ¿Cómo se combatió la brucelosis? De una manera totalmente irracional.*

*A cada médico le dieron su ciencia y su título, y él fue solo a buscar los enfermos o los enfermos fueron a buscarlo a él para que los curara en trabajo individual. ¿Pero es que esto es lo que la defensa que el Estado tiene la obligación de hacer con sus ciudadanos? Es lo mismo que si el país se preparara para una invasión de un ejército extranjero y llamáramos a cada ciudadano y le dijéramos: Vea, cuando vengan, los vamos a parar.*

*Es probable que no paráramos a nadie.*

*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, que es también colectivo. Y eso, desgraciadamente, en nuestro país todavía no se ha realizado. Por eso en aquella época era fácil aislar a 4.000 leprosos, pero hoy es mucho más difícil aislar a 30.000, quitarles sus hijos para que no los contagien y educarlos por el Estado. [...]*

*Salud Pública es ese ejército que ha de combatir colectivamente a los males colectivos, y que ha de tratar de asistir por cuenta del Estado a los ciudadanos que no pueden pagar su asistencia médica. Esta organización sanitaria implica conservar la vida. [...]*

*En el país de la carne, en el país del pan, en el país que tiene 300 días de sol al año, en el país donde tenemos de todo, en el país donde la población tiene el mayor límite de posibilidades para la salud, el término medio de la vida está diez o veinte años por debajo de otros pueblos de Europa y diez años debajo de Estados Unidos. [...]*

*La salud pública organizada está destinada a prolongar de 10 a 20 años la vida de los hombres, término medio. Si eso es poco, señores, podríamos seguir prescindiendo de un Ministerio de Salud Pública. Salud Pública no debe tener límite en sus gastos. El límite lo ha de dar la necesidad de curar a todos los enfermos que el país tiene.”*

Conviene hacer un par de comentarios sobre aspectos menores de este discurso didáctico y conceptuoso: nunca se registraron 30.000 leprosos en la Argentina. Los casos registrados por la Dirección Nacional de Salud Pública para el período 1933-1945 fueron:

<b>Año</b>	<b>Casos registrados</b>
1933	2909
1934	3037
1935	3753
1936	3120
1937	3300
1938	3579
1939	3903
1940	4384
1941	4727
1942	4920
1943	5233
1944	5472
1945	5714

En 1950, el Ministerio de Salud Pública registraba 7.524 leprosos y en 1955, 9.641.

La aparición de paludismo en el litoral y centro no era nueva y el Departamento, dentro de su pobreza de recursos, había encarado el tema. Pero estas apreciaciones nos llevan a la segunda observación: la característica “*fundacional*” de las propuestas; *nunca antes se hizo nada; si la incuria continuase, seríamos, en 50 años, todos leprosos, palúdicos, tuberculosos.*

En toda esta historia sobre los orígenes de nuestra salud pública hemos encontrado aciertos y errores, logros y frustraciones, y también, con ritmo diferente y no necesariamente derivados de los aciertos, progresos en la situación sanitaria de la población. El discurso de Perón atribuía esta característica fundacional a todos los aspectos de su gobierno y otros funcionarios lo imitaron: encontraremos la misma característica en otras transcripciones, en ese mismo período 1946-1955, de médicos de cultura tan amplia como Carrillo, o especialistas con sólida formación en salud pública, como Lorenzo García. Junto con la adulación y la obsecuencia, parece haber sido una consigna obligatoria de aquellos tiempos.

De todos modos, los dos discursos de Perón relativizan o modifican la afirmación de Carrillo de que “*un colega con mayor poder circunstancial*” fue quien le escamoteó a la Dirección Nacional el ámbito de la Asistencia Social: si el capitán médico Dr. Miguel Ángel Mazza tuvo mayor poder circunstancial, era la derivada de su amistad con Perón, y adquirir para la Secretaría de Trabajo y Previsión las competencias sobre la asistencia social eran parte del plan de Perón, acaso sugerido por Mazza, pero más probablemente derivadas de su afición personal con el tema médico.

A mediados de 1944 el Director Nacional, Dr. Manuel Viera, modificó la estructura de la Dirección y anunció que, “*con la reestructuración definitiva de la Dirección, convertida en organismo ejecutivo de acción intensa y directa en los problemas sanitarios, se podría realizar la obra que el pueblo y el Estado reclamaban*”. Poco después, la Dirección Nacional consiguió la sanción de la ley 12.912, que la estableció como sede de la inscripción y matriculación de enfermeras, una de las categorías de personal de salud donde la escasez era más aguda. El artículo 30, que autorizaba la concesión de la matrícula a personas que demostraban años de práctica, aunque careciesen de las constancias de estudios específicos, se convirtió en denominación de un tipo especial de enfermeras.

La reestructuración reemplazaba las tres secretarías previas, **de Sanidad, de Deontología Sanitaria y de Medicina del trabajo**, por dos Subsecretarías, una a cargo de la **Dirección General de Administración, la Dirección General de Subsidios y la supervisión de parte de las actividades —las hospitalarias— de la Sociedad de Beneficencia de la Capital**, y la otra, de los ámbitos de las anteriores secretarías. Se designó como Se-

cretario de la Dirección al Dr. Héctor Luis Fraschina y como Subsecretarios a los Dres. Armando L. Domenech y Rodolfo Rey Sumay.

Viera anunció también que se llevaría la asistencia total a los más apartados rincones del país, coordinándose la acción con las provincias y dándole intensa orientación preventiva; una de las principales preocupaciones del organismo reestructurado sería la educación sanitaria.

El gobierno había asignado 50 millones de pesos para la obra en conjunto, teniendo en cuenta las dificultades emanadas de un sistema federal de gobierno. Se llevarían a esas regiones remotas, equipos compuestos por médicos de distintas especialidades, odontólogos y farmacéuticos, quienes trabajarían en combinación y atenderían a grupos de población de unas 5.000 personas, dependiendo directamente de un hospital de zona, el que a su vez estaría en relación directa con otro hospital o centro de mayor importancia. Estos equipos no sólo atenderían a los enfermos, sino que desarrollarían también una amplia acción preventiva, otorgando a cada habitante una cartilla de salud, que debería ser renovada periódicamente.<sup>15</sup>

Poco después se anunciaba que se habían creado cuatro delegaciones regionales en Bahía Blanca, Mendoza, Santa Fe y Tucumán; que el régimen de subsidios *“permitirá obtener una colaboración más amplia de los organismos asistenciales vinculados. El régimen de ayuda federal a las provincias es de capital importancia y la ayuda se acordará de acuerdo con las necesidades, debiendo las provincias tener organizados sus servicios sanitarios dentro de la orientación nacional y ajustarse a las normas básicas de la Dirección Nacional. Este régimen realiza la unidad sanitaria respetando las autonomías provinciales y las normas de la Constitución Nacional. Una vez experimentado se verá si esto basta o si es necesario centralizar totalmente la acción sanitaria, debiendo resaltarse que ya existe en varias provincias una buena organización sanitaria.”*<sup>16</sup>

Se combinaban así algunas estrategias del plan Vaccarezza (regionalización y jerarquización de servicios, cartilla de salud) con otra de más larga tradición, **la compra de la obediencia a las normas centrales a través de subsidios y sobre todo, de los convenios de ayuda federal.** Por supuesto, respetando la autonomía y las disposiciones constitucionales; como todo gobierno argentino *“de facto”* que se precie, el de esos años era respetuoso de la Constitución, y sólo ensayaría estos mecanismos para saber si eran efectivos. Si no lo fuesen, **debería centralizarse totalmente la acción sanitaria**, seguramente olvidando por un corto plazo la Constitución...

En octubre de 1944 se creó, en el ámbito de la Secretaría de Trabajo y Previsión, el **Instituto Nacional de Previsión Social**, para *“realizar en*

<sup>15</sup> *Sem. Méd.*, N° 522, septiembre de 1944.

<sup>16</sup> *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, Año 24, N° 7, julio de 1945, p. 683.

*todo el territorio de la Nación los objetivos del Estado en materia de seguridad social, consistentes en la protección biológica y económica de las personas frente a los riesgos sociales y profesionales en función de una solidaridad organizada.”*

Al mes siguiente, el decreto 30.655 creaba la **Comisión de Servicio Social**, *“para propulsar la implantación de servicios sociales en establecimientos de cualquier tipo donde se desarrollen tareas retribuidas”*, y el decreto 30.656 establecía que era en ese ámbito donde se estructurarían los servicios de medicina preventiva y curativa y se cumpliría con la obligatoriedad del examen periódico. Al amparo de estas legislaciones se desarrollaron, en los cuatro siguientes años, los **servicios sociales** para diversas reparticiones de la Administración Pública (Ministerio del Interior, Personal del Congreso, Ministerio de Marina y personal del Ministerio de Relaciones Exteriores, Municipalidad de Buenos Aires, Min. de Agricultura y Ganadería, Consejo Nacional de Educación, Secretaría de Trabajo y Previsión), de empresas del Estado (Personal Ferroviario) y de varias ramas de trabajadores privados en los ramos bancarios, seguros, industria del vidrio, etc.

La división tradicional separaba la sanidad (que incluía la Profilaxis) de la asistencia médica. La profilaxis de la tuberculosis y la lepra exigieron el aislamiento y el tratamiento de los enfermos como medio para evitar la difusión de esas enfermedades. El Ministerio de Relaciones Exteriores, *“propietario”* entonces de la asistencia social, pasó a disputar con el del Interior (y con su Departamento Nacional de Higiene), el comando de las acciones preventivas contra la tuberculosis y otras enfermedades. La Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social duró un suspiro. La Secretaría de Trabajo y Previsión se quedó con la Asistencia Social y a través de estas últimas disposiciones, con la medicina preventiva y curativa destinada a empleados públicos o trabajadores de algunos ámbitos privados.

En ese mismo mes de noviembre de 1944 se promulgó por decreto, el estatuto de la **Dirección Nacional de Salud Pública**, dividiéndola en cuatro grandes departamentos: **Asistencia Médica y Medicina Preventiva; Higiene y Profilaxis General; Medicina Fiscal** y, finalmente, **Administración**. Los artículos 11º a 21º reglamentaban el régimen de la ayuda federal; el 18º establecía que *“por lo menos una vez al año, la Dirección Nacional de Salud Pública invitará a las autoridades sanitarias de las provincias a reunirse en congresos para tratar los temas establecidos en el artículo siguiente.”* El artículo 19º determinaba que *“estos congresos se realizarán en el lugar previamente indicado por la D. N. S. P. y deliberarán únicamente sobre las cuestiones que ésta les someta, a su iniciativa o a propuesta de las autoridades invitadas, debiendo considerar siempre la actividad desarrollada, los*

*resultados obtenidos, las necesidades en materia de salud pública y las cuestiones relativas a la Ayuda Federal.”*

En cumplimiento del artículo 19 del estatuto, Viera resolvió realizar el Primer Congreso entre el 23 y el 30 de septiembre de 1945, para lo que creó una comisión formada por altos funcionarios de la Dirección Nacional que lo organizarían, y solicitó la autorización al Ministro del interior, que se la concedió a fines de julio. En esa fecha se enviaron las invitaciones, a través de los **Interventores de Provincias y Gobernadores de Territorios**. Concurrieron al Congreso, que se celebró en el edificio del Congreso Nacional<sup>17</sup>, 34 delegados de las 24 jurisdicciones (un delegado por algunas jurisdicciones y hasta cuatro por otras, dieciséis representantes de instituciones, dos asesores y cinco delegados de la D. N. de S. P.). El temario que aprobó el Director Nacional comprendía los siguientes temas: 1° **Plan Nacional de Sanidad**; 2° **Medicina Preventiva**; 3° **Higiene rural**; 4° **Coordinación sanitaria** y 5° **Ayuda Federal**.

En su discurso inaugural, Viera destacó la necesidad del examen médico periódico, la importancia de la educación sanitaria y sobre todo la trascendencia de la Ayuda Federal. *“Es precisamente la Ayuda Federal el resorte que ha de permitir llegar a la coordinación sanitaria en todo el territorio de la Nación. La coordinación sanitaria ha sido una aspiración largamente perseguida por facultativos, legisladores, estadistas y gobernantes, sin que nunca llegase a cristalizar este propósito por diversas razones, de orden doctrinario, unas veces, y de índole práctica otras. [...]*

*Se debió recorrer de este modo por espacio de largos años el viejo camino errado, oneroso y estéril, de la superposición de esfuerzos, de la interferencia de jurisdicciones, de la dispendiosidad de los gastos y en no pocas ocasiones se llegó incluso a omitir obligaciones ineludibles con el consiguiente perjuicio para la salud del pueblo: el más alto patrimonio argentino, que se vio defraudado en sus más legítimas exigencias. La coordinación sanitaria, la creación de un comando único en la conducción de toda acción profiláctica y asistencial en todo el territorio de la República, se traducirá de inmediato en una amplia y provechosa ventaja para la salud pública, de modo que nuestro país estará en mejores condiciones para alcanzar el nivel sanitario condigno con el prestigio que la Argentina ha alcanzado en muchos otros órdenes de su actividad. [...]*

*No significa esta coordinación de los esfuerzos sanitarios ningún desmedro para la autonomía de las provincias. Cada Estado federal conservará su plena jurisdicción sobre los problemas locales, sobre los establecimientos existentes. [...]*

<sup>17</sup> Lugar que casi todos los gobiernos “de facto” elegían para este tipo de reuniones.

*Nuestro país es próspero y rico, pero gran parte de su población se ve privada de los medios que aseguren una buena alimentación; no puede seguir su vocación en los estudios ni en el trabajo, el que generalmente se realiza violando los más elementales preceptos de la higiene y, lo que es más angustioso, carece de la asistencia que necesita en caso de enfermedad. [...]*

*Un régimen de justicia social no puede permitir que esto suceda. La justicia social implica libertad y la libertad realización, pues no basta que nos dejen hacer sino que podamos hacer. [...]*

*Nuestro régimen sanitario es complejo y amplio. La Nación, las provincias, las municipalidades y la acción privada, contribuyen a la solución de los problemas sanitarios de la Nación. La Carta Básica de esta Dirección Nacional de Salud Pública contempla la forma de hacerlo efectivo. El nuevo régimen de subsidios, la discreta vigilancia de la inversión de los fondos y la creación del sistema de ayuda federal, correctamente aplicados, con un debido respeto por las autonomías y un inteligente apoyo de la iniciativa privada, garantizarán ese régimen orgánico de la sanidad de la Nación.”*

A continuación hizo uso de la palabra el Ministro de Salud Pública y Trabajo de la provincia de Santa Fe, la primera y, en esa época, la única jurisdicción en la cual la salud pública tenía jerarquía ministerial. Dijo, entre otras cosas, el Dr. Lambruschini: *“Las provincias tienden a tratar sus problemas locales, dentro de soluciones también locales. Esto, sin duda, no excluye la coordinación que comentaremos más adelante. Pero dentro de la cuestión, vemos un matiz que permite encarar una solución factible que se refiere a un importante carácter práctico de la medicina, me refiero al doble carácter de la medicina, Medicina Preventiva y Medicina Asistencial. [...]*

*La Medicina Preventiva ofrece al poder central la oportunidad para coordinar, controlar y dirigir en forma unitaria este importante aspecto del arte de curar. La organización de campañas sanitarias de divulgación y prevención de afecciones infectocontagiosas, debe ser materia de interés estrictamente nacional. La planificación de aquélla tendrá por escenario las provincias y será eficientemente dirigida por el organismo central de sanidad nacional. Sólo podrá realizarse una acción eficaz y armónica, si se adoptan directivas, que respondiendo a una concepción unitaria y central, sean aplicadas en todo el territorio nacional sin excepción. En tal forma, las normas de la Medicina Preventiva serán de utilidad práctica. Además, únicamente el Gobierno Central puede disponer de los recursos indispensables para la obtención de tales fines. [...]*

*En cambio, la Medicina Asistencial debe ser de resorte exclusivo provincial; las peculiaridades locales, ambientales, etc., facilitarán la eficiente acción asistencial de las instituciones provinciales. De esta manera se discriminará con criterio práctico, la jurisdicción de las esferas de acción provincial y nacional.”*

Luego el ministro se refirió a la provincia de Santa Fe; destacó las ventajas de su organización sanitaria y, frente a la carencia de personal técnico especializado, anticipó que estaba solicitando a la Facultad de Ciencia Médicas de la Universidad Nacional del Litoral la creación de cursos o carreras universitarias de médicos sanitaristas o higienistas y que el Ministerio a su cargo se proponía, además, crear una Escuela de Servicio Administrativo y Sanitario.

De las discusiones, en las que se destacaron delegados provinciales como el Dr. Roberto Lavagna, de Santa Fe y el Dr. Carlos O. Acuña, de Catamarca, y técnicos nacionales, como el Dr. Rodolfo Rey Sumay y el Dr. Mario F. Carlone, sólo creemos conveniente destacar la atención que suscitó la respuesta que el Congreso debía dar a un reclamo que, través de algunos diarios, hacía una Asociación de Médicos Democrático la cual sostenía que, dada la débil legitimidad del gobierno y de sus instituciones, debería haberse invitado a organizaciones gremiales médicas.

En otras circunstancias, una reunión de autoridades del sector público, realizada en cumplimiento de un mandato estatutario, no hubiera respondido a reclamos de este tipo, pero **en el clima de deslegitimación del gobierno** en el cual se vivía, la sociedad reclamaba por múltiples asuntos y la conveniencia de responder o de emitir una declaración al respecto ocupó mucho más tiempo y atención que la esperable.

El Acta Final recogió una cantidad de recomendaciones específicas, y en lo que hace al plan sanitario nacional, definió una serie jerarquizada de servicios de diferente complejidad, así como las figuras de las delegaciones sanitarias en provincias o en territorios nacionales. La declaración final re-



*Clausura del Congreso Sanitario Nacional. En el centro, el Vicepresidente Cnel. Perón y Manuel Viera.*

comendó al Poder Ejecutivo la transformación *“de la actual Dirección Nacional de Salud Pública en Secretaría de Estado de Salud Pública, con el fin de ampliar los instrumentos de su actuación para facilitar el cumplimiento del vasto y necesario plan de labor que la informa.”*

En el acto de clausura, en la mañana del domingo 30 de septiembre de 1945, estuvo presente el vicepresidente de la República, coronel Perón, que apareció en las fotografías con la sonrisa amplia que era habitual en él y con aspecto distendido, mostrando su capacidad de control (se han mencionado ya los acontecimientos que, diez días después, terminaron con el alejamiento de Perón del servicio activo del ejército y de sus cargos en el gobierno). En abril de 1946 Perón triunfó en las elecciones.

En mayo, dos de los últimos actos del gobierno del presidente Farrell fueron **disponer el ascenso de Perón al grado de general de brigada** y sancionar, el 23 de mayo, el decreto 14.807, por el cual, considerando que *“la creación de un Ministerio de Salud Pública que abarque el despacho de todos los asuntos relacionados con tan importante y vital función de gobierno, constituye una aspiración general, cuya satisfacción se hace ya impostergable; que hasta tanto el honorable Congreso estudie y considere la necesidad de reajustar la distribución de funciones entre los diversos ministerios, es factible asignar a la actual Dirección Nacional de Salud Pública, la categoría de Secretaría de Estado, sin perjuicio de respetar la cláusula constitucional que establece un determinado número de ministros - secretarios para refrendar y legalizar los actos del Poder Ejecutivo, el Presidente de la Nación decreta:*

*Art. 1º. - Créase la Secretaría de Salud Pública, dependiente de la Presidencia de la Nación [...] Art. 2º. - El Secretario de Salud Pública tendrá jerarquía de Ministro Secretario de Estado. [...]*”

Más allá de las consideraciones que podrían hacerse respecto del cuidado del Presidente *“de facto”* para no vulnerar cláusulas constitucionales relativamente secundarias, debemos aclarar que la Constitución determinaba el número de ministerios, pero el art. 87 establecía que *“una ley deslindará los ramos del respectivo despacho de los ministros [...]*”

En 1853 los ministerios eran cinco y la ley orgánica del despacho de ministros del 11 de agosto de 1856 deslindaba los ramos de los mismos. En 1898, como hemos comentado, una Reforma Constitucional llevó a ocho el número de Ministerios y la ley 3727 estableció sus despachos. (La Reforma Constitucional de 1949 dejó a la ley determinar tanto el número como la materia de cada uno de los ministerios, aspectos que se incluyeron en la ley 13.529 del 8 de julio de 1949.)

Pocos días después de creada la Secretaría de Salud Pública, otro decreto de Farrell designaba al Dr. Ramón Carrillo como Secretario de Salud Pública, con rango de ministro. Al hacerse cargo, ante el vicepresiden-



te y varios ministros, dijo Carrillo: *“Al asumir el cargo de Secretario de Salud Pública, con el rango de Ministro de Estado, debo expresar mi profunda gratitud al Excmo. Señor Presidente de la Nación por haberme honrado con tal designación. [...]”*

*“Mi agradecimiento, en este sentido personalísimo, alcanza también a todos los señores Ministros, porque todos han concurrido con su acuerdo a hacerme objeto de una distinción tan alta como desproporcionada con mis merecimientos. [...]”*

*“Pero hay aún otro concepto de orden general, que me obliga, asumiendo circunstancialmente la representación de la Medicina Argentina y de todas sus ramas, a referirme el Excmo. señor Presidente electo, coronel don Juan D. Perón, a quien le corresponde, en inspiración, la paternidad de esta creación que es la Secretaría de Salud Pública, jerarquizada en Ministerio de Estado, con lo cual ha venido a cumplirse, recién ahora, un unánime anhelo de la clase médica, ya alentado en los tiempos del primer presidente del Departamento Nacional de Higiene, doctor Pedro Pardo, de Penna, de Rawson, de Ayerza, de Pirovano y de Güemes, para no hablar sino de los grandes precursores desaparecidos. [...]”*

*“De ahí que toda la clase médica y desde luego también el pueblo de la Nación, que será el beneficiario directo de esta innovación institucional, quedamos obligados para con el líder de la Revolución del 4 de junio de 1943, coronel Perón, por haber recogido e impulsado a su realización aquel antiguo anhelo, que también hallara eco en Hipólito Yrigoyen, quien, con su gran sensibilidad para las necesidades populares, durante su primera presidencia, había encomendado al doctor Agudo Ávila<sup>18</sup> la planificación del Ministerio de Salud Pública. [...]”*

*“La idea fracasó entonces por miramientos formales derivados del enunciado limitativo de ministerios en el texto constitucional con determinación de sus respectivos ramos, frustrándose así, paradójicamente, una iniciativa que venía impuesta por el mismo preámbulo de la Constitución en cuanto declara propósito esencial de la organización estatal el velar por el bienestar colectivo. [...]”*

*“No podemos estar atentos únicamente a reponer la salud de los enfermos o a compensar la de los débiles, lo cual es, en efecto, un deber del Estado y de la sociedad, pero tanto o más imperioso es aún dedicarse a los sanos, para su preservación y para favorecer su normal desarrollo. [...]”*

*“La Secretaría de Trabajo y Previsión ha producido ya, de su parte, el saludable efecto de levantar el standard de vida y de mejorar las condiciones externas de vida de los trabajadores, que constituyen la masa más numerosa y la más necesitada de protección oficial. [...]”*

<sup>18</sup> Se trataría del Dr. Antonio Agudo Ávila, y de la segunda presidencia de Yrigoyen.

*Trabajo, vivienda y alimento sanos son los componentes de la salud y de la felicidad del pueblo, y es en ese terreno social donde la medicina está llamada a cumplir su papel más importante, secundando al Estado en sus previsiones protectoras del trabajo humano.*"<sup>19</sup>

El engarce de la creación de la Secretaría en un largo proceso histórico, igual que la referencia a la intención de Yrigoyen, que resaltaba Carrillo, contrasta con la apreciación "fundacional", con mención despectiva del anacronismo institucional previo, que afirmó Perón, cinco años después, en el Prólogo de *Teoría del Hospital* (transcripto en otra parte de este capítulo). La Secretaría de Trabajo y Previsión (mención infaltable), era la que se había ocupado de levantar el standard de vida y de mejorar las condiciones externas de vida de los trabajadores y todavía no era necesario definir quien se haría cargo de la atención médica de los trabajadores.

## Los servicios de salud en el mundo de posguerra

Mencionamos antes que en Gran Bretaña se había producido un extenso debate, desde la tercera década del siglo, sobre la organización que deberían tener los servicios médicos, una parte de los cuales, la atención por los "médicos generales", era la única que se había incluido en el seguro social establecido en 1911. En 1920 el Informe Dawson dejaba en claro que en el futuro la atención médica debía incluir la atención hospitalaria. En 1926, el informe de una "Comisión Real" formuló las alternativas que debían debatirse: por una parte, la extensión del seguro social para configurar un "seguro nacional"; por otra, el reemplazo del seguro por un servicio público financiado a través del impuesto. Desde 1938, en función de la preguerra y la guerra, el "Servicio Médico de Emergencia" coordinó el funcionamiento de los alrededor de 500 hospitales públicos existentes con los aproximadamente 1000 hospitales "voluntarios" (privados no lucrativos). Churchill creó, en 1940, una Comisión para estudiar los mecanismos que pudiesen prolongar la armonía social que imperaba durante la guerra, en futuros tiempos de paz. En 1942 se difundió el informe, conocido como "Informe Beveridge", que recomendaba extender la seguridad social a toda la población para todos los riesgos sociales excepto los de salud; éstos serían el objeto de un Servicio Nacional de Salud dirigido por el Estado, financiado en un 90% por el Tesoro y con una carga reducida y uniforme para el usuario.

Conviene destacar que la expresión "seguridad social" se utiliza en Europa para un concepto que supera los "seguros sociales" o seguros obli-

<sup>19</sup> Archivos de la Secretaría de Salud Pública. Buenos Aires, vol I, N° 1, diciembre 1946, p. 9 y 10.

gatorios<sup>20</sup>; el nuevo concepto se aparta, en la recolección de fondos, de las técnicas del seguro, tiende a la universalidad de la cobertura y trata de establecer una solidaridad nacional, eliminando las solidaridades anteriores de grupos o clases.

En Francia, en 1946, Pierre Laroque diseñó el régimen general de la seguridad social francesa, deplorando que los particularismos impidieran su instalación total desde el principio. “[...] cuando en 1946, el legislador decidió la extensión de la legislación social a los elementos no asalariados de la población, se vio desarrollarse entre estos un vasto movimiento de resistencia, inspirada en parte, puede ser, por el temor de las cargas que aportaría la nueva legislación, pero teniendo en cuenta sobre todo su base en el rechazo de los no asalariados a confundirse con la masa de los asalariados en una organización única. [...] La historia de los éxitos y de los fracasos de la fórmula de la caja única revela el fracaso, al menos parcial, de las transformaciones sociales que podía permitir un régimen general de seguridad social, al atenuar las distinciones y las oposiciones entre categorías, en adelante solidarias en el seno de una organización común. Si el plan francés de seguridad social ha aportado una mejora sustancial a la situación de las familias, de los enfermos y de los ancianos, ese plan, en lo que podía tener de “revolucionario” por su voluntad de destruir o de atenuar las desigualdades y las distinciones y de afirmar sobre el plano social una solidaridad nacional efectiva, ha tropezado con el obstáculo de las estructuras sociales existentes, que se han revelado más pujantes que las fuerzas de renovación. La evolución de la legislación en la materia no es más que un aspecto de la evolución de conjunto de la política interior francesa en el curso del último período.”<sup>21</sup> De todos modos, el sistema quedó estructurado de manera tal que evolucionase hacia un seguro nacional de salud, a medida que diversos grupos profesionales fuesen afrontando dificultades por la elevada proporción de pasivos que la modernización provocaba.

Destaquemos que el primer seguro obligatorio de enfermedad, el dispuesto por Bismarck en 1883, omitió considerar los hospitales, sólo necesarios para indigentes en ese momento. Lo mismo sucedió, en 1911, con el instalado por Lloyd George en Gran Bretaña, aunque en este caso se considerase que en el Reino Unido se disponía de atención hospitalaria gratuita, pero no de la atención del médico general, que era también la requerida con mayor frecuencia. El costo elevado de las hospitalizaciones determinó la aparición de seguros privados especiales para ese fin, en los Estados Unidos desde

<sup>20</sup> VERONELLI, J. C., “¿Hacia dónde va la Seguridad Social Argentina?”, *Cuadernos de Salud Pública*, Escuela de S. P. Univ. de Bs. As., 1971. También VERONELLI, J. C. *Problemática Médico-Social de la Seguridad Social. Estudios de la Seguridad Social*, N° 32, 1980, p. 30-52.

<sup>21</sup> LAROQUE, P., Prefacio de GALANT, H. C. “Histoire Politique de la Sécurité Sociale Française”, *Cahiers de la Fondation Nationale des Sciences Politiques*. A. Colin, Paris, 1955.

fin del siglo XIX. Desde 1927 funcionó en los Estados Unidos un Comité sobre Costos de la Atención Médica (cuyo vicepresidente fue C. E. A. Winslow). La conocida organización Blue Cross, creada en 1933, es un seguro hospitalario voluntario<sup>22</sup>. En el Canadá de posguerra lo difícil de solventar por las familias eran los gastos de hospitalización, frecuentemente necesarios y encarecidos por los componentes tecnológicos que incorporaban: en 1946, la provincia de Saskatchewan decidió establecer un **seguro hospitalario provincial**. En 1958 el sistema se generalizó en todas las provincias. Las enfermedades atendidas en el domicilio o ambulatoriamente quedaban a cargo de los pacientes, los que conseguían con frecuencia que sus médicos “*agravasen*” un poco el cuadro para justificar una hospitalización, con lo cual el paciente se liberaba del pago y el médico de tener que acomodarse a las posibilidades económicas de su cliente. El crecimiento de las hospitalizaciones obligó a que en 1962, en Saskatchewan, y en 1966, en todo el país, se estableciera un **seguro nacional de salud**, en reemplazo del parcial hospitalario.

En los Estados Unidos, F. D. Roosevelt anunció públicamente su decisión de estructurar la solidaridad nacional por medio de seguros sociales (obligatorios). El proyecto original de 1934 contenía recomendaciones sobre el seguro de salud, pero la oposición corporativa silenció el asunto. En 1951 Truman creó una Comisión para el estudio de las necesidades nacionales de salud, pero el tema no obtuvo atención del siguiente gobierno, presidido por Eisenhower.

En Chile, en 1952, se aceptó una propuesta del Colegio de Médicos de Chile para establecer un **Servicio Nacional de Salud** (en realidad, con vocación nacional), sobre la base de la capacidad hospitalaria pública —casi la totalidad de la entonces existente en el país— y del seguro social obrero, que cubría desde 1924 a los trabajadores de menores remuneraciones. El Servicio estaba dirigido por un funcionario designado por el ministro “*con acuerdo del Senado*”. Este requisito le otorgaba una jerarquía análoga a la del ministro, con un carácter técnico más acentuado y con una duración mayor. Dentro de un Servicio que cubre la totalidad del territorio resulta más simple distribuir los recursos de acuerdo a las necesidades regionales que cuando esta distribución depende de pugnas políticas entre diversas instancias de gobierno o dependen de la riqueza de cada localidad o región, como en los sistemas de mercado.

Puede ser de interés también reseñar sintéticamente la evolución de las instituciones sanitarias de México, sede del primer protomedicato americano y otro de los países latinoamericanos de estructura federal. Existió allí hasta 1917 un **Consejo Superior de Salubridad**, con jurisdicción sólo en el **Distrito Federal y en los Territorios nacionales**, “*ya que la Constitución de 1857 no mencionó la salubridad pública.*”

---

<sup>22</sup> ROSEN, G. A *History of...*, *Op. cit.*

En “1891 *había sido promulgado en el país un Código Sanitario que establecía que los puertos y ciudades fronterizas dependían absolutamente del Gobierno Federal en los asuntos que se referían a la policía sanitaria internacional. Sin embargo, la Constitución Política de 1857, entonces vigente en el país, dejaba a cada Estado en libertad para resolver sus asuntos sanitarios. Como la Constitución tenía mayor jerarquía que el Código Sanitario, las autoridades municipales y locales solían resistirse a la intervención del Poder Federal y del Consejo de Salubridad.*”<sup>23</sup>

En 1908 el Congreso introdujo, en una modificación de la Constitución, una facultad “*para dictar leyes sobre naturalización, colonización y ciudadanía, pero con las limitaciones y requisitos que fijarán las leyes de inmigración y de salubridad general de la República.*”

El gobierno constitucionalista de Venustiano Carranza nombró presidente del Consejo a José Ma. Rodríguez, que presidió la transformación en 1917 del Consejo en **Departamento de Salubridad Pública**. En 1938 se creó la **Secretaría de Asistencia**, encargada de la beneficencia pública y de vigilar la beneficencia privada. En casos excepcionales, el Presidente otorgaba al Departamento de Salubridad **facultades extraordinarias que le permitían intervenir en determinadas localidades estatales**.

A partir de 1925 comenzaron los cursos —inicialmente para técnicos— de la **Escuela de Salubridad**, dependencia del Departamento del mismo nombre. En 1931 se creó el **Servicio de Sanidad Federal en los Estados**, dependencia del Departamento que se transformó al año siguiente en **Oficina de Servicios Coordinados de Salubridad en los Estados**. Progresivamente se fueron estableciendo convenios de unificación y coordinación de los servicios sanitarios, que dieron lugar a la existencia en cada uno de los Estados de una **Jefatura de servicios coordinados**, ocupadas por un funcionario técnico designado por acuerdo de las autoridades políticas del Estado y las del Departamento de Salubridad.

Posteriormente, en 1943, el Departamento se unió a la Secretaría de Asistencia para formar la **Secretaría de Salubridad y Asistencia**, conservándose la Dirección de Servicios Coordinados como una de sus piezas clave, en la cual los jefes estatales se convierten en la instancia de compatibilización de los criterios de la “*función*” y los del “*área*.”

En 1950 se puso en vigor la Reglamentación de la ley del **Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)** y en 1959 se creó el **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)**, instituciones que completan un esquema fragmentado, pero no imposible de coordinar.

<sup>23</sup> CARRILLO, A. M. “Surgimiento y desarrollo de la participación federal en los Servicios de Salud”. En FAJARDO ORTIZ, G.; CARRILLO, A. M. Y NERI VELA, R. *Perspectiva Histórica... Op. cit.*, p. 18.

Para una idea más acabada de las nociones que se manejaban en nuestro país, en los años de Carrillo, sobre la organización de la medicina y sobre la importancia del hospital en un sistema de salud, nos parece útil transcribir la anticipación bosquejada en aquellos años para la atención médica por Nicolás Repetto: *“La medicina será socializada, es decir, constituirá una función pública. La asistencia médica estará al alcance de todo el que la necesite, sin exigencia ni requisito alguno. La asistencia médica se prestará en los hospitales —generales y especiales—; consultorios —generales, especiales y sistematizados—; sanatorios, curatorios especiales, sitios de reposo, etc., y se hallará a cargo de personal médico debidamente remunerado. La medicina preventiva será materia de la mayor atención y del más amplio desarrollo, tanto en lo que atañe a la higiene pública general como a la prevención individual de las enfermedades. Los servicios médicos serán concentrados o coordinados por medio de un resorte especial, que podría ser un ministerio de la salud pública. Los fondos necesarios para el sostenimiento del servicio de medicina social se obtendrán por medio de un impuesto especial. El sistema del seguro social contra la muerte, la invalidez, la enfermedad, el accidente y la desocupación que parece tan lógico dentro del sistema capitalista actual, podría derrumbarse mañana si cesara el auge del capitalismo financiero.”*

*“El primer paso hacia la socialización de la medicina debe consistir en extender, ampliar y perfeccionar en todo sentido la asistencia hospitalaria. El hospital es el medio por excelencia para la asistencia de los enfermos, la casa-habitación responde a fines propios y sólo por excepción puede ser utilizada para asistir enfermos. Sólo en el hospital se reúnen o pueden reunirse todos los medios y circunstancias necesarios para una asistencia ideal: edificios adecuados, dotación completa para el diagnóstico o el tratamiento, dirección médica competente, personal no médico bien adiestrado, espíritu de abnegación y hondo sentimiento de solidaridad con el dolor y la desdicha humanos.”*<sup>24</sup>

Hemos visto que el hospital se impuso, a fines del siglo XIX, como espacio normalizado que reunía especialistas y medios tecnológicos y hacía posibles recuperaciones inéditas. Desde comienzos del siglo XX y hasta 1950, los estándares internacionales sobre la cantidad de camas hospitalarias necesarias en relación con los habitantes, se consideraba cercanos a 10 camas totales (para agudos y para crónicos, en proporciones por más o menos iguales) por mil habitantes. El número aconsejado de camas por habitante comenzó a reducirse desde entonces por dos tipos de razones: 1) el progreso tecnológico redujo la longitud de la estancia, acelerando el diagnóstico y reduciendo la duración de la recuperación postoperatoria, 2) la aparición de tratamientos de creciente efectividad para las infecciones crónicas (lepra, tuberculosis) y algunas enfermedades mentales redujeron las necesidades de camas para crónicos, al tiempo que se adquirían algunas certezas: que para una criatura, el

<sup>24</sup> REPETTO, N. *Mi paso por la Medicina...* Op. cit., p. 254-255.

mejor lugar para nacer es una sala de maternidad, pero unas horas después el lugar más seguro para él es su domicilio (Mc Keown); que en muchos cuadros psiquiátricos sólo convienen las hospitalizaciones breves, por los riesgos de cronificar los padecimientos que se derivan de internaciones prolongadas y la capacidad de las instituciones de inducir cuadros y comportamientos patológicos; que sólo los cuadros de cierta complejidad y gravedad compensan los riesgos intrínsecos de una internación hospitalaria.

Como resultado de estas innovaciones y del progresivo redescubrimiento de la importancia de la atención primaria de salud, todo lo cual se pudo precisar y cuantificar en el seno de sistemas organizados de atención, los requerimientos de camas para agudos se estimaron en 4, luego en 3 y hasta en 2.5 por mil habitantes. Los de camas de larga estadía, para enfermos crónicos y personas que requieren cuidados especiales, se consideraron más variables, dependiendo mucho del grado de hospitalización que cada sociedad requiere y acepta para la población de mayor edad.

### **Instituciones sanitarias**

- 1943 (octubre) Se crea la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social a cargo de Eugenio Galli.  
El Coronel Perón asume la presidencia del Departamento Nacional del Trabajo que el mes siguiente se transforma en Secretaría de Trabajo y Previsión.
- 1944 (marzo) En la secretaría de trabajo y Previsión se establece una Comisión para el estudio de la socialización de la medicina y el estatuto profesional del médico.  
(agosto) Un decreto transforma la D. N. S. P. y A. S en D. G. S. P. El registro de Asistencia Social pasa a la Dirección General de Asistencia Social de la Secretaría de Trabajo y Previsión. Galli renuncia y lo reemplaza Manuel A. Viera.  
(octubre) En la Secretaría de Trabajo y Previsión se crea el Instituto Nacional de Previsión Social y el mes siguiente la Comisión de Servicios Sociales.  
La D. N. S. P. establece cuatro delegaciones regionales.
- 1945 Se realiza en septiembre el Primer Congreso Nacional de Salud Pública, que recomienda transformar la D. N. S. P. en Secretaría de Salud Pública.
- 1946 (mayo) Se crea la Secretaría de Salud Pública y se designa Secretario con rango de ministro a Ramón Carrillo.

# 11

## UN IMPERIO HOSPITALARIO Y UNA SOLIDARIDAD FRAGMENTADA

- RESEÑA DE LA DÉCADA 1946-1955
- RAMÓN CARRILLO: EL PRIMER  
SECRETARIO Y EL PRIMER MINISTRO DE  
SALUD PÚBLICA
- LA POLÍTICA SANITARIA FORMULADA
- FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE  
SALUD
- ANTE LA REFORMA CONSTITUCIONAL
- EL PROYECTO DE CÓDIGO SANITARIO
- LA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS
- LAS POLÍTICAS EJECUTADAS
- IDEAS DE CARRILLO SOBRE EL GRAN  
BUENOS AIRES



**E**n la década 1946-1955 se produjeron sucesos cuyas consecuencias no sólo se dejaron de sentir por muchas décadas sino que se perciben aún hoy: si en 1916 se habían incorporado a la vida política las clases medias, en 1946 lo hicieron las clases trabajadoras. Un líder de carisma excepcional las entusiasmó con realizaciones que se financiaron con el superávit acumulado durante los años de la guerra y por lo tanto, no sostenibles. Cuando aparecieron los límites, trató de convencer a sus adeptos de la necesidad de cambiar, pero no lo logró en el tiempo que tuvo para ello.

“*El Estado moderno*” —decía Natalio Botana— es hijo de un propósito de centralización. Hay buena centralización cuando una ley, concebida con sentido universal, ordena la actividad humana hacia el bien general; y hay mala centralización cuando el Estado se transforma en un aparato que dispensa privilegios, otorga poder a determinados grupos, arroja redes de asociación compulsiva a la sociedad y embreta a sus miembros dentro de esa madeja de intereses. En un caso, la ley aparece como una regla general que respeta el principio de la asociación espontánea; en el otro, como un instrumento particular al servicio de la organización compulsiva.”<sup>1</sup>

*La mayor parte de las organizaciones de la sociedad civil que tenían propósitos sociales (incluidas las de asistencia médica)*

---

<sup>1</sup> BOTANA, N. “La República Representativa” En FLORIA, C. (COMP.) *La Argentina Política*, Ed. de Belgrano, Buenos Aires, 1981, p. 83.

*fueron en los años que describimos absorbidas por el Estado u obligadas a competir con instituciones estatales. En las instituciones sanitarias, la estructura dual que corría desde décadas anteriores a través de las dependencias de los Ministerios del Interior y de Relaciones Exteriores cambió de nombres y de dependencias, pero se mantuvo la dualidad y la pugna entre la Secretaría de Salud Pública, a cargo de la sanidad y de la asistencia médica de la población de menores recursos, y la Secretaría de Trabajo y Previsión, a cargo de la asistencia médica y social de grupos “especiales” de trabajadores.*

*En el Ministerio de Salud Pública, que sufrió una espectacular hipertrofia burocrática, se construyó en los primeros años, con recursos abundantes, un imperio hospitalario de dirección centralizada, que sufrió la penuria de los recursos de los últimos años. La Salud Pública alcanzó el rango de Ministerio cuando una reforma constitucional (destinada a posibilitar la reelección presidencial) lo hizo posible. Esa misma reforma constitucional amplió la garantía de los derechos sociales y concedió al Congreso la misión de sancionar un Código Sanitario, el cual tal vez hubiese permitido resolver el antiguo problema jurisdiccional de la sanidad (y hasta de la asistencia).*

*Se aumentó notablemente la capacidad instalada hospitalaria, sobre todo la de dependencia pública. En lo que hace a la financiación de la asistencia sanitaria, Carrillo reconoció que la “meta final que se vislumbra radica en los sistemas de seguridad social”, pero se encargó de colocar esa meta en un futuro posterior a su tiempo, pensando tal vez en decisores con más libertad que la que él tenía.*

*Como ministro, podía avanzar hacia la reunión de la sanidad y la atención médica, pero sólo para la población de menores recursos; para la de ingresos medios se estructuraba, progresivamente, desde otra dependencia gubernamental (Secretaría de Trabajo y Previsión), otro sistema, financiado a través del seguro obligatorio para grupos determinados y con*

*una pequeña capacidad instalada propia. En general, los servicios médicos que se requerían se contrataban con establecimientos privados (los cuales recibieron un aporte económico que compensó la reducción progresiva de la actividad privada). Otra vez se avanzaba por dos carriles bajo diferentes dependencias.*

*En temas de organización sanitaria, Carrillo tuvo que adecuarse a los límites que le habían asignado y que se restringieron más en los últimos años; en cambio, cuando podía disertar sobre tópicos más generales, exhibía sin cortapisas su cultura, amplia y versátil, y su talento natural. Transcribiremos, como ejemplo de lo anterior, sus ideas sobre el fenómeno del crecimiento y la urbanización del cinturón suburbano de la Capital Federal, que tiene una relación estrecha con la situación sanitaria.*

## Reseña de la década 1946-1955

Perón gobernó desde junio de 1946 hasta septiembre de 1955, es decir, por casi una década, **en la cual el PBI se mantuvo casi constante**. En los primeros cuatro años se corrigió la distribución del ingreso, la proporción que representan los salarios sobre el Producto tuvo un inédito crecimiento; se produjeron transferencias desde el sector agropecuario al de la industria (liviana) y se aumentó también el **gasto destinado a sectores sociales**. En los siguientes cinco años se procuró corregir las consecuencias de los desequilibrios producidos, pero las reservas iniciales se habían agotado y la corrección fue difícil y parcial. Los dos o tres últimos años todo se deterioró progresivamente.

Perón asumió como presidente constitucional el 4 de junio de 1946. Nombró en su gabinete a algunos civiles jóvenes no muy conocidos: Ángel Borlenghi en Interior; doctor Juan Bramuglia en Relaciones Exteriores; doctor Ramón Cereijo en Finanzas; doctor Belisario Gache Pirán en Justicia e Instrucción Pública; general (R) Juan Pistarini en Obras Públicas; Juan C. Picazo Elordy en Agricultura y Ganadería; general Humberto Sosa Molina en Guerra y capitán de navío Fidel Anadón en Marina. El Secretario de la Fuerza Aérea era el brigadier Bartolomé de la Colina, el de Industria y Comercio, Rolando Lagomarsino y el Secretario de Trabajo y Previsión, José María Freire. **El profesor doctor Ramón Carrillo, confirmado como Secretario de Salud Pública, era el miembro del gabinete con más títulos y mayor prestigio académico.**

En todos los capítulos anteriores hemos contado sobre palabras y hechos, utilizando declaraciones de la intención de sus realizadores, testimonios de sus contemporáneos u opiniones y recuerdos de contemporáneos o de protagonistas posteriores. Las palabras anticiparon, orientaron, explicaron, o justificaron, denunciaron y denostaron actos o gestos, que a veces se transformaron en hechos. Montaigne<sup>2</sup> proponía las máximas penas contra los que violan o desvirtúan las palabras, porque “no somos

---

<sup>2</sup> MIGUEL EYQUEM, SEÑOR DE MONTAIGNE. *Ensayos*. Ed. Garnier Hnos. París, 1912, p. 24.

*hombres, ni estamos ligados los unos a los otros, más que por palabras*”.<sup>3</sup> Atentar contra ese medio básico de la comunicación, sería el peor de los crímenes. Hobbes afirmaba: [...] “*verdad y falsedad son atributos del lenguaje, no de las cosas y donde no hay lenguaje, no hay tampoco verdad ni falsedad.*”<sup>4</sup>

En este capítulo se reseña una época en la cual la utilización de la palabra tuvo connotaciones particulares y diferentes: Perón había desarrollado un estilo discursivo propio. Con lenguaje llano y un sólido hilo lógico, a veces obvio, pero preciso, y con abundancia de metáforas y analogías, entretrejidas con anécdotas o historias breves, persuadía a sus auditores, que se sentían al mismo tiempo comprendidos y convencidos de la verdad del discurso. Pragmático, “*la única verdad es la realidad*”, predicaba una doctrina, “*la doctrina justicialista*”, hecha de valores “*nacionales*” y “*sociales*”. Con audacia e inteligencia, “*adecuaba*” el discurso doctrinario para explicar o justificar las decisiones que exigía la realidad, como si se derivasen de los principios doctrinarios.

*“Entre 1943 y 1946 Perón elabora pues su presencia como una llegada. ¿de dónde viene? ¿A dónde llega? La respuesta es simple: viene del cuartel y llega al Estado. Ese pasaje del cuartel al Estado es, evidentemente, una entrada en la política, pero la transición no será nunca explicitada en esos términos: la política es lo que ha permitido que la Patria se deteriore, la política es conflicto. Perón es la unificación armoniosa de pueblo, Patria y Estado.”*<sup>5</sup>

Tal vez por eso, la descripción de los actos de su gobierno tenía siempre carácter fundacional. Exageraba sin duda, sobre todo cuando se refería al pasado, para realzar los méritos del movimiento fundacional que encabezaba, el cual integraría, de una vez y para siempre, esa sociedad desintegrada que se había pretendido convertir en “nación” sin lograrlo (recuérdense sus expresiones en La Plata, en junio de 1944). Explicada por él, la doctrina quedaba siempre confirmada, cualquiera fuese el curso seguido por los acontecimientos. La integración probablemente requeriría no sólo un fuerte liderazgo, sino también una alta dosis de tolerancia frente a la opinión diferente, a la discrepancia y a la crítica; en lugar de esto, el peronismo robusteció progresivamente un fundamentalismo que consideró enemigos a los

<sup>3</sup> Conceptos similares expresó RAFAEL BIELSA (hijo) en el Prólogo de la obra de JOSÉ M. SIMONETTI *El fin de la Inocencia*. (ver capítulo XV). “Se trata no sólo de la desnudez de las personas, sino también la de las palabras, que — perdida su aptitud de ser creídas, y por lo tanto de resultar oportunas transformándose en acción— se han desvestido de su posibilidad de alzarse contra la acción directa y se aproximan a su grado cero, insignificantes respecto de la vida social que podrían crear y organizar. A fuerza de mala alimentación, las palabras hablan tan en un murmullo que han terminado por no querer decir nada, y son usadas por el poder como un canturreo más apto para adormecer que para esclarecer.”

<sup>4</sup> HOBBS, T. *Leviatán*. Ed. Nacional. Madrid, 1980, p. 143.

<sup>5</sup> SIGAL, S. y VERÓN, E. “Perón: Discurso Político e Ideología”. En ROUQUIÉ, A. *Argentina, hoy*, Siglo XXI, México, 1982, p. 160.

discrepantes y a los críticos. Además, desde el Estado y financiado por éste, se construyó un aparato de comunicación o propaganda de magnitud inédita en la Argentina anterior, que difundía reiteradamente el nuevo discurso. Tanto el fundamentalismo como el aparato de propaganda estatal eran de características similares a las del fascismo italiano.

Estas particularidades crearon un singular estilo comunicacional, que nos obliga a considerar como realidades distintas (y a veces antagónicas), esas dos modalidades de expresión que son las verbalizaciones y los actos. No es que antes no haya existido el doble mensaje; es que no se había hecho de él una utilización tan continua y sistemática. Perón afirmaba que los portadores de la verdad son los hechos, sin hacer explícito que, en su discurso y por la gracia de las palabras, siempre quedaba confirmada la verdad inmutable de su doctrina. Hubiera sido un mal científico según las premisas popperianas, pero sin duda también, un genial experto de “marketing”<sup>6</sup>.

Terminada la guerra, la Argentina era acreedora de Inglaterra por unos 150 millones de libras, correspondientes a las exportaciones de carne y granos durante la guerra; era en cambio deudora, por una cantidad menor, de los Estados Unidos. Las reservas monetarias eran elevadas y las perspectivas para el futuro promisorias, pues se suponía que Europa requeriría alimentos y el Plan Marshall la haría solvente hasta que sus economías se recuperasen.

El ministro de Finanzas, Cereijo, cedió el primer plano de la conducción económica al presidente del Banco Central, Miguel Miranda, industrial del ramo de la alimentación que asesoraba a Perón desde años antes y había inspirado algunas de las medidas que Farrell instrumentó al final de su gobierno, como la **nacionalización** del Banco Central. Dentro del Banco, se creó el Instituto Argentino para la Promoción del Intercambio (I-API), que llegó a controlar casi todo el flujo de las exportaciones y las importaciones. Se formuló el primer Plan Quinquenal y el presupuesto para 1947, con un aumento significativo respecto de los anteriores, con los objetivos de: a) transformar la economía reforzando la industria y nacionalizando las empresas de servicios; b) ampliar los programas de bienestar social y **de salud pública** y c) fortalecer la defensa nacional.

En los primeros años existían importantes reservas internacionales. El I-API permitió que el gobierno transfiriera recursos desde las exportaciones agropecuarias hacia la adquisición de los insumos que necesitaba la industria ligera, fuertemente protegida.

---

<sup>6</sup> Refiriéndose a los últimos años, José M. Simonetti hace comentarios valiosos sobre el falseamiento de la palabra como mecanismo de corrupción y desintegración social en “El fin de la Inocencia”, Ed. Univ. Nac. de Quilmes. Buenos Aires, 2002, *Op. cit.*

Antes de que el Plan estuviera listo, se cerraron los contratos de compra de la Unión Telefónica (de propiedad norteamericana) y de los equipos y ramales ferroviarios de propiedad francesa, totalizando ambas operaciones unos seiscientos millones de dólares. La compra de los ferrocarriles británicos, los más importantes por su extensión y por su cantidad de equipos (en dudoso estado de conservación), se realizó poco después, a pesar de que los contratos de explotación de la concesión vitalicia, establecidos por la llamada “ley Mitre”, estaban próximos a expirar. Probablemente el gobierno británico presionó para que la Argentina los adquiriera<sup>7</sup>, para quitarse de encima dos problemas al mismo tiempo: la renegociación (o la disminución del precio, por caducidad del contrato vigente) y la abultada deuda británica.

El orden económico de posguerra fue muy diferente del imaginado por los gobernantes argentinos; Estados Unidos tenía considerables excedentes de alimentos, además de capitales y de insumos industriales. El gobierno argentino, en 1946 y 1947, dispuso la distribución de grandes sumas que reactivaron el consumo y aumentaron los salarios reales, pero en 1948 las reservas habían descendido a una cuarta parte de las que existían en 1946 y las industrias que se habían multiplicado eran sólo las “livianas” y sustitutivas.

En 1949, año en el que se reunió la Convención Constituyente que promulgó una nueva Constitución, con importantes reformas, se hizo presente una crisis económica (entre otras causas, por una prolongada sequía), que se continuó en 1950. Miranda dejó el Banco Central, donde lo reemplazó Gómez Morales, encargado de “ajustar” la economía. En 1951, después de que Eva Perón retirase su nombre como posible candidata para la vicepresidencia en las elecciones de noviembre, estalló el primer golpe del general Benjamín Menéndez, sin más consecuencias que mostrar la falta de unanimidad militar.

También el Secretario de Trabajo y Previsión había cedido, como el ministro de Hacienda, el primer plano, pero en este caso, a la segunda esposa del Presidente, Eva Perón, quien orientó y controló las relaciones con los dirigentes sindicales y, desde su Fundación, realizó en forma directa muchas acciones de asistencia y bienestar social. Su enfermedad, en 1951 y su fallecimiento, en julio de 1952, dos meses después de inaugurado el segundo período de gobierno, tuvieron gran influencia en el rumbo del mismo. *“Eva Perón desempeñó un papel importante en establecer la imagen de su esposo como el ‘patrón’ nacional que había dispensado todos los beneficios y hacia quien debían volcarse todas las lealtades”*.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Ver, por ejemplo, los detalles incluidos por ESCUDÉ, Carlos. *La declinación Argentina... Op. cit.*,

<sup>8</sup> BAILY, S. B. *Movimiento obrero, Nacionalismo y Política en la Argentina Argentina*, Hyspamérica, Buenos Aires, 1986, p. 126.

En esos dos años se tuvieron que racionar los combustibles, aumentó el desempleo y creció la inflación. En el sistema previsional, se abandonó la capitalización por un reparto simple entre ingresos y egresos, no con la intención de estructurar la solidaridad entre generaciones o entre activos y pasivos, sino simplemente porque se tuvo que disponer de los fondos de las cajas, que por otra parte estaban siendo velozmente erosionados por la inflación. Jauretche<sup>9</sup> explicaba, intentando justificar: *“el país había superado la crisis agrícola ganadera más terrible de la historia de los últimos cien años, como lo fue la de 1952. Lo que se llamaba inflación, término generalizado e inadecuado para el caso, era el producto de una crisis de crecimiento [...] que se promueve en todo país que entra en brusco desarrollo.”* Las restricciones de la libertad de prensa y el silenciamiento de la oposición<sup>10</sup> fueron, también, cierres de *“válvulas de escape”* que ayudaron a que la presión en el circuito político aumentase.

El segundo plan quinquenal (1953-1957) se proponía, razonablemente, estimular la producción agropecuaria, desatendida y hasta castigada en el primero, y concentrar el estímulo industrial en el desarrollo de la industria pesada; se trató también de favorecer las inversiones extranjeras, que se habían desincentivado en el primer gobierno, con las nacionalizaciones de las empresas productoras de servicios públicos.<sup>11</sup>

La ley de inversiones extranjeras de 1953 provocó críticas de los sectores que habían apoyado las nacionalizaciones y acrecentó el descontento de sectores importantes de la política y las fuerzas armadas. Las conversaciones sobre concesiones petroleras a empresas estadounidenses sonaban a traición de principios. En 1954 apareció la obra de Frondizi, *Petróleo y política*, de claro corte antiimperialista, (las *Bases de acción política* del MIR defendían la nacionalización de los servicios públicos —energía eléctrica, transportes, combustibles— y de los monopolios.)

Cuenta Peterson: *“[...] hasta marzo de 1955 los contratos (con los hombres de negocios yanquis) se materializaron con lentitud, exceptuando el acuerdo de Kaiser para introducir la producción de automóviles, jeeps y camiones en Córdoba. Perón escogió este momento para acelerar el paso, abriendo la puerta a la explotación extranjera de las reservas petrolíferas. Convenido, por fin, de que sin auxilio el monopolio petrolífero de la Argentina, YPF,*

<sup>9</sup> JAURETCHE, ARTURO. Citado por BORDÓN, J. O. *La racionalidad del Peronismo*, El Cid, Buenos Aires, 1986, p. 190 y 195.

<sup>10</sup> *“Por esos años comencé a frecuentar las sesiones de la Cámara de Diputados, alentado por mi padre a conocer y valorar los hombres políticos y sus ideas. La oposición contaba con un número reducido de parlamentarios, pero muchos de ellos poseían recias personalidades y una gran claridad de ideas, condiciones más escasas en las filas oficialistas. Las intervenciones de Frondizi, Balbín, Sammartino, Candiotti, Nerio Rojas, entre otros, eran escuchadas con atención hasta que la presidencia decidía silenciarlos, dando lugar a protestas y tumultos.”* Juan Carlos Veronelli.

<sup>11</sup> PETERSON, H. F. *La Argentina y los Estados Unidos*. T. II, 1914-1960. Eudeba, Buenos Aires, 1970, p. 225.



*no podía bastarse a sí mismo en la provisión de combustibles, firmó un contrato con una subsidiaria de la Standard Oil Company de California. Este arreglo para la exploración y explotación de los terrenos petrolíferos de la Patagonia, combinado con similares contratos en consideración con la Royal Dutch Shell y la Standard Oil de Nueva Jersey, podían eliminar el déficit de petróleo en la Argentina. Poco antes de que se anunciara este acontecimiento, el pueblo argentino se había enterado de la negociación de un préstamo de 60.000.000 de dólares con el Export-Import Bank destinado a la compra de equipos para la fabricación de aceros. [...]*

*En 1955, por la época de la primavera en Washington, la política exterior argentina se había desviado considerablemente del rumbo de la alta marea del nacionalismo vocinglero, la hegemonía sobre el hemisferio y la independencia económica, de los cuales Juan Perón había hecho alarde al finalizar los años cuarenta. [...] Lentamente, tal vez con vergüenza, el altivo pueblo argentino había llegado a esta reacia conclusión: Perón había repudiado los mismos principios que había predicado.”<sup>12</sup>*

Un economista de indudable filiación peronista, Guido Di Tella, escribía: *“Se llevaron a cabo [...] una serie de expropiaciones de tierras y empresas que, si bien cuantitativamente no resultaron importantes, crearon una profunda desconfianza y una fuerte sensación de inseguridad legal. En los círculos empresarios cundió el justificado temor que de ahí en más nadie podía trabajar en paz bajo la amenaza de que cualquier mañana uno podía despertarse con la noticia de que no es más el dueño de su propiedad”* (La Nación, marzo de 1950). *“El Estado acrecentó grandemente su función, que iba desde la compra de la mayoría de las materias primas básicas por organismos estatales hasta el otorgamiento de créditos a tasas negativas por intermedio del sistema bancario, seminacionalizado, y la concesión de permisos de importación. [...]*

*Un pequeño círculo de protegidos oficiales se enriquecieron considerablemente gracias a los favores del gobierno, lo cual creó un clima de inmoralidad empresaria que superó en cierta medida a la que suele acompañar las transformaciones sociales y económicas de esta índole.”<sup>13</sup>*

Muchos altos funcionarios eran sospechados de negociados y tráfico de influencias; el hermano de Eva Perón, Juan Duarte, fue acusado de corrupción y se suicidó tiempo después. Sin embargo, la población continuaba acompañando a Perón: la elección de vicepresidente, para cubrir el cargo vacante desde el fallecimiento de Quijano en abril de 1952 (en la cual triunfó el candidato oficialista contraalmirante Alberto J. Teisaire), mostró una proporción de votos peronistas similar a la de las elecciones de 1951.

<sup>12</sup> Idem, pp. 229-231

<sup>13</sup> DI TELLA, G. *Perón-Perón. 1973-1976*, Hyspamérica, Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1983, pp. 42-43.

El círculo de colaboradores íntimos cambiaba rápidamente, se habían retirado, primero, los más próximos a Evita, luego otros colaboradores de la primera hora, en tanto aparecían figuras tan discutidas como las de Méndez San Martín y Teisaire, que fueron aparentemente quienes alentaron al presidente al cambio radical en sus relaciones con la Iglesia Católica, *“que el país contempló absorto, no pudiendo comprender la ceguera, tanto del gobierno como de las jerarquías de la Iglesia, en común incapacidad de percibir que habían sido instrumentados por sus naturales enemigos para la propia y recíproca destrucción”*, en la apasionada opinión de Jauretche.

La ruptura de Perón con las autoridades eclesiásticas es difícil de entender. A pesar de figuras importantes de la iglesia que hacían públicas sus críticas, como monseñor De Andrea, la jerarquía eclesiástica prefería cerrar los ojos frente a algunos hechos. Perón sentía que era el justicialismo el que había terminado *crístianamente* con una problemática social que alimentaba a los ideólogos de izquierda. ¿No había sido él quien impusiera la enseñanza religiosa en las escuelas públicas?

Algunos han supuesto que Perón interpretó como una amenaza para el justicialismo el apoyo eclesiástico a la formación de un partido demócrata cristiano, como parte de un resurgimiento de esa corriente que siguió al mensaje navideño de Pío XII en 1944. Si ese hubiera sido el caso, fue una previsión errónea. La disputa con la Iglesia creció de manera tan inesperada como inexplicable, sembrando desconcierto en las Fuerzas Armadas. La poderosa institución religiosa había apoyado a Perón en su primera candidatura y en su primer gobierno; **en 1954 la disputa llegó hasta la excomunicación de Perón por parte del Vaticano**. En junio de 1955 se produjo un golpe militar, protagonizado por sectores de la Marina y sobre todo de la aviación naval.<sup>14</sup>

En septiembre, se produjo en Córdoba un nuevo levantamiento, encabezado por el general Lonardi. Las tropas llegaron a la Capital. Perón se refugió en la embajada paraguaya. Las Fuerzas Armadas derrocaban a un presidente que gozaba de cierta legitimidad de origen (disminuida

<sup>14</sup> “Cuando regresaba a casa, cerca del mediodía, el conductor de un automóvil de alquiler que venía del centro me dijo que estaban bombardeando la Plaza de Mayo. Cuando se lo comenté a mi padre, entonces inspector de escuelas del Consejo Nacional de Educación, me invitó a que lo acompañase al Consejo Escolar IV, cuyas escuelas se localizaban en lugares próximos a Plaza de Mayo, y desde el cual pretendía evitar que se dejara salir solos a los alumnos. Lo acompañé; mientras él se comunicaba con cada una de las escuelas, subí a la terraza del edificio, desde donde se veían, a unos tres mil metros de distancia, las picadas de los aviones, que dejaban caer sus bombas, y las columnas de humo que atestiguan sus impactos. De regreso, le pedí me dejara en el Hospital de Clínicas, en el cual yo había ingresado meses antes como practicante, y donde suponía podría ser útil. Al Clínicas sólo se remitieron ese día cadáveres mutilados y partes de miembros humanos. Supimos, horas después, que el almirante Gargiulo se había suicidado en su despacho y que los aviones se habían dirigido al Uruguay. Como se había dicho en 1890, “la revolución había sido derrotada, pero el gobierno estaba muerto.” Juan Carlos Veronelli.

por la reforma constitucional realizada precisamente para hacer posible su reelección y por la manipulación de la opinión pública desde los medios) y, al menos para una proporción considerable de la ciudadanía (como lo demostró la elección de 1954), legitimidad de ejercicio; y que estaba modificando el rumbo de su gobierno frente a la insostenibilidad del recorrido desde 1946. Al interrumpir el proceso, una parte de la ciudadanía mantuvo dudas sobre esa insostenibilidad. Se dijo que si Perón hubiese conseguido negociar los contratos petroleros, su liderazgo se hubiera fortalecido por largo tiempo; pero también es cierto que esto le hubiese implicado descender del pedestal nacionalista y de la autosuficiencia condescendiente. **Lo cierto es que la interrupción de un régimen que conservaba una mayoritaria credibilidad popular dio origen a nuevos y prolongados problemas.**

*“¿Por qué cayó Perón? Es una pregunta que todavía se formulan historiadores y analistas. La respuesta no es una sola. Debe referirse, en primer lugar, al autoritarismo de un sistema que no dio espacio a la oposición, que consideró «vendepatrias» y «traidores» a sus adversarios, expulsándolos de la legalidad y llevándolos a la intolerancia y la conspiración. También debe relacionarse con la creciente falta de credibilidad que afectó al líder justicialista a partir de su inexplicable ataque contra la Iglesia; al no ser confiable, se cerró todos los caminos hacia una conciliación como la que posiblemente deseaba. Hay que examinar, asimismo, la estructura de un régimen que, por serlo todo, terminó siendo nada, vaciando de sinceridad las proclamadas adhesiones a Perón y enfriando la gratitud que vastos sectores de trabajadores sentían por el hombre que les había dado dignidad y afirmado la justicia social. Se ha discutido si Perón fue o no fue un cobarde, pero ésta es una cuestión casi irrelevante: lo cierto es que su rápida caída, casi sin lucha, permitió abrir una nueva fórmula de convivencia entre los argentinos, la que el propio Lonardi expresó al proclamar solemnemente que no habría vencedores ni vencidos. [...]*

*Lamentablemente, los hubo, y por mucho tiempo. Y si el primer vencido fue Perón, no hay duda que el que lo siguió fue el mismo jefe de la Revolución Libertadora, incapaz de hacer trascender en los hechos su noble propósito de soldado cristiano. Pues si la caída de Perón cerró una etapa, también abrió otra llena de desencuentros, divisiones y odios que se proyectarían largamente sobre la comunidad nacional.”<sup>15</sup>*

<sup>15</sup> LUNA, F. *Golpes militares y...* Op. Cit., p. 77.



Ramón Carrillo

## Ramón Carrillo: el primer Secretario y el primer Ministro de salud pública

Ramón Carrillo<sup>16</sup> había nacido en 1906 en Santiago del Estero, donde su padre alternaba la docencia —había egresado de la Escuela Normal de Paraná— con el periodismo y la política; había sido electo diputado provincial conservador varias veces. Ramón cursó en Santiago del Estero sus estudios primarios y secundarios y llegó a Buenos Aires, en 1924, para estudiar Medicina.<sup>17</sup> Excelente estudiante, leía, además, ávidamente y conoció y trató a muchos intelectuales de la época, frecuentando varios círculos nacionalistas. En 1928 ingresó como practicante en el Hospital Nacional de Clínicas, donde se relacionó con el Director del Instituto de Clínica Quirúrgica, José Arce, y con el neurocirujano del Institu-

to, entonces recién llegado de Europa, Manuel Balado. Se recibió de médico, con medalla de oro, en 1929, y al año siguiente obtuvo una beca universitaria para perfeccionarse en Europa: Francia, Holanda, Alemania.

Puede resultar de interés comentar un artículo que publicó en 1929, en la Revista del Círculo Médico, con motivo de la visita que estaba haciendo a la Argentina el conocido ensayista y pensador alemán Hermann Keyserling<sup>18</sup>. (En sus “Meditaciones Sudamericanas”, Keyserling definió a nuestro mundo como el “Continente del tercer día de la Creación” y a nuestros pobladores, como “hombres absolutamente telúricos”). Carrillo, en su artículo, escrito mientras Keyserling viajaba hacia las provincias del norte, trató de caracterizar el pensamiento del escritor alemán, exhibien-

<sup>16</sup> “Conocí a Carrillo hacia 1947, cuando se instaló en un petit-hotel en Azcuénaga a pocos metros de Charcas (hoy Marcelo T. de Alvear). Lo encontrábamos muchas veces, cuando acompañábamos a mi padre al garage en el que guardaba su automóvil, frente a la residencia de Carrillo. Habían sido compañeros de Facultad de Medicina y conversaban unos minutos, charla que Carrillo interrumpía, súbitamente, por un instante, mientras pasaba una muchacha. Luego continuaba hablando, mientras la seguía con la mirada. No era muy alto, pero lo aparentaba por su planta y corpulencia; de rostro moreno y redondeado, cabellos negros y abundantes, ojos bondadosos detrás de sus anteojos de marco grueso, sonrisa fácil y atractiva. Mi padre nos contó aquel día que había sido un estudiante brillante, que había obtenido la medalla de oro de su promoción y que era un gran lector y un conocido neurocirujano.” Juan Carlos Veronelli

<sup>17</sup> ALZUGARAY, R. F. “Ramón Carrillo o la salud Pública”. *Todo es Historia*. N° 117 Buenos Aires, Febrero de 1977.

<sup>18</sup> KEYSERLING, HERMANN A. (CONDE DE GRAF). (1880-1946) Filósofo alemán de origen ruso que tuvo gran popularidad después de la primera guerra mundial. Su visión, esencialmente no académica, se centra alrededor del tema de la regeneración espiritual.

do, de paso, la soltura con la cual el joven médico se movía en el ámbito de las fuentes del conocimiento científico y filosófico occidental. Mostraba la superación del mecanicismo que representaban los aportes “modernos” de algunos pensadores influidos por Darwin, como Haeckel<sup>19</sup> y Spencer. Era sobre todo en la biología donde Carrillo destacaba las ideas, no sólo de Haeckel (el autor de la “ley biogenética fundamental”), sino también de quienes reaccionaron ante el “struggle for life” darwiniano, esbozando el neovitalismo, como Driesch<sup>20</sup> y el naturalista holandés De Vries. Mostraba conocer la obra de Nietzsche, a quien señalaba como “el maestro más directo de Keyserling”. En este artículo, escrito antes de su beca en Europa, podemos apreciar la amplitud de la cultura de Carrillo, no infrecuente entre los médicos en aquella época.

Fue esa cultura la que le permitió moverse y aprender en los ambientes sofisticados de las clínicas neurológicas francesas, holandesas y alemanas. En esos tres años en Europa, y sobre todo en la especialidad que había elegido, Carrillo se empapó con la visión “transmecanicista” con la cual los “nietos” de la “Naturphilosophie”<sup>21</sup>, como los llamaba Laín Entralgo, estaban recreando una mentalidad “biopatológica”, en la que se combinaban Husserl<sup>22</sup> con Dilthey<sup>23</sup> y con Bergson y en la que se realzaban, con Driesch y von Uexküll, las especulaciones sobre los desarrollos ontogenético y filogenético. Eran los años de la neurología de Constantin von Monakow y de Kurt Goldstein, contemporánea con los desarrollos de la antropología médica de la escuela de Heidelberg, fundada por Ludolf Krehl y que continuaron Víctor von Weiszaecker y Richard Siebeck.

Carrillo regresó a Buenos Aires en 1933, donde se ocupó de organizar el Laboratorio de Neuropatología del Instituto de Clínica Quirúrgica

---

<sup>19</sup> HAECKEL, ERNST (1834-1918) Médico, zoólogo, biólogo y filósofo alemán. Su pensamiento se orientó alrededor de la evolución —materialismo evolucionista— intentando reducir todos los seres e ideas a una idea o sustancia única de la cual derivan y con la cual se identifican. Algunas de sus teorías zoológicas —hoy desacreditadas— fueron incluidas como bases pseudocientíficas de la ideología nazi. A fin de justificar y defender sus posiciones, llegó a utilizar como propias imágenes ajenas y a manipular datos.

<sup>20</sup> DRIESCH, HANS (1867-1941) Biólogo alemán que se opuso al mecanicismo. Argumentó que toda célula tenía la capacidad de transformarse en un embrión.

<sup>21</sup> Corriente filosófica, fundada por Friedrich Schelling (1775-1854), basada en la premisa de que todo en la naturaleza proviene de un único y primer principio que podría ser equiparable al concepto de Dios.

<sup>22</sup> HUSSERL, EDMUND (1859-1938) Filósofo alemán fundador de la Fenomenología —método para describir y analizar la conciencia a través del cual la filosofía intenta ganar el carácter de ciencia estricta, resolviendo la oposición entre empirismo y racionalismo. Su visión de la primera guerra mundial como el colapso del viejo mundo europeo lo hizo modificar su pensamiento y se orientó a la reflexión filosófica sobre la renovación de la vida. Excluido de la Universidad al asumir Hitler el poder, reafirmó desde su retiro la necesidad de libertad como base del pensamiento filosófico.

<sup>23</sup> DILTHEY, WILHELM (1833-1911) Filósofo alemán que objetaba el empleo de ideas y métodos de las ciencias naturales al desarrollo filosófico de la vida, creía que debía entenderse al hombre en su contingencia histórica y en el cambio y debía tratarse a la Historia desde un punto de vista cultural.

(que continuaba dirigiendo José Arce). En 1939 ingresó al Hospital Militar Central, que ese año se trasladó al edificio que ocupa hasta hoy. Carrillo siempre ejerció en hospitales, nunca instaló, como era entonces habitual, un consultorio privado. Desde el Hospital Militar, y con la ayuda del Instituto Geográfico Militar, trató de investigar las razones de la disparidad de la situación sanitaria de las provincias argentinas, comenzando, como era esperable de su visión médica, por los recursos: conocidos los médicos existentes en cada una, encargó realizar una encuesta sobre la distribución de camas hospitalarias en el país y analizó luego sus resultados, que mostraban una gran diferencia entre sus recursos hospitalarios.

En 1942, año en que falleció Balado, Carrillo ganó por concurso el cargo de profesor de Neurocirugía. En 1944 conoció al coronel Perón, cuyo prestigio crecía dentro del gobierno, entablando con él una relación amistosa que duró muchos años.

Para Carrillo la salud no era un fin, sino **un medio para la realización del hombre**. En algunos de sus escritos fue aún más lejos, al afirmar que *“nuestra salud no es totalmente nuestra, pertenece a la familia que formamos y al Estado, que nos cuidan hasta que llegamos a ser una unidad productiva.”*<sup>24</sup> Algunas referencias de Perón sobre la necesidad de defender “el material y el potencial humano de la Nación” evocan una idea análoga.

La “expropiación” de la salud, concebida como una propiedad de la Nación, o de su corporización, el Estado, se sostuvo en Alemania durante la década de los años 30’s y se incorporó a la ideología nacionalsocialista; en el ejército alemán se trató por ejemplo, de erradicar, el hábito de fumar y desde el Estado se promovió una de las primeras y más intensas campañas contra el tabaquismo.

Estos eran los antecedentes del médico al cual le tocó encabezar la Secretaría de Estado de Salud Pública, haciendo realidad un reclamo de muchas décadas; llegó también la hora de la verdad para las esperanzas que se habían depositado en esa idea. Ya no habría, entre el responsable de la institución sanitaria y el jefe del Ejecutivo Nacional, ningún intermediario. Pero la “autonomía” y el carácter “técnico y no-político” no eran, ni son, atributos corrientes de los ministerios, los cuales pueden, a lo sumo, pretender situarse en ese territorio no claramente definido que se denomina “técnico-político”.

El organismo que se había perseguido por décadas debía reunir la sanidad y la atención médica pública. En este sentido el logro fue parcial. Los establecimientos de la Comisión Asesora se habían integrado en la Dirección Nacional de Salud Pública, así como los de la Sociedad de Beneficen-

---

<sup>24</sup> CARRILLO, R. *Teoría del Hospital*. Eudeba, Buenos Aires, 1974, p. 32.



*Ramón Carrillo dirige un operativo de desratización*

cia. Pero la Dirección de Subsidios y el Registro Nacional de Asistencia Social habían pasado a Trabajo y Previsión, desde donde se había promovido la creación de varios Servicios Sociales para grupos específicos. La Asistencia Social y los servicios vinculados con los seguros de enfermedad que se crearon, permanecieron en Trabajo y Previsión. Recuérdese que Coni había estructurado dos ramas diferenciadas para la sanidad y la asistencia, las cuales debían tener estrecha relación pero no mezclarse a fin de preservar la primacía de la protección de la salud colectiva, que es un objetivo de orden público. La atención médica contiene urgencias que a veces obligan, cuando ambas se fusionan, a descuidar importantes tareas rutinarias.

El nuevo Secretario tuvo la suerte de enfrentar, poco después de asumir el cargo, la aparición de un brote de peste en roedores urbanos. Vestido con uniforme de fajina, apareció en las fotografías de los diarios dirigiendo las tareas de desratización y fumigación, para las cuales el personal que provenía del Departamento Nacional de Higiene estaba perfectamente preparado. Es probable que en los últimos tiempos el ministerio altamente burocratizado hubiese respondido con menor presteza y efectividad.

Esto lleva a considerar la última exigencia que se había hecho por décadas: el organismo que se pretendía, debía ser un organismo “no burocrático”. Los ministerios están engarzados en el corazón de la administración pública, un conjunto de hombres necesaria, y muchas veces, orgullosamente burocráticos, poseedores de una racionalidad distinta de la de los técnicos, pero en modo alguno irracionales. El creador de un organismo técnico en el seno de

una burocracia tiene que tener un profundo conocimiento de los dos mundos, para evitar resultar arrastrado por lógicas indetenibles.

Carrillo era simplemente un médico (de impecable formación) y un hombre de gran inteligencia y vasta cultura. Ingresaba a un mundo nuevo, el de la política, en una nueva era: la de carácter fundacional inaugurada por Perón, expuesta, por lo menos, a “*la tentación totalitaria*”. Cualquier crítica sería, desde el principio del “*movimiento*”, sospechosa y sospechada; más tarde, condenada o perseguida.<sup>25</sup> El nuevo Secretario tendría que concentrar poder y que luchar por él, en una pugna tan impiadosa como lógica e irrenunciable.

Es muy frecuente que en el “*entorno*” de los funcionarios poderosos, la adulación atempere o reemplace hasta las críticas más “*constructivas*”, sobre todo cuando el poder que poseen contiene proporciones altas de arbitrariedad. Carrillo percibió estos fenómenos, y jugó con ellos, haciendo gala de una traviesa creatividad, de una de las maneras que prefería (y que utilizaba con frecuencia): inventando disciplinas que tendrían como objeto el estudio y la profundización del análisis del asunto del cual se trataba. “*La cibernología*<sup>26</sup> *puede tener muchas definiciones y como yo, que soy el creador de la palabra, le dí una, propongo que la aceptemos, pues es la que mejor conviene a nuestros fines.*” decía en 1951, comentando los estudios que se proponían a los que desearan ocupar posiciones directivas en el Ministerio, “*La cibernología se propone el conocimiento integral del hombre a los fines de la organización científica del gobierno. Esta disciplina, que puede ser una ciencia, o un arte, o una técnica, trata de sistematizar todos aquellos conocimientos que provienen de las ciencias que estudian al hombre y que pueden ser útiles para el control, la organización, la orientación y el aprovechamiento del material humano de un país. Por eso, una de sus ramas más importantes es la biopolítica que a su vez se subdivide en otras, como la política sanitaria y la política demológica*<sup>27</sup>. *La cibernología sintetiza todos los conocimientos de un médico director de Salud Pública. [...] Estas ciencias corresponderían a las materias que se enseñarán en el Instituto (Superior de Cultura Médica) y voy*

<sup>25</sup> En las *propuestas de empleo* se incluía un formulario denominado “Responsabilidad del Recomendante” que establecía: “por la presente asumo la responsabilidad sobre las condiciones personales de..... Mi recomendado ..... reúne las cualidades exigidas por el Excmo. Señor Presidente de la Nación General Juan D. Perón, en su Circular Pública del 17 de junio de 1946, con referencia a los candidatos a ocupar cargos en la Administración Nacional, es decir: 1º Compenetración con el Gobierno, a fin de que su labor no resulte obstaculizadora. 2º Honestidad de conducta y 3º Capacidad técnica y de trabajo. En 1952 se agregó en el formulario de las “Pruebas Previas para el Ingreso” un acápite para “Antecedentes políticos”, en el cual debía declararse la afiliación a algún partido político, especificándolo. MIN. S. P. DE LA NACIÓN. *Racionalización Administrativa*. Buenos Aires, 1954, p. 169 y 188.

<sup>26</sup> Entre los Institutos creados después de 1950, uno se denominaba “Instituto de Cibernología y Arquitectura experimental.”

<sup>27</sup> Carrillo no quiso utilizar el vocablo “demografía”, prefiriendo el etimológicamente más correcto de “demología”.



*a enumerarlas: 1º) la biología, que suprimo del programa para no recargarlo innecesariamente, pues los médicos ya saben biología; 2º) la psicología, que aparece como una prolongación de la biología y se introduce a su vez en el tercero, constituyendo la sociología. En orden creciente de complejidad aparece la economía, que está constituida por factores sociales, psicológicos y biológicos. En un círculo sucesivo y más amplio vemos a la nicología, que yo he denominado así porque en griego significa “lucha por el poder”, y la nicología estudia la lucha de los grupos humanos por el poder...”*

Creada la Secretaría en mayo de 1946, Carrillo había sido, pocos días después, designado Secretario y confirmado el 4 de junio por el nuevo Presidente constitucional, general Perón. **En ese mismo día** se promulgó otro decreto (16.200) por el cual se modificaba el decreto 30.656 de 1944, estableciéndose que la Secretaría de Salud Pública “*será el único departamento encargado de aplicarlo (se refiere a las acciones de medicina preventiva y curativa y al examen periódico) en la totalidad de sus disposiciones por intermedio de los organismos o secciones especializadas de su dependencia*”, y que los aportes que el decreto modificado ordenaba, debería recaudarlos el Instituto de Previsión Social y transferirlos a la Secretaría de Salud Pública. **El secretario recién designado no perdía tiempo en aprovechar su situación de prestigio para tratar de recuperar el espacio perdido por sus antecesores: la reconquista de la centralización institucional.**

Pero era demasiado inteligente para plantear una lucha frontal —que no tenía sentido— y dirigió sus esfuerzos a señalar la complementariedad y las diferencias entre las competencias de las dos Secretarías. Al dejar constituida, en 1946, la Comisión mixta encargada de organizar la aplicación de los decretos leyes sobre medicina preventiva, dictados en 1944, que encargaban diversas tareas al Instituto de Previsión Social y a la Dirección Nacional de Salud Pública, Carrillo señalaba: “*He señalado al hacerme cargo de la Secretaría de Salud Pública, nuestra hermandad con la de Trabajo y Previsión. Este acto de hoy demuestra que esto debe ser siempre así, y espero que nuestra recíproca colaboración pueda extenderse a otros aspectos de la previsión. Me refiero al Seguro de Maternidad y al Seguro de Accidentes del Trabajo, previsiones éstas que sin una acción médica integral serán siempre incompletas.*”<sup>28</sup>

En ese año de 1946 residían en el país poco menos de **16 millones de habitantes**; las estadísticas revelaban que la mortalidad general era de **9.5 por mil**, en sostenido descenso, y la mortalidad infantil era de **74 por mil nacidos vivos**, oscilando en la década anterior entre los 67.5 por mil nacidos vivos de 1942, y los 82.1 de 1944. La esperanza de vida era de 61 años, poco menos del doble de la que existía hacia 1883. El país tenía un

<sup>28</sup> Archivos de la Secretaría de Salud Pública, diciembre de 1946, p. 27.

total de aproximadamente 66.300 camas hospitalarias, de las cuales 15.425 pertenecían a establecimientos nacionales.

Extractamos del Mensaje que Perón presentó al Congreso, tres semanas después de asumir la presidencia, el 26 de junio: *“Carecemos de los edificios indispensables para ampliar el sistema sanitario. Mientras la población ha crecido en proporción geométrica, los establecimientos médicos y sus posibilidades han crecido sólo en proporción aritmética. Disponemos de 64.000 camas en todo el territorio, pero necesitamos 122.000. De nada sirve tener grandes médicos y especialistas, si los beneficios de su ciencia no pueden llegar al pueblo por intermedio de organizaciones adecuadas. No hay exceso de médicos. Una mala distribución —determinada por factores geográficos y económicos— conduce a la concentración de profesionales en los centros urbanos. Por eso sobran médicos en la capital y faltan en las provincias y territorios, donde diariamente se expiden certificados de defunción sin atención profesional. El Estado debe afrontar la asistencia médica integral en beneficio de aquellos que ganan menos. Será conveniente semisocializar la medicina<sup>29</sup> respetando el libre ejercicio de la profesión y la libre elección del médico por el enfermo, y fomentar, por otra parte, para las clases pudientes, el desarrollo del régimen asistencial privado. Para el desarrollo del sistema es conveniente contar con el apoyo popular y de los vecindarios, siempre dispuestos a ofrecer su colaboración humanitaria.”*

Carrillo expuso, en muchas oportunidades y frente a distintos auditores, sus ideas sobre lo que debía hacerse o sobre lo que pretendía hacer. Entre 1946 y 1949, la financiación era un tema secundario; el Plan Quinquenal había previsto la construcción de una gran cantidad de establecimientos hospitalarios como parte del “Plan de Inversiones” y los presupuestos crecían. ¿No había dicho el general que *“el presupuesto de Salud Pública, como es racional y natural, se debe conocer a fin de año, cuando se haya realizado todo lo que ha sido necesario hacer...”*? Veremos luego cuántas cosas se iniciaron y cuántas se crearon y también, ¿por qué no decirlo?, cuánto se derrochó en esos primeros años.

A medida que la señora Eva Perón comenzó a encargarse de las actividades de Trabajo y Previsión, supervisando al Secretario del ramo, o directamente, desde la Fundación, Carrillo abandonó el intento de recuperar competencias perdidas y evitó, siempre que pudo, confrontar con la persona más influyente (y tal vez más auténtica) del régimen.

En 1949 y 1950, la sequía y un orden económico mundial distinto del previsto por los argentinos, iniciaron dificultades financieras que el

<sup>29</sup> En el lenguaje de esos años se denominaba “semisocialización” de la medicina a organizaciones análogas al Servicio Nacional de Salud británico, diferenciándolo de la estatización o socialización implantada en la Rusia soviética.

Ministerio de Salud Pública, que como Secretaría había crecido espectacularmente en 1947 y 1948, no pudo soportar sin que se deteriorase su funcionamiento.

## La política sanitaria formulada

Trataremos de mostrar por separado las ideas y las realizaciones, las cuales, pretendiendo ser dos caras de una misma medalla, se convierten con harta frecuencia en cosas dolorosamente diferentes.

En septiembre de 1947 se sancionó la “ley de bases” o del “Código sanitario y de Asistencia Social” (ley N° 13.012). **El artículo 1° comprometía al Poder Ejecutivo a preparar un proyecto de código sanitario y de asistencia social que debería ser presentado en el siguiente período ordinario de sesiones.** En 1951 se publicó el proyecto de Código elaborado por el Poder Ejecutivo, incluyendo el mensaje de elevación (sin fecha) al Honorable Congreso de la Nación, firmado por Perón y Carrillo; su importancia para juzgar sobre la continuidad de la tradición histórica en la gestión de Carrillo nos mueve a transcribirlo parcialmente más adelante (hasta donde sabemos, nunca fue ingresado oficialmente en el Congreso de la Nación).

El artículo 2° de la “ley de bases”, destinado a establecer los principios a los que debería ajustarse el citado proyecto, definía la competencia jurisdiccional del organismo nacional con varios criterios: **“organizar el gobierno de la salubridad general e higiene pública de la Nación”**; “proveer a la asistencia de todos sus habitantes, **promoviendo la unificación paulatina de la asistencia médica y social y su gratuidad para las clases sociales que no cuenten con los medios adecuados para satisfacer íntegramente la protección de su salud**”; y “que la acción en todo el territorio de la República debe ser ejercida por el poder central: a) “en la Capital Federal, los territorios nacionales, las zonas fronterizas y los puertos...” b) “en materias contempladas por tratados internacionales.” c) “en lo referente a la erradicación de las endemias regionales, enfermedades cuarentenables o de grave peligro para la comunidad, y las sociales y de toda otra capaz de asumir esos caracteres.” d) “en lo referente a la asistencia e higiene de la maternidad y de la infancia.” e) “en lo referente a la **asistencia social.**” f) “en lo que concierne al tráfico internacional, interprovincial, y entre una o más provincias y los lugares mencionados en el inciso a).”

El artículo 3°, con 59 incisos, enumeraba como **“bases para la acción”** una serie de acciones de índole variada: preconizar, promover, estimular, difundir, realizar, imponer, organizar, coordinar, fiscalizar, etc., cu-

yos sujetos son una variedad de tópicos sanitarios, que constituirían objetivos *“para el organismo del poder ejecutivo que tenga a su cargo la ejecución”*. Se abrían una amplia gama de ámbitos, pero nada quedaba totalmente claro como jurisdicción ni como competencia específica. El artículo 4º creaba el Fondo Nacional de Salud y Asistencia Social.

Evidentemente, para Carrillo, aquella dispersión institucional (de la cual ya se quejaba Penna), constituyó un problema mucho mayor que el más antiguo problema jurisdiccional: en los años de su gestión las autoridades provinciales no discutían a un Ejecutivo liderado por el Jefe del movimiento; por otra parte, en sus primeros años, el organismo nacional parecía tener recursos ilimitados. En cambio, la Asistencia Social era un terreno compartido con la Secretaría de Trabajo y Previsión y con la Fundación Eva Perón; la financiación “rentística” (desde las rentas generales del Estado nacional) estaba *conceptualmente* superada, pero era la propia del Ministerio, en tanto la proveniente de los seguros sociales debía coordinarse con la Secretaría de Trabajo y Previsión.

Elegiremos por lo tanto, para exponer las ideas centrales de Carrillo, un trabajo titulado *“Política de Salud Pública”* (1949-1952)<sup>30</sup>, que publicó el 12 de agosto de 1949 en “Jornada Médica”, precedido de unas *“palabras preliminares”* del entonces Subsecretario, Dr. Lorenzo García, de las cuales elegiremos sólo un párrafo, con la intención de confirmar el estilo fundacional y la obsecuencia que eran de práctica. Decía Lorenzo García: *“La apretada síntesis... representa con rigor de sanitario, una de las más puras concepciones a favor de la salud de nuestro pueblo, que por sí sola podría constituir el plan definitivo e inconvencible, por ende, de la acción sanitaria presente y futura. Su clara redacción permite una comprensión cabal de las directivas que, sin ninguna duda, honran a un movimiento de relevancia histórica, como el que conduce el Excmo. Señor Presidente, general Juan Domingo Perón.”*

En su presentación, Carrillo separaba tres campos sustantivos de acción: la Medicina Asistencial, la Medicina Preventiva y la Medicina Social. (En 1948 el Servicio Nacional de Salud británico se había organizado en tres ramas: la salud pública, la atención hospitalaria y la atención por médicos generales.)

Las tres ramas de la división del trabajo de Carrillo son:

- 1) *“la Medicina Asistencial o curativa, o sea la que acuerda a la enfermedad el carácter de hecho consumado que debe ser reparado en el ámbito biológico del individuo.”* En este ámbito, lo fundamental era la **asistencia gratuita al enfermo**, buscando su recuperación social, es

<sup>30</sup> CARRILLO, R. *Contribuciones...* Op. cit., pp. 269-281.

decir, aquella que lo recuperaba como factor de producción. Se obtendría a través de la racionalización técnica de los servicios; la organización de la asistencia a crónicos (alienados, leprosos y tuberculosos) sobre la base de laborterapia, que sería parte del tratamiento y lo ayudaría a pagar su propia asistencia.

En el año en el cual se inició la tarea de la Secretaría de Salud Pública, la terapéutica incorporaba dos armas de efectividad inédita en el tratamiento de la tuberculosis: la *estreptomicina* y la *isoniacida*, que cambiaron radicalmente las técnicas del control de la tuberculosis, al acortar o suprimir los períodos, antes muy largos, de internación.

Los objetivos fundamentales de la política asistencial de la Nación eran:

- a) **Centralización** paulatina de los servicios hospitalarios nacionales, comunales o subsidiados, según los casos, **en manos de la autoridad sanitaria nacional.**
- b) Estímulo y ayuda a las autoridades sanitarias locales a fin de que ellas cumplan los fines específicos de la salud pública, con sus propios recursos o colaboración nacional, y perfeccionen además o amplíen y creen nuevos servicios.
- c) Las obras de la Nación, respecto a hospitales, serán las básicas (ciudades-hospitales y centros sanitarios). Las obras de las autoridades locales serán de menor envergadura, en los pueblos o zonas que necesitan hospitales o servicios reducidos (30 a 90 camas).

Habría que organizar y coordinar las distintas jurisdicciones para la asistencia de agudos en la red de hospitales generales, puestos sanitarios, asistencias públicas, salas de primeros auxilios y hospitales de urgencia existentes, sistematizando y ampliando su trabajo. Se destacaba la organización de la asistencia específica de la madre y del niño, con el propósito de garantizar definitivamente la seguridad en el parto y la salud de los recién nacidos y de los niños en los tres primeros años. **Para ello se acordaría con las provincias y/o instituciones una sola organización tipificada que asegurase un régimen uniforme en calidad y en cantidad de los servicios, de tal modo que no existiese ningún habitante que no tuviera asegurada su asistencia médica.**

Habría que adecuar los profesionales al número de habitantes (1 médico por mil habitantes) y favorecer en el interior la formación de cirujanos, traumatólogos, oftalmólogos y neuropsiquiatras, mediante estímulos, primas en los sueldos y ampliación o creación de servicios especializados para su entrenamiento.

Hasta que se construyesen los hospitales necesarios, habría que **nacionalizar los servicios ya existentes en manos de instituciones**

privadas e introducir el sistema de “hospital a domicilio”. Deberían crearse **Laboratorios Regionales** con fines clínicos, bromatológicos, farmacológicos, de investigación anatomopatológica, bacteriológica y parasitológica, de higiene industrial e higiene pública.

**Habría que promover también el desarrollo de instituciones privadas (sanatorios) con financiación propia donde personas pudientes pagasen suficientemente la asistencia médica.** La separación de un sistema público para la población de escasos recursos y otro privado para la población “*pudiente*”, destacada por el mismo Presidente en algunos de sus discursos “*sanitarios*”, liga la estrategia concebida con la tradicional separación de la asistencia pública y privada, diferenciándola de las más modernas estrategias universales, como la de Beveridge, que Carrillo conocía y estimaba. Pero aunque no se mencionaba aquí, Carrillo reconocía la otra línea de desarrollo de asistencia médica, así como de establecimientos dedicados a ella, que era promovida y orientada por la Dirección Nacional de Acción Social, de la Secretaría de Trabajo y Previsión.

- 2) “*La Medicina Sanitaria o Profiláctica, o sea la que considera el medio ambiente biofísico (clima, temperatura, gérmenes y parásitos) como factor directo de enfermedades*”. (Nótese que la distinción se hace en función de los factores etiológicos considerados y no en la técnica del control.) Se proponía aquí:
  - a) Terminar con la tuberculosis, con la lepra, con la brucelosis, con la sífilis; sostener lo conquistado en materia de erradicación de paludismo, actualmente (en el momento de escribir Carrillo estas líneas) reducido casi a cero.
  - b) Reducir a cifras inapreciables la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles, circunscribiendo y erradicando otras enfermedades endémicas (anquilostomiasis, tracoma, chagas, parasitosis, etc.). Levantar los mapas epidemiológicos y mantener vacunada la población.
  - c) Crear una conciencia sanitaria, a través de la cultura, educación y difusión; propender a la distribución de la población de acuerdo con la geografía médica y con las posibilidades bioclimáticas; implantar el contralor médico de la inmigración en los puertos europeos de embarque y reforzar la sanidad de fronteras, realizar el Censo Nacional de Higiene Pública, los censos de ciudades para caracterizar localmente los problemas de la medicina sanitaria; zonificación de ciudades y saneamiento rural; organización y coordinación de la lucha contra las enfermedades comunes al hombre y a los animales; evitar la propagación de la parálisis infantil.

- 3) *“La Medicina Social o Preventiva, o sea la que se funda en la consideración de los factores indirectos de salud del ámbito económicosocial (vivienda antihigiénica, ignorancia de la higiene, alimentación irracional o insuficiente, trabajo insalubre”*, dentro de la cual se destacaban:
- a) **la política de vivienda:** evitar la construcción de viviendas oscuras o mal ventiladas, luchar contra el conventillo, controlar el hacinamiento, etc.
  - b) **la política alimentaria:** organización científica y económica de la alimentación popular
  - c) **la política de la salud laboral y la prevención y tratamiento de las enfermedades sociales:** enfermedades del corazón; de la nutrición; mentales; del tubo digestivo; neoplásicas; alérgicas. (Este conjunto parece corresponder más que a otra cosa, a la noción de patología prevalente, y es diferente del que hasta entonces se consideraba como el de las enfermedades sociales, definidas en razón de que la lucha contra ellas debía hacerse más desde un frente social que individual, por la importancia que en su determinación tenían las conductas colectivas: tuberculosis, enfermedades venéreas, alcoholismo, toxicomanías.)

Todo este capítulo de la **Medicina Social** fue, a veces, considerado como una competencia del Ministerio de Salud Pública, otras como responsabilidad del gobierno en su conjunto y algunas, como competencia de la Dirección Nacional de Acción Social (o alguna otra dependencia) de la Secretaría de Trabajo y Previsión, cuando no de la Fundación Eva Perón. La confusión que se mantuvo en el concepto de medicina social, en razón de la oscuridad de la asignación de responsabilidades en el seno del gobierno, hacía imprecisa la caracterización del concepto de una *“medicina preventiva”* diferente de la *“profiláctica”*.

Dedicaba luego Carrillo un apartado especial al tema de las *“Construcciones de establecimientos”*. Hoy puede juzgarse que la política sanitaria que se formuló estaba excesivamente *“medicalizada”*, y también que era excesivo su carácter *“hospitalocéntrico”*, pero, como se ha mostrado, la práctica centrada en hospitales era de frecuente aceptación en la época. Carrillo establecía la meta de 10 camas por mil habitantes, detallando su destino: 5% para maternidad, 10% para clínica y otro tanto para cirugía, 35% para psiquiatría, 35% para tuberculosis (hemos visto ya que el tratamiento de la tuberculosis se estaba transformando en función de los avances terapéuticos, lo cual redujo poco después la necesidad de muchas hospitalizaciones; la atención psiquiátrica ambulatoria y con hospitalizaciones breves, cuando se las requiere, son mucho más recientes) y 5% para otras especialidades (destaquemos que sólo 3 camas por mil son concebidas como camas de hospitalización de enfermos agudos, proporción totalmente razonable).

“Tenemos un déficit calculado, por lo bajo, de 90.000 camas”, decía Carrillo, “tenemos cuatro por mil y tenemos que llegar a diez.” Allí destacaba como necesaria una coordinación permanente con las provincias y municipios, para no superponer obras.

## Financiación de los servicios de salud

En su exposición de la Política Sanitaria Carrillo dedicaba unos párrafos a la financiación de la salud pública y de la Administración Sanitaria:

*“El único servicio público absurdamente gratuito es el servicio médico que presta el Estado. Este servicio público se sostiene con fondos provenientes de rentas generales, que doctrinariamente no han sido concebidas para financiar servicios públicos. Por eso los servicios médicos llevan una vida precaria y son, en general, técnicamente muy malos, hasta miserables; están mal financiados. Debe hacerse efectivo el “Fondo Nacional de Salud Pública”, creado por las leyes 13.012 y 13.019.”*

*“En otros países del mundo el servicio gratuito de la asistencia médica y sanitaria se financia o tiende a financiarse por medio del seguro de enfermedad, del seguro de salud o del seguro social. Nuestro país no está preparado para afrontar esos seguros, en razón del déficit de camas y de medios técnicos para prestar los servicios. Basta pensar que tenemos un déficit de 90.000 camas y se comprende que no podríamos prestar el servicio al que compromete el seguro. La solución es: crear un impuesto sanitario de tal modo que el “Fondo Nacional de Salud Pública”, indiscriminado y sin obligaciones, se constituya indirectamente, no en el momento de la prestación, porque esto sería impopular y porque el concepto de “gratuidad” del servicio es ya en la Argentina una convicción y un hecho político imposible de desarraigar.”<sup>31</sup>*

<sup>31</sup> Decía Carrillo en 1951 en una de sus clases sobre Administración Hospitalaria: “Las personas de medianos recursos no pueden pagarse una asistencia privada en sanatorio, pero tampoco pueden —psicológicamente— ser carne de monón en un hospital. Ellos no tienen la culpa de que la civilización los haya hecho cultos. Acordarles el mínimo de confort que reclaman, no sería difícil mediante tarifas reducidas; el defecto nuestro está en que por un sentimiento mal entendido de izquierdismo magnificamos lo que se cree que no es democrático: esto es, fijar discretas tarifas para esta asistencia especial. Sería una obra revolucionaria si dejáramos de lado estos eufemismos y fuéramos más sinceros acordando lo que personas de recursos medianos reclaman y que hoy son verdaderos torturados en el régimen hospitalario actual.”

*“El general Perón ha resuelto el problema construyendo hospitales especiales para los empleados públicos y sus familias, con lo cual se toma un gran sector de la clase media y culta.” Teoría del Hospital, Op. cit., p. 187*

El Seguro Social Obrero chileno, instituido en 1924, comenzó por crear su propia capacidad instalada hospitalaria, pero al darse cuenta de la magnitud de la duplicación, decidió establecer convenios con los hospitales públicos, dentro de los cuales se diferenciaron “pensionados”, que ofrecían mayores comodidades con tarifas reducidas. Hasta los 70’s la capacidad instalada privada era muy pequeña en el país.



*“No hay política sin financiación; el hecho es que el sostenimiento de una cama cuesta, término medio, \$12 m. n. por día, de los cuales: Personal 6.00\$; alimentos 2.40\$; medicamentos 2.40\$ y gastos varios 1.20\$.”*

*“Preguntamos: ¿y quién paga esto?”*

*“La salud pública es una buena inversión; a larga, resulta un gran negocio para la economía, como se ha demostrado con cifras concluyentes.”*

La contradicción entre la política de salud y la de los seguros sociales del gobierno fue muchas veces señalada en los debates parlamentarios de la época, que acusaban a Carrillo de improvisación y de tender a una *“absorción totalizante”*. Debe tenerse en cuenta que el **reconocimiento explícito** de que los servicios de salud debían ser parte del sistema de seguros sociales hubiese significado, dada la asignación de responsabilidades establecida por Perón, aceptar que la política sanitaria debía ser orientada y dirigida por Trabajo y Previsión.

Por esta razón se mantenían *“zonas oscuras”* en algunas definiciones de política:

- 1) **Cobertura del sistema.** A veces se refería a la población total, otras sólo a la de menores recursos. En *Teoría del Hospital* señalaba que la población de medianos recursos *“no puede ser carne de montón en un hospital”* y que *“el general Perón ha resuelto el problema construyendo hospitales especiales para los empleados públicos y sus familias, con lo cual se toma un gran sector de esa clase media y culta”*. (Véase cita 353). Esos *“hospitales especiales”* correspondían a los establecimientos de los Servicios Sociales que se enumeran más adelante, y fueron el núcleo original del *“sistema de Obras Sociales”*, que se incorporó a lo que con el nombre de *“seguridad social”* (denominación que se aplicó posteriormente a dos instituciones distintas, como veremos luego) creció en el ámbito de la Secretaría de Trabajo y Previsión, eran asignados a grupos *“favorecidos”*, se financiaban con aportes de los beneficiarios y contribuciones del Estado, que creaba solidaridades de pequeños grupos, celosos de los privilegios adquiridos (que agradecían a la persona que les había concedido la gracia) y en modo alguno dispuestas admitir su reducción o a compartirlos.

Veamos las ideas del presidente Perón, expuestas frente al Congreso extraordinario de la CGT en abril de 1950, sobre la actividad social de los sindicatos: *“En primer lugar, hay que crear una mutual. Mutualidad dentro del sindicato, para que no tenga que recurrir para la ayuda extraordinaria a sus asociados a otra organización que no sea el propio sindicato. La mutualidad sindical lleva la ayuda de la colectividad al hombre que por sus propios medios no puede atender al infortunio o al riesgo imprevisto de la profesión o de la vida.”*

*“Esa mutualidad se utiliza para la conservación de los vínculos, para aumentar los vínculos entre los propios asociados del sindicato y para atender la asistencia médica, pero hay otra organización que debe funcionar también dentro del sindicato para ayudar en forma colectiva a la necesidad de abastecimiento de todo el personal y es la cooperativa...”*

Resulta evidente que el presidente pensaba en una atención médica ligada a la solidaridad interna de cada sindicato y se verá luego, al tocar el tema del financiamiento, la preferencia de Carrillo por los sistemas de servicios de salud *“universales”*. El ministro trató de evitar precisiones que hubiesen deteriorado su posición política y si trató de modificar la concepción presidencial, lo que resulta incierto, queda claro que no lo consiguió.

- 2) **Diferencias entre medicina profiláctica y medicina preventiva.** La caracterización de la medicina social y su competencia real, la parte que le cabe al ministerio de Salud Pública y la que es competencia del conjunto del gobierno y, finalmente, la relación entre la salud pública y la seguridad social en materia de financiación, se mantienen con tantas indefiniciones e imprecisiones que a veces parecen deliberadas.<sup>32</sup>

En 1950, Carrillo se refirió a la *coparticipación federal*, proyecto de ley que, decía, se había estructurado *“como consecuencia del entendimiento logrado entre el gobierno nacional y los gobiernos de provincia, para la financiación de la asistencia hospitalaria en el que la nación se comprometía a aportar a las provincias que adhieran al plan nacional, el 60 % de los gastos de sostenimiento de los establecimientos médicoasistenciales, sobre la base de la unificación de las condiciones técnicas y de funcionamiento de los mismos, la coordinación en cuanto a radios a cubrir, etc.”*

Como conclusión, establece que *“emerge claramente de lo expuesto que nuestro país ha dejado atrás ya los sistemas de financiación individual; que incluso ha superado el sistema rentístico desde la creación del fondo nacional de salud pública y que se apresta a ingresar en los regímenes sociales.”*

*“La meta final que se vislumbra en el proceso evolutivo de la medicina parece hoy día radicar en los sistemas de seguridad social.”* Pero a continuación, alejaba y relativizaba esa solución: *“Sin embargo, los gobernantes argentinos no ignoran que para llegar a ella se requieren prolongados estudios y procesos de adaptación y aplicación, pues, como ya lo hemos señalado,*

<sup>32</sup> Véase también el discurso pronunciado en noviembre de 1950 sobre “Financiación de la Salud Pública”. CARRILLO, R. *Contribuciones... Op. cit.*, p. 168 y ss.

*ningún país puede desprenderse bruscamente de su propio pasado histórico. Es necesario, por ello, que se arbitre una solución inmediata que contemple las estructuras actuales que sirven la previsión social y a la asistencia de los habitantes del país.*<sup>33</sup>

Puede resultar esclarecedor el examen del artículo escrito por Carrillo y publicado en 1949 en la revista *“IV Continente”* que lleva por título *“El problema de una financiación adecuada de la salud pública”*.<sup>34</sup> Después de un breve racconto histórico de la acción sanitaria, que inicia con una ley inglesa de 1383, examina los *sistemas adoptados para la solución al problema de la financiación de la salud pública*, describiendo brevemente las características de los utilizados por Nueva Zelandia desde 1938, Australia desde 1943, el Plan Beveridge de 1942 en Gran Bretaña, el proyecto Wagner Murray de 1943 en los Estados Unidos y el mensaje del presidente Truman de 1948, el proyecto chileno de 1941 y la ley mexicana de 1942. Propone luego la *“Solución Argentina”*, cuya descripción inicia citando un artículo de Pierre Laroque titulado *“Del Seguro Social a la Seguridad Social: la experiencia francesa”*.

Es importante destacar la diferencia que Laroque, como muchos otros en esos años, hacían de esos dos conceptos. Los Seguros sociales eran los que inauguró Bismark en Alemania en 1883 y buscaban dar respuesta a la inseguridad del proletariado a través de institucionalizar la solidaridad entre los trabajadores. La Seguridad Social introducida en Nueva Zelandia y sobre todo en Gran Bretaña, era un mecanismo para asegurar realmente la igualdad de derechos y de oportunidades de todos los **ciudadanos** a través de consolidar la solidaridad nacional, reconocía sus antecedentes en el pensamiento de alguno de los ideólogos de la Revolución Francesa y fue el medio propuesto por la Comisión Beveridge para el requerimiento que se les había hecho, el de encontrar un medio para asegurar en la paz la cohesión social que la sociedad británica había exhibido durante la guerra. Esa *seguridad social* debía cubrir a todos los ciudadanos, su financiación se alejaba de las técnicas del seguro y sus prestaciones debían ser igualitarias.

Pierre Laroque<sup>35</sup> fue el técnico encargado por el gobierno de De Gaulle de reformar los seguros sociales franceses —en vigor desde 1930— para universalizarlos y transformarlos en un sistema de seguridad social. Fracasó parcialmente en su intento, señalando que las fuerzas centrifugas en la sociedad francesa se habían mostrado más fuertes que los deseos del le-

<sup>33</sup> CARRILLO, R. *Contribuciones... Op. cit.*, p. 176 y 178

<sup>34</sup> Incluido en Carrillo, R. *Obras Completas*, Eudeba. “Política Sanitaria Nacional”, capítulo LII, p. 515,

<sup>35</sup> *Mi profesor de Seguridad Social en la Fundación Nacional de Estudios Políticos de París, M. Etienne Gout, quien había colaborado con Laroque en 1945, me permitió conocerlo personalmente en 1972. Juan Carlos Veronelli.*

gislador. El Régimen General que instituyó creció progresivamente después, al tener que absorber muchos de los Regímenes Especiales, que se transformaron en sistemas complementarios. El sistema francés se ha universalizado a través de la reciente cobertura médica universal, pero la participación en el mismo de las centrales obreras (y la exigencia de los profesionales de respetar el Acta de la Medicina Liberal de 1930) lo han configurado como un sistema excesivamente complejo y han reducido su eficiencia.<sup>36</sup>

Carrillo demostraba conocer los antecedentes y visualizaba la solución en la evolución del Fondo Nacional de Salud y Asistencia Social: *“Para ello, se han contemplado ya diversas soluciones posibles. Descartada la que podría estar representada por el clásico sistema de aportes de los patronos y los obreros, que debe quedar, por razones obvias, circunscripto a los aspectos incluidos en los planes de previsión, conforme a la noción que acerca de esta última expusimos más arriba, sólo queda la posibilidad de optar por un régimen impositivo que se adapte lo más aproximadamente posible, al ideal de justicia social.”*

*“A ese respecto debemos observar, conjuntamente con Pierre Laroque (obra citada) que no tratándose de asegurar a grupos determinados contra uno o varios riesgos concretos, “sino de proceder a una distribución de los ingresos”, no hay necesidad de “medir exactamente la importancia de cada riesgo para cada individuo, ni de guardar la debida relación entre las cotizaciones pagadas y las prestaciones que puedan corresponderle, ni de constituir las reservas matemáticas requeridas por la situación de cada asegurado.”*

*[...] Lo justo sería, a nuestro juicio, un impuesto que tuviere en cuenta los dos principios básicos siguientes: a) “la suma de las cotizaciones y las cargas de los riesgos se equilibran en el conjunto de la colectividad por una compensación entre los elementos más ricos y más pobres” (Laroque, misma obra), principio éste que aparece fundado en las modernas concepciones sobre la solidaridad nacional y b) la percepción indirecta de los servicios prestados a la colectividad mediante la ejecución del plan.*

En la discusión parlamentaria de la ley que creó el *Fondo Nacional de Salud Pública* y el *Consejo de Construcciones Sanitarias* (13.012 y 13.019), varios aspectos de las mismas fueron objeto de un rico y extenso debate. El miembro informante defendió la *planificación* como medio para la transformación social, ejemplificándolo, entre otros, con el *“New Deal”* de Franklin D. Roosevelt, y también *la inexistencia de límites político admi-*

<sup>36</sup> Ver, por ejemplo, la obra reciente de EVEN, PH. ET DEBRÉ, B. *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, Le Cherche Midi, Paris, 2002

*nistrativos para los problemas de salud*, argumento con amplia tradición nacional.

Muchos diputados opositores estuvieron de acuerdo con la **centralización** como estrategia, aunque discutían la insuficiencia de información estadística y la conveniencia de emprender previamente experiencias “*piloto*” para comprobar la eficiencia de la organización propuesta; otros, en cambio, se opusieron al **avance central** que “*invade a las provincias, a las municipalidades, a Obras Sanitarias de la Nación, al Consejo Nacional de Educación y aún al Ministerio de Guerra*”, según expresaba Nerio Rojas.

### Ante la reforma constitucional

En enero de 1949, decidido el gobierno a realizar la reforma de la Constitución (necesaria para posibilitar la reelección del presidente), Carrillo publicó en la revista “*Horizontes Económicos*” un artículo titulado “*Esencia del problema de la Salud Pública ante la reforma constitucional*”.<sup>37</sup>

Después de recorrer los deberes del Estado en relación con la salud de los habitantes en las Constituciones de Chile, Uruguay, Venezuela, Panamá, Lituania, Portugal, Países Bajos e Italia y de la familia en las de Bolivia, Ecuador, Perú, Venezuela, Costa Rica, Cuba, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Portugal, Italia y China, y del trabajador en otros tantos países, concluía que “*Sólo los Estados Unidos de América y la Argentina no han reconocido expresamente en el texto constitucional las facultades del Estado federal de legislar y de ejercer ciertos aspectos de la acción en materia de salud pública.*”

Proponía en consecuencia: “*En síntesis, al considerar la reforma de la Constitución de 1853, estimamos necesario tener en cuenta lo siguiente:*

*La inclusión como facultad exclusiva del Congreso de la Nación, de dictar el Código Sanitario y promover lo conducente a la higiene y salud públicas del país.*

*Mantener en cuanto se refiere a la protección de la salud pública el sistema vigente que sirve de fundamento a las restricciones formales (poder de policía).*

*Incorporar expresamente el deber de velar por la maternidad y la infancia.*

*Considerar que todo habitante de la Nación tiene derecho a la protección, la conservación y la restitución de la salud y que el Estado garanti-*

<sup>37</sup> Incluido en CARRILLO, R. *Obras Completas*, “Política Sanitaria Argentina”, Capítulo XLV, Eudeba, Buenos Aires, 1974, p. 372.

*za y asegura la efectividad de ese derecho, mediante las medidas de sanidad y la asistencia médico-social integral.*

Era una modificación económica; introducía los elementos indispensables para servir de base a la acción nacional sin lesionar las potestades de las provincias. En el volumen *“Política Sanitaria Argentina”* de la edición de las *Obras Completas* de Carrillo se incluye un estudio más extenso sobre el asunto, trabajo que firman con el ministro sus asesores antes mencionados Nougués, De Souza Lobo, Prandi y Kraly.

### **El proyecto de Código Sanitario**

En todas las publicaciones de Carrillo como Secretario de Salud Pública, se hacen referencias a la preparación de un “Código Sanitario”, que representaría la validación legal de todo el plan. **En los hechos, la designación de una Comisión para estudiar el asunto y elaborar el Código, fue uno de los primeros actos administrativos, ratificando la importancia que se le concedía.**

*“Cuando el Gobierno dispuso la centralización de las actividades del Estado orientadas a la salvaguardia de la salud de la población en la ex Secretaría de Salud Pública de la Nación, realizó un acto de gran trascendencia para el futuro de nuestra grandeza; no dejó de advertir, sin embargo, que sin una paralela evolución de las normas jurídicas el desenvolvimiento material, concretado en instituciones como la ya mencionada, sería insuficiente.”*<sup>38</sup>

Se ha comentado antes que el proyecto que comentamos, publicado en 1951, no fue aparentemente presentado al Congreso, a pesar de que en la publicación se incluye el **proyecto del mensaje de elevación**. No hemos podido encontrar testimonios que permitan explicar que una pieza clave del plan, cuya elaboración está terminada en 1951, no se elevara al Congreso. La reforma constitucional de 1949 establecía la potestad del Congreso Nacional para aprobarlo. El hecho de que los conflictos jurisdiccionales, que todavía se visualizaban en el Congreso convocado por Viera, no existieran, o no fueran aparentes, durante la gestión de Carrillo, a diferencia de los derivados de la dispersión institucional de competencias médico-sanitarias, no parece razón suficiente para que el proyecto de Código no se presentara al Congreso Nacional.

De todas formas, el proyecto de Código, así como el del mensaje de elevación, son sumamente importantes para conocer la posición de Carrillo frente al antiguo conflicto jurisdiccional de la sanidad argentina, así

<sup>38</sup> MIN. DE SALUD PÚBLICA DE LA NACIÓN, *Código Sanitario. Proyecto del Poder Ejecutivo*, Buenos Aires, 1951, p. 109.

como su opinión sobre la ausencia de toda mención de la salud en la Constitución Nacional de 1853. Probablemente tuvieron intervención en la elaboración del mensaje que transcribimos, y seguramente, en el proyecto de código al cual acompañaba, el Director General de Asuntos Legales y Legislación Sanitaria del Ministerio<sup>39</sup>, y los Subdirectores.<sup>40</sup>

Decía el mensaje:

*“Al Honorable Congreso de la Nación:*

*El Poder ejecutivo tiene el honor de someter a la consideración de V. H. el adjunto proyecto de código sanitario. [...]*

*Si el mismo mereciera vuestra aprobación, se habría colmado una vieja aspiración de todos los argentinos que viven intensamente los problemas del país y, por ende, los inherentes a la conservación y mejoramiento de la salud de la población. [...]*

*Desde el año 1882, en que el Poder Ejecutivo remitió al H. Senado un proyecto acerca de esta misma materia, se han venido repitiendo infructuosamente los intentos de concretar un cuerpo orgánico de normas. Así, no tuvieron sanción los proyectos de del Barco y Maidana del año 1919, de J. J. Capurro, de 1920, del Poder Ejecutivo, de 1921, de R. B. Trucco, de 1923, y otros que se vinieron sucediendo con notoria frecuencia. [...]*

*Sin entrar, por razones obvias, al análisis de cada uno de los proyectos aludidos, parece evidente que han gravitado circunstancias especiales para que los mismos no merecieran la aprobación del Poder Legislativo; quizá las más ponderables han sido: la que surgía del vacío existente en la ley fundamental y la de que nuestras instituciones sanitarias no habían alcanzado aún el suficiente grado de desarrollo, que permitiera aquilatar la necesaria experiencia. [...]*

*Sancionada la reforma constitucional del año 1949, la primera de esas circunstancias ha perdido actualidad, toda vez que el artículo 68 de la Constitución atribuye al Congreso, en su inciso 11, la facultad de dictar el Código Sanitario. En cuanto a la segunda, bastará recordar el acentuado ritmo impreso a nuestra legislación en la materia y a la evolución de los organismos encargados de la acción, para advertir de inmediato que no hubo, y probablemente no habrá, un momento más adecuado que el presente para jalar ese proceso con la sanción de un código como el que se propicia. [...]*

*La tendencia hacia la codificación de la legislación sanitaria se ha venido manifestando con caracteres nítidos, en el continente americano. Además de los textos que rigen en los diversos Estados de la América del Norte, cabe citar los de Costa Rica, del año 1943; Chile, de 1925, modificado en 1931; Ecuador, de 1944; Guatemala, de 1937; Honduras, de 1926; Panamá, de 1947; República Dominicana, de 1938, etcétera. Por otra parte, conviene re-*

<sup>39</sup> Dr. Julio G. Nogués.

<sup>40</sup> Dr. Juan G. De Souza Lobo y Dr. Antonio D. Kraly.

*cordar que las relaciones entre los veintiún Estados americanos se rigen por el Código Sanitario Panamericano, aprobado en la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en La Habana en el año 1924.*<sup>41</sup>

*[...] En nuestro país la legislación en materia sanitaria adolece de notorias fallas. No implica ello desconocer en absoluto la importancia que reviste todo lo analizado hasta el presente, pero si se pretende abarcar en una vista de conjunto el panorama legislativo sanitario nacional, fácil será advertir que las distintas normas fueron dictadas teniendo en cuenta tan sólo las necesidades más inmediatas a medida que éstas se han ido presentando.*

*A mero título de ejemplos, podría señalarse las siguientes consecuencias:*

*Si bien la denuncia de las enfermedades transmisibles ha sido prevista de un modo genérico en la Ley 12.317, no se encuentra norma alguna que contemple de un modo general, la obligación de aislarse y de tratarse a que deben estar sujetas las personas en razón de su estado de salud. Tan sólo algunas normas dispersas, tales como las de la Ley 11.359, de profilaxis de la lepra y de la Ley 12.331, de profilaxis de las enfermedades venéreas, prevén, en distinta medida, obligaciones de ese tipo.*

*Las distintas normas vigentes, presentan una patente discrepancia de criterios en cuanto a su ámbito de validez espacial respecta. Así, verbigracia, mientras la Ley 12.670, de vacunación antidiftérica, es aplicable a todo el país, no sucede lo mismo con la Ley 4.202 de vacunación antivariólica cuyo artículo 1º la declara obligatoria en la Capital de la República y en los territorios nacionales.*

*No siempre, en la construcción normativa, se ha prestado debida atención a la parte de la norma que conceptualiza el incumplimiento de los deberes a cargo de los administrados. De tal manera, ha ocurrido que la ley 11.843, de profilaxis de la peste, carece de sanciones para muchas de las obligaciones instituidas, lo que ha motivado que las autoridades judiciales se pronunciaran en el sentido de la falta de legalidad de las establecidas en el decreto reglamentario.*

*[...] Pero si importante es la cuestión que se acaba de glosar, no lo es menos otra aparentemente vinculada también al método, pero que hace en realidad a la esencia de nuestro federalismo. En efecto, la atribución acordada al poder central por la cláusula constitucional antes referida, plantea la necesidad de restringir el contenido del código a los problemas estrictamente sanitarios, necesidad ésta que no aparecía con igual rigurosidad cuando se trataba de legislar para el ámbito de la Capital Federal y los territorios nacionales. De ahí que en este proyecto se hayan eliminado*

<sup>41</sup> En la publicación ministerial "Código...", *Op. cit.*, se incluye un capítulo final ("Origen del Proyecto") en el cual se analizan los tres sistemas empleados internacionalmente para la codificación sanitaria y se clasifican los proyectos nacionales presentados en décadas anteriores al Congreso. (pp. 112 a 116).



*todos aquellos problemas que no hacen a la sanidad o que guardan con la misma una vinculación indirecta y no esencial. [...]*

*Por ello, y teniendo en cuenta que la obtención de los fines sanitarios impone un hacer conjunto, se ha denominado los tres primeros libros del código: «De la cooperación en la sanidad interna», «De la cooperación sanitaria internacional» y «De la cooperación en la defensa sanitaria de fronteras», agregando un cuarto libro que trata «De las sanciones». [...]*

*Como no escapará al elevado criterio de V. H., según surge de esta síntesis, el presente proyecto ha sido estructurado para la realidad argentina con una sistemática que por su originalidad merece el mismo honroso calificativo de argentina. Por ello el Poder Ejecutivo confía en que habrá de merecer vuestra aprobación.*

*Dios guarde a V. H.»*

PERÓN  
Ramón Carrillo

En efecto, el Código proyectado se refería exclusivamente a la protección de la salud colectiva, es decir, a la sanidad o salubridad o salud pública en sentido estricto, dejándose los temas de la organización de la atención médica para el proyecto de una “ley orgánica”, que se presentaría más tarde. La sanidad era, desde las primeras décadas del siglo, el área en la cual la mayor parte de los representantes provinciales admitían la intervención de la Nación y, como señalaba marginalmente el mensaje, el centro de los compromisos internacionales asumidos al adherir al Código Sanitario Panamericano.

## La política de recursos humanos

Recordemos la expresión de Coni sobre la formación, en el país, de los médicos especialistas: “*se forman como por encanto*” (ver pág. 225). En 1945, siendo Carrillo, como profesor titular, miembro del Consejo de la Facultad, presentó un proyecto sobre la formación de especialistas, criticando el sistema vigente que “*no sólo era malo, sino perjudicial*”: los cursos para graduados eran, en general, de poca seriedad y pobre organización, y confundían, además, el perfeccionamiento y la especialización, llegando a constatar médicos que poseían hasta 12 títulos de diversas especialidades. El proyecto se aprobó, pero la ordenanza “*fue*”, decía Carrillo, “*trancada luego por el Consejo de la Universidad.*”

En abril de 1950 se inauguró en la Facultad de Ciencias Médicas la Escuela de Graduados y le cupo a Carrillo, Ministro de Salud Pública, dictar

la clase inaugural. Recordó los Congresos sobre la enseñanza de graduados realizados en 1909 (en Budapest), en 1914 y en 1937, en Berlín, en el cual “nuestro país estuvo representado por un informe del Dr. Zwanck<sup>42</sup>, con una referencia a dos cursos, de médicos higienistas y legistas, que no existían entonces sino como proyecto. Explicó las modalidades vigentes en los Estados Unidos, en Inglaterra, en Alemania y en Francia, para obtener el diploma de especialista y las características que tendría, a partir de ese momento, en nuestro país.”

Conviene aquí recordar que en 1943/44 se creó en Santiago de Chile, con el apoyo de la Fundación Rockefeller, la Escuela de Salud Pública de ese país. El Dr. Virgilio Alonso ha relatado en una entrevista que antes de pasar a Santiago, los funcionarios de la Fundación exploraron el interés que pudiera existir en Cuyo para la creación de una Escuela de este tipo, sin encontrar eco para esa inquietud. La Fundación promovía en el Continente la creación de “Escuelas”, en tanto en los países de Europa, y sobre todo en Alemania, se creaban “Institutos”.

Detrás de estas diferentes denominaciones había una diferencia esencial, que se entiende mejor diferenciando las que un economista de la época clásica, John B. Say, denominaba *investigación progresiva* e *investigación regresiva*. La primera tenía por objetivo crear nuevos conocimientos, conocer cosas antes desconocidas. La segunda, poder hacer más fácilmente o con menos costo, lo que antes podía hacerse con dificultades y costos elevados. Buena parte de la inventiva norteamericana se ha dirigido, desde Franklin, a la segunda clase de investigación de Say.<sup>43</sup> Los institutos ponían énfasis en la “*investigación progresiva*”, las escuelas, en la “*regresiva*”.

Carrillo, formado en Europa y admirador de los centros europeos, privilegió la creación de institutos para una larga serie de especialidades. Para formar salubristas, en cambio, se creó en 1946 en la ciudad de Santa Fe una Escuela de Sanidad, que al año siguiente adquirió el rango de Facultad, y estuvo a cargo del Dr. Lorenzo García, quien actuó como Subsecretario Técnico en el Ministerio nacional, la segunda figura en la gestión de Carrillo. La elección de una “facultad”, en lugar de una “escuela”, ha sido utilizada por algunos centros análogos en otros países (la Facultad de Medellín, en Colombia, por ejemplo), a fin de evitar que la dependencia de una determinada facultad dificulte la adquisición del profesorado

<sup>42</sup> El Dr. ALBERTO ZWANCK fue profesor de la cátedra de Higiene en la Facultad de Medicina de Buenos Aires. Su actuación docente se extendió por muchas décadas, en 1921 presentó las bases para la formación de visitadoras de Higiene que se concretó desde 1924; en 1934 intervino en la IX conferencia Sanitaria Panamericana y en 1941 inició el curso de médicos higienistas. Al asumir Carrillo la Secretaría, Zwanck condujo las relaciones internacionales hasta que se estructuraron las dependencias específicas.

<sup>43</sup> “Uno de mis profesores en la Fundación Nacional de Estudios Políticos de París, Jean Fourastieé, nos señalaba que el menosprecio europeo, y especialmente francés, por la investigación regresiva, estaba detrás del creciente retraso tecnológico respecto de los Estados Unidos” Juan Carlos Veronelli.

multidisciplinario que requieren la práctica y la enseñanza de la salud pública. Esa dificultad es menor (o inexistente) cuando la Escuela depende de una Secretaría o Ministerio de Salud Pública, como en México o Perú, pero allí la libertad de criticar o adversar respecto de la política gubernamental puede ser limitada.

Volvamos a la conferencia de Carrillo, quien pasó enseguida al tema más importante de su presentación, discutido en los ámbitos universitarios como un intento por absorber competencias: las relaciones entre el Departamento de Graduados y el Ministerio de Salud Pública. *“Una de las críticas actuales es la que quiere crear un problema referente a las relaciones entre el Departamento de Graduados y el Ministerio a mi cargo. Nada más pueril. Porque está absolutamente establecido que es la Facultad de Ciencias Médicas la que forma al médico, la que lo deja en condiciones de ejercer su profesión, y la que permite y coadyuva a todas las especializaciones, hasta la entrega de su título respectivo. [...]*

*Ahora bien; desde este preciso instante, la Universidad ya nada tiene que ver con el especialista. Aparece, en cambio, la responsabilidad legal del Ministerio de Salud Pública de la Nación, que reglamenta el ejercicio de la profesión y observa si el facultativo especialista actúa bien o mal. Dos funciones distintas, como se ve. Lo que debe hacerse es un convenio entre el Ministerio de Educación y el de Salud Pública, y a eso se llegará. [...]*

*Salud Pública puede prohibir el ejercicio de la profesión a los que no sean especialistas egresados de la Escuela de Medicina. Hoy se autoriza como especialistas a quienes durante cinco años trabajaron en un servicio especializado. [...]*

*Lenguas que son, esta vez sí, malévolas y malintencionadas, han dado en afirmar también que el Ministerio de Salud Pública de la Nación, por intermedio de la Escuela Superior Técnica, de mi creación, hace una competencia ruinosa a la Facultad de Ciencias Médicas. No puede haber error más grave. En primer término, porque sería absurdo que yo, que creo una Escuela de Graduados y que lucho para que ella marche sobre rieles, me haga la competencia a mí mismo, creando la Escuela Superior Técnica del Ministerio. Es decir, solamente un alienado podría hacer tal barbaridad. [...]*

*No, la verdad es la verdad. La Escuela Superior Técnica es una Escuela interna del Ministerio, para nuestros funcionarios y nuestros empleados. Sus cursos están destinados exclusivamente a darles una mayor capacitación en sus funciones. No son cursos de especialización, como estos que inauguramos hoy. En Salud Pública, en su Escuela, enseñamos lo necesario y lo mejor para nuestro Ministerio; eso es todo. Y es incontrovertible. Porque la crítica resulta ridícula es que hasta puede parecer un poco ridícula la réplica. [...]*

*Por ejemplo, en la Escuela Superior Técnica se dictan a los médicos, antes de enviarlos a los clubes a examinar deportistas... algunos conocimientos de*

*medicina del deporte [...] ¿Podemos pedirle a la Facultad que nos prepare médicos del deporte? La respuesta sobra. [...]*

*En la Escuela del Ministerio se dictan cursos de contabilidad hospitalaria, de taquigrafía y de dactilografía para los empleados administrativos. ¡Ah! También tenemos cursos para los obreros y el personal de maestranza. Enseñamos la mejor manera de matar ratas, mosquitos, moscas, etc. Lo que parece sencillo, pero no lo es. ¿Con esto hacemos competencia a la Facultad? Me parece, modestamente, que no.*

*[...] Tan baladí es la crítica que se nos ha hecho al respecto que, por ejemplo, bastaría añadir lo siguiente: en nuestra Escuela Superior Técnica creamos los cursos de médicos de higiene y de medicina industrial, requeridos por las necesidades actuales. Los cursos tuvieron un gran éxito y hasta médicos del interior se inscribieron en ellos. Centenares de alumnos graduados —no funcionarios de Salud Pública— aumentaron el volumen de los cursos. Hasta que resolvimos solicitar a la Facultad de Ciencias Médicas que ella los dirigiera y tomara a su cargo. El Dr. Izzo (decano) acogió con entusiasmo la iniciativa, y así se dicta en esta casa el curso de medicina industrial, con más de cuatrocientos alumnos. Yo inauguré ese curso, como profesor, no como Ministro y lo hice en mi carácter de creador de esa materia.”*

Un año más tarde, en la inauguración de los cursos del **Instituto Superior de Cultura Médica**, anunció que éste, junto con el **Instituto de Perfeccionamiento Técnico Médico** y el **Instituto de Profesiones Auxiliares de la Medicina**, serían los centros que canalizarían **todos los cursos del Ministerio**. Fue en esa oportunidad cuando aclaró sus conceptos sobre la cibernetología, la biopolítica y la nicología. Se preguntó sobre las relaciones entre el curso que describía y el antiguo de Médicos Sanitarios, explicando: *“hemos llegado a un acuerdo con la Facultad de Higiene y Medicina Social de Santa Fe, por intermedio de su decano, el doctor García, que es también nuestro subsecretario técnico, en el sentido de que esos cursos de Médicos Sanitarios los haremos en Santa Fe, concediendo becas a personal de todo el país que lo solicite. De este modo tendremos la suerte de que un importante instituto de enseñanza, como es la Facultad de Higiene y Medicina Social de Santa Fe, colabore subsidiariamente con nosotros constituyéndose casi en una escuela del Ministerio de Salud Pública de la Nación, porque el único a quien le puede interesar el personal que de ella salga es el Ministerio de Salud Pública de la Nación.”*

*“En cuanto al curso de Médicos Higienistas considero que no tiene objeto que lo dictemos aquí desde el momento que hay ya un curso en la Facultad. Ahora bien; tanto los médicos higienistas como los médicos sanitarios que vengan de Santa Fe, para poder desempeñar el comando de una Dirección tendrán forzosamente que seguir los cursos superiores de Cultura Médica que les darán otra clase de conocimientos de carácter superior, de carácter filosófi-*

*co, que son indispensables para combatir algo que se llama el unilateralismo dentro de la formación espiritual del médico.”*

## Las políticas ejecutadas

Tratemos ahora de salir de las declaraciones y de reconstruir lo actuado desde junio de 1946, utilizando como guía, para evocar la realidad, las anotaciones de las formulaciones y las ejecuciones presupuestarias<sup>44</sup>, al estilo de aquel escritor ruso que describió la experiencia de un viudo reciente quien, al guardar las ropas de la esposa muerta, encontró una libreta de tapas negras en la cual ella anotaba sus cuentas, y al revisar las anotaciones de esas páginas, evocó una emotiva historia de amor.

En 1945 la Dirección Nacional de Salud Pública había tenido un presupuesto de 55.6 millones de pesos, de los cuales la partida de personal, para una planta de 7.771 cargos, era de 22 millones. En 1946 se prorrogó el de 1945, agregándose 2 millones para cumplir las disposiciones del Estatuto de la Dirección y se transfirieron otros 2 millones a la Dirección de Arquitectura del Ministerio de Obras Públicas. Cuando se dispuso, en mayo, la creación de la Secretaría, se otorgaron 200.000 \$ para la reorganización del personal.

En julio se creó la Comisión Nacional Permanente para el estudio de las Enfermedades Comunes al Hombre y a los Animales, a la cual siguieron en los restantes meses otras “Comisiones”: de Higiene Urbana y Suburbana; **para la Preparación del Código Sanitario**; para el estudio de la Denatalidad (sic). Se crearon nuevas Direcciones: la Dirección de Medicina del Deporte; la Dirección Nacional de Defensa Nacional y dependencias especiales, como la Bolsa de Trabajo para profesionales y la Fábrica de Productos Químico Farmacéuticos del Estado. En agosto se reforzó el presupuesto en **8 millones**, con los cuales se crearon los “organismos básicos”: Direcciones Generales de Administración; de Despacho: de Personal, de Industria Farmacéutica y Farmacias, y la Secretaría del Plan Quinquenal.

En menos de seis meses se habilitaron el Hospital de Río IV, los Hospitales Rurales de Ojo de Agua (Santiago del Estero), Taco Pozo (Chaco), Pinto (Neuquén), y se pusieron en funcionamiento las facilidades ya existentes en Frías y Fernández (Santiago del Estero) y las obras de ampliación del Hospital Regional y el Centro de Vías respiratorias, en Resistencia (Chaco). En la Capital se creó el Instituto de Cirugía Torácica de la Tuberculosis y en Tucumán un centro de Salud en San Pedro. Se crearon

---

<sup>44</sup> CARRILLO, R. “Los presupuestos de Salud Pública de 1946 a 1950 en relación con el desarrollo técnico-administrativo del organismo sanitario nacional”, ImMpP. Central del MSP, Buenos Aires, 1950.

tres delegaciones regionales en Catamarca (del Oeste), Corrientes (del Este) y Tucumán (del Norte) y tres servicios volantes de vacunaciones y saneamiento, en Formosa, Chaco y Misiones.

En noviembre, mediante utilización de partidas globales, se crearon 757 cargos, con lo cual se totalizaron 8.528. Para 1947 se presupuestaron 22.377 cargos, entre los cuales 6.910 provenían de la Sociedad de Beneficencia de la Capital y la ex Dirección de Ayuda Escolar, pero se generaba un margen importante para futuras creaciones. En el mes de diciembre se produjo en Buenos Aires el brote de peste bubónica que mencionamos y que suscitó una rápida respuesta de la Secretaría.

El Presupuesto total de 1947 se formuló con 157.8 millones, de los cuales 85.5 millones se destinarían a gastos de personal. Sólo trece millones se dirigían a la ampliación de la lucha antipalúdica, creación de puestos sanitarios, centros de salud, nuevos servicios, etc: *“En este año se pone en marcha el gran plan de lucha antipalúdica, con la idea de erradicar definitivamente el paludismo, enfermedad secular que hasta no llegar el gobierno de Perón no pudo ser extirpada.”*

Los servicios de la Sociedad de Beneficencia y su personal se presupuestaron en 31 millones. En marzo se creó la Dirección de Código y Legislación Sanitaria, sobre la base de la Subcomisión legal de la Comisión especial creada el año anterior. En noviembre el Ministerio de Obras Públicas transfirió a la Secretaría de Salud Pública, la Dirección de Arquitectura Hospitalaria, con 17 cargos y 477.000 \$ y en diciembre se recibió un refuerzo de tres millones para adquirir elementos para las colonias de alienados.

Se crearon en ese año la Droguería Central, la Fábrica de Medicamentos Tipificados, el Banco Central de Hemoterapia y servicios de hemoterapia en todos los hospitales de la Secretaría.

Se inauguraron, crearon o pusieron en funcionamiento un Hospital Regional, dos Hospitales de zona, dos vecinales, tres locales y seis rurales.

Es interesante detallar las reparticiones que se crearon en la Capital: Instituto Nacional de Enfermedades Alérgicas; Escuela Superior Técnica de Salud Pública; Dirección de Ayuda Médico-Social; Instituto de Farmacología y Contralor Farmacéutico; Dirección de Alimentación, Vivienda y Vestido; Instituto de Higiene Industrial y Medicina del Trabajo; Dirección de Climatismo y Termalismo; Dirección de Higiene Pública y de la Vivienda; Dirección de Sanidad de Fronteras y Transportes; Dirección de Asuntos Profesionales; Dirección de Cultura Sanitaria; Dirección de Demología Sanitaria; Dirección de Higiene Social; Instituto de Rehabilitación Médica del Inválido; Inspección General del Personal; Dirección de Costos y Precios; Instituto Nacional de Endocrinología; Instituto de Luminotecnia y Óptica; Instituto Nacional de Foniatría y

Consejo Nacional de Construcciones Sanitarias. Se crearon, también en la Capital, el Instituto Nacional de Entomología; el Instituto Central de Dermatología; el Instituto de Higiene Pública; el Centro de Investigaciones de Glaucoma y Enfermedades Oculares Hereditarias; la Escuela de Instructoras de Enfermería; la Escuela de Enfermería; el Instituto de Biotipología y Materias afines; el Instituto de Higirotécnica y Meteoropatología; la Comisión Asesora de Medicina Preventiva; el Instituto de Fisiopatología del Deporte; el Instituto Central de Medicina Preventiva; el Instituto Nacional de Reconocimientos Médicos; el Instituto Tecnológico de Higiene Industrial y Medicina del Trabajo; el Instituto de Clínica Tecnológica; el Instituto de Investigaciones Médico Tecnológicas; el Instituto de la Población; la Comisión Coordinadora de Demología Sanitaria y el Instituto de Educación y Propaganda Sanitaria.

En septiembre de ese año de 1947, se realizó en Buenos Aires la Primera Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, de acuerdo a lo establecido en la Conferencia Sanitaria Panamericana en la cual se había elegido como Director a Fred Lowe Soper, aquel salubrista norteamericano que dirigía el proyecto de la Fundación Rockefeller<sup>45</sup> para la erradicación de la fiebre amarilla en el Brasil y al cual Gregorio Aráoz Alfaro invitó, en 1934, a participar en la IX Conferencia Sanitaria Panamericana, que tuvo lugar en Buenos Aires.

Elegido en 1947 como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, tuvo que enfrentar la decisión norteamericana de favorecer la absorción del antiguo organismo panamericano por la recién creada Organización Mundial de la Salud.<sup>46</sup> Los Estados Unidos habían creado durante la guerra el Instituto de Asuntos Interamericanos y habían ensayado con él la cooperación sanitaria bilateral, que pensaban ampliar cuando la OPS fuera absorbida por el organismo mundial. Soper solicitó el apoyo de los países latinoamericanos para formar un fondo que permitiese agrandar la OPS e impedir su absorción. En una escala del viaje hacia Buenos Aires, el Presidente brasileño Getulio Vargas le había prometido apoyar al organismo con 250.000 dólares.

En Buenos Aires, el evento, que se conoció (incorrectamente) como “*Congreso Sanitario Panamericano*”, se inauguró con la presencia del can-

---

<sup>45</sup> La Fundación había comisionado a Soper, hacia el final de la IIª Guerra Mundial, para estudiar, en el Norte de África y en el Mediterráneo, la lucha contra el tifus exantemático o tifus epidémico, rickettsiosis transmitida por piojos. Tuvo allí la oportunidad de probar un nuevo insecticida, el DDT, del cual se dijo que fue el arma que permitió a los aliados ganar la batalla de Nápoles.

<sup>46</sup> SOPER, F. L. *Andanzas por el mundo de la salud*, OPS/OMS, Publicación Científica N° 355, 1979. También OPS/OMS. JUAN CARLOS VERONELLI Y ANALÍA TESTA.(ED.) *La OPS en Argentina. Crónica de una relación centenaria, Representación en Argentina*, Buenos Aires, 2002.

ciller, doctor Bramuglia. Tuvo en él destacada actuación, además de Carrillo, el Dr. Alberto Zwanck, antiguo profesor de Higiene que se ocupó en los primeros tiempos de las relaciones internacionales en la Secretaría.

Carrillo manifestó allí, entre otros conceptos: *“La posición espiritual del gobierno argentino facilita la comprensión de estos problemas, y de ahí que aquilate debidamente y apoye sin retaceos la tesonera acción humanitaria de la Oficina Sanitaria Panamericana, aceptando como principio indiscutible que la miseria, la pobreza, la desnutrición y la insalubridad de uno cualquiera de los pueblos americanos afecta por igual a todos los demás.”*

*“Somos también los primeros en reconocer públicamente que gracias al esfuerzo de esta organización, gracias a sus directivas inteligentes, desde que fuera fundada en el año 1902, se ha conseguido un adelanto considerable en la salud pública de las Américas.”*

*“La Argentina, en (las reuniones de) Caracas y Nueva York, en este último año, le prestó todo su apoyo a la Oficina Panamericana, comprendiendo, eso sí, que era necesario ampliar sus funciones, proceder a su reorganización y vigorizarla con los recursos y los elementos sanitarios que ha menester para su obra de coordinación y ayuda sanitaria continental, porque solamente elevando el nivel de vida de América, asegurando la nutrición y salubridad podremos aumentar la productividad de las Repúblicas americanas y, por consiguiente, la seguridad, bienestar y felicidad de sus habitantes.”*

*Coincidente con estos propósitos, me complazco en anunciar que el General Perón ha enviado un mensaje al Congreso de la Nación solicitando un millón y medio de pesos anuales para reforzar el presupuesto de la Organización Panamericana, porque sabe que su acción sanitaria no puede detenerse en las fronteras del país. No. Los límites de los Estados son límites histórico-políticos, pero no límites sanitarios.”*

*Soper anotó en su Diario<sup>47</sup>, respecto de la contribución argentina: “esto es algo más de lo que yo había esperado, pero Argentina aspira a dar tanto como los Estados Unidos”*

Los participantes de la Reunión visitaron al Jefe de Estado en la Casa de Gobierno, en el Salón de los Bustos, donde el Secretario de Salud Pública presentó a los concurrentes. El presidente les dirigió conceptuosas palabras, diciendo, entre otras cosas: *“El estado sanitario de la República Argentina es malo, y lo es como consecuencia de esa incuria en que hemos vivido tantos años, abstraídos quizás en la contemplación de las grandes ciudades donde la defensa de la salud es una cosa casi natural, por la existencia de medios y de elementos científicos para combatir las enfermedades; pero los flagelos en el interior de nuestro país son lo más terrible que pueden ser para un*

<sup>47</sup> Están disponibles, en una sección especial con el nombre de Soper, en la Biblioteca Nacional de Medicina, en los Institutos Nacionales de Salud, en Bethesda, Maryland.



*país civilizado. A ese respecto nosotros hemos reaccionado y hemos empleado un sistema integral, es decir, comenzando por donde debe comenzarse, para restaurar lo que en la salud de la población se ha perdido y previendo la posibilidad de resolver esos grandes problemas. [...]*

*Si solamente hubiéramos creado una Secretaría de Salud Pública, no habríamos hecho sino una pequeña parte de la obra, porque ese organismo debería quizá pelear con el gobierno para que se tuviera en cuenta otros factores que en la acción de gobierno, llevan precisamente a la solución natural de los problemas de salud pública. Por eso dentro de las reformas que involucra el movimiento que estamos cumpliendo desde el gobierno, hemos entendido que hay una escala para la defensa del material y del potencial humano de la Nación. Y en esa escala nos encontramos en poner término con las exigencias económicas, después con las sociales, con las cuales es posible propender a un mejor grado de salud física y moral o sea a la defensa integral de la salud de la población. Entendiéndolo así hemos comenzado por crear condiciones económicas en la población necesitada, ya que la otra población, la que no es necesitada, se defiende sola. A esa población necesitada hemos tratado de elevarle el standard de vida y lo hemos conseguido ya en un 200 por ciento. Con ello, ya la salud pública ha mejorado extraordinariamente. La estadística nos está demostrando que el solo hecho de la elevación del standard de vida en la población ha permitido ya un mejoramiento natural en el estado de salud de la misma. [...]*

*Del mismo modo, las medidas sociales, como consecuencia de las medidas económicas generales, han permitido establecer dentro del país ya sea en la previsión social o en la asistencia social, lo que la estadística ya está demostrando y es que en pocos años vamos obteniendo índices muy favorables en este aspecto. [...]*

*Igualmente, con la creación de la Secretaría de Salud Pública nos ha sido permitido encarar el problema en su tercer aspecto, tal como consideramos nosotros, el de la salud propiamente dicha, aspecto en el cual nos encontramos en muy buenas condiciones a pesar de que hace apenas un año que estamos trabajando en él. La República Argentina tiene problemas gravísimos, desde el de la tuberculosis, la lepra y demás secuelas que alrededor de estos dos grandes flagelos se desarrollan en casi todas las regiones del mundo, hasta el de la brucelosis, que plantea una situación en ciertas regiones del país. [...]*

*Nosotros hemos encarado el asunto desde el gobierno, lógicamente estoy hablando de lo que puede hacer el gobierno, no de lo que puede hacer el médico, porque eso lo saben Uds. mejor que yo. El concepto con el que encaramos el problema desde el gobierno, es el reestructurar toda la acción médica en el país, tanto preventiva como curativa. Hemos observado que en el estado primitivo en que nosotros nos encontramos con el problema de la salud pública, cada día el índice de los flagelos colectivos iba siendo más*

*pavoroso para el país; y yo lo he comprobado personalmente, porque me ha tocado presenciar las revisiones médicas de los hombres de 20 años, donde está el índice de vigor de la población en su grado más alto, y era triste contemplar que entre esos hombres de 20 años, cada vez teníamos un porcentaje mayor de inútiles. Pero no eran inútiles precisamente por las pestes que azotan a ciertas regiones de nuestra patria; desgraciadamente lo eran por el hambre que era el peor de todos los flagelos que sufría el país, este país que produce tan enorme cantidad de trigo, de pan y de carne. Hemos tenido clases donde un 33 por ciento han resultado inútiles por infra-alimentación. Eso sería ya suficiente para hablar de la miseria fisiológica de cierta parte de nuestra población, pero más aún de la miseria social, que es todavía más grave, porque de ella se debe culpar directamente a nuestras clases dirigentes y a nuestros gobiernos. [...]*

*Por otra parte, a esos males graves, terribles, se suma la falta de una organización médica en nuestro país. Yo siempre he pensado, al estudiar estos problemas con el Dr. Carrillo —ya que por ser soldado entiendo un poco de organización para la lucha— que la lucha contra el mal, como la lucha contra el hombre, que algunas veces suele ser también un mal, tiene reglas que le son muy comunes. Y le decía a este respecto: “Hasta ahora nosotros no hemos tenido más que médicos francotiradores, que recibían su título y salían a curar. [...]*

*No podemos ofrecer todavía ejemplos de acciones que recién comenzamos a realizar. Pero nuestra intención, nuestra aspiración y quizá nuestra ambición es, en un futuro cercano, poder ofrecer a los demás países hermanos del continente, el ejemplo de cómo hemos atacado los flagelos colectivos y cuáles han sido los resultados que hemos obtenido en forma tal que esta experiencia que nosotros iniciamos con toda decisión, pueda también servir para los demás países que tengan los mismos males de que se ve aquejada nuestra población. Tan pronto realicemos esa obra hemos de hacer llegar los resultados a todos los países americanos con un informe completo, por lo que pueda servirles como experiencia. Y los enviaremos con la más amplia y buena voluntad, sin limitaciones de ninguna naturaleza, toda la experiencia que acumulamos, con una idea profunda de colaboración y cooperación.”*

Resulta interesante, al leer ese discurso, imaginar el efecto que debería producir en un auditorio de funcionarios de alto nivel de los organismos sanitarios de muchos países americanos. Habrán pensado cosas como: *Este es un presidente que entiende nuestros reiterados reclamos de recursos... y qué bien habla, qué informado está de todo [...]* Estos argentinos, siempre humildes [...] todavía no han comenzado y ya prometen enseñarnos generosamente lo que aprenderán. Este gobierno sí que se hace cargo de la lucha contra la pobreza [...] Afortunado el ministro de salud que cuenta con este apoyo.

Es importante destacar que Perón asumía como tarea del gobierno mismo, y no de la salud pública, corregir la regresiva distribución del ingreso de la cual derivaba la infra alimentación de muchos, dejando para la salud pública los problemas más estrictamente “*médicos*”, la lucha contra los “*flagelos*”. Se ha dicho que Carrillo “*medicalizó*” la actividad del ministerio; pero esto, por lo menos en parte, era el resultado lógico de un reparto de las competencias y las funciones en el gobierno, donde el presidente sólo asignaba a Salud Pública las funciones “*médicas*”, y no la detección y corrección de las consecuencias sanitarias de la pobreza.

Queríamos mostrar, a través de una anécdota, el cambio radical que se operó entre 1947 y 1950, en las perspectivas y posibilidades económicas del gobierno. Soper regresó a Buenos Aires en 1950. Aprovechó la oportunidad para transmitir al gobierno la preocupación del Director de la OMS respecto a que el atraso de la Argentina en el pago de sus cuotas determinaría que se le negase la capacidad para votar en la siguiente asamblea. Informó primero al Director de Política Sanitaria Internacional del Ministerio de Salud Pública, Dr. Gerardo Segura, a quien le costó trabajo ubicar a Carrillo.

Informado éste del asunto, trató, infructuosamente, de hablar con el Presidente, y tuvo que esperar para presentar el problema a la siguiente reunión de gabinete, en la cual Perón le manifestó su interés de que se concretaran los pagos a la OMS y también a la OPS, **a la cual todavía no se le había entregado la contribución extraordinaria decidida en 1947.**

Gerardo Segura llevó a Soper al Banco Central, donde les dijeron haber recibido instrucciones para girar el millón y medio de pesos (la contribución especial, que ya no representaba la misma cantidad de dólares), los 79.000 dólares de la cuota de la OPS y los 130.000 dólares adeudados a la OMS. Segura le anunció a Soper que, después que se depositara el monto adeudado, se reuniría un **Comité Interministerial** para estudiar **las necesidades argentinas de cooperación y los mecanismos para mejor aprovechar la asistencia.** Soper anotó en su Diario: *“esto representa un cambio de actitud revolucionario respecto de 1947, cuando se propuso que el país contribuyese con un millón y medio de pesos a la OPS para beneficio de otros países, ya que la Argentina era autosuficiente y no necesitaba asistencia ni técnica ni material.”*

Regresemos al examen superficial de los presupuestos: el del año 1948 totalizó 220 millones de pesos, e incluía una planta de personal con 23.870 cargos. El monto tenía un aumento de 357% respecto de 1946, pero ajustando el valor de la moneda, pues la inflación crecía rápidamente, el incremento era del 230%.

En este año se habilitaron en el Interior 24 Hospitales Rurales, 3 Vecinales, 2 Hidrotermales, una Unidad Sanitaria, 7 Institutos, una Delegación Regional, en el Delta; un leproario con 400 camas y 12 Servi-

cios o Campañas epidemiológicas, tres Centros de salud y 17 nuevos Centros de Maternidad e Infancia y 5 Centros de Medicina Preventiva.

Las reparticiones siguieron multiplicándose, casi todas ellas en la Capital: Instituto de Psicopatología Aplicada; Dirección de Oncología e Instituto de Neoplasias; Dirección de Enseñanza Técnica e Investigaciones Científicas; Dirección de Fabricación de Especialidades Medicinales del Estado; Instituto de Entomología Sanitaria; Dirección de Cardiología; Dirección de Gastroenterología; Instituto Nacional de Cirugía; Consejo de Medicina Preventiva; Servicio de Informaciones Técnico-administrativas; Comisión de Estreptomicina; Laboratorio de Electroencefalografía; Asesoría Médico Farmacéutica; Dirección de Centros de Salud y Subsidios; Dirección de Maternidad e Infancia; Instituto de Puericultura (en Córdoba); Servicio de Coordinación de Laboratorios; Instituto de Investigaciones Brucelósicas del Noroeste Argentino (en La Rioja).

En ese año se realizó en Washington la VI (y última) Reunión de Directores de Sanidad. En ella Alvarado presentó un trabajo sobre el *“Control de las enfermedades transmitidas por mosquitos”* en el cual afirmaba: *“El control de la malaria ha sufrido un cambio radical con la aparición de los insecticidas de acción residual [...] con las nuevas técnicas, utilizadas racionalmente y en forma extensiva, es posible prever en un futuro próximo, la erradicación de la malaria en varias naciones del continente, y no parece ya una utopía su erradicación como endemia de todas las Américas.”*

Mientras que Alvarado afirmaba que la erradicación de la endemia palúdica tuvo que esperar al descubrimiento del DDT para hacerse posible, Carrillo decía que tuvo que esperarse el gobierno de Perón: son dos formas de marcar el mismo punto en el tiempo, una con base en la técnica, la otra con base en la política.

En 1949, año en el cual la Secretaría se transformó en Ministerio, el presupuesto ascendió a **240 millones**, (en moneda ajustada por la inflación, el aumento respecto del año anterior era sólo de 7%); la planta de personal comprendía 24.000 cargos que insumían 148 millones. Casi no se crearon reparticiones ni hospitales; en el Interior se crearon 15 centros de Higiene Materno-infantil y una Dirección de lucha contra la Mortalidad Infantil, con sede en Córdoba; se inició la lucha contra la Hidatidosis y se habilitaron equipos de lucha contra el *Aedes Aegypti* en el Litoral, de acuerdo con el compromiso de participar en el esfuerzo continental de erradicación que había propuesto Soper.

En ese mismo año, gracias al entusiasmo de Cecilio Romaña, quien desde principios de los años treinta había colaborado con Salvador Mazza (que falleció en 1946)<sup>48</sup>, se realizó en Tucumán la *Primera Reunión*

<sup>48</sup> Había viajado a México respondiendo a una invitación especial y sufrió allí un letal infarto de miocardio.

*Panamericana de Enfermedad de Chagas.* En diciembre de 1950 Carrillo aprobó una resolución por la cual se creaba el Comité Directivo para las Investigaciones y Profilaxis sobre la enfermedad de Chagas, el cual designó a Cecilio Romaña coordinador de los programas y recomendó la creación de un Servicio Nacional de Profilaxis y Lucha análogo al que había desarrollado la lucha contra el paludismo. El Servicio se creó en 1951 y se le encomendó la Dirección a Romaña, que en ese momento dirigía el Instituto de Medicina Regional de la Universidad de Tucumán. Dos años después la sede del Servicio se fijó en Buenos Aires y allí se incorporó José Alberto Cerisola, a cargo del laboratorio del Servicio.

**En 1950 se aprobó un presupuesto inferior al anterior en moneda corriente y mucho menor en términos reales;** se transfirió al Ministerio de Trabajo y Previsión la ex Sociedad de Beneficencia de la Capital, con seis mil cargos y 40 millones de pesos de presupuesto.

Debe tenerse en cuenta que construir un hospital y equiparlo es un gasto importante, pero mantenerlo en funcionamiento cuesta anualmente alrededor de la mitad del monto total de la construcción y el equipamiento. En los primeros años se gastó en la construcción de nuevos establecimientos, pero también se comprometieron gastos futuros que se mantendrían por muy largo tiempo. Las creaciones de dependencias, tanto técnicas como administrativas, no representaban gastos mayores en el momento en el cual se creaban, pero comprometían los presupuestos futuros. Con un presupuesto que se reducía en términos absolutos y en forma mucho mayor en términos reales, la situación se hacía cada vez más difícil. Además, **la hipertrofia burocrática producida en los años anteriores no sólo resultaba costosa, sino que hacía lenta la operación y dificultoso el control.**

Los resultados, en términos de mortalidad, mostraban una ganancia: la mortalidad general se había reducido de 9.5 por mil en 1946 a 8.9 en 1950; la mortalidad infantil, de 74 por mil nacidos vivos a 68; la expectativa de vida del período 1950-1955 se calculaba en casi 63 años. Pero eran ganancias de magnitud similar a la de casi cualquier quinquenio anterior; **en cambio, el éxito en la lucha antipalúdica era rotundo: desde que disponía de DDT, Alvarado aspiraba, como se vio, a erradicar la enfermedad.** (Se presentan a continuación las cifras del registro de casos, en ese período, en la Argentina y en los Estados Unidos —que posee una población casi diez veces mayor— sólo al efecto de mostrar la mayor velocidad de la reducción de los casos registrados.)

Casos registrados de malaria en la Argentina  
y en los Estados Unidos (1946-1950)

Año	Argentina	Estados Unidos
1946	122.168	48.610
1947	41.250	15.116
1948	15.667	9.606
1949	4.304	4.151
1950	1.954	2.184

Fuente: PAHO/WHO *Reported cases of Notifiable Diseases in the Americas*.  
*Scientific Publication N° 38, August 1958*

En 1950 Carrillo pronunció en el Hospital Central de Mendoza una conferencia sobre “La organización del Ministerio de Salud Pública de la Nación”. Explicó allí, en forma simple y didáctica, cómo la Subsecretaría Técnica se dividía en tres grandes Direcciones Generales, la de Medicina Asistencial, la de Medicina Sanitaria y la de Medicina Social . Y agregó: *“Andando el tiempo hubo que extender la acción a toda la República creando los mecanismos necesarios para ello. Y se organizaron las Delegaciones Regionales, o sea las Delegaciones Federales para representar al Ministerio en cada núcleo civil —comunidades, provincias y territorios—, a fin de establecer nuestros principios por medio de organizaciones espaciales y geográficas. [...]*

*La siguiente etapa consistió en reunir todas esas dispersiones parciales en grupos de comandos más importantes. [...]*

*La primera creación fue la Dirección General de Sanidad del Norte. Y comencé por el Norte porque allí ya existía una organización, aunque rudimentaria, que tuvo cierta eficacia, pues concluyó con el paludismo tradicional de aquellas regiones. [...]*

*Por decreto —creo que eso se realizó por primera vez entre nosotros— disolvimos entonces la Dirección de Lucha Antipalúdica y reestructurándola, transformándola, le dimos nuevos objetivos, nuevas misiones, tales como la lucha anti-tuberculosa. Eso es la Dirección de Sanidad del Norte. [...]*

*Conseguimos, de paso, eliminar el temor del personal antipalúdico, que ante el riesgo de quedar sin funciones, podían seguir «fabricándose» paludismo, después de haberlo eliminado del cuadro de endemias de nuestro medio argentino.”*<sup>49</sup>

<sup>49</sup> CARRILLO, R. *Contribuciones... Op. cit.*, pp. 295-296.

La “horizontalización” o incorporación de las “campañas de masas” (programas “verticales” específicos) en servicios integrados de salud es una tendencia moderna aceptada, que debe hacerse **cuidando mantener la especificidad del control, a cargo de personal específicamente dedicado a estas actividades permanentes, rutinarias, pero imprescindibles si se desea evitar retrocesos**<sup>50</sup>. Carrillo consiguió que no hubiera empleados que “*le fabricaran paludismo*”, pero pagó como costo la reaparición de la enfermedad.

Casos registrados de malaria en la Argentina  
y en los Estados Unidos 1951-1960

Año	Argentina	Estados Unidos
1951	1.829	5.600
1952	1.040	7.023
1953	648	1.310
1954	618	715
1955	240	522
1956	707	234
1957	791	132
1958	1.096	85
1959	5.351	72
1960	1.975	72

Fuente: PAHO/WHO *Reported Cases of Notifiable Diseases in the Americas. Scientific Publications* N° 38;48;58, 1958; 1960 y 1962

En 1951 se publicó *Teoría del Hospital*, una recopilación de las versiones taquigráficas de las clases dictadas por el Ministro, en febrero de 1950, en un curso intensivo para directores de hospital, sobre un tema en el cual no era un especialista.

En el Prólogo, el presidente Perón afirmaba: “*Hay ya una ciencia formada de hecho con la experiencia de todos los países, que enseña cómo debe administrarse un hospital, pero esa ciencia no tiene tratados que planteen y resuelvan sus problemas con un criterio y un sentido integral. Los que se han dedicado a ella parten todos del hospital ya existente y equipado, sin atender*

<sup>50</sup> GONZÁLEZ, C. L. “*Las campañas de masas y los Servicios Generales de Salud*” OMS Cuadernos de Salud Pública N° 29. Ginebra, 1968.

*a la consideración preliminar de que un hospital mal construido no puede ser nunca un hospital bien administrado.”...”Nadie ignora todo lo que tuvimos que hacer desde el gobierno en los más diversos sentidos y muy en especial en materia de salud pública. En efecto, tuvimos que destruir o modificar de raíz todo cuanto existía en el orden nacional —que no era apenas más que el arcaico Departamento Nacional de Higiene— para echar luego las bases y organizar modernamente el actual Ministerio de Salud Pública de la Nación, sin valernos siquiera para ello de los escombros que nos dejara el pasado.”...*

Carrillo no tuvo otro lugar de trabajo que el hospital; trabajó en hospitales europeos (franceses, holandeses y alemanes) durante su perfeccionamiento en neurocirugía; en el Clínicas y en el Hospital Militar, como estudiante y a su regreso de Europa. Seguramente leyó sobre el tema, más en publicaciones europeas que en las provenientes de los Estados Unidos, donde la Administración Hospitalaria se había convertido en una especialidad desde la década de los 30's.

En su *Teoría del Hospital* se alternan juicios de gran sensatez sobre prejuicios o comportamientos que, en el planeamiento, la construcción o la operación de los hospitales, distorsionaban su funcionamiento o su eficiencia, con una serie de nociones más imaginativas que acertadas, “*producto de su experiencia*”, decía, pero también de su tendencia a formular “leyes”, a crear “fórmulas” y a encontrar números mágicos y proporciones “*áureas*”, sazonadas con reflexiones cultas sobre geometrías no euclidianas o mitología griega. Muchos positivistas, en Alemania e Italia y después en los Estados Unidos, habían utilizado ese procedimiento, y lo continuaron haciendo, para intentar probar “*científicamente*” ideas o postulados ideológicos. Carrillo, fascinado con las inusuales dimensiones de su plan de construcciones en el primer quinquenio, quería encontrar reglas generales para facilitar construcciones en gran escala, que permitiesen “*recetar un específico*” a las localidades carentes de hospital, en lugar de tener que formular para cada una, una “*receta magistral*”. El problema suponía en todas partes una carencia sólo diferente en su magnitud.

Las **unidades de 30 camas** y sus múltiplos, entusiasmaron a Carrillo. Diseñó las unidades de internación en salas no tan grandes como las de los hospitales más antiguos, pero sí de seis y hasta de quince camas; esta fue una de las causas de que sus construcciones parecieran anacrónicas. **Comentó la tradición norteamericana de los cuartos de dos camas, pero lo consideró de costos inalcanzables para la Argentina.**

En realidad, las unidades de internación de una o dos camas permiten ser utilizadas indistintamente por varones mujeres o niños, y no requieren la asignación previa a ninguna especialidad. Esto permite trabajar con muy elevados porcentajes ocupacionales, promueve la integración del



hospital y redonda en importantes reducciones de costos. Requiere, eso sí, una mayor cantidad de enfermeras.

En 1952, después del fallecimiento de Eva Perón, se decidió transferir al Ministerio de Salud Pública la terminación y operación de los grandes establecimientos hospitalarios, los “*Policlínicos*”, que la Fundación tenía en el aglomerado bonaerense, agrupados en un Instituto de Acción Social. Para el sobregirado Ministerio, este fue un golpe final. Cuando Teisaire ocupó la vicepresidencia, el poder de Carrillo en el gobierno estaba disminuyendo rápidamente.

Algunas plantas físicas de establecimientos hospitalarios quedaron terminadas, pero sin habilitarse; otras se inauguraron, pero los muebles fueron, después de la inauguración, cargados nuevamente en los vagones que los habían traído, en lo que se denominaba sarcásticamente “*el tren sanitario*”. De todos modos, las 15.400 camas nacionales de 1946, se habían convertido, en 1951, en 27.350, dentro de las cuales estaban las alrededor de tres mil antes dependientes de la Sociedad de Beneficencia. También las provincias y territorios y algunas municipalidades habían colaborado con la construcción o ampliación de hospitales, por lo que las camas totales habían pasado, en esos años, de 66.300 a más de 100.000. **Tan importante como la casi duplicación de la capacidad instalada hospitalaria producida entre 1946 y 1951, es que el número de camas del sector público representaba un 80% del total.** (La cifra existente en 1955/56 será comentada en el próximo capítulo).

**La referencia siguiente es poco conocida pero importante, en tanto permite saber que el Ministro era consciente de la débil integración de los servicios.** Si la cooperación internacional se hubiese podido concretar en ese momento, tal vez hubiera permitido corregir las distorsiones sin alterar la configuración del conjunto de servicios y quizá, hasta proponer la creación de una institución especial análoga a la británica o a la chilena. Cedamos la palabra al salubrista chileno René García Valenzuela<sup>51</sup>:

*“Durante el curso del año 1953, el gobierno de la Nación solicitó la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana, con miras a integrar los Servicios de Salud Pública. Como siempre sucede, estas gestiones progresaron lentamente en un comienzo, para adquirir, más adelante, un ritmo de mayor celeridad. Resulta útil, para la ordenada, aunque resumida, exposición de tan interesante trayectoria, valerse de la documentación existente. [...]*

*En el curso de 1954, en términos todavía imprecisos, se planteó la conveniencia de descentralizar los servicios sanitario-asistenciales y la po-*

---

<sup>51</sup> RENÉ GARCÍA VALENZUELA ocupó el más alto grado de la masonería chilena y tanto el Director chileno de la OPS como su representante y varios de los consultores en la Argentina pertenecían a esa colectividad, por lo cual sus opiniones eran altamente consideradas.



*Fred Soper, Gerónimo Remorino y Ramón Carrillo*

*sibilidad de constituir y desarrollar programas de Salud Pública en el medio rural, basados en la participación activa de la comunidad. Circunstancia tan auspiciosa colocó sobre el tapete de las conversaciones, la necesidad de la carrera sanitaria y, consecuentemente, la modalidad de trabajo a tiempo completo para los encargados de asumirla. [...]*

*En diversas oportunidades el tema fue discutido con las Autoridades Sanitarias, las que estuvieron contestes en aceptar los anteriores puntos de vista. La Organización, llamada a colaborar en este asunto y en base a su régimen administrativo, consideró ese mismo año la posibilidad de realizar un Programa de Demostración de un Servicio Local de Salud Pública Integral en una zona que reuniera, por lo menos, las siguientes características: a) corresponder a una unidad funcional mejor que a un distrito geográfico; b) contener núcleos de población, representativos en lo posible, de los grupos urbano y rural; c) presentar entre sus problemas sanitarios alguno o algunos cuya solución fuera fácil de obtener en un período relativamente breve; d) contar con fuentes de trabajo y economía en crecimiento y con posibilidades de progresista desarrollo. Se consideró útil auspiciar la elección de una zona alejada de la Capital Federal, pero con buenas vías de comunicación. [...]*

*Hubo acuerdo para determinar que un programa cooperativo de esta especie sería buena oportunidad para desarrollar en el país un Programa Integral de Servicios de Salud Pública, con los dos siguientes objetivos fundamentales:*

*1º Satisfacer las necesidades de Salud Pública del mayor número de personas, componentes de una unidad funcional de población, en una zona seleccionada del interior del país.*

*2º Promover la extensión y multiplicación de este tipo de servicios en otras localidades con características similares.”<sup>52</sup>*

A fines de junio de 1954 se sancionó una nueva ley de organización de los ministerios, la Ley N° 14.303, por la cual se incorporó al Ministerio de Salud Pública la Dirección Nacional de Asistencia Social, que estaba en la jurisdicción del Ministerio de Trabajo, cambiándose el nombre del Ministerio por “de Asistencia Social y Salud Pública”. La repartición que se había sacado de la unificación de Galli y que había dirigido el Dr. M. A. Mazza (el mensajero de Perón desde Martín García en octubre de 1945), se devolvía al Ministerio de Salud Pública. Pero ya era tarde para reparaciones históricas. En julio de 1954 Carrillo renunció a su cargo.

En sus últimas participaciones en las reuniones de gabinete, Carrillo sugirió cursos de acción diferentes de los que se adoptaron. Esto lo convirtió en crítico de las decisiones asumidas, aunque no lo expresara. Y el gobierno no perdonaba a los críticos, que equiparaba con los enemigos. Lo reemplazó un hombre de Teisaire, el Dr. Raúl Bevacqua, que no pudo hacer nada con una herencia tan pesada como desfinanciada.

Algunos de los técnicos que acompañaron a Carrillo, como Antonio Velasco, o profesionales jóvenes que habían sido enviados a perfeccionarse en el exterior, como Martín Vázquez Vigo, fueron el puente que mantuvo la operación de los servicios e informó, en el siguiente gobierno, a los expertos internacionales.

Carrillo abandonó el país; viajó a Nueva York, donde padeció serias dificultades económicas. En 1955, para sobrevivir, aceptó un cargo de médico de una compañía minera norteamericana, en la explotación que tenía en Belem, en Brasil. Su salud estaba quebrantada; en Buenos Aires, el nuevo gobierno lo investigaba y le habían embargado sus dos propiedades, su pinacoteca y sus libros. En noviembre de 1956 padeció un accidente cerebrovascular y falleció el 20 de diciembre. Sus restos fueron repatriados en 1972.

## Ideas de Carrillo sobre el Gran Buenos Aires

Transcribimos a continuación algunas páginas que, a nuestro juicio, permiten aquilatar el talento y la amplitud de la cultura sanitaria de Carrillo, teniendo siempre en cuenta que no era un especialista en el tema, sino un médico culto y un excelente neurocirujano.

<sup>52</sup> GARCÍA VALENZUELA, R. “Plan Integrado de Salud para la Provincia del Chaco”. Informe del Consultor en Administración Sanitaria. OPS/OMS, Buenos Aires, Mayo- julio de 1958. (mimeografiado).

En una conferencia dictada en 1951 en el Aula Magna de la Facultad de Medicina comentaba Ramón Carrillo: *“Es sorprendente la visión de Rivadavia como hombre de Estado. Hace más de un siglo, en 1827, propuso que el límite de Buenos Aires fuera una línea trazada desde el Tigre hasta lo que es hoy la ciudad de La Plata. Naturalmente, la idea fue computada como una locura más del genial gobernante; no cabe duda que Rivadavia previó el desarrollo futuro de la ciudad y de su “banlieu” como formando una ciudad física y funcional. Ciento veinte años después, nos reunimos aquí para darle la razón a Rivadavia y tratar de compaginar lo que política y convencionalmente está desintegrado; es decir, considerar la sanidad de Buenos Aires en conjunto con la del Gran Buenos Aires, la ciudad artificial sumada a la ciudad real, la verdadera, la que reúne a todos los porteños y periporteños con sus angustias, trabajos y preocupaciones, apretujamientos y ansiedades emergentes, que no aceptan —como es lógico— limitaciones creadas por mera disposición de los hombres. [...]*

*Sea que el Buenos Aires del futuro incorpore en su seno al Gran Buenos Aires formando una sola unidad política, económica y social, por simple extensión de la capital federal; sea que se integre a semejanza de París y Londres, por unidades municipales, política y administrativamente independientes, con un consejo local; sea cualquiera la forma política con que se resuelva la unificación jurídica de Buenos Aires, siempre dominará un pensamiento: que la ciudad real implique funcionalmente a la unidad natural engendrada por la física, la geografía y el proceso demográfico. [...]*

*Buenos Aires, Capital Federal, tiene tres millones y medio de habitantes, pero Buenos Aires, ciudad real, la que nos interesa a los higienistas y a los arquitectos, y también a los gobernantes, tiene seis millones de seres que configuran uno de los conglomerados humanos más completos y difíciles de administrar y organizar, debido a su paradójica diseminación en una superficie gigantesca para una sola y única ciudad. El problema resulta más grave, desde el punto de vista sanitario, si se considera que más de una tercera parte de la población de la República se concentra en un radio de sesenta kilómetros: San Fernando hacia el norte; Quilmes y Temperley hacia el Sur; Matanzas, Morón y San Martín hacia el oeste. [...]*

*Si los urbanistas y los médicos no hacemos valer la honda preocupación por el destino de nuestra ciudad, llegaremos, en pocos años, a exhibir uno de los centros mundiales más densamente poblados y al mismo tiempo más desplanificado e insalubre, porque la vida humana será, diariamente, una verdadera aventura.*

*La densidad de la población de una ciudad evoluciona según leyes demográficas perfectamente conocidas. En un primer ciclo, toda ciudad próspera, económica y socialmente, crece de acuerdo a una proporción geométrica, crecimiento que se mide por períodos de diez años; en un segundo ciclo, dividi-*

*do en períodos de cien años, las ciudades se desarrollan de acuerdo a la ley de Verhulst<sup>53</sup>; el crecimiento de una ciudad se produce según una curva logística, representable por un diagrama llamado autocatalítico, porque después de iniciarse con una parábola se hace cóncava hacia abajo, hasta llegar a un punto de saturación en que la población no crece más. La curva logística de Verhulst fue descubierta estudiando las ciudades de Bélgica, y Pearl, en Estados Unidos, le dio una mayor amplitud al demostrar que también es ley para los fenómenos biológicos, es decir, que es exacta, no solamente para los hombres, sino también para las especies en general. [...]*

*El análisis de la curva demográfica de una ciudad permite prever con mucha antelación su desarrollo futuro. En el primer ciclo, que llamaremos de crecimiento geométrico, los servicios municipales se multiplican; sin embargo, no alcanzan a suplir los requerimientos populares. No alcanzan las escuelas, no son suficientes los hospitales, ni los mercados, ni los cementerios, ni los transportes, etc. Todo es poco para las necesidades de la población que crece y se expande vertiginosamente; la ciudad crece mucho más rápidamente que las posibilidades del Estado de organizar los servicios y librarlos al público. Las creaciones municipales corren detrás de las necesidades como un hombre detrás de su propia sombra. [...]*

*Buenos Aires, Capital Federal, está saliendo de la etapa geométrica. Aumenta ahora por oposición (¿aposición?) de grupos suburbanos, que seguirán agrandándose hasta la estabilización de la curva de Verhulst, es decir, hasta el instante en que el crecimiento se debilite primero, y por último se estacione. En otros términos, el Buenos Aires, Capital Federal, está terminando el ciclo geométrico para entrar en el ciclo logístico; el Gran Buenos Aires, en cambio, está iniciando recién el ciclo geométrico, y posiblemente, dentro de cincuenta o sesenta años, llegue al ciclo logístico, donde el crecimiento se computa por siglos y no por décadas, como es característico del crecimiento geométrico, ese crecimiento rápido que apura y acosa a todos los pueblos periurbanos. [...]*

*A estos dos períodos demográficos en la vida de una ciudad, yo superpondría dos períodos paralelos desde el punto de vista de la higiene pública. Al primero, al crecimiento rápido, le llamaremos «período sanitario»; al segundo, al crecimiento lento, logístico, le llamaremos «período urbanístico». [...]*

*a) En el período sanitario o geométrico. La angustia y las necesidades de la población se traducen en el reclamo de aguas corrientes, cloacas, recolección de desperdicios y basuras, pavimentos, desagües, etc. Los gobiernos de-*

<sup>53</sup> Estadístico belga que formalizó, en 1838, los postulados de Malthus. Agrupó los factores restrictivos del crecimiento poblacional: materias de subsistencia, espacio, otros recursos, como "FACTORES DE FRENO" que al ser aplicados a las curvas de crecimiento poblacional, transformaban la curva exponencial en otra logística, postulando tres períodos sucesivos para el proceso: exponencial, de transición y de equilibrio. Las teorías de la transición demográfica elaborada en las primeras décadas del siglo XX por Landry, Carr Saunders y otros, aprovecharon los trabajos de Verhulst.

*ben multiplicar sus esfuerzos, agotar las finanzas, endeudarse, con tal de resolver las exigencias populares, so pena de perder prestigio y permitir el desarrollo de núcleos urbanos insalubres e inhabitables; en este periodo nada puede detener el crecimiento de la población, la cual, si no es protegida, comienza a diezmarse por enfermedades hídricas, tales como la fiebre tifoidea. El famoso teorema de Hazen señala que la provisión de agua potable y el drenaje de líquidos cloacales en forma científica salva la vida de los ciudadanos, no sólo porque suprime las enfermedades por contaminación del agua y del suelo, sino también porque subsidiariamente desaparecen otras enfermedades que no son transmitidas por el agua. Así, por ejemplo, junto con la tifoidea, se reduce también la mortalidad infantil. [...]*

*En el periodo sanitario se encuentra comprendido casi todo el Gran Buenos Aires y la mayor parte de las ciudades argentinas que, con el desarrollo y mejor organización del trabajo y la riqueza por obra del general Perón, han tenido un empuje inusitado; este periodo de necesidad sanitaria es de sesenta a cien años, por lo menos. De ahí nuestra obligación de preparar un plan de sanidad y urbanismo a cumplirse en los próximos cien años. [...]*

*Cuando uno habla de tal cantidad de años, mucha gente se sonríe porque seguramente piensa en que somos mortales; les parece demasiado. Sin embargo, reflexionemos que muchos de los presentes —y de los que se sonríen— tienen más de medio siglo y lo han vivido casi sin darse cuenta de ello. Si veinte o cincuenta años son algo en la vida de un hombre, cien o doscientos años no son nada en la vida de un pueblo joven y próspero como el nuestro; por otra parte, los planes de gobierno, como fue la urbanización de París por ejemplo, tienen que ser previstos con largas proyecciones; así lo hizo Napoleón, y conquistó su gloria Hausman<sup>54</sup> (sic) al entregar a la humanidad la más bella y saludable de las ciudades. [...]*

*b) En el periodo logístico o de urbanización.- Al disminuir la velocidad del crecimiento de la ciudad, los problemas de higiene de carácter primario y elemental, que vimos en el período anterior, se transforman en problemas de mejor vivienda y confort, de embellecimientos y organización de parques y paseos, edificios públicos, distracción, etc., para que la vida sea cómoda, amable, alegre y sana. En este período la población busca el bienestar físico, que es la perfección de la salud, porque ha superado el miedo a la enfermedad que atemoriza a los pueblos que sin solucionar sus obras sanitarias se encuentran en pleno desarrollo. [...]*

*Debo señalar que estos dos ciclos de la higiene pública tienen también su correlación con otras formas de la organización médica, ya que estas no son*

---

<sup>54</sup> GEORGES- EUGENE BARÓN HAUSSMAN. (1809-1891) Urbanista francés que se desempeñó como Prefecto de París durante el gobierno de Napoleón III y realizó una importante transformación arquitectónica y sanitaria de la capital francesa.

*sino consecuencia de la integración cuantitativa y cualitativa de la población, es decir, del proceso geométrico y logístico, del ciclo sanitario y del ciclo urbanístico. En el período de crecimiento rápido, es decir, geométrico, estamos frente a la estructura típica de las poblaciones jóvenes. Dominan los niños y las mujeres. Hay que construir muchas obras destinadas a los niños y a las madres y luchar contra la alta mortalidad infantil, porque, como es sabido, cuánto más niños nacen más se mueren. En el período de crecimiento lento comienzan los síntomas de envejecimiento de la población, disminuye la natalidad, aumenta el número de adultos y de viejos, el número de mujeres (¿fértil?) disminuye, etc. Entonces las obras que más se requieren son hospitales y hogares para crónicos, ancianos e inválidos. Por eso cuando se construye un hospital para niños, en una ciudad que entra en el período de detención de su desarrollo, no es arriesgado profetizar que algún día ese hospital terminará siendo un hogar para ancianos. ¡He ahí una paradoja dramática que nos brinda la demología!”*

En el Censo de 1960 la capital mantuvo su dimensión máxima (hasta hoy) cercana a tres millones (Carrillo suponía tres y medio); el aglomerado tenía ya casi cuatro. También en el de 1970, la Capital mantenía su población; el aglomerado había superado los cinco millones. En 1980 la Capital no llegaba a los tres millones, el aglomerado estaba poco por debajo de los siete.

## **Instituciones sanitarias**

- 1946 (4 de junio) Perón asume la presidencia y confirma a Carrillo como secretario de Salud Pública. Un decreto deroga otro anterior de 1944 y otorga a Salud Pública la exclusividad en acciones de medicina preventiva y curativa.
- 1946 Creación de la Escuela Superior Técnica de Salud Pública y de la Escuela de Enfermería.
- 1947 El presupuesto de la D.N.S.P. en 1945 había sido de 55.6 millones de pesos y la planta de personal de 7.800 cargos; en 1946 se trabaja con prórrogas del anterior con algunas adiciones; en 1947 el presupuesto es de 157.8 millones de pesos y la planta de personal supera los 22.000 cargos.  
Se amplía la lucha antipalúdica que dirige Alvarado y se le asignan 13 millones de pesos.
- 1949 El presupuesto alcanza a 240 millones y los cargos superan los 24.000. Se inicia la lucha contra el *Aedes Aegypti*.

- 1950** Se transfieren a la Secretaría de Trabajo y Previsión la ex Sociedad de Beneficencia (sin los hospitales) y 6.000 cargos. La morbilidad palúdica se ha reducido en un 90%. Se disuelve la Dirección de Lucha antipalúdica para crear la Dirección de Sanidad del Norte.
- 1951** Creación del Servicio Nacional de Lucha contra la enfermedad de Chagas.
- 1954** El ministro solicita a la OPS cooperación para perfeccionar l integración de los servicios de salud Pública.  
(junio) Se reintegra a Salud Pública la Dirección Nacional de Asistencia Social y el Ministerio pasa a llamarse de Asistencia Social y Salud Pública.  
(julio) Carrillo renuncia y es reemplazado por Raúl Bevacqua.



# 12

## LA SANIDAD ADVERSATIVA DE LA "REVOLUCIÓN LIBERTADORA"

- LA TERCERA RUPTURA INSTITUCIONAL  
DEL SIGLO
- LA HERENCIA SANITARIA DE CARRILLO
- DOS AMENAZAS: LA POLIOMIELITIS Y LA  
ENFERMEDAD DE CHAGAS
- LA SALUD PÚBLICA DURANTE  
LA "REVOLUCIÓN LIBERTADORA"
- LA CREACIÓN DEL INSTITUTO DE OBRA  
MÉDICO ASISTENCIAL EN LA PROVINCIA  
DE BUENOS AIRES
- EL INFORME DE LOS CONSULTORES  
INTERNACIONALES

**E**n 1955 el Presidente Perón iniciaba la segunda mitad de su segunda presidencia enfrentando serios problemas en una variedad de frentes. El segundo plan quinquenal se dedicó a corregir los errores del primero, pero obligaba al gobierno a contradecir muchas afirmaciones anteriores. Las fuerzas armadas decidieron, otra vez, interrumpir el proceso de aprendizaje que supone la democracia representativa y la mitad de la población los aplaudió.

*Lo que comenzó en la expresión generosa de “ni vencedores ni vencidos” se definió rápidamente como el gobierno del anti-peronismo. Como todo llevaba la impronta de la década anterior, había que cambiarlo todo y había que hacerlo rápidamente, sin que se pudiera dedicar mucho tiempo a reflexionar sobre hacia dónde se quería ir. A cualquier parte, si con ello se adversaba con el período anterior y se imponía el liberalismo económico. Se cometieron excesos, pero sobre todo, se destruyó sin diferenciar. Se quería extirpar un conjunto de ideas y se lo consolidó; se pretendía obligar a olvidar y se fortaleció el recuerdo. Algunos pudieron, legítimamente, preguntarse “¿Qué es esto?”<sup>1</sup>.*

*En la década anterior se había edificado un imperio sanitario con preponderancia hospitalaria y altamente centralizado; también se había superado, en la práctica, el*

---

<sup>1</sup> Ese fue el título de un panfleto que publicó Ezequiel Martínez Estrada, lúcido observador de la realidad argentina y fervoroso opositor del peronismo.

*conflicto jurisdiccional. Se pretendía ahora demoler ese imperio levantando la bandera de la recuperación del federalismo, que reavivaba el conflicto jurisdiccional. Se tiraron de la palangana múltiples errores del período anterior, pero junto con la criatura.*

## La tercera ruptura institucional del siglo

El alzamiento militar comenzó el 15 de setiembre de 1955 en la *Escuela de Artillería de Córdoba*; el 19 la flota cañoneó los depósitos de combustible del puerto de Mar del Plata y el crucero *General Belgrano* ancló frente a la destilería de La Plata. Perón delegó su poder en el Ejército: *“Si mi espíritu de luchador me impulsa a la pelea, mi patriotismo y mi amor al pueblo me inducen a todo renunciamiento personal”*

El general Eduardo Lonardi se proclamó presidente el 21 de setiembre, en Córdoba, y recibió el 23, en Buenos Aires, los atributos del mando. Católico militante y con ideas nacionalistas, Lonardi intentó, como se expresó en el capítulo anterior, concretar su consigna de *“ni vencedores ni vencidos”*.

Desde las filas de la oposición política, Frondizi, elegido el año anterior presidente del Comité Nacional de la UCR, que había matizado cuidadosamente su oposición al peronismo y al cual se le había permitido en julio dirigirse por radio al país, previno a sus partidarios contra toda revancha y más aún, contra todo ataque a los peronistas.

Lonardi fracasó en el intento, y fue desplazado en noviembre, reemplazado por el general Pedro Eugenio Aramburu. La CGT realizó una huelga general en apoyo de Lonardi y fue disuelta después del reemplazo del presidente; el Partido Peronista fue proscrito. Se formó una Junta Consultiva en la cual participaron los partidos políticos. Por la UCR estuvieron presentes los unionistas, en tanto los intransigentes se negaron a participar.

El 13 de noviembre se inició un gobierno explícitamente anti-peronista (el cual terminó el 30 de abril de 1958), con un objetivo central: *“Suprimir todos los vestigios de totalitarismo para restablecer el imperio de la moral, de la justicia, del derecho, de la libertad y de la democracia.”*

El orden que debía reemplazarse había impregnado, por una década, la organización y el funcionamiento de todo el aparato institucional en toda la extensión del país. Aunque el fascismo operó a través de la centralización administrativa, no toda centralización administrativa es fascista. La descentralización política no es el remedio específico para la exagerada o inconveniente centralización administrativa. La decisión de enarbolar las banderas

del federalismo debe entenderse como medio para destruir la condenada unanimidad de un movimiento nacional, ya que el peronismo había reducido la vigencia del régimen federal no sólo por su carácter de movimiento nacional, sino también a través de una institucionalidad antidemocrática, como había señalado Lebensohn en 1949. Pero el debilitamiento de la institucionalidad nacional que se había perseguido por muchas décadas no sólo resultaba un medio desproporcionado para conseguir la corrección deseada sino que es difícil de entender en las Fuerzas Armadas nacionales.

*“La proclamada defensa de la democracia”*, afirman Floria y García Belsunce, *“encubría un retorno al liberalismo económico y social.”* Podría agregarse que ese liberalismo económico y social sólo contaba con la aceptación de una parte de la ciudadanía; la otra creía que los postulados antiliberales, nacionalistas y estatistas, podrían haberse mantenido si Perón hubiese continuado al frente del gobierno.

El gobierno solicitó un informe sobre la situación de la economía a un economista de prestigio internacional y antiguo administrador del Banco Central durante el gobierno de Castillo, Raúl Prebisch. El “Plan Prebisch” destacaba la caída de las reservas (de 1650 millones de dólares en 1946 a 450 en 1955); atribuía la inflación a los aumentos masivos de salarios y al dirigismo estatal, que aumentó los beneficios de los industriales, en un período (1946-1955) en el cual sólo se habían operado redistribuciones, ya que el crecimiento del producto había sido casi nulo (3.5% en los diez años). La Argentina, a través del ministro Eugenio Blanco, firmó los acuerdos de Bretton Woods (que Perón consideraba un engaño), y solicitó su ingreso al Fondo Monetario Internacional y al Banco Mundial.

Dos citas, de dos economistas de prestigio mundial, servirán para mostrar los costos estimados del desvío político-económico:

*“En 1942, un famoso economista, Colin Clark, formuló lo que entonces parecía una razonable predicción: en 1960 — dijo— la Argentina tendría el cuarto producto per cápita más alto del mundo. El año 1960, sin embargo, encontró a la Argentina firmemente encaminada en vías de convertirse en miembro del Tercer Mundo.”*<sup>2</sup>

Samuelson presentó en 1980 una ponencia en el Congreso Mundial de Economistas reunido en México. *“El pasaje normalmente recordado, sobre todo por los argentinos presentes, es el siguiente: Supongamos que alguien preguntara en 1945: ¿qué parte del mundo espera usted que experimente el más dramático despegue económico en las próximas tres décadas? Probablemente yo hubiera dado una respuesta parecida a la siguiente: «la Argentina es la ola del futuro...» ;Qué equivocado hubiera*

<sup>2</sup> ESCUDÉ, C. *La Declinación...Op. cit.*, p. 13

*estado!... La razón no parece limitarse a lo económico... La enfermedad, plantearía Schumpeter, es más política y sociológica que económica... Tiene que ver con la crisis del consenso social.”*<sup>3</sup>

El gobierno enfrentó la ingrata y difícil tarea de reducir el tamaño de un aparato estatal notablemente abultado por la hipertrofia burocrática: el sindicalismo se unió para oponerse y se robusteció resistiéndolo. “*Los resueltos esfuerzos del presidente provisional por simplificar la pesada estructura burocrática que había recibido en herencia tuvieron que vérselas con el acostumbrado clamor de empleados desplazados. En interés de la economía, así como de la eficiencia, Aramburu aligeró la lista de empleados nacionales y redujo el tamaño de un gabinete numeroso, difícil de manejar.*”<sup>4</sup>

En junio de 1956 se produjo un levantamiento militar; la represión de las unidades sublevadas tuvo una violencia inusitada y treinta y ocho civiles y militares implicados fueron ejecutados.

El comportamiento “*antiperonista*” del gobierno y los medios empleados para “*desperonizar*” fueron objeto de crítica, no solo de grupos políticos como el liderazgo por Frondizi, sino también por parte de algunos de los intelectuales que habían sido, en su momento, críticos severos del gobierno peronista; sirvan de ejemplo las publicaciones “*¿Qué es esto?*”, de Ezequiel Martínez Estrada o “*El otro rostro del peronismo*”, de Ernesto Sábato.

Para reemplazar la Constitución de 1949, y con el explícito propósito de **restaurar el federalismo anulado por el centralismo peronista**, el gobierno convocó a una Convención Constituyente. Durante el gobierno de Perón, el liderazgo central había restado importancia a las pugnas regionales o locales; la subordinación ante el líder había convertido al país en virtualmente unitario, con tácita aquiescencia de la opinión pública, **hasta donde podía manifestarse**, en todas las jurisdicciones (véanse las objeciones planteadas por el convencional opositor Moisés Lebensohn que se transcriben en la nota).

Disuelto y proscrito el partido peronista, la Unión Cívica Radical se dividió en una UCR Intransigente, liderada por Arturo Frondizi, y una UCR del Pueblo, liderada por Ricardo Balbín. Frondizi, representante del ala izquierda del radicalismo, consiguió el apoyo de algunos antiguos simpatizantes peronistas, quienes facilitaron el establecimiento primero de contactos y luego de un pacto con el líder en el exilio. En las elecciones del 23 de febrero de 1958 obtuvo 4.1 millones de votos, contra 2.5 millones de Balbín.

<sup>3</sup> FLORIA Y GARCÍA BELSUNCE. *Historia... Op. cit.*, p. 179.

<sup>4</sup> PETERSON, H. *La Argentina... Op. cit.*, p. 250.

## La herencia sanitaria de Carrillo

Aunque se expresó en el lenguaje fundacional de la década en la que actuó, desde la cual todo el pasado institucional era un lamentable desastre, que servía de oscuro telón de fondo para las realizaciones geniales del régimen mesiánico, Carrillo avanzó, **a sabiendas, por el camino que sus antecesores habían soñado y reclamado** (recuérdese el discurso de mayo de 1946, en la toma de posesión de la Secretaría) o las referencias del mensaje de elevación del anteproyecto de Código Sanitario. La jerarquía ministerial para Salud Pública venía siendo reclamada desde 1890, como lo prueban las expresiones de Podestá, vocal del Consejo (ver página 248), como medio para obtener una mayor influencia del organismo nacional en las provincias, y como corolario, la ansiada uniformidad de la protección de la salud colectiva. Carrillo la logró, y al lograrlo, demostró también, lógica e infortunadamente, la imposibilidad de que un ministerio fuese, como se había soñado, **“técnico, apolítico y no burocrático”**.

Desde la Secretaría, primero, y después desde el Ministerio, Carrillo persiguió, sin lograrla, la centralización institucional; desde la Secretaría de Trabajo y Previsión emergía, con la bendición del líder, otra vertiente organizacional. Tal vez por eso, su idea de *“semisocialización”* nunca fue expresada con total claridad, pues hubiese hecho discutible su comando, y tal vez lo hubiese perdido ante la Secretaría “adversaria”.

No le fue, en cambio, necesario, luchar por la centralización jurisdiccional; ésta se produjo espontáneamente, como manifestación del ejercicio del poder por un “movimiento nacional” que colocaba lo nacional por encima de lo provincial o local, por diversos medios, algunos, cuando menos, discutibles.<sup>5</sup> Una parecida aceptación mayoritaria de las decisiones “naciona-

<sup>5</sup> Esta “unitarización” del funcionamiento del país derivó de una concentración inédita del poder. Véase, por ejemplo, la forma en que la describía el convencional constituyente opositor Moisés Lebensohn: “Por primera vez en la historia de los partidos políticos argentinos la estructura que está rigiendo al partido oficial es exactamente la misma de los partidos totalitarios, y en ella y en su vinculación con el Estado naufragan todas las instituciones constitucionales argentinas y los principios históricos de la organización nacional.”

“No existe separación de poderes cuando el consejo superior del partido oficial que actúa bajo la jefatura del presidente de la Nación designa los candidatos a diputados nacionales que han de formar el otro poder del Estado, y hasta los propios convencionales que están ejerciendo el poder eminente de modificar la Carta Fundamental.”

“No existe separación de poderes cuando esos constituyentes son nombrados por el cuerpo político representativo del régimen y entre ellos se encuentran cuatro de los cinco miembros de la Corte Suprema integrando las listas y el sector del partido oficial que reconoce la jefatura omnímoda del titular del Poder Ejecutivo de la Nación.”

“El régimen federal se ha extinguido cuando ese cuerpo, que representa una unidad de comando incompatible con la democracia y con los principios del federalismo, designa los candidatos a gobernadores, a miembros de las Legislaturas provinciales y hasta a los senadores nacionales que han de investir la delegación del pueblo de las provincias en la Cámara representativa de la autonomía de los Estados” **Convención Nacional Constituyente. Diario de Sesiones. 7ª Reunión. Marzo 8 de 1949, p. 330 y 331.**

les”, había surgido en algunos momentos de la “república radical”, acompañando y apoyando a algunas de las intervenciones federales de Yrigoyen.

El Departamento Nacional de Higiene se había centrado en la sanidad y había evitado adquirir responsabilidad en el ámbito de la asistencia médica, excepto en los programas de control de enfermedades transmisibles de curso crónico (tuberculosis, lepra) y en los de salud maternoinfantil. La incorporación, en la Dirección Nacional de Salud Pública, de los componentes asistenciales que dependían del Ministerio de Relaciones Exteriores (Comisión Asesora, Sociedad de Beneficencia) obligó a la Dirección Nacional, primero, y a la Secretaría y al Ministerio después, a adquirir responsabilidades médicoasistenciales, el componente respecto del cual los “localistas” eran más celosos.

Durante la gestión de Carrillo, **la medicina curativa, es decir, la atención médica, la recuperación de la salud de los individuos, desplazó a la sanidad**, a la protección de la salud colectiva, como centro de la actividad de un ministerio que dejó de ser exclusivamente “de Salud Pública” para convertirse, **sin percibirlo claramente, en el organismo rector de gran parte de un sistema de salud**. Para Carrillo, cuya vocación y experiencia venían de la atención médica, y para Perón, que sólo aceptaba dejar en manos “*de Salud Pública*” lo que entendía que era **del resorte de los médicos**, el desplazamiento del centro de actividad de la institución les debe haber parecido, si llegaron a notarlo, lo más natural del mundo.

Como se ha dicho antes, en los países avanzados en los cuales se habían establecido sistemas del tipo del “servicio nacional de salud” se habían reunido sanidad y atención bajo una misma autoridad, aunque sin pretender integrarlas por muchas décadas. Los Consultores Internacionales que llegaron a examinar el “sistema argentino”, en cambio, interpretaron ese desplazamiento desde la sanidad hacia la atención médica como una distorsión reciente, que debía corregirse.

Carrillo probablemente había depositado, como otros médicos de su generación, **un exceso de esperanzas en el hospital como elemento central de un sistema de salud**<sup>6</sup>, pero también había producido o inducido la duplicación de las camas hospitalarias preexistentes, sin duda, el componente físico más costoso de un sistema de salud; además, la nueva y crecida capacidad instalada hospitalaria **pertenecía en un 80% al sector público**, lo cual facilitaba cualquier construcción institucional decidida desde el Estado.

---

<sup>6</sup> El mismo Odair Pedroso, experto en Administración Hospitalaria que formula acertadas críticas a la situación hospitalaria, participa de estas ideas sobre la centralidad hospitalaria; afirma: “Los hospitales son el centro vital de los sistemas actuales de atención médica.” OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, *Estudio de los Servicios de Salud Pública de la Argentina*. Informe de Odair R. Pedroso, p. 2.



Cuando aventuró ideas sobre la organización futura, **Carrillo la vinculó con la seguridad social**. Un seguro social para los asalariados había sido propuesto por Bunge en 1917; seguros con vocación de cobertura más amplia fueron iniciados en Nueva Zelandia antes de la IIª Guerra y por varias sociedades después. Gran Bretaña edificó su obra monumental de ingeniería social, el Servicio Nacional de Salud, **en el marco de un sistema de seguridad social**.

Guy Perrin, sociólogo belga especializado en temas de la seguridad social, hizo notar en los 60's que *“Lord Beveridge estaba animado principalmente por su deseo de sustraer el derecho a la seguridad social de los compromisos y humillaciones asociadas a las prácticas de la asistencia, pero probablemente no se ha resaltado bastante que no estaba menos preocupado por romper radicalmente con la concepción de solidaridad de clase que caracterizaba los seguros sociales. En efecto, su doctrina tiende al ejercicio de una solidaridad general a escala nacional, que trasciende los límites de situación o de clase respectivamente impuestos por la asistencia o los seguros sociales.”*<sup>7</sup>

Carrillo llamaba “*semisocialización*” al modelo del Servicio de Salud británico, reservando el nombre de “*socialización*” para la estatización inaugurada en Rusia en la década de los 20's. Anticipaba también para la Argentina un sistema de “*semisocialización*”, sin precisar su parecido o sus diferencias con el SNS británico.

**La hipertrofia burocrática era indudable y evocaba el mundo de Kafka**. Véase un ejemplo<sup>8</sup>: la Dirección General de Personal era una de las menores de las que dependían de la Subsecretaría Administrativa. Estaba dirigida por un Director General y un Subdirector, los cuales tenían a su cargo, directamente, las Asesorías e Inspecciones y las Juntas de Escalafón. Poseían, además, una Secretaría de la Dirección General, la cual tenía tres Secciones: Mesa de Entradas y Archivo, Despacho y Personal. Además, integraban la Dirección General cinco Departamentos: el de Previsiones y Planteles, que poseía una Sección de Previsiones y Contralor de Vacantes y una División (Planteles y Ficheros), con dos Secciones, (Planteles y Dependencias, por una parte, y Registro de Personal, por la otra). El Departamento de Movimiento tenía dos Secciones (Altas y Bajas y Comunicaciones). El Departamento de Promociones también tenía dos Secciones (Ascensos de Presupuesto y Ascensos de Escalafón), en tanto que el Departamento de Legajos tenía tres: Confeción, Registro y Trámites y Actualización y Archivo; tres también el de Contralor (Licencias; Sanciones y Reclamos; Incompatibilidades y Traslados). La Dirección General tenía

<sup>7</sup> PERRIN, G. “Pour une theorie Sociologique de la Sécurité Sociale”, *Rev. Franc. de Soc.*, September 1967, VIII, 3: 300-324.

<sup>8</sup> MIN. DE S. P. “*Racionalización...*”, *Op. Cit.*, pp. 37 a 46.

también a su cargo una División Administrativa, con dos Secciones (Administración de Fondos y Economato). Cada Sección se componía de dos a cuatro Oficinas. Resulta fácil entender cómo se había llegado a tener 36.000 empleados, la mitad de ellos en la Capital.

El Ministerio de Salud Pública no era el único reducto del sector público en el cual se había registrado esa “*inflación*” en el empleo, corregible, aunque no sin dolor. También existía, en la institución, un desorden de magnitud importante como resultado de la vertiginosidad del crecimiento y de los cambios. Pero todos los salubristas, en todos los países, reclamaban crecimiento y cambios en las instituciones sanitarias en todos los países, y no precisaban que debieran ser lentos y graduales.

Las características “*correctoras*” del nuevo gobierno nacional se dirigieron a la poda de la frondosidad burocrática y al ordenamiento de las múltiples dependencias y organismos, y naturalmente, no se restringieron al sector salud. Pero era corregir hacia atrás, regresar a un estado anterior. La sorpresa desencantada del “¿*Qué es esto?*” de Martínez Estrada, publicado en esos años, se relaciona con esa “*miopía*” libertadora, así como con lo que el escritor percibía como una diferencia de tamaños: el **gran equivocado** sustituido por los **pequeños dueños de pequeños aciertos**.

En 1955 se ofrecía una excelente oportunidad para revisar el reclamo histórico: construir un organismo técnico, lo menos político (electoralista) y lo menos burocrático posible, capaz de uniformar “*hacia arriba*” la desigual capacidad operativa de las provincias; con la misma pretensión, el Reino Unido acababa de estrenar (1948) una organización que se pretendía técnica y, al menos en sus inicios, poco burocrática, a la cual se la encargaba de redistribuir y coordinar recursos en regiones con tanta tradición autonómica que habían constituido, en el pasado remoto, reinos diferentes, y enlazada a una seguridad social novedosa, que quería consolidar la solidaridad de la Nación entera.

En Francia y en Canadá se ponía la atención de la salud bajo el paraguas de un seguro social que pretendía llegar a ser universal; en la Francia de posguerra, en todo el territorio, aunque los “*particularismos*” consiguieran fragmentar partes del sistema, que se integraron lenta y progresivamente después al “régimen general”; en Canadá, provincia por provincia (en realidad, las innovaciones se introducían en Saskatchewan y luego se generalizaban). En Chile, a partir de una capacidad hospitalaria reducida pero casi totalmente perteneciente al sector público, se estaba intentando aclimatar a estas latitudes australes un Servicio Nacional de Salud, que nacía incompleto, pero con la vocación de completarse en el futuro: **sus resultados en el mejoramiento de las condiciones de salud chilenas en las tres décadas siguientes fueron impactantes.**

Estas posibilidades fueron recién consideradas en los últimos tiempos del gobierno de Aramburu, a través de la creación, por resolución ministerial, de una *Comisión para el Estudio del Seguro Nacional de Salud*. Tampoco les dedicaron atención, los informes de los asesores internacionales. A ellos se les preguntó por las características de un ministerio nacional de salubridad de un país latinoamericano, y respondieron, con verdad, que era demasiado grande, que había crecido demasiado aprisa, **que había acumulado mucho poder político frente a los organismos provinciales, pero que había modificado poco la situación sanitaria**. Pudo, tal vez, advertirse que el ámbito político propio de un ministerio de salud permitía utilizar las potencialidades de la salud para reforzar las solidaridades nacionales, o que una excelente organización y funcionamiento de los servicios públicos de salud era un medio eficiente de legitimación gubernamental. Pero no se dijo, acaso ni se pensó y, en cambio, se aconsejó y se decidió **demoler, transferir, destruir la acumulación de poder cristalizada en la estructura, como si fuese intrínsecamente perversa**, para restaurar en la salud pública un federalismo que ni practicaba en ese momento el gobierno militar, ni comprendían bien los expertos internacionales; un federalismo que había sido muy cuestionado en asuntos sanitarios y que a lo largo de un siglo había hecho muy difícil la acción sanitaria uniforme y la redistribución de recursos sanitarios en el amplio territorio de la República.

Todos los que después tuvieron que conducir el ministerio se encontraron con una organización de gran tamaño, con gran cantidad de personal cuyo número nunca se conoció con total exactitud y con una multiplicidad de objetivos difícil de ordenar.

Anticipemos lo que se desarrollará más adelante: **Noblía**, ministro en los años de Frondizi, hizo pocas anticipaciones sobre la configuración del sistema de servicios de salud futuro, aunque desde el Ministerio se elaboró un anteproyecto de **Servicio Nacional de Salud**, que se publicó como un folleto en 1961.

Padilla, durante el interregno de Guido, no se propuso proyectos de largo plazo, acaso por nostalgia del viejo Departamento de Aráoz Alfaro y seguramente consciente de la breve duración del gobierno, que finalmente resultó más prolongada que la vida del ministro.

**Oñativia**, durante la presidencia de Illia, anticipó, por una parte, la idea de la **inserción del sistema de salud en uno más amplio de seguridad social**, y también sus propósitos de promoción del desarrollo de capital social y de organización en las comunidades, para enriquecer la ciudadanía y para que pudiesen eventualmente convertirse en propietarias y/o administradoras de establecimientos productores de servicios médico-sanitarios. No aclaró si el seguro sería del tipo “profesional o bismarckia-

no” como el propuesto por Bunge, o del universal, iniciado en Nueva Zelanda y propugnado por Beveridge, aunque Provenzano destacó la necesidad de **que abarcase a todos o a la mayor parte de los ciudadanos.**

Por esos años se realizó en Ottawa una reunión auspiciada por la **Organización Internacional del Trabajo (OIT)** en la cual se aprobaron dos “*modelos*” que podían, ambos, ser considerados como de “*seguridad social*”. Uno de ellos (*universal*) cubría a la totalidad de la población del país; el otro (*profesional*) se restringía a los asalariados (sin tope de salarios). En Europa se continuó hablando de seguridad social para referirse al primer modelo; en América latina, se generalizó la expresión refiriéndose casi siempre al segundo.

**Ezequiel Holmberg**, Secretario de Salud Pública en los años de Onganía, proyectó una reorganización del sistema hospitalario público basado en los “*servicios de atención médica para la comunidad*” proyectados en los años de Oñativia, pero sin el énfasis en el desarrollo del capital social, y la transformación del sistema de obras sociales en el núcleo de una seguridad social sanitaria, para la cual propuso cuotas uniformes y subsistemas provinciales que hiciesen más fácil las integraciones en cada uno de sus ámbitos. Les correspondió a **Consigli** y a **Manrique**, como ministros de Bienestar Social, definir ese modelo: prefirieron un modelo **profesional, corporativamente fragmentado, que no sería administrado ni por el Estado ni por la Comunidad sino por los sindicatos.**

Conseguidas las antiguas metas de contar con un Ministerio de Salud Pública y con un sistema de seguro social, se instalaban en el país instituciones parecidas a las que en otros países habían servido para encausar el progreso sanitario y social, aunque se les incorporaban “*originalidades nacionales*” en su estructura y funcionamiento. Con la generalización del seguro de salud obligatorio para todos los trabajadores en actividad o jubilados (en casi todos los casos, administrado por los dirigentes sindicales), se completaba la configuración institucional de la salud pública.

## **Dos amenazas: la poliomielitis y la enfermedad de Chagas**

En 1956 la poliomielitis, enfermedad que desde varias décadas antes venía anunciando su cambio de carácter de endémica a epidémica, generó la mayor epidemia de esa afección en la historia del país. Se produjeron casi 6.500 casos registrados y su impacto llegó a reflejarse en las tasas de mortalidad general y en la de mortalidad infantil de 1957. **El país no estaba preparado para esa emergencia.** El brote anterior había sido de magnitud mucho menor y objeto de muy escasa difusión pública por parte del Ministerio.

En ese año los casos que requirieron asistencia respiratoria se multiplicaron y las respuestas fueron tardías e insuficientes<sup>9</sup>. La providencial aparición de la vacuna Salk (inyectable) permitió que en los años siguientes el número de casos se mantuviera cercano a 1.000, hasta que, con la introducción a fines de 1963 de la vacuna Sabin trivalente (oral), cayó rápidamente: poco más de 550 casos en 1964 y 270 en 1965.

A mediados de 1957 empezaron a aparecer en “*La Prensa Médica Argentina*” algunos artículos de uno de los más destacados y originales cardiólogos argentinos, el Dr. Mauricio Rosenbaum (muchas veces con la colaboración del Dr. José Alberto Cerisola) exhibiendo los resultados de sus encuestas en Santiago del Estero, La Pampa y La Rioja<sup>10</sup>. La magnitud de la epidemia y la frecuencia de la afectación cardíaca que demostraban estos estudios conmocionaron a la salud pública y a la cardiología argentina, como lo hizo también la demostración de la transmisión transfusional de la enfermedad<sup>11</sup>. No hubo respuesta por parte de la Secretaría de Salud Pública, la cual tampoco manifestó preocupación porque en 1956 y 1957 los casos registrados de paludismo registrados triplicasen los de 1955.

En 1958 algunos pediatras del Hospital de Niños “Dr. Ricardo Gutiérrez” difundieron el hallazgo de dos casos de enfermedad de Chagas aguda que había sido transmitida por transfusiones sanguíneas. Cerisola comenzó a organizar el control de la sangre para transfusiones en ese hospital, lo cual se generalizó años después, con el estímulo que representó el hallazgo de un alto porcentaje (alrededor del 13%) de seropositivos para Chagas en algunos establecimientos hospitalarios del aglomerado bonaerense, por ejemplo, en el Policlínico de San Martín.

<sup>9</sup> “Cuando se conoció la magnitud de la epidemia, decidimos con Félix E. Puchulu, ambos practicantes mayores en el Hospital de Clínicas, ofrecernos como voluntarios. Nos asignaron a una sala recién instalada, donde se habían ubicado los pocos pulmotores existentes en la Capital. Los médicos del servicio sabían mucho de enfermedades infecciosas pero no tanto de fisiopatología respiratoria. Nos insistían en que mantuviésemos en los pulmotores algunos niños pequeños que veíamos empeorar dentro de las máquinas y mejorar cuando la deteníamos. Pudimos mostrar que las máquinas mantenían un ritmo máximo mucho menor al de los pequeños, que tenían que respirar “contra” el pulmотор cuando se lo conectaba. Uno de los adultos que estuvieron allí internados (por breve tiempo) fue uno de los hijos de Tiburcio Padilla. Una paciente tenía un embarazo avanzado. Cuando llegó el momento del parto, el médico obstetra de gran experiencia y prestigio que la había seguido durante el embarazo llegó para asistirle en el parto, que todos temíamos fuese largo y difícil. Vimos con asombro que el motor uterino, librado de la competencia de toda otra musculatura, expulsó a la robusta criatura en pocos minutos. Practicantes y experimentados especialistas aprendíamos juntos enfrentando una emergencia para la cual nadie estaba preparado.” Juan Carlos Veronelli.

<sup>10</sup> ROSENBAUM, M. B.; CERISOLA, J. A. “Encuesta sobre enfermedad de Chagas en el Norte de Córdoba y sur de Santiago del Estero”. *Prensa Méd. Arg.* 44 (35): 2713-2727, agosto 30, 1957. Idem, “Encuesta sobre enfermedad de Chagas en la provincia de La Pampa”. *Prensa Méd. Arg.* 44 (48): 3485-3493, nov. 29, 1957, Idem, “Encuesta sobre enfermedad de Chagas en la provincia de La Rioja”. *Prensa Méd. Arg.* 45 (10): 1013-1026, marzo 7, 1957.

<sup>11</sup> ROSENBAUM, M. B.; ALVAREZ, A.; CERISOLA, J. A. “El peligro de transmisión de la enfermedad de Chagas por transfusión sanguínea”. *Prensa Méd. Arg.* 44 (45): 3305-3308, nov. 8, 1957.

## La salud pública durante la “Revolución libertadora”

Desde el alejamiento de Carrillo, el deterioro de la gestión en el ministerio de Salud Pública se aceleró y profundizó, en el marco de un gobierno que también se deterioraba. La evidente hipertrofia burocrática se hizo imposible de manejar, la desfinanciación, imposible de ocultar. El primer ministro que designó el nuevo gobierno fue un médico de la sanidad de las fuerzas armadas, el Dr. Argibay Molina, que afirmó al asumir: “*el Ministerio (de Salud Pública y Asistencia Social) a mi cargo es esencialmente técnico profesional. No cabe en él ninguna forma de la política, actividad de un orden muy diferente a la específica del Ministerio.*” Mencionaba también “*la frondosidad burocrática que padecemos*”, y su intención de corregirla.<sup>12</sup>

Cuando Lonardi abandonó la Presidencia, Argibay Molina renunció. Se designó para reemplazarlo al Dr. Francisco Martínez, (docente de la cátedra de Semiología que habían dirigido Aráoz Alfaro y T. Padilla) quien había participado como delegado en alguna Conferencia Sanitaria y a quien acompañó en esta oportunidad un dinámico subsecretario, el joven médico oftalmólogo Dr. Francisco Elizalde.

En junio/julio de 1956 se realizó en Córdoba una reunión de Ministros Provinciales de Salud Pública —ministros éstos nombrados por los oficiales militares que, designados por el gobierno central, se desempeñaban como interventores en las provincias— quienes reafirmaron las exigencias clásicas del “federalismo sanitario”: “*la dirección de la salud pública y asistencia social es de competencia de la jurisdicción provincial*” y “*las provincias, en su mayoría, poseen la capacitación técnica suficiente para solucionar sus problemas sanitarios y médicoasistenciales y por ello, no les corresponde delegar las atribuciones que por imperio constitucional les son inherentes*”. Aunque el tono es el tradicional, conviene destacar que las declaraciones de adhesión a la Constitución de los gobiernos argentinos “de facto”, eran tan frecuentes como emotivas.

A las nuevas autoridades les resultó difícil, como era esperable, entender la frondosa estructura y conocer el número de establecimientos, de camas, de reparticiones y de empleados. Hicieron explícita su decisión de descentralizar, **para afianzar, como había decidido el gobierno militar, el federalismo**, y activaron el pedido de colaboración internacional que Carrillo había iniciado dos años antes, dándole a la solicitud una nueva perentoriedad. Serían expertos extranjeros, y por tanto, “**imparciales**” y

<sup>12</sup> Cít. por BELMARTINO, S. Y COLS. *Fundamentos Históricos de la Construcción de Relaciones de Poder en el Sector Salud.* OPS/OMS, Representación en Argentina, Publicación N° 27, Buenos Aires, 1991, p. 289.



*Presidente Pedro Eugenio Aramburu, Francisco Martínez y Francisco Elizalde*

“apolíticos”, quienes describirían y certificarían la ininteligible herencia sanitaria.

Obsesionados por corregir una herencia que les parecía nefasta, tuvieron que dedicarse, con orientación adversativa, a los asuntos que habían ocupado al vilipendiado antecesor; **las prioridades a veces equivocadas de Carrillo fueron también las de sus sucesores.**

El pedido de cooperación fue transmitido por el Dr. Elizalde al Representante de Zona de la OPS/OMS, en diciembre de 1955, el cual lo comunicó inmediatamente al Director Dr. Soper. Era, probablemente, **la primera solicitud de asesoramiento de tal amplitud que recibía la Oficina.** Soper decidió conformar, para encarar esa solicitud, una “*Comisión de Expertos*” que encabezaría el **Subdirector de la OSP**, el salubrista venezolano Dr. Carlos Luis González, y al cual acompañarían el Dr. Palmer Dearing, **Cirujano General Adjunto de los Estados Unidos**; el Dr. Paulo C. A. Antunes, quien se había desempeñado hasta pocos meses antes como **jefe de la División de Salud Pública de la Oficina** y acababa de regresar a su nuevo cargo en la Universidad de San Pablo y el ingeniero Abel Wolman, **profesor de Ingeniería Sanitaria en la Universidad de Johns Hopkins.** Era, realmente, una comisión de notables.

El gobierno solicitó, además, un asesoramiento específico sobre el tema que había sido objetivo central de la administración anterior: el sistema hospitalario. El primer informe fue realizado por el Dr. **Odair Pedroso, profesor de Administración Hospitalaria en San Pablo,** y entregado al Ministro en septiembre de 1957; poco después otro consultor, el médi-

co chileno **Hugo Enríquez Fröden**<sup>13</sup> (experto en administración hospitalaria que había dirigido por varios años el Hospital Universitario “J. J. Aguirre” de Santiago), presentó un segundo informe sobre el sistema de atención médica que se proponía.

Tanto Pedroso como Enríquez tenían gran experiencia profesional, ambos visitaron numerosos establecimientos en el país y sus informes están llenos de observaciones justas y recomendaciones sensatas. Enríquez permaneció en la Argentina, como Consultor de la OPS/OMS y desde 1967, también como Director Fundador del Centro Latinoamericano de Administración Médica, hasta su retiro en 1971. Por la profundidad de sus conocimientos y la generosidad con que los brindaba, se hizo acreedor del agradecimiento y el afecto de autoridades y alumnos.

En estos asesoramientos (infrecuentes) de carácter global, adquiere particular importancia la persona del Representante local: se lo supone depositario del conocimiento sobre el “país”; él mantiene las relaciones con las autoridades sanitarias, él “*interpreta*” sus deseos e influye en la selección de la estrategia que el informe recomendará. Son los Representantes los que tienen que equilibrar la selección de una opción, situada siempre entre la estrategia que se considera la mejor para el país sujeto de la cooperación, por una parte, y la que será mejor recibida por las autoridades que solicitaron el informe, por la otra.

El Representante que actuaba en Argentina, el médico chileno Emilio Budnik, estaba determinado a permanecer en la Argentina, donde tenía diversos y crecientes intereses. Su apoyo a la candidatura de Abraham Horwitz para reemplazar a Soper en la Dirección de la OPS, en esos años, le aseguraron el apoyo del nuevo Director para mantenerse desde 1952 a 1973 en una posición que no suele durar más que unos pocos años (con una breve interrupción entre 1966 y 1967, debido a que el ministerio de Oñativia solicitó su retiro y el *de facto* siguiente negoció su regreso).

En febrero de 1956 el decreto 2.245 creaba la “**Comisión Nacional del Seguro Nacional de Enfermedad**” como dependencia conjunta de los Ministerios de Salud Pública y Trabajo y Previsión, la cual, al año siguiente, proponía crear el **Instituto Nacional de Seguridad Social**.

---

<sup>13</sup> “Fui colaborador y amigo de “don Hugo” y de su familia. Gocé la calidad humana de ese hombretón alto y desgarbado, sabio e ingenuo, generoso e impenitentemente entusiasta, como un joven. Esta confesión tiene por objeto alertar al lector, para exigirle la objetividad a la cual estoy obligado.” Juan Carlos Veronelli.



## La creación del Instituto de Obra Médico Asistencial en la Provincia de Buenos Aires

En la provincia de Buenos Aires, **sede en muchas oportunidades de un recalcitrante localismo**, el entonces ministro Rodolfo Eyherabide designó como Subsecretario de Asistencia Social, a Sergio Provenzano<sup>14</sup>, destacado profesional con amplia actuación universitaria, autor de textos utilizados por los estudiantes de entonces y también destacado dirigente de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires. Sergio Demetrio Provenzano había nacido en 1916 en Chacabuco, Provincia de Buenos Aires. Practicante del Hospital de Clínicas, egresó con diploma de Honor de la Facultad de Medicina de Buenos Aires y se destacó como anatomista y como gineco-obstetra. Pero al tiempo que incursionaba en la literatura —era un fino escritor de cuentos— se interesaba en los temas de la medicina social y la seguridad social, ganándose un merecido reconocimiento en las organizaciones médico-gremiales en las cuales participó y a veces presidió. Examinaremos aquí las características del **Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA)** de la provincia, destacando también la sanción de la ley que creó el Colegio de Médicos de la provincia y que quedó sin reglamentar.

En varias oportunidades Provenzano había expuesto sus ideas sobre la organización de la atención médica: una organización estatal que asegurase a todos el acceso a los beneficios de la medicina privada, asegurándoles la libre elección del médico (análogo al modelo de seguro privado norteamericano, tipo Blue Cross, pero no voluntario como éste, sino obligatorio y administrado por el Estado). Rechazaba, en cambio, la administración estatal de los establecimientos donde se prestase atención médica, porque temía que su burocratización redujera la libertad de los médicos y a los pacientes, interfiriendo en la relación que debe existir entre ambos.

Provenzano prefería hablar de Servicio de Salud y no de Seguro porque, aducía, el seguro contempla prestaciones en dinero y en especie, en tanto que el sistema que propugnaba proveería sólo las últimas. Decía también que los costos actuariales eran imposibles de establecer, por lo cual no podía estimarse una “*prima*”, argumento que Belmartino vincula, acertadamente, con su reivindicación de las “*libertades médicas*”.<sup>15</sup> El Servicio de Salud que propiciaba sería un ente autárquico de derecho público y tendría carácter nacional para asegurar la unidad normativa, pero la ejecución se delegaría a Servicios provinciales.

<sup>14</sup> “Provenzano, como Enríquez, Rosenbaum, Cerisola, Oñativia, Cantlon, Nosiglia, y tantos otros nombres que desfilarán por estas páginas fueron y son mis grandes amigos, por lo cual el lector tiene el derecho de exigirme una máxima objetividad.” Juan Carlos Veronelli.

<sup>15</sup> BELMARTINO, S. y Bloch, C. *et al. Fundamentos...* Op. cit., p. 222 y ss.

Desde su cargo de Subsecretario provincial, Provenzano sólo podía ensayar la aplicación de sus ideas con los empleados de la administración pública provincial. Para ellos estructuró el Instituto de Obra Médico Asistencial para la Administración General de la Provincia de Buenos Aires, particular obra social que cubría al **conjunto de los empleados de la Administración bonaerense, el magisterio, el Poder Judicial, el Poder Legislativo, los empleados de los municipios y los jubilados y pensionados de la provincia**. Inicialmente los empleados cotizaban un 1% y otro tanto aportaba el Estado provincial (posteriormente se debió aumentar esas contribuciones hasta alcanzar 2.5 y 1.5% respectivamente). Existieron resistencias de algunos de los grupos mencionados, así como de la Agrería Médica Platense; la poderosa Federación Médica de Buenos Aires (FEMEBA), en cambio, apoyó la creación de Provenzano. La necesidad de remunerar los actos de los médicos llevó a desarrollar un “nomenclador” que fue, por muchos años, un ordenador para las contrataciones de servicios por parte de casi todas las obras sociales del país.

*“La organización del IOMA” —dicen acertadamente Belmartino y Bloch— “señala a nuestro criterio un punto clave en el diseño organizativo. La desconfianza hacia las grandes organizaciones burocráticas, el rechazo al trabajo remunerado por salario, el apego a una forma de práctica que permite la supervivencia del consultorio individual y un vínculo relativamente personalizado con la clientela, encuentran en la organización imaginada por Provenzano un seguro contra las incertidumbres provocadas por los procesos de cambio. FEMEBA se reveló también como pionera en otros campos; la organización de la contratación con obras sociales, la implementación de contratos tipo, la elaboración del nomenclador de prestaciones, la administración de su cobro. La entidad bonaerense asume un claro liderazgo cuando se tocan los aspectos técnico-administrativos de la organización gremial. No sólo aporta los instrumentos que sus colegas utilizarán para poner en marcha sus propios contratos y organismos de administración de prestaciones, también logra imponer su aceptación por parte del INOS cuando el sistema se generaliza y se decide la aplicación de normas administrativas uniformes para la totalidad de las obras sociales.”*<sup>16</sup>

Desde la provincia se avanzó en la organización de la atención maternoinfantil, preocupación permanente de Segio Provenzano, con quien colaboraron Francisco Laborde desde la Dirección General de Acción Médico Social y Santiago Verrina desde la Dirección de Maternidad e Infancia. La creación de Centros de Salud Maternoinfantil y la de Clubes de madres quedó registrada en la publicación ministerial “Lucha en De-

<sup>16</sup> BELMARTINO, S. y BLOCH, C. El Sector...*Op. cit.*, p. 372.

fensa de la Salud Materno-Infantil” (La Plata, 1957). El listado de prácticas médicas y quirúrgicas elaborado bajo la dirección de Provenzano fue utilizado por muchos años como guía para la discusión de convenios y sirvió de base a los que existen actualmente.

## El informe de los consultores internacionales

El primero de los informes<sup>17</sup> presentados fue el de Odair Pedroso, en ese mismo año de 1956. “*Durante mi estadía en el país*”—contaba— “*tuve la oportunidad de visitar cerca de 100 instituciones asistenciales de todos los tipos y ubicadas en diversos puntos y en las condiciones ambientales más variadas. Además, visité las provincias de Corrientes, Chaco, Mendoza, San Juan, San Luis, Tucumán, Santiago del Estero, Catamarca, La Rioja, Santa Fe y Capital Federal, incluyendo en ésta dos hospitales de la zona llamada Gran Buenos Aires.*”

Pedroso declaró con total franqueza su posición “*ideológica*” frente a la propiedad y administración de hospitales: “*El Consultor sustenta el criterio de que los establecimientos de asistencia hospitalar(ia) general deben pertenecer predominantemente a entidades particulares, y ser administrados por ellas, correspondiendo al Gobierno intervenir subsidiariamente en la concesión de medios materiales y en el ofrecimiento de recursos técnicos, siempre que sea posible y que se le solicite a este efecto.*”

Citaba como inconvenientes importantes de la administración por parte del Gobierno Federal, la excesiva burocratización, el abastecimiento centralizado, la centralización de la administración y de las subvenciones, los presupuestos insuficientes, la baja retribución de los profesionales y del resto del personal y el “*sistema político de nombramiento de directores y administradores, con la consiguiente falta de continuidad administrativa*”, que les restaba autoridad y responsabilidad.

Todos los aspectos señalados por Pedroso correspondían a situaciones observadas; si algunas pueden asignarse a la administración lejana, las más, como las designaciones políticas, la discontinuidad administrativa y la insuficiencia presupuestaria, son defectos o enfermedades administrativas que se producen tanto en administraciones locales y próximas como en las nacionales y lejanas.

Para corregir esos problemas, frecuentes en muchos sistemas públicos, se ha ensayado, en algunos casos con éxito, manejar el subsistema hospi-

<sup>17</sup> En la transcripción de los textos de los informes, los subrayados pertenecen al original, en tanto el realce con negritas será utilizado por nosotros para realzar algunas afirmaciones.

talario (o todo el sistema de servicios de salud), como una empresa productora de servicios, de propiedad pública, en cuyo interior se practican, cuando se las considera necesarias, las descentralizaciones administrativas que coloquen los niveles de decisión en la ubicación que mejor les convenga, como en el Servicio Nacional de Salud Británico. Esto tiene una ventaja adicional: permite crear, para los empleados, el status especial de trabajadores del sistema de salud, no sólo eliminándoles la percepción de ser “*empleados públicos*” (expresión que en América latina adquiere a veces matices peyorativos), sino también alejándolos de las regulaciones generales establecidas para el personal de la burocracia estatal.

La total gratuidad de la atención hospitalaria en los establecimientos de propiedad pública (que existía también en el pasado, cuando pertenecían y los administraba la Sociedad de Beneficencia), sorprendió al Consultor brasileño, lo mismo que la respuesta que le dio el Dr. Martín Vázquez Vigo, Director de Medicina Asistencial, sobre los **centros de salud**: en el país sólo se habían desarrollado dos, que estaban funcionando, pero sin que su programa médico correspondiese a un centro sanitario. “*En realidad —decía Pedroso— los Centros de Salud de la República Argentina, muchas veces llamados Dispensarios, Centros materno-infantiles, de vías respiratorias, cardiológicos, venéreos, etc., son verdaderas clínicas, organizadas primordialmente para promover el tratamiento de pacientes ambulatorios. [...]*”

*En consecuencia, esas instituciones son deficientes en personal especializado, no poseen una sección de bioestadística, de control de enfermedades contagiosas, de higiene, y en muy pocas se realiza el examen periódico de salud de la población. No disponen de servicios de medicina preventiva organizados para preservar la salud, ni para propiciar la educación sanitaria. [...]*

*Los centros sanitarios que se hallan en construcción, de acuerdo con el mismo programa trazado en 1947, serían verdaderos centros de salud, ampliados en su acción, de asistencia médica ambulatoria, y donde estaría localizada la autoridad federal sanitaria de zona.”<sup>18</sup>*

Esta última frase refleja una característica de los años de Carrillo: se **hablaba permanentemente de medicina preventiva y de medicina social, pero su práctica concreta se ubicaba en el futuro próximo** en el cual se contaría con los edificios que se estaban construyendo, con los recursos humanos que se estaban formando, con los recursos financieros que poseería el Fondo que se estaba estructurando.

Las distorsiones en la localización, el tamaño, la complejidad y el funcionamiento de los hospitales descritas por el Consultor fueron muchas;

<sup>18</sup> OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. *Estudio de los Servicios de Salud de la Argentina. Informe presentado por el Consultor en Administración Hospitalaria Dr. Odair R. Pedroso*, mimeografiado, Buenos Aires, 1956, p. 9.



*Francisco Elizalde en una reunión sobre transferencia de hospitales.*

la administración hospitalaria como “*especialidad se encuentra en la infancia, por la carencia de conocimientos básicos necesarios. Le falta tecnicismo científico y es inexistente la diferenciación científica; confunden la medicina con el hospital y el médico con un director o administrador. Se mezcla (la) técnica con la política y se subvierte el orden de las cosas, anulando las más veces la primera en beneficio de la última. De esta suerte, fallan, en la mayoría de los casos, los principios fundamentales capaces de orientar cualquier administración. Derribados éstos, claudica la organización, fallan los sistemas, se malgastan los recursos, resultan inoperantes los servicios, se distribuyen mal los elementos de trabajo, disminuye el rendimiento del personal y se reúnen datos imprecisos.*”<sup>19</sup>

Estaba procesándose el “*Informe de los Consultores*”, cuando un decreto del Poder Ejecutivo autorizó al Ministerio, fundamentándose en argumentos tan sólidos e indiscutibles como los beneficios que se obtendrían de la proximidad de la dirección y del control social local, y también en la necesidad de evitar las superposiciones y duplicaciones, a convenir con las provincias y las municipalidades las transferencias de establecimientos (descentralización política). No era el único curso de acción que podía buscar esos objetivos, pero no se encontró otro.

Se pensaba, o se sabía, que el informe de los expertos avalaría esa dirección aunque el proceso estuviese en curso. En efecto, el Informe de los

<sup>19</sup> PEDROSO, O. *Informe... Op. cit.*, p. 40.

Consultores Internacionales se convirtió, desde su presentación y difusión a mediados de 1957, en **una orientación de política sanitaria difícil de discutir, por la jerarquía técnica de sus firmantes.**

A los consultores (incluidos Odair Pedroso y Hugo Enríquez) les llamó la atención la variación de la información estadística: cuando trataron de conocer el número de camas hospitalarias existentes, la cantidad que se les informó variaba de 116 mil a 130 mil, con una diferencia de casi 14 mil camas, según la fuente consultada. En diferentes reparticiones se informaban, indistintamente, el total de camas “*de dotación*”, o el total de camas “*habilitadas*”; se incluían o excluían las de los servicios de emergencia y las precarias, las de los pasillos de las atiborradas maternidades, por ejemplo, la anarquía conceptual y terminológica, atribuible a la insuficiencia de la capacitación y a la pobre organización de los servicios de estadística, así como a la existencia de diferentes normas para expresar valores e indicadores en diferentes trámites burocráticos, **confluía con la información deliberadamente “sesgada”, que también estaba presente en una sanidad hiperpolitizada.**

Decía el “Informe de los Consultores Internacionales”: *“Una de las más importantes conclusiones que se desprenden del presente estudio es que, en la práctica, la organización de los servicios sanitarios de la Argentina refleja, en todos los niveles, un grave impedimento que nace de la forma en que se interpretan, por lo general, sus objetivos y funciones. Es forzoso reconocer que el concepto de salud pública no se comprende en todo su significado; y que, en consecuencia, las actividades sufren importantes limitaciones. Durante las visitas que la Comisión efectuó a los servicios pertenecientes a las varias escalas de gobierno, particularmente a nivel local, se observó que la principal preocupación, y muchas veces la única, eran las enfermedades, los enfermos y su tratamiento. De ahí que la medicina curativa tenga un predominio casi total en todos los servicios, nacionales, provinciales y municipales. Por ejemplo, los denominados centros de salud constituyen, salvo raras excepciones, unidades (dedicadas) principalmente al tratamiento de los pacientes; mientras que las demás actividades que deberían formar parte de su programa, o se ignoran o son ejercidas de manera bastante precaria.”*<sup>20</sup>

Carrillo había mencionado permanentemente las bondades de la medicina preventiva y del saneamiento, pero la tradición de los servicios era la de la atención curativa. Ya hemos señalado esta distorsión de la teoría reiteradamente declarada en la década anterior, indicando algunas razones de la excesiva “*medicalización*” y “*hospitalocentrismo*”. Agreguemos que colaboró para ello la situación dominante que se otorgó a la figura del mé-

<sup>20</sup> Informe de la Comisión de Consultores Internacionales designada por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. “Estudio de los Servicios de Salud Pública de la Argentina”, mimeografiado, junio de 1957, p. 29.

dico, cuya formación tenía —y en buena medida, tiene todavía— una notable preeminencia de Panacea sobre Hygeia. Los programas preventivos, muchos de los cuales requieren un cumplimiento permanente y riguroso de normas preestablecidas<sup>21</sup>, suelen ser mejor desempeñados por personal con preparación diferente de la que reciben, en general, los médicos<sup>22</sup>, a los cuales, durante el proceso de su formación, se les hablaba bastante de la prevención pero se les enseñaban pocos elementos concretos de prácticas preventivas.

*“Uno de los graves defectos de los servicios federales de salud —decían los expertos— es la considerable ampliación que ha experimentado durante los últimos trece años como consecuencia de una serie de rápidas reformas, ninguna de las cuales fue totalmente aplicada, pues eran sustituidas por otras antes de ser enteramente cumplidas. Esto ha dado lugar a una situación bastante confusa, por cuyo motivo la Comisión no pudo nunca saber exactamente cuál era la verdadera estructura y funciones de un determinado sector o dependencia, a pesar de estudiar repetidas veces los documentos disponibles y de celebrar largas conversaciones con calificados funcionarios. Por consiguiente, la descripción presentada en este informe no indica con exactitud la estructura del Ministerio en ningún momento dado, puesto que la situación siguió siendo inestable debido a los constantes cambios que se produjeron incluso en el período en que se realizó este estudio. [...]*

*El desarrollo creciente de la organización nacional de salud pública llegó a su punto culminante en el período comprendido entre 1949 y 1954, cuando se produjo una duplicidad injustificada de organismos, una fragmentación de actividades fundamentales y un considerable aumento de funcionarios, que alcanzó la cifra aproximada de 36.000. Esta situación fue particularmente exagerada en la sede del Ministerio, en la Capital Federal, en donde el número de funcionarios excedió los 18.000, estableciéndose una estructura excesivamente ramificada y compleja, con graves perjuicios para la eficacia del servicio y la economía. La misma tendencia se observó en los niveles locales, en donde, en lugar de servicios unificados y polivalentes, se crearon servicios especializados, que actualmente funcionan con carácter independiente y sin coordinación.”*<sup>23</sup>

<sup>21</sup> El sociólogo norteamericano Charles Perrow hizo una caracterización de los diferentes tipos de tareas según la existencia de normas para realizarlas y de la frecuencia de la presentación de excepciones. Su enfoque de análisis resulta de particular interés en el estudio de la asignación a diversos tipos de personal de las actividades de salud. Véase PERROW, CH. *Análisis de la Organización. Aspectos sociológicos*. Cecsca, México, 1972.

<sup>22</sup> En el SNS chileno, los excelentes resultados del programa de control del crecimiento y desarrollo y de la vigilancia del estado nutricional de los niños fueron relacionados con la dirección, a cargo de enfermeras, y la ejecución, a cargo de auxiliares de enfermería.

<sup>23</sup> Las características del empleo público en la Argentina dificultan las transferencias y los despidos.

*“Los actuales dirigentes han introducido algunos cambios para reducir el número de organismos centrales. Sin embargo, todavía persisten algunos de los defectos originales, como puede juzgarse en los siguientes ejemplos:*

*Continúa la tendencia a organizar nuevas unidades con un excesivo número de subdivisiones, que dan lugar a innecesarias y complejas estructuras. La Dirección de Epidemiología y Endemias, por ejemplo, fue organizada en julio de 1956 con las dependencias siguientes: una Secretaría Técnica, 3 Departamentos, 10 Divisiones y 33 Secciones, tal como puede observarse en el anexo VIII. Las autoridades del Ministerio deberían prestar atención especial a este problema al planificar la estructura de otras unidades, a los efectos de evitar, en la medida de lo posible, el seguir una orientación semejante. A este respecto hay que tener presente que la supervivencia de cierto número de unidades creadas durante los pasados años necesitaría justificarse muy cuidadosamente.*

*La existencia injustificada de ciertas unidades cuyas funciones, normalmente, deberían formar parte de otro servicio, como por ejemplo, la Dirección de Poliomieltitis, cuando ya existe un servicio encargado de las enfermedades transmisibles. Del mismo modo, no es fácil comprender la prominencia dada durante el período en que se realizaba el presente estudio- a una Dirección de Radiología y Electromedicina, como para pasar a depender directamente del Subsecretario, cuando sus funciones podían quedar incluidas en otro departamento ya existente y en una posición consonante con su jerarquía dentro del Ministerio.*

*De un modo general, la agrupación de unidades no sigue un criterio de interrelación de sus respectivas funciones, como establecen los principios de administración de salud pública universalmente aceptados. La Dirección de Odontología y la Dirección de Maternidad e Infancia, por ejemplo, deberían hallarse dentro del mismo sector, en lugar de constituir distintas Direcciones Generales, como ocurre en la actualidad.*

*No existen ciertas unidades centrales, de importancia fundamental, en cualquier organismo nacional responsable por la salud pública, tales como las de planificación y de enfermería. Con motivo del presente estudio se estableció la “Oficina Coordinadora”, a la que fue asignada una enfermera debidamente capacitada y se organizó un Comité Técnico Asesor de Enfermería. La Comisión entiende que las autoridades están estudiando la idea de aprovechar este experimento para incluir en la nueva estructura del Ministerio una unidad de Planificación y otra de Enfermería, con el fin de que funcionen como órganos centrales normativos y asesores.<sup>24</sup>*

El Informe ponía reiteradamente en evidencia la diferencia entre lo que se había dicho y lo que se había hecho en la década anterior, y a veces, también en la gestión que los había convocado, la cual no se dio por aludida.

---

<sup>24</sup> Idem, p. 33-35.



Para remediar la situación, los expertos proponían que se hicieran las cosas como lo establecía la **organización federal** del gobierno, revisando (y “*horizontalizando*”, (o integrando en los servicios locales), hasta algunos de los programas “*verticales*” (las “*grandes luchas*”), lo que equivalía a desandar las anteriores seis o siete décadas de organización sanitaria. **Los programas de “grandes luchas” integrados u horizontalizados sufrieron grandes incertidumbres y carencias de recursos; en muchas provincias las autoridades del hospital asignaron tareas asistenciales a personal especializado que cumplía rutinas de control.** El carácter fundacional de las realizaciones de la década anterior, reiterado en cuanta oportunidad se había tenido para exhibirlo, se volvió en contra de la permanencia de esas realizaciones, atándolas a una “doctrina” ideológica reciente, aunque tenían décadas de tradición.

El Informe destacaba, acertadamente, *“la ausencia de un minucioso estudio de los problemas, necesidades y características de la población del país, y de la subsiguiente planificación de un programa objetivo, a desarrollarse a largo plazo. Esta deficiencia es fundamental. Las reformas excesivamente ambiciosas en el último decenio no se basaron en un estudio a fondo de las verdaderas condiciones del país, eran demasiado teóricas y faltas de objetividad. Como consecuencia, al ser inaplicables, fueron sustituidas, una tras otra, con asombrosa rapidez, sin que de hecho se llevara a la práctica ninguna de ellas.*

[...] *La Comisión considera pertinente insistir en que un programa sólido de salud pública es, necesariamente, una empresa a largo plazo*”.<sup>25</sup> Pero ninguno de los expertos se propuso examinar lo sucedido en el pasado largo plazo, sino que acompañaron la propuesta de un gobierno “de facto” que tenía más voluntad de adversar que conocimientos que orientasen el cambio, aunque no puede obviarse la explícita intención de restaurar un liberalismo tanto político como económico que había sido anulado por el régimen anterior.

Por lo demás, el Informe diagnosticó correctamente las faltas de coordinación entre las acciones de los distintos ministerios y agencias nacionales, así como las características de los servicios de salud pública de las provincias, respecto de los cuales la Oficina Coordinadora “*se había propuesto preparar un amplio informe*”, que no pudo realizarse por disponerse sólo de información “*incompleta, inexacta y a veces contradictoria... No obstante, a pesar de estas limitaciones, como la Comisión visitó los servicios de varias provincias, pudo formarse una idea aproximada de su organización general, así como de sus características y deficiencias esenciales.*”<sup>26</sup>

<sup>25</sup> Idem, p. 37.

<sup>26</sup> Idem, p. 44.

Encontraron allí servicios de medicina asistencial, sanitaria y social, estructurados sin criterio uniforme, dedicados a tareas de diferente amplitud, a pesar de poseer igual denominación, y predominando entre ellos los dedicados a la medicina curativa y a la asistencia social, con una gran escasez de recursos destinados a actividades preventivas, del orden sólo del 3% del presupuesto sanitario provincial. *“En la mayoría de las provincias, los servicios carecen de asesoramiento técnico y de personal capacitado para la administración de salud pública. Por esta razón, la organización y los programas no se basan, en general, en un estudio adecuado de los problemas. No existe planificación alguna; se observa una falta de coordinación y los resultados no se evalúan. Puesto que la insuficiencia de recursos económicos no ha permitido a las provincias dar a sus servicios mayor volumen, es todavía más lamentable que las actividades provinciales no estén coordinadas con las federales y municipales, lo que da lugar a una inútil duplicidad de servicios en algunos casos y en otros a la falta de los mismos.”*

Durante el gobierno de Perón, las autoridades provinciales no se habían opuesto a las acciones del Ministro de Salud Pública, que había inaugurado establecimientos y había predicado su doctrina. Algunas de ellas lo habían imitado, levantando e inaugurando establecimientos y hablando de la importancia de la coordinación y de la prioridad de la prevención. Pero la depositaria de la verdad, la realidad, exhibía pocos cambios, relacionados éstos con algunas **adiciones no integradas ni coordinadas a los servicios preexistentes**. La situación que encontraron los expertos —servicios insuficientes, incoordinados, volcados a la medicina curativa— en el interior, era muy parecida a la que existía antes de Carrillo, de Viera, de Galli, de Spangenberg, de Sussini. Los indicadores de mortalidad mostraban cambios positivos en la década, pero en el mismo orden de magnitud que en los períodos anteriores y posteriores, probablemente más dependientes del progreso educacional y de una mejor distribución del ingreso en el país (ya que el crecimiento del PBI fue, como se dijo antes, ínfimo en el decenio), que de la acción médico-sanitaria.

En su caracterización del régimen municipal en la estructura de gobierno, el Informe destacaba, que de las mil doscientas comunas existentes en el país, sólo poco menos de la mitad tenían la organización y autonomía que establecía el régimen municipal de cada provincia, las restantes estaban administradas por Comisiones o Juntas de Fomento o Comisionados nombrados por el respectivo gobierno provincial; mencionaban, como ejemplo, que **gozaban de autonomía sólo 10 de las 314 comunas existentes en la adelantada provincia de Santa Fe**.

Los servicios locales pocas veces **integraban** en las actividades asistenciales, las preventivas y de salud pública; en general se volcaban a la asistencia, a veces fragmentada en servicios especializados de diversas dependencias, con

denominaciones que tenían poco que ver con la actividad que desplegaban y sin coordinación alguna entre ellos, ni participación alguna de la comunidad. *“En resumen, —decía el Informe— en las visitas que la Comisión efectuó a las provincias no pudo encontrar en ninguna localidad un programa de salud pública debidamente planeado, que se llevara a cabo de conformidad con las normas usualmente adoptadas en administración de salud pública. [...]*

*Los defectos que se observan en relación con el personal son todavía más graves: los médicos son clínicos generales o especialistas en los distintos campos de la medicina curativa, sin preparación o adiestramiento en salud pública; no se utilizan los servicios de ingenieros e inspectores sanitarios, ni tampoco de enfermeras de salud pública; las visitadoras no han recibido, por regla general, ninguna preparación y su número es reducido.”*

Cuando se trató de describir la preparación y adiestramiento del personal, el Informe destacó las características de la formación médica, mostrando asimismo la evolución de la matrícula en el primer año en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires desde 1948 hasta 1954: 1.113; 1.619; 1.482; 2.464; 3.215; 4.104 y 10.770 respectivamente. Destacaron la ausencia de crecimiento de los recursos docentes y la inexistencia de docentes de tiempo completo en los departamentos de ciencias básicas; el carácter no-obligatorio de las clases teóricas y la posibilidad de acortar significativamente la duración de la carrera.

Sobre la formación en salud pública, hacían notar que en las Facultades de Ciencias Médicas de Buenos Aires y de Córdoba y en la Facultad de Higiene y Medicina Preventiva de Santa Fe, donde se dictaban cursos para graduados, **la enseñanza no era la adecuada**; el curso de Buenos Aires, por ejemplo, duraba **dos años**, con **una o dos horas de clase a la semana** (de 18.00 a 20.00 horas), con profesores que no cobraban por su participación. En general, afirmaban, la formación de los recursos humanos para la atención de la salud no estaba *“a la altura del progreso cultural del país.”* En materia de formación en enfermería, *“la situación de la enseñanza es confusa y, por ningún concepto, satisfactoria.”*

Cuando examinaron la situación de aquellos componentes que no estaban a cargo del Ministerio de Salud, sino de otras instituciones nacionales, pudieron constatar la escasa proporción (10%) de sistemas provinciales y municipales de provisión de agua potable; la baja proporción (30%) de población servida con sistemas adecuados de eliminación de excretas; la insuficiencia de las actividades de control de alimentos del Ministerio de Agricultura y Ganadería.

Las recomendaciones fueron: 1) Descentralizar los servicios, transfiriéndolos a las provincias o los municipios, pero, teniendo en cuenta que **sus presupuestos “son absolutamente insuficientes para soportar la carga derivada de la descentralización de los servicios sanitarios”**, acelerar *“los estu-*

*dios necesarios para la pronta modificación del sistema de distribución de impuestos y la consiguiente mejora de las finanzas de las provincias y municipios*”; 2) la Nación financiaría, mientras tanto, *“la mayor parte de los servicios transferidos*”; 3) El Ministerio nacional debería tener carácter normativo, de orientación técnica, coordinación, estímulo y ayuda financiera, sin excluir *“la ejecución directa de ciertos programas de exclusiva competencia federal, o de aquellos encaminados a resolver ciertos problemas especiales de alcance nacional.”*

*“La Comisión recalca la importancia esencial de seguir este criterio y recomienda encarecidamente que los servicios que se proporcionen directamente a la población estén principalmente a cargo de los gobiernos provinciales y municipales y de las instituciones privadas.”*<sup>27</sup>

Permítasenos una digresión. En 1959, la Organización de los Estados Americanos encargó a Milton Roemer, experto de gran prestigio (uno de los discípulos de Henry Sigerist), un estudio que analizase los servicios médicos de la seguridad social y de otras instituciones en los países de América Latina. En *“La Atención Médica en América Latina”* Roemer recomendó: [...] *“Para abarcar la responsabilidad de todos los servicios de salud de un país, la autoridad del ministro de salud habría de ampliarse mucho más allá del campo que abarca actualmente. Una nueva legislación habría de investir al ministro de la autoridad necesaria para administrar el amplio y unificado servicio que se propone. Debido a que varios grupos especiales, antes independientes, resultarían afectados por esa unificación, convendría incluir representantes de dichos grupos en la estructura administrativa... Sin embargo, la autoridad suprema debería asumirla un ministro nombrado por un presidente electivo, puesto que los servicios de salud deben formar parte del proceso democrático general personificado en el gobierno. Mediante el poder ministerial se mantendría el contacto con otras ramas del gobierno —como educación, trabajo, agricultura— con los cuales los servicios de salud están necesariamente relacionados. De este modo, además, los servicios de salud podrían planificarse en forma que contribuyeran al desarrollo económico general del país.”*

Recomendaba también *“concluir la transferencia de los hospitales de beneficencia al control gubernamental”*. La tan generalizada concesión de subvenciones por los gobiernos centrales y locales constituye ciertamente un paso en la debida dirección, pero los estándares técnicos a que esas subvenciones van asociadas no son muy eficaces. *Sería mejor la administración gubernamental directa, con unos estándares y una política de personal uniforme [...] La mayoría de los hospitales están ya, desde luego, bajo la*

<sup>27</sup> Los subrayados pertenecen al original. Cuando se quiso destacar frases o palabras, se escribieron en negrita.

*dirección del ministerio de salud del gobierno central, pero en algunos países muchos hospitales continúan bajo el control de organismos estaduales (provinciales) o locales [...] La integración en un sistema nacional de los hospitales especiales del gobierno federal destinados a las fuerzas armadas, trabajadores ferroviarios, empleados de ministerios, etc. , no sería tan difícil. Estas instituciones ya están financiadas mediante la renta general del gobierno y no sería necesario ningún verdadero cambio de propiedad [...] Los hospitales puramente particulares podrían integrarse también, hasta cierto punto, en un sistema nacional.”*<sup>28</sup>

Como puede apreciarse, mucho de lo que Roemer aconseja estaba incorporado en la herencia de Carrillo, aunque su funcionamiento fuese deficiente. Es lógico deducir que la orientación general de las recomendaciones hechas por los Consultores Internacionales enviados por la OPS era, cuando menos, discutible.

Hecha esta salvedad podemos continuar con la descripción del contenido del Informe de los Consultores de la OPS, que al detallar las atribuciones del organismo federal, y con el subtítulo de “*Esfera de actividad*”, afirmaba: “*Hasta ahora, el concepto sobre la salud pública y el alcance de los servicios prestados por el Ministerio, han tenido una interpretación muy restringida, con el resultado inevitable de una consagración casi exclusiva a la medicina curativa. La Comisión considera que es ésta una de las fallas más serias; y por lo tanto, recomienda encarecidamente que se preste la mayor atención a corregir esta interpretación, de modo que la acción de los servicios de salud pública sea completa y equilibrada, dando la debida importancia a la prevención de las enfermedades y al fomento de la salud.*”<sup>29</sup>

La Comisión sugería **reducir substancialmente** el número de unidades de la sede central del Ministerio y reagruparlas, **recomendando encarecidamente** la creación de algunas como la de Planificación. Respecto de las “*grandes luchas*”, se recomendaba mantenerlas a cargo del Ministerio sólo en casos determinados y por el tiempo necesario, suprimiéndose al haber alcanzado sus objetivos, “*haciendo las provisiones necesarias para el mantenimiento de los resultados por medio de los servicios regulares.*”

Para la Coordinación de las actividades nacionales y provinciales o municipales, se sugería mantener en las provincias “*delegados federales*”, que también tendrían a su cargo los servicios nacionales que se decidiese mantener, como las leproserías, además de propiciar, para la coordinación interprovincial, la realización de reuniones periódicas y sistemáticas de autoridades provinciales.

<sup>28</sup> ROEMER, M. I. *La Atención Médica en América Latina*. Unión Panamericana. Estudios y Monografías XV Washington D.C. 1964.

<sup>29</sup> Subrayados en el texto original.

El Informe hacía recomendaciones referentes a los servicios provinciales, *“que deben constituir organizaciones sanitarias completas, con fondos adecuados y con actividades como las siguientes: saneamiento del medio, control de enfermedades transmisibles, estadísticas vitales y de salud pública, laboratorio de salud pública, enfermería, educación sanitaria, promoción de la salud y atención médica”*.

*“La estructura de las organizaciones sanitarias provinciales ha de seguir la misma orientación general propugnada para el organismo federal, con la diferencia de que a las provincias les corresponde proporcionar servicios directos a la población, por medio de sus unidades locales (centros de salud polivalentes, hospitales), cuando los municipios no puedan proporcionarlos por sus propios medios. En todo caso, las provincias deberían estimular y ayudar a los gobiernos locales para desarrollar sus propios servicios sanitarios municipales. Las oficinas centrales técnicas del organismo provincial han de tener un carácter normativo y de asesoramiento, quedando los servicios locales subordinados a un departamento de “administración local de salud pública.” La Comisión recomienda que se eviten los “servicios verticales”, para que no ocurra la fragmentación de las actividades a nivel local, lo que sería de graves consecuencias para la eficiencia y la economía [...]*

*Además de la aportación financiera del gobierno federal, las provincias han de asignar presupuestos sustanciales y adecuados a sus servicios de salud pública. Sólo se justifica no observar este requisito en las provincias de nivel económico bajo, cuyo número parece ser bastante reducido.”*

Se recomendaba estimular en toda forma a las municipalidades para que asumieran *“un papel mayor en la ejecución de los servicios de salud pública, de acuerdo con su desarrollo y recursos financieros.”* Los servicios locales debían ser *“integrados en un solo servicio, con unidad de dirección y coordinación con todas las actividades conexas llevadas a cabo por otros organismos oficiales y por instituciones privadas”,* consistiendo, *“esencialmente, en un centro de salud y un hospital, separados físicamente pero bajo una sola dirección.”*

El informe ponía especial énfasis en la necesidad de capacitar personal profesional en salud pública, a través de becas al exterior y del establecimiento de normas para los cursos que se ofrezcan en el país: *“los cursos académicos formales deberían ser organizados por las instituciones académicas correspondientes.”* *“Ha de prestarse toda ayuda posible para que, con la mayor brevedad, una Escuela de Salud Pública se organice de acuerdo con estándares universalmente aceptados, adaptados a las condiciones y necesidades del país. La Escuela debe disponer de un personal docente de tiempo completo y de suficientes recursos materiales” [...]*

Se destacaba la necesidad de ampliar y fortalecer la enseñanza de la enfermería, de formar un grupo de estudio para reorganizar la enseñanza

médica y se recomendaba, finalmente, seleccionar una localidad en una provincia para concentrar allí recursos convirtiéndola en “*área de demostración*”; “*de las visitas efectuadas, la Comisión tuvo la impresión de que la provincia del Chaco, entre otras, satisface los requisitos.*”

Hugo Enríquez Frödden presentó su “*Programa de Atención Médica en un Plan de Salud Pública*”<sup>30</sup> en 1958, en el cual afirmaba: “*De todos los estudios realizados surge una conclusión que es muy clara: no ha existido en el gobierno central ni en los gobiernos provinciales un plan de política sanitaria que, después de estudiar los problemas, hubiera orientado las acciones y las directivas hacia una atención integral de la salud de la población en sus aspectos de protección, promoción y reparación*” [...] y reiteraba: “*Puede afirmarse que han predominado las preocupaciones por la medicina curativa y que se han postergado o ignorado las acciones de medicina preventiva y sanitaria.*”

Respecto de los hospitales, que eran el sujeto de su especialidad, describía: “*Nos ha hecho la impresión de asomarnos a institutos de hace treinta o cuarenta años, que han seguido aislados —en un mundo en progreso— viviendo un sistema administrativo de comienzos de siglo y practicando las mismas normas que guiaban a la medicina individualista.*”

Desde el comienzo de la gestión del ministro Martínez se trató de reducir la frondosa estructura burocrática del ministerio, “*para recuperar*”, como decía acertadamente Elizalde, “*el equilibrio funcional, sensiblemente perdido por el imperio del desorden*”. La hipertrofia burocrática se atribuyó a finalidades políticas; y es posible que esa fuese una de sus causas, pero también que se originase por la inexperiencia del primer Secretario del ramo (también primer Ministro del ramo), enfrentado a la tarea de hacer crecer, sin topes presupuestarios en los primeros años, el organismo máximo de la sanidad nacional, que había permanecido estancado por décadas y cuyas competencias estaban dispersas en una cantidad de organismos de diversas dependencias.

Alberto Mondet, entonces presidente de la Comisión Asesora del Ministerio, evocaba: [...] “*Había muchos hospitales nacionales en el interior. Eso implicaba que todos los trámites tenían que pasar por el ministerio. Por ejemplo, el nombramiento o la renuncia de una persona debía resolverse por decreto y contar con la firma del Ministro de Salud Pública e incluso del Presidente de la Nación. [...] en la época del Dr. Ramón Carrillo la centralización estaba bastante bien organizada. Se había creado, por ejemplo, un parque de abastecimientos para enviar desde allí los insumos a los hospitales del interior.*”<sup>31</sup> Elizalde tenía recuerdos diferentes, y probablemente,

<sup>30</sup> OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, *Un programa de Atención Médica en un Plan de Salud Pública. Informe del Dr. Hugo Enríquez Frödden*, (mimeografiado), Buenos Aires, 1958.

<sup>31</sup> ALBERTO MONDET. En OPS/OMS. *La OPS en Argentina. Crónica...Op. cit.*, p. 93.

ambos tenían razón: *“Desde Buenos Aires se mandaban heladeras a Tierra del Fuego y mantas al Chaco.”*<sup>32</sup>

Se hizo antes referencia al decreto 1.375 de febrero de 1957 que autorizó al Ministerio a convenir con las autoridades provinciales y municipales la transferencia de los establecimientos asistenciales, habilitados y por habilitar, *“que no estén aplicados a la materialización de los planes de grandes luchas sanitarias que la Nación tiene a su cargo”*. (En el Informe, los Consultores Internacionales aconsejaron transferir también algunas de esas campañas de masa). Con ese instrumento legal se inició el proceso de las transferencias. El entonces subsecretario, Dr. Francisco Elizalde, recordaba: *“Me llevó dos años de viajes constantes al interior para convencer a gobernadores y ministros sobre el traspaso del manejo de los servicios.”*<sup>33</sup>

De los 1.772 hospitales existentes en el país en 1957, 230 dependían del Ministerio nacional, lo mismo que 204 de los 2.052 establecimientos de atención ambulatoria. Hasta mayo de 1958 se firmaron convenios de transferencias con Córdoba, Corrientes, Chaco, Chubut, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Santa Fe, Santiago del Estero, Tierra del Fuego y Tucumán; en total, se transfirieron 272 establecimientos. La descentralización jurisdiccional se hizo sobre la base de la descentralización política; la institucional, en cambio, se limitó a la descentralización administrativa, como en la creación del Instituto Nacional de Salud Mental, por decreto 12.628 del 11 de octubre de 1957.

Como se ha visto, el Informe de los Consultores Internacionales sugería organizar un “área de demostración” y se mencionaba, como una posibilidad, elegir para ello a la provincia del Chaco. En 1957 esa provincia había sancionado su Constitución, cuyo artículo 33 establecía: *“La Provincia tiene a su cargo la promoción, protección y reparación de la salud de sus habitantes, con el fin de asegurarles un estado de completo bienestar físico, mental y social. Al efecto dictará la legislación que establezca los derechos y deberes de la comunidad y de los individuos y creará la organización adecuada.”*

La autoridad sanitaria provincial del Chaco, (el Ministro de Asuntos Sociales y Salud Pública de la Provincia), acordó, a comienzos de 1957, con el Ministro de la Nación, Dr. Francisco Martínez, establecer el territorio de la provincia como área de demostración del Plan Nacional de Salud Pública, según lo aconsejado por los Consultores Internacionales: con la Resolución ministerial 888 se iniciaba el “Plan Chaco”, el intento de convertir a las provincias en las unidades del sistema de salud pública, pa-

---

<sup>32</sup> FRANCISCO ELIZALDE. En OPS/OMS. Idem, p. 91.

<sup>33</sup> FRANCISCO ELIZALDE. En OPS/OMS. Idem, p. 92.



ra suprimir la agobiante y costosa centralización. Reemplazada la Constitución Nacional de 1949 por la vigente hasta ese año, la salud era, otra vez, un asunto de exclusiva competencia provincial, aunque hasta mayo de 1958 el gobierno mantuvo su (gran) influencia sobre los gobernadores que él había designado. En 1959 se descubrió que la provincia elegida tenía una serie de características que la hacían poco conveniente para servir como área de demostración, por lo que se la reemplazó por la de San Juan.

## **Instituciones sanitarias**

- 1955 En diciembre se presenta ante la OPS una solicitud de cooperación para reorientar los servicios de salud.
- 1956 La epidemia de poliomiélitis pone en evidencia la falta de preparación de los servicios de salud para afrontarla.  
Se crea la Comisión Nacional del Seguro de Enfermedad que propone en el siguiente año la creación de un Instituto Nacional de Seguridad Social.
- 1957 Después del decreto de febrero se inicia, a través de la firma de convenios con las provincias, el proceso de las transferencias.  
Se difunde el informe del experto en Administración de Hospitales Dr. Odair Pedroso y poco después el “Informe de los Consultores Internacionales”.  
En 1956 y 1957 se registra un aumento de los casos de paludismo respecto de los registrados en 1955.
- 1958 Se presenta el Informe “Plan de Atención Médica” del experto chileno Dr. Hugo Enríquez Frödden.

# 13

## EL DIFÍCIL PROGRESO SANITARIO DURANTE "EL JUEGO IMPOSIBLE"

- DOS GOBIERNOS TRUNCADOS:  
EL DE ARTURO FRONDIZI  
Y EL DE ARTURO ILLIA
- LA GESTIÓN MINISTERIAL DE HÉCTOR  
NOBLÍA
- IDEAS DE NOBLÍA SOBRE SALUD,  
DESARROLLO Y PLANIFICACIÓN
- OTRA BREVE GESTIÓN DE TIBURCIO  
PADILLA
- EL SERVICIO PROVINCIAL DE SALUD DE  
SAN JUAN
- LA GESTIÓN MINISTERIAL DE ARTURO  
OÑATIVIA
- SERGIO PROVENZANO: LA ASISTENCIA  
SOCIAL Y EL SEGURO DE SALUD
- LAS LEYES DE MEDICAMENTOS

**A**ramburu cumplió con su palabra de dejar, en un plazo relativamente breve, el gobierno en manos de un gobierno civil. No todos los militares estaban de acuerdo, pero respetaron su decisión. En 1930 se había dicho que se retornaría rápidamente a la democracia y se había traspasado el gobierno a un general que, seis años después, convocó a elecciones fraudulentas. En 1943 se había dicho lo mismo, y se había entregado el poder a un general que consiguió reformar la constitución y ser reelegido, y fue derrocado por las mismas Fuerzas Armadas casi diez años después de su acceso a la presidencia. Cuando antes de los tres años, Aramburu convocó a elecciones y sobre todo cuando entregó el gobierno a un civil que no era de su predilección, su prestigio de hombre de palabra y hasta de demócrata creció rápidamente entre los no peronistas.

Pero las Fuerzas Armadas —con profundas divisiones internas— establecieron las reglas que ellas interpretarían, como árbitros, en lo que Natalio Botana llamó “el juego imposible”. El gobernante debía ser libremente elegido, pero el gobierno debía continuar desarmando la maquinaria peronista y afianzando el liberalismo económico aunque sus votantes quisieran otra cosa. Desde el exilio, Perón estaba decidido a hacerles difíciles las cosas a sus vencedores. No sólo la dirigencia sindical, mayoritaria y confesadamente peronista (era en esos años la “columna vertebral del movimiento”), sino una parte importante de la ciudadanía obedecían sus indicaciones de voto.

*En el seno de las fuerzas armadas existían profundas discrepancias que se expresaron con relevos y designaciones, desplazamientos de tropas y amenazas de combate. La dificultad para caracterizar con una expresión sintética las diferencias entre las fracciones los llevó a autodenominarse con los colores de los brazales que se utilizan en las “maniobras militares”: azules y colorados.*

*La oposición a Perón se había desarrollado desde los dos antiguos partidos, el radical y el socialista. Aunque el magnetismo de Perón le permitió captar a algunos de sus hombres, su intento por atraer primeras figuras, como Sabattini, había resultado infructuoso. Desde 1945 el carácter o el tipo de oposición que se debía desarrollar, oposición total u oposición parcial y matizada, había dividido a los radicales. Los “unionistas” se unieron a los otros partidos políticos para formar la Unión Democrática que enfrentó la candidatura de Perón. El Movimiento de Intransigencia y Renovación, los “intransigentes”, no quisieron participar de esa oposición global ni del frente multipartidario. No fue difícil para el líder intransigente, Arturo Frondizi, pactar con Perón y acceder con el 44% de los votos a la presidencia. A pesar de la desconfianza de los árbitros uniformados, hizo gala de sus habilidades de equilibrista y consiguió mantenerse por cuatro años.*

*Frondizi detectó con mayor lucidez que los otros políticos de su tiempo las causas de la declinación argentina y se propuso corregirlas sin pérdida de tiempo. Si tenía para ello que contradecir sus propias posturas anteriores o antagonizar con ideas de viejo cuño radical, el país era más importante. Tenía prisa, como había tenido Sarmiento, por obtener resultados. Su credibilidad fue golpeada duramente por la firma de contratos petroleros a los cuales se había opuesto cuando Perón estuvo a punto de firmarlos. Nadie negó su talento, pero su habilidad fue tachada de maquiavelismo y se lo sospechó agente de la izquierda. Volteado en 1962, el sorpresivo ju-*

*ramento del presidente del Senado, primero en la línea de sucesión presidencial dejó a algunos jefes militares con la sensación de que se les había sacado de la boca un sabroso bocado. José María Guido completó el mandato y llamó a elecciones. Perón aconsejó la abstención.*

*Con un número reducido de votos fue elegido Arturo Illia, líder radical del interior de Córdoba. El nuevo presidente era un hombre paciente. Creía que sus promesas de campaña, al ser sancionadas por el voto, se convertían en mandato. Claro que le importaban los resultados, pero aún más conseguirlos con estricto apego a las normas constitucionales y a las reglas republicanas, como habían repetido Mitre desde la presidencia y Rawson desde el ministerio del Interior.*

*Jefes militares azules y colorados, pero también dos presidentes excepcionales y dos buenos gobiernos, según se los consideró después, se consumieron en el infierno del “juego imposible”, de una democracia tutelada por unas Fuerzas Armadas que pretendían que la realidad fuese distinta de como era, como pretenden a veces los niños caprichosos.*

*En la sanidad, el “conflicto jurisdiccional” se había debilitado en la gestión de Carrillo y continuó disipándose luego, espontánea y lentamente. En cambio, la dispersión institucional mantenía las dos líneas que se abrieron cuando se asignaron a distintas dependencias la atención pública de la salud (a cargo de un poderoso sector público), y los servicios de salud de los seguros sociales, con una cobertura reducida pero que, al contratar servicios al sector privado, lo compensaba de la contracción de la “clientela privada”.*

**Le tocó a Noblía volver a poner en marcha las instituciones sanitarias conmocionadas por política adversativa de la Revolución Argentina. El gesto se interrumpió antes de completarse. Con Padilla se regresó, en alguna medida, a la adversación y a la reducción de las competencias asistenciales de la institución nacional. Oñativia trató de reiniciar con su ges-**

*tión la trayectoria de muchas décadas (fue el primero en plantear su gestión como un momento en el curso de una larga historia sanitaria) y emprendió una ambiciosa reestructuración institucional que también, infortunadamente, quedó a mitad de camino.*

*Hacia 1960 la regulación bromatológica de la Capital había progresado lo suficiente como para obligar a la **higiene de la leche**, como habían reclamado Coni, Penna y Aráoz Alfaro, pero a la vera de la ciudad, en el cada vez más multitudinario aglomerado bonaerense, se mantenía el atraso. Todos los veranos se producían miles de muertes por diarrea y deshidratación. Fue entonces cuando Florencio Escardó firmó, como Piolín de Macramé, su epigrama: “La leche es un producto que nace en el tambo y muere en el Hospital de Niños.”<sup>1</sup>*

*El descenso en la mortalidad infantil que se habían producido en el Uruguay en la segunda mitad de la década de los cuarenta y el comienzo de la siguiente, como resultado del perfeccionamiento de la higiene de la leche se produjo también en la Capital. A nivel nacional se debió esperar en nuestro país hasta la segunda mitad de los sesenta y comienzos de los setenta, en los cuales ese efecto se combinó con el resultante de la generalización del uso de los antibióticos y de la introducción de las técnicas de hidratación parenteral (que probablemente produjo magnitudes similares de beneficios y de daños iatrogénicos).*

---

<sup>1</sup> Citado de memoria, el original es, al menos, muy parecido.

## Dos gobiernos truncados: el de Arturo Frondizi y el de Arturo Illia

Triunfante con un 44% de los votos en una elección en la cual contó con el apoyo (pactado) del proscrito peronismo, Arturo Frondizi, político considerado como representante del ala izquierda del radicalismo y que se había comportado como opositor de Perón, asumió la Presidencia de la Nación en mayo de 1958: **comenzaba “el juego imposible”**.

En su discurso inicial, el presidente anunció los elementos centrales de su estrategia política: **“legalidad para todos”, amnistía amplia, eliminación de restricciones al peronismo** (político y gremial), **nueva ley de Asociaciones Profesionales y nueva política económica**, que no se limitaría a reanudar el crecimiento económico que se había detenido durante una década, sino que lo conseguiría con cambios cualitativos del aparato productivo, **“desarrollando”** la economía, integrando las economías regionales a través del surgimiento de una nueva y potente industrialización.

*“Definiremos al enemigo”, decía Rogelio Frigerio, “como el conjunto de los intereses que extraen beneficio del predominio agrícola y de la debilidad del desarrollo industrial.”*<sup>2</sup> Un aumento salarial inicial, significativo en ese momento pero que fue luego absorbido por la inflación, y la apertura a la inversión extranjera —iniciada en marzo<sup>3</sup> por Aramburu, tal vez con la anuencia del presidente electo— y al ingreso tecnológico, completaban el programa. La inflación, que venía creciendo desde unos años antes, se aceleró hasta mediados del año siguiente, para reducirse desde entonces, pero sin desaparecer.

Los **acuerdos petroleros**, firmados (sin aprobación legislativa) por un presidente que los había criticado en los últimos años de Perón y que ha-

---

<sup>2</sup> Cit. por ROUQUIÉ, A. *Radicales y desarrollistas*, Schapire, Buenos Aires, 1975, p.108.

<sup>3</sup> Ver PETERSON, H. *La Argentina...Op. cit.*, p. 254.

bía mantenido altas las banderas del nacionalismo económico y el antiimperialismo durante la campaña electoral, **desdibujaron su credibilidad.**

Fronidzi le explicaría a Félix Luna: *“He debido elegir entre salvar el prestigio intelectual del autor (de su libro *Petróleo y política*) o salvar al país [...] El defecto principal que me reprocho es haber obrado tanto como ideólogo, es decir, en el interior de esquemas intelectuales muy rígidos”.*

Probablemente el presidente Frondizi, a quien se suponía emparentado con la “izquierda”, fue quien primero y más lúcidamente replanteó la alineación internacional del país. Lo expresaba agudamente Dardo Cúneo: *“Nuestro antiyankismo, ¿no ha sido fabricado por intereses británicos?”*<sup>4</sup> Sin embargo, Gustavo Ferrari, autor de un lúcido *“Esquema de la política exterior argentina”* afirmaba que *“Su apertura económica hacia los Estados Unidos estuvo distorsionada por una actitud ambigua respecto de Cuba. Parecía empeñado en utilizar a la isla castrista como una parábola viva y permanente para los norteamericanos, un ejemplo de lo que podía ocurrir si los Estados Unidos no se mostraban generosos con su ayuda [...] La política exterior no significó para Frondizi un instrumento de consolidación sino un factor de inestabilidad.”*<sup>5</sup> : Acordamos con esta segunda afirmación, pero no con la primera que parece derivar de la consideración de que sería necesario acordar con la totalidad de la política exterior de la “República Imperial” para ser consecuentes con la apertura económica y creemos que representa una postura, cuando menos, discutible; el mismo autor comenta que en las presidencias de Levingston y Lanusse *“se puso en tela de juicio el concepto de fronteras ideológicas”* y *“se entablaron relaciones diplomáticas con la República Popular de China y se verificó un sensible acercamiento a Chile”*, desde 1970 gobernado por Salvador Allende. A Frondizi no se le permitía lo que no tuvieron problemas en hacer los jefes militares de indudable ideología anticomunista.

Los militares le exigían a Frondizi separarse de sus colaboradores properonistas; los políticos peronistas, respetar lo pactado y eliminar las restricciones que los militares les habían impuesto; los líderes sindicales agitaban el descontento por la suba de los precios y por la reducción del empleo público; todos lo miraban con desconfianza y lo consideraban oportunista, comunista o maquiavélico. Un alegado complot forzó la renuncia del vicepresidente Alejandro Gómez, cuya imagen permaneció envuelta en dudas.

Considerado como uno de los presidentes más lúcidos y talentosos, tuvo que gobernar en medio de condicionamientos de todos los actores

<sup>4</sup> CÚNEO, D. *Las nuevas fronteras*, Transición, Buenos Aires, 1963, p. 89.

<sup>5</sup> FERRARI, G. *Esquema de la política... Op. cit.*, p. 84.



políticos, pertinaces en la defensa de intereses y visiones parciales. Para satisfacer a los militares tuvo que desprenderse de Frigerio<sup>6</sup> (el hombre de su confianza que había acordado el apoyo con Perón). De todos modos, el PIB creció en forma significativa, se consiguió el autoabastecimiento petrolero y se comenzó la producción de acero. **El éxito de su visita a los Estados Unidos, y la retribución del presidente Eisenhower en 1960, evidencian que consiguió mayor comprensión fuera del país y que el apoyo exterior fue menos volátil que el interno.**

*“La caída de Frondizi fue una eventualidad que se anunció una y otra vez a lo largo de sus escasos cuatro años de gobierno; más de treinta planteos militares computados en su gestión, no todos destinados a derrocarlo pero todos ellos con efectos desgastantes de la autoridad del Presidente; varias huelgas generales y algunas parciales muy duras, así como campañas de sabotaje procedentes del peronismo revolucionario agregaron elementos disgregantes. Por cierto, asombra que Frondizi haya podido mantenerse en el poder tanto tiempo, considerando todos los factores que conspiraron contra su estabilidad. [...]”*

*Fronidzi llegó a la Presidencia de la Nación en medio de las secuelas provocadas por la caída de Perón y una de estas consecuencias era la confusión de los roles de algunas instituciones. Las Fuerzas Armadas se sentían custodias de los valores heredados de la Revolución Libertadora, en primer lugar, como centinelas de cualquier intento de retorno peronista; por su parte, el movimiento obrero estaba visceralmente comprometido con el peronismo y se consideraba su vanguardia combativa. Frente a esta alteración de las funciones institucionales, Frondizi, elevado a su cargo mediante el circunstancial apoyo peronista, no disponía de otra cosa que de su habilidad y un ideario distinto del que había expuesto en su campaña electoral pero que, de todos modos, pretendía dar al país Legalidad, Desarrollo y Paz Social.”<sup>7</sup>*

En 1962 se intensificó la presión militar para forzar al gobierno a dar muestras de su rechazo a los regímenes socialistas (al de Castro, en Cuba) y para evitar el reingreso de peronistas al poder frente a la realización de elecciones legislativas y de gobernadores en muchas provincias. Frondizi aceptó la opinión de su leal y competente ministro del Interior (Vítolo) y se autorizó al peronismo a presentar sus propias listas; Perón consiguió que sus partidarios lo incluyeran como candidato a vicegobernador de Buenos Aires y candidato a diputado nacional, probablemente buscando la proscripción del peronismo. El gobierno prohibió la participación de Perón, pero no la del partido.

<sup>6</sup> La relación de Frondizi y Frigerio y muchas connotaciones de las características particulares del “frondizismo”, entre otras, su concepción sobre el “americanismo”, pueden consultarse en ROUQUIÉ, A. *Radicales y Desarrollistas en la Argentina*. Schapiro, Buenos Aires, 1967, *Op. cit.*

<sup>7</sup> LUNA, F. *Golpes...Op. cit.*, p. 95-96.

En las elecciones, el partido del presidente se impuso en seis provincias y en la Capital Federal, el peronismo ortodoxo en seis provincias, entre ellas, la de Buenos Aires, el neoperonismo en cuatro y los demócratas cristianos en una. Presionado por las Fuerzas Armadas **Fronidzi tuvo que decretar la intervención de las provincias en las cuales había triunfado el peronismo**; Vítolo renunció; el presidente convocó a personalidades de otros partidos y al general Aramburu, infructuosamente. Su tiempo había terminado; fue destituido y trasladado a Martín García, donde permaneció casi un año; el presidente provisional del Senado, Dr. José María Guido, primero en la sucesión presidencial desde la renuncia de Alejandro Gómez, prestó juramento esa misma tarde y evitó así la instalación de un nuevo gobierno militar: *“El Presidente Guido es el primer sorprendido por su elevación al cargo. En un acto que tiene algo de malabarismo ha sido llevado a escondidas a la Corte Suprema, que le ha tomado juramento constitucional.”*

*“El Comandante en Jefe (Onganía) descubre, con igual sorpresa, que los intereses y factores que empujaron para voltear al anterior presidente insisten en que Guido, de valor político ninguno, sea mantenido.”*<sup>8</sup>

Guido no había buscado la posición que le tocó ocupar. Convirtió su debilidad en fortaleza y se mantuvo sin alardes, amenazando renunciar cuando lo presionaban, mientras las divididas Fuerzas Armadas hacían del país el escenario de sus maniobras y dañaban a la economía y a la política con sus enfrentamientos. Tuvo como ministros de economía a hombres de ideas ultraliberales, como el Dr. José Alfredo Martínez de Hoz y el capitán-ingeniero Álvaro Alsogaray (que también había sido ministro en los últimos tiempos de Frondizi), quienes trataron de curar la inflación induciendo una severa recesión que, como siempre, disminuyó los recursos fiscales y generó dificultades para el pago de los proveedores y de los empleados estatales.

En las elecciones de julio de 1963 estuvo proscrito el partido peronista. Con el 22% de los sufragios resultó elegido un dirigente radical, médico de una ciudad pequeña de Córdoba, el Dr. Arturo Umberto Illia, quien se hizo cargo del gobierno el 12 de octubre de 1963. Designó para manejar la economía a Eugenio Blanco, quien había ocupado ese cargo en la Revolución Libertadora y que había incorporado nuestro país al FMI (recuérdese que Perón descreía de los acuerdos de Bretton Woods), a Leopoldo Suárez para conducir las divididas y difíciles Fuerzas Armadas y a Miguel Ángel Zabala Ortiz para orientar las Relaciones Exteriores. En el **Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública** designó a un médico salteño que, desde el **Instituto de Endocrinología de Salta**, había adquirido

<sup>8</sup> ROTH, R. *Los años de Onganía*, Ed. La Campana, Buenos Aires, 1980, p. 19.

un sólido prestigio científico, el Dr. Arturo Oñativia.

El ministro Blanco se negó, en los comienzos de su gestión, a concertar la política económica con el Fondo Monetario Internacional, organismo al cual él mismo había hecho ingresar a la Argentina en 1956. Sabía que el consejo que le darían era el único que el organismo tenía en su repertorio: devaluación y ajuste. Decidió emitir moneda con prudencia, aceptando una moderada inflación, y consiguió corregir la situación de la forma menos dolorosa posible, después de lo cual un acuerdo con el FMI fue fácil e inocuo.

El presidente Illia era un hombre sorprendente. Sencillo, afable, paciente, pero también tozudo y de convicciones inquebrantables, se granjeó un enorme respeto de parte de sus colaboradores. Muchos periodistas jugaron con la sencillez y humildad del presidente, para proyectarlo con una imagen de senilidad, colaborando, deliberada o indeliberadamente, con los sectores de las fuerzas armadas que comenzaron a conspirar el día de la asunción; algunos de esos periodistas, como Jacobo Timerman, admitieron haberlo hecho sin más intención que explorar los límites del poder de la prensa, manifestándose arrepentidos.

En algunas de las obras escritas por los “*revolucionarios*” que lo sucedieron<sup>9</sup>, se dice que el golpe militar que lo derrocó sorprendió al gobierno y al presidente en particular. Oñativia y Nosiglia decían que el general Castro Sánchez, que reemplazó al general Ávalos en la Secretaría de Ejército y cuya designación determinó el retiro de Onganía como comandante en Jefe del Ejército<sup>10</sup>, se **lo advirtió por varios meses**, y que en varias reuniones de gabinete, muchos ministros le propusieron medidas para tratar de evitar o frustrar el golpe.

*“En mis charlas con Illia éste me confirmó que conoció con bastante antelación que se estaba destruyendo su imagen pública y la de su gobierno. “Un gobierno democrático no puede intervenir para mejorar su imagen ni limitar la libertad de expresión sin dejar de serlo”, me dijo en alguna oportunidad en la cual yo le reprochaba la inacción del gobierno frente a un golpe anunciado. Supe, por él mismo, la cantidad y magnitud de las presiones que tuvo que soportar como resultado de las leyes de medicamentos que el gobierno sancionó; las conocía tan bien como su ministro de salud y estaba convencido de su legitimidad. Lo contaba con humildad; no había hecho sino lo que debía, se había negado a derrogarlas y las amenazas del Club de París ha-*

<sup>9</sup> “Los funcionarios del Gobierno, aislados en sus despachos, no veían venir la revolución que se comentaba en todos los cafés de Buenos Aires.” ROTH, R. *Los años de Onganía*. Op. cit., p. 36, Ed. La Campana, Buenos Aires, 1980.

<sup>10</sup> Es probable que la permanencia de Onganía en la comandancia, desde la cual había defendido el profesionalismo político del Ejército, hubiese postergado el derrocamiento del presidente, como sugirió Roth.

bían quedado en eso, en amenazas. Se encargó de aclararme que el tema de los medicamentos, como motivo de desacuerdo con los organismos financieros, se había agregado al previo y mayor constituido por la anulación de los contratos petroleros con compañías norteamericanas firmados por Frondizi. Esta anulación de contratos así como el control de cambios y la regulación del flujo externo de capitales constituían, a los ojos de los intereses trasnacionales y sus representantes locales, síntomas de un **peligroso nacionalismo económico**. [...]

Conocía en detalle la política económica de Blanco, primero, y de Juan Carlos Pugliese, después, así como sus (excelentes) resultados. Eran, decía, los esperables si se dejaba trabajar a los argentinos honestos en el marco de normas claras que defendiesen el trabajo nacional. Para sus ideas de legitimidad, las prebendas que los dirigentes sindicales se empeñaban en mantener, y si fuese posible, acrecentar, eran intolerables. Creía que el «Plan de lucha» no dependía solamente de que se sintiesen amenazados, sino que cumplían las órdenes que les llegaban desde Madrid. El mejoramiento objetivo de la situación de los trabajadores no los había hecho dudar en su antagonismo con un gobierno no-peronista. Además, no había ningún mérito excepcional en conseguir un crecimiento sostenido próximo al 10% anual, pues la recesión de los años de Guido había sido pronunciada.”<sup>11</sup>

“En una actitud que ahora puede ser vista como una campaña concertada, la prensa ridiculizó sin piedad al gobierno, presentando a sus hombres como sumamente anticuados, tímidos e ineficaces. Sin embargo, constituían uno de los grupos más rectos, democráticos y políticamente tolerantes del país”, afirmaba en 1983 el economista e intelectual peronista Guido Di Tella, quien agregaba: “lo que terminó por provocar la caída del gobierno radical fue su adhesión a los principios democráticos.”<sup>12</sup>

A fines de 1965 reapareció cierto malestar económico, en parte porque “la crisis de confianza y la incertidumbre política trajeron aparejada una disminución de la tasa de inversión que el escaso capital extranjero no compensó. La disminución de la producción agropecuaria agravó la recesión industrial. En 1966, el PBI cayó un 1.2% y el ingreso per cápita perdió casi tres puntos.”<sup>13</sup>

“Los militares azules (cuyo líder era el general Onganía) no encontraban nada que pudiera apasionarlos en el gobierno radical.” —explicaba el catedrático francés Alain Rouquié— “El modesto y cortés presidente Illia sólo les proponía el retorno “a la paz y la tranquilidad” públicas. El anticuado encanto de los notables de comité que habían invadido la intimidad del poder no les resultaba nada atractivo. Las divisiones de la UCRP, el aspec-

<sup>11</sup> Juan Carlos Veronelli.

<sup>12</sup> DI TELLA, G. *Perón-Perón...* Hispamérica. Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1983, p. 63 y 66.

<sup>13</sup> ROUQUIÉ, A. *Poder militar y ...Op. cit.*, p. 254-255.

*to improvisado y poco burocrático de su gestión gubernamental, su práctica política hecha de sutiles dosificaciones y laboriosos compromisos<sup>14</sup> irritaban a los profesionales de un arte simple y preponderantemente ejecutivo que estaban impacientes por aplicar a la política la eficiencia mecanizada de un verticalismo tranquilizador. Cuando los radicales extremaban su aptitud para el diálogo, su respeto por las formas democráticas y su prudencia política, los azules creían encontrarse ante un vacío de autoridad, ante el inmovilismo y la indecisión.”<sup>15</sup>*

*El derrocamiento de Illia, en 1966* —decía Félix Luna— *“fue un operativo militar sin una motivación inmediata y de rápido trámite; su víctima fue un hombre que parecía un anciano, que no hizo el menor intento de evitarlo y soportó su expulsión con las únicas armas que tenía: el sentido de la dignidad de su cargo y su valentía personal.”<sup>16</sup>*

En ese derrocamiento intervino activamente el general Julio Alsogaray, quien, con una pequeña escolta, fue el encargado de desalojar al Presidente. [...] *“el golpe argentino de 1966 tuvo la aquiescencia de buena parte del sector popular y, además, contó con el apoyo de la mayor parte de los dirigentes sindicales a nivel nacional. El golpe también fue aprobado por Perón.”<sup>17</sup>*

Cuando el gobierno revolucionario estableció las primeras medidas, se pudo comprobar la fuerte presencia de los intereses extranjeros y los grupos nacionales asociados con ellos.

*“Veinte años después, en la única oportunidad en la cual conversé con el general Pascual Pistarini, le manifesté que en mi opinión, el derrocamiento de Illia había sido perjudicial para el país. Me contestó que muchas veces también él pensaba lo mismo [...]”<sup>18</sup>*

## La gestión ministerial de Héctor Noblía

Fronzizi designó, como ministro de Asistencia Social y Salud Pública, al Dr. Héctor Virgilio Noblía<sup>19</sup>, médico de amplia experiencia política y en

<sup>14</sup> “Durante el año 74, mientras me desempeñaba como asesor (honorario) de salud pública del bloque de diputados radicales, participé con frecuencia en la tertulia que después de la sesión o de las reuniones de comisiones, tenían lugar en *El Molino*. Muchos de los diputados tenían una larga militancia radical y contaban docenas de anécdotas sobre la paciencia con la cual Illia bordaba, como dirigente cordobés de bajo perfil, acuerdos que le permitían imponer sus puntos de vista en reuniones en las cuales otros dirigentes pronunciaban encendidas arengas y perdían las votaciones.” Juan Carlos Veronelli.

<sup>15</sup> ROUQUIÉ, A. *Poder militar y sociedad civil en la Argentina*. T. II (1943-1973) Emecé, Buenos Aires, 1982, p. 230

<sup>16</sup> LUNA, F. *Golpes .... Op. cit.*, p. 123.

<sup>17</sup> O'DONNELL, G. *El Estado Burocrático-Autoritario*. Ed. de Belgrano, Buenos Aires, 1982, p. 66.

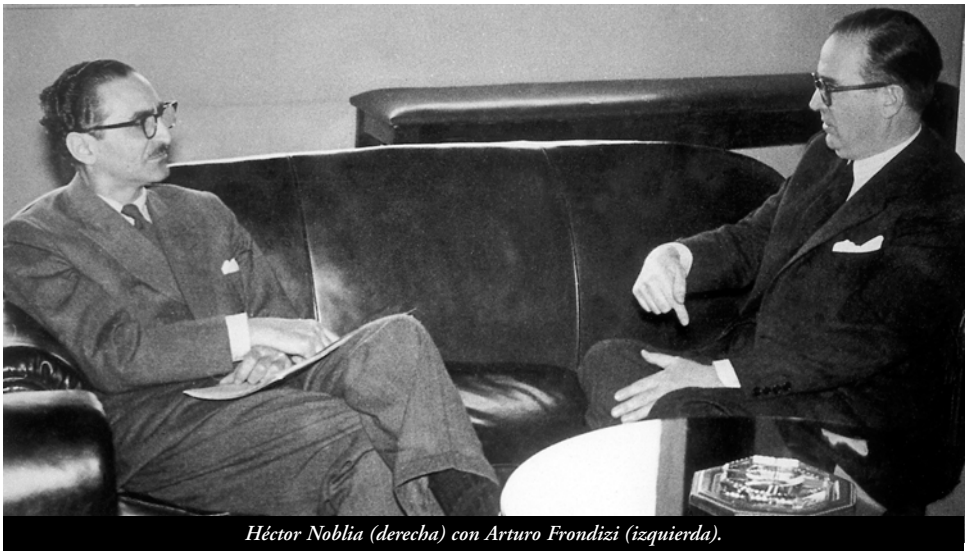
<sup>18</sup> JUAN CARLOS VERONELLI.

<sup>19</sup> HÉCTOR VIRGILIO NOBLÍA nació en 1901 en la Provincia de Buenos Aires.

el cual tenía total confianza. Antes de la asunción del nuevo presidente, el diario *La Nación* publicó una entrevista con el futuro ministro: “*Con atrayente sencillez y con la mesura que señalan al hombre acostumbrado a meditar sobre los problemas y las necesidades públicas, respondió*” —decía el periodista— “*a las preguntas que le formulamos, destinadas a esclarecer el panorama general sobre labor futura del Ministerio.*”

“*Hay grandes sectores de la población —dijo el ministro— que carecen de una asistencia médica eficiente y real, a los que no llegan ni el medicamento. Crearemos un sistema para que los médicos hallen estímulo para ir a ejercer su profesión al interior de la República, y a las zonas alejadas y apartadas de la capital. Estos profesionales, sostenidos por el Estado, podrán actuar en equipos capacitados que lleven los beneficios del conocimiento técnico moderno a todos los ámbitos del país.*” Se manifestó partidario de facilitar los medios para que los médicos que lo deseasen pudiesen trabajar “*a tiempo completo*”. Se comprometió a continuar y reforzar la vacunación antipoliomielítica; a mantener la campaña antipalúdica a través de la detetización. “*Aspiramos —decía finalmente— en el período de nuestra actuación, a completar los estudios para que el país tenga un moderno y avanzado código sanitario.*”<sup>20</sup>

El nuevo ministro mantuvo en sus cargos a los funcionarios que venían desempeñándose desde la gestión de Carrillo, sin la inicial desconfianza que les habían manifestado, por lo menos al principio, las autoridades que lo habían precedido. Estudió cuidadosamente los informes de los consultores internacionales y escuchó a muchos gobernadores y minis-



*Héctor Noblia (derecha) con Arturo Frondizi (izquierda).*

<sup>20</sup> *La Nación*, 30 de abril de 1958.

tros provinciales, formándose una idea clara de la orientación que imprimiría a su gestión.

La vacunación con la vacuna Salk pudo aprovechar el temor de la población ante esa enfermedad, fresco todavía. Frente al problema que planteaba en 1958 la reiteración de casos de una fiebre hemorrágica antes desconocida, a la cual se la denominaba “*mal de los rastros*”, designó una Comisión (con sede en Junín), para que estudiase la enfermedad. En marzo de 1959 se obtuvo una primera vacuna.

Muchos años después, recordaba Noblía: “*La Comisión Nacional que designé en junio de 1958, radicada en Junín, trabajó a tiempo exclusivo sobre epidemiología, clínica, anatomía patológica, etiología y ecología, culminando su actuación con la elaboración de una vacuna específica, pero fue desarticulada oficialmente; la mayoría de los técnicos de alta calidad que la integraban se fueron del país, solicitados por los mejores centros internacionales, y otros se dedican a diversas actividades, descorazonados por la persecución o la incuria.*”<sup>21</sup>

Después del detonante que había representado la difusión de los resultados de las encuestas de Rosenbaum y Cerisola, le tocó a Noblía iniciar, en diciembre de 1958, en el Instituto Nacional de Microbiología, **los cursos teórico-prácticos sobre procedimientos para el diagnóstico —clínico y de laboratorio— de la enfermedad de Chagas, a fin de continuar con la investigación epidemiológica.** “**Con áreas afectadas en dieciocho provincias y que albergaban a cuatro millones de habitantes, con más de 1.2 millones de infestados y más de 230.000 casos estimados de cardiopatía chagásica —decía el ministro— sus índices de mortalidad la ubicaban por encima de la tuberculosis, la brucelosis, la lepra y la hidatidosis**”. En razón de estos argumentos, el Ministerio organizó el **programa de lucha contra la enfermedad de Chagas que encararía su erradicación en un plazo máximo de cinco años.**<sup>22</sup> El programa se inició, como experiencia piloto en La Rioja, y desde agosto de 1961 en varias provincias.

Corresponde destacar que el apoyo al Instituto Nacional de Microbiología no se limitó a la investigación sobre Chagas, sino que abarcó casi todos los problemas importantes de salud pública y, como siempre en su estilo de pensar el futuro, puso énfasis en la selección y formación de investigadores. En el Malbrán su gestión cobró aún mayor realce porque el ministerio anterior había casi detenido las actividades y el siguiente discontinuó muchos de los cursos de investigación que Noblía había impulsado.<sup>23</sup>

<sup>21</sup> *La Nación*, 24 de junio de 1964.

<sup>22</sup> *La Nación*, 17 de diciembre de 1958.

<sup>23</sup> Esa discontinuidad determinó el alejamiento de muchos técnicos, perdiendo el país talentos excepcionales y entre ellos un futuro premio Nobel.

Apoyó decididamente al gobernador de San Juan, Dr. Américo García, para desarrollar el “*Servicio Provincial de Salud*”, al cual dedicaremos unas páginas al final de este capítulo.

A partir de 1958, el diagnóstico y los principales lineamientos de la política sanitaria no podían ser otros que los avalados por la autoridad de los Consultores Internacionales: corregir la hipertrofia burocrática, reservar para el Ministerio Nacional el papel de formulador de normas, orientador y asesor, descentralizando la operación. Los diferentes protagonistas sólo decidieron la modalidad, la oportunidad y el ritmo de la descentralización. En la gestión de Martínez y Elizalde se había decidido proceder de inmediato a la descentralización política; se dictaron los decretos correspondientes, se firmaron los convenios y se procedió a transferir servicios.

Para muchas jurisdicciones, las transferencias representaban una imposición de las autoridades centrales, que después de haber creado establecimientos en donde se les había ocurrido y haberlos dotado de los equipos y del personal que les pareció mejor, los transferían, para que los magros presupuestos provinciales los mantuvieran. En una conferencia de prensa, en el mes de su designación, Noblía manifestó su acuerdo con el rol normativo del Ministerio a su cargo, pero aclaró: “*de ahí a transferir esos hospitales a provincias empobrecidas que ni cuentan con los medios para mantenerlos, hay una gran diferencia.*”

Los convenios firmados establecían que los aportes nacionales se reducirían progresivamente, y para Noblía era “*evidente que muchas provincias nunca llegarán a contar con los medios necesarios para costearlos.*” Un problema análogo planteaban algunas instituciones: la Universidad de La Plata, por ejemplo, no deseaba hacerse cargo del Instituto de Parasitología.

Reunidas las autoridades de todo el país pocos días después de la conferencia de prensa, Noblía reiteró esos conceptos, describiendo, además, sus percepciones sobre el estado sanitario y los principales problemas de salud. Manejó con criterio equilibrado la distribución de recursos entre los programas estrictamente “*sanitarios*” (en su gestión se realizó la mayor parte del esfuerzo para erradicar el *Aedes Aegypti*, de acuerdo a la iniciativa planteada por Soper) y los de *asistencia médica*.

En septiembre de 1958, la ley 14.475 dispuso el **reintegro a la Nación de los servicios transferidos**; los artículos 8º y 9º establecían nuevos lineamientos, para que futuras legislaciones hicieran posible la futura creciente intervención de las provincias y los municipios en la asistencia médica de sus jurisdicciones.

En 1961 se resolvió, a través del decreto 8.569 del 22 de septiembre, **reiniciar el proceso de transferencias, pero limitándose primero a establecer gestiones y formar grupos de estudio**; Noblía afirmaba así su acuerdo con transferir los servicios, pero también su decisión de que an-



**tes había que formar los recursos humanos capaces de hacerse cargo de los servicios descentralizados.**

El déficit de personal capacitado en salud pública, y sus consecuencias, imposibilidad de las provincias y municipios para establecer cuerpos técnicos que dirigieran los sistemas provinciales y para designar directores debidamente capacitados para dirigir los principales hospitales, había sido destacado por los Consultores Internacionales.

Con la caída del peronismo, la **Facultad de Higiene y Medicina Preventiva de Santa Fe** se había desdoblado en una **Escuela de Técnicos de la Sanidad**, que permaneció en la ciudad de Santa Fe y una **Escuela Superior de Sanidad**, localizada en Rosario y dependiente de la Facultad de Medicina. La Universidad de Buenos Aires (cuyo Rector era, en ese momento, hermano del Presidente de la Nación), aceptó el compromiso de crear, en el seno de la Facultad de Medicina, una **Escuela de Salud Pública** (noviembre de 1958).

En la Facultad, el encargo no suscitó un gran entusiasmo, y la tarea se programó con una agenda que hacía suponer que se demoraría algunos años en iniciar las actividades; entre tanto, Noblía creó, en julio de 1959, como dependencia del Ministerio (que había sido ya ámbito de actividades de capacitación), una **“Escuela de Salud Pública”** que formaría sin demoras el personal que la institución necesitaba, médicos especialistas en diversas especialidades clínicas, en administración de hospitales y salud pública, así como personal auxiliar y técnico para colaborar en la administración de los establecimientos y servicios (bachillerato sanitario).

**En 1959 se descubría la necesidad de que la Autoridad Sanitaria interviniese en la planificación las categorías, contenidos formativos y número del personal de salud.** Recuérdese que en 1856, la Facultad de Medicina se había separado de la Universidad (entonces provincial), **para unirla con las instituciones “sanitarias”** (provinciales): el Consejo de Higiene Pública y la Academia de Medicina, situación que se mantuvo por algo más de dos décadas, **durante las cuales no demostró ningún beneficio**, por lo cual **se la reincorporó** a la Universidad en 1874 (ver pág. 134, Cap. III)<sup>24</sup>.

La coordinación con la Universidad no era, aunque el Rector estuviese de acuerdo, tarea fácil ni breve. Las decisiones universitarias se toman a través de procesos que involucran a cuerpos colegiados, frecuentemente atrapados en conflictos casi estructurales. El ministro optó por reeditar la experiencia de Carrillo y tomar a cargo de la institución sanitaria el perfeccionamiento o la formación del personal que requería. El rector de la Uni-

<sup>24</sup> En 1881, el acuerdo del 18 de enero de 1881 había transformado a la Universidad provincial de Buenos Aires en Universidad Nacional y en 1885 la “ley Avellaneda” le otorgó la autonomía.

versidad entendió la urgencia y no se produjeron grandes protestas, de forma análoga a lo que había ocurrido con los *Cursos Superiores* de Carrillo.

En abril de 1960 el presidente Frondizi entregaba los diplomas a los primeros egresados del curso de organización y administración hospitalaria. El ministro se refirió al “*ritmo febril y acelerado con que trabajamos para recuperar el tiempo perdido*”.<sup>25</sup>

La Escuela, localizada en el Instituto Nacional de la Salud, en Ramos Mejía, fue dirigida por Marcelo Candebat; el Bachillerato sanitario<sup>26</sup> por Enrique Grande. Para organizar y dirigir el curso de salud pública, Noblía decidió facilitar el perfeccionamiento en Europa, en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, a un joven médico, Abraam Sonis<sup>27</sup>, a quien había incorporado en su equipo por sugerencia de Ernesto Sábato.

En la Facultad de Medicina, mientras tanto, el Dr. David Sevlever, que había participado de las actividades de la Escuela de Santa Fe, preparaba pacientemente los programas y sorteaba, uno tras otros, los múltiples pasos que debe superar toda innovación en la compleja administración universitaria, resistente a los apresuramientos y que no conoce los ritmos febriles. Desde la OPS se apoyaban ambos proyectos, con asesores y ofrecimiento de becas.

El ministerio gestionó y firmó un Convenio Internacional para establecer en el **Área de Demostración de Recreo**, en la provincia de Santa Fe, el **Centro Nacional de Lucha Antituberculosa**, con la participación de la OMS y del UNICEF y que dirigieron primero Justo López Bonilla y desde abril de 1965, Victorino Chiesa.

Se iniciaron también actividades destinadas a promover la educación sanitaria de la población, núcleo alrededor del cual se organizó un voluntariado entusiasta, liderado perseverantemente por Saúl Biocca.

El gobernador de la provincia de Buenos Aires era un antiguo dirigente político del radicalismo intransigente, Oscar Alende. “*En su discurso ante la Legislatura*” —señalaba Belmartino— “*en el momento de hacerse cargo del Ejecutivo provincial, Alende había señalado las deficiencias de la red hospitalaria y (había) tendido puentes de acercamiento con médicos y sindicalistas, reconociendo la legitimidad de las demandas de ambos sectores.*”<sup>28</sup> Su decisión

<sup>25</sup> *La Nación*, 2 de abril de 1960.

<sup>26</sup> La coordinación de las prácticas de los bachilleres sanitarios se puso a cargo de Carlos Rizzi. En una presentación televisiva el 9 de junio de 1960, el ministro Noblía invitaba a “la juventud estudiosa” a inscribirse en los cursos del bachillerato de sanidad, lo cual les facilitaría una ubicación laboral en establecimientos de salud oficiales o privados, con una retribución de alrededor de cinco mil pesos mensuales, y que les permitirían la posibilidad de proseguir su formación universitaria. *La Nación*, 10 de junio de 1960.

<sup>27</sup> El curso de salud pública contó con docentes talentosos, como el mismo Sonis, Mateo Jelichich, Juan José Barrenechea y Renate Plaut, entre otros, y con alumnos igualmente dotados, como Luis Vera Ocampo, Simón Feld, Eduardo Molinero, Isabel Plachner de Molinero y varios más.

<sup>28</sup> PROVINCIA DE BUENOS AIRES. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Reforma Hospitalaria. Regionalización Sanitaria*. La Plata, 1961, p. 57 (cit por BELMARTINO y otros. *Fundamentos... Op cit.*, p. 317).

de ganar apoyo político a través una vigorosa acción sanitaria lo indujo a reglamentar la ley de creación del Colegio de Médicos de la provincia y, posteriormente, a designar al profesional que los médicos habían elegido como Presidente del Colegio, para el cargo de Ministro provincial de Salud. Osvaldo Mammoni dirigió la regionalización: *“cada sector constituye una Región Sanitaria que actuará como dependencia descentralizada del Ministerio de Salud Pública. En cada una de ellas los establecimientos sanitarios dejan de ser establecimientos generales, sin especialización, e independientes, para pasar a integrar un conjunto coordinado y orgánico, en el que cada instituto se convierte en una pieza de un mecanismo articulado capaz de lograr racionalmente el abastecimiento integral y suficiente de los servicios sanitarios.”*<sup>29</sup>

Los **Hospitales de la Reforma** modificaban su Dirección y los requisitos exigidos para acceder a los cargos directivos e incorporaban un **Consejo de Comunidad** en el cual se incluían docentes, obreros, empleados, representantes de organizaciones religiosas y otras no gubernamentales, empresarios y profesionales.

En el ámbito nacional el costo creciente de la atención médica se convertía en una preocupación para la sociedad y para el gobierno, en medio de un proceso inflacionario difícil de contener y el consiguiente deterioro del salario real. El gobierno identificó como problema especial el **costo de los medicamentos**, que tenía una gravitación especial, cuyos precios se mantenían ligados a una divisa cada vez más cara para las clases populares. El ministro encargó a médicos de prestigio, muchos de ellos profesores en la Universidad, la preparación de un *“Repertorio Terapéutico Nacional”*, que constaba *“de unas doscientas recetas destinadas al tratamiento de las enfermedades más frecuentes, y que será distribuido entre cinco mil médicos en su primera edición. [...] Con la colaboración de esos profesionales, al prescribir las recetas del repertorio, podrá llegarse a un abaratamiento de los medicamentos indispensables para curar una enfermedad dada en un 75%, llegándose a casos en que la medicación costaría la décima parte de lo que actualmente cuesta. [...] El repertorio —agregó el ministro— ya ha sido solicitado por organizaciones sanitarias de varias provincias y por cooperativas farmacéuticas de todo el país.”*<sup>30</sup>

Por fuera del gobierno, algunos médicos reaccionaron frente al aumento de costos de la atención médica resucitando las empresas de atención médica de prepago, aquella variedad de *“seudomutualidades”* que no se apreciaban en el Departamento Nacional de Higiene en los años de Bunge.

Las corporaciones médicas criticaron estos prepagos médicos. En mayo de 1960 se realizaron en Paraná unas *“Jornadas Médico Gremiales”* con-

<sup>29</sup> PROVINCIA DE BUENOS AIRES. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Reforma Hospitalaria... Op cit.*

<sup>30</sup> *La Nación*, 25 de septiembre de 1960.

vocadas por la Federación Médica de Entre Ríos para tratar la “colegiación Médica” y el “Seguro de Salud”. Dijo allí uno de los dirigentes de mayor prestigio, el Dr. Bernardo Kandel: *“Muchos peligros nos amenazan. Los que se ciernen en el frente externo nos distraen de otros inmediatos que surgen a diario en el frente interno médico. Por estos últimos tiempos, aprovechando el interés del público por la mutualización o pago adelantado de asistencia médica, llámese Seguro, están surgiendo una cantidad de pseudo organizaciones médicas que se dedican a hacer abonos, contratos con sindicatos, se introducen en las industrias, desarrollan impresionantes campañas de promoción, reparten comisiones suculentas, todo ello destinado a conquistar afiliados. Hojeando los prospectos, leyendo los anuncios, o escuchándolos por radio o televisión, asombra todo lo que se brinda. Nada queda fuera de las posibilidades. Las tres medicinas: preventiva, curativa, reparadora, la atención esmerada de los accidentados de trabajo, el control del ausentismo, en fin, las llaves del paraíso.”*<sup>31</sup>

También le correspondió a Noblía destacar la necesidad de que el Ministerio de Salud Pública atendiese, nuevamente, los condicionantes sociales y económicos del estado de salud: *“el médico debe ser un auténtico trabajador social”*. Como se dijo antes, el gobierno peronista, o por lo menos, su conductor, vio con claridad la importancia de los factores económicos y sociales en la determinación de la situación de salud de las poblaciones, pero sólo asignaron a Salud Pública lo que era del resorte exclusivo de los médicos, reservando otras del ámbito Social para Trabajo y Previsión y las del ámbito económico, para el Gobierno en su conjunto. Vimos también que en el final de la gestión de Carrillo, la Dirección de Asistencia Social regresó al ámbito del Ministerio, constituyendo el “Consejo Nacional de Asistencia Social”. Para Noblía, *“la medicina ya no es pertenencia exclusiva del médico. Aquel concepto es cosa del pasado. Ahora la medicina se resuelve como un problema social; estricta y altamente social.”*<sup>32</sup>

En el mes de noviembre, Noblía fue invitado a la “Escuela Nacional de Guerra” para realizar una disertación sobre: *“La salud y el estado físico de la población, su importancia para el bienestar y la seguridad de la República.”* Explicó que la medicina moderna no se limitaba a curar las enfermedades o prevenir su aparición; *“estaba en condiciones de promover salud —es decir, de crear salud— o sea, actuar directamente sobre el individuo y la sociedad para que ambos de consuno puedan vivir y desarrollar sus actividades con mayor plenitud”*. Aprovechó la ocasión para plantear el costo que

<sup>31</sup> Transcripción de BELMARTINO, S. Y BLOCH, C. *El Sector Salud en Argentina*. OPS/OMS. Buenos Aires, 1994, p. 189.

<sup>32</sup> *La Nación*, 1º de febrero de 1961.

representaban algunas enfermedades, entre ellas la de Chagas<sup>33</sup> y reiterar su propósito de “*erradicarla a relativo corto plazo*”<sup>34</sup>, así como sus ideas sobre las relaciones entre salud y desarrollo.

## Ideas de Noblía sobre salud, desarrollo y planificación

Desde el final de la Segunda Guerra, en el ámbito internacional se hablaba más de **desarrollo económico** que de crecimiento, y de países desarrollados o subdesarrollados, en reemplazo de las denominaciones anteriores de ricos o pobres (Lebret)<sup>35</sup>. El gobierno argentino era “**desarrollista**”, alentaba la industrialización, incluida la industria “*pesada*”, la modernización y la apertura a la inversión extranjera.

Para medir el desarrollo (y no el mero crecimiento), no eran suficientes los indicadores económicos, por lo que se habló primero de desarrollo económico y social y se aceptó después que el desarrollo perseguido era un aumento persistente del ingreso per cápita y un **nivel de vida ascendente** (Kusnetz)<sup>36</sup>; un óptimo humano que, como el horizonte, se persigue sin alcanzarse (Lebret). Dudley Seers sugería en aquella época que para averiguar si el crecimiento económico de determinados años podía considerarse como “*desarrollo*”, convenía averiguar qué había pasado con la pobreza, el desempleo y la inequidad”: “*Si los tres han declinado desde valores altos anteriores, ése ha sido sin duda un período de desarrollo para los países involucrados. Si uno o dos de estos problemas centrales ha crecido y, peor aún, si los tres lo han hecho, sería extraño llamar “desarrollo” al resultado, aún cuando el producto per cápita se hubiese duplicado.*”

Susana Belmartino ha dicho que “*la articulación entre desarrollo y salud se lee, para Noblía, en clave malthusiana.*” Creemos que la expresión es poco feliz. La amenaza de la superpoblación —entre 1930 y los años de Noblía, la población mundial había aumentado un 50%, pasando de dos a tres mil millones— inducía a los países ricos a financiar con millares de millones de dólares a los organismos que, como el Fondo de Población de

<sup>33</sup> En esos años las acciones dependían de la Dirección de Enfermedades Transmisibles, a cargo de Juan R. Bejarano, con quien colaboraban Alfredo Rabinovich, Pilar Nieto de Alderete y David Becker. Poco después se incorporó al Programa Rodolfo Carcavallo, quien había realizado su tesis doctoral sobre entomoepidemiología de la enfermedad de Chagas. Se habían formado grupos de especialistas en varias de las provincias afectadas por la endemia. Mauricio Rosenbaum chocó, según comentaba entonces, en más de una oportunidad, con la rigidez burocrática de los dirigentes ministeriales del programa, que trataban de controlar las actividades como parte de la lucha por el poder burocrático.

<sup>34</sup> *La Nación*, 17 de noviembre de 1960.

<sup>35</sup> LEBRET, L. J. *Dinámica concreta del desarrollo*, Ed. Herder, Barcelona, 1966, Prólogo.

<sup>36</sup> SONIS, A. *Salud, medicina y desarrollo económico-social*, Eudeba, Buenos Aires, 1964, p. 20.

las Naciones Unidas, intentaban difundir la anticoncepción entre los pobres. Frente a esta posición se levantaba otra línea argumental, que sostenía que el descenso de la natalidad vendría de la mano del desarrollo, que la clave estaba en reducir la pobreza y la ignorancia, y a través de ello, **la fecundidad deseada**, y no en promover la anticoncepción. Pero en la Argentina la natalidad descendía desde las primeras décadas del siglo, al menos en las regiones más pobladas, y el crecimiento vegetativo era bajo.

La argumentación de Noblía, aunque apelara al temor de la superpoblación y el aumento de la miseria, como Malthus, no deducía, como aquél, el aumento de la población y de la pobreza del aumento de fecundidad que derivaría del crecimiento económico, sino de la reducción de la mortalidad por el mejoramiento sanitario **aislado de los otros componentes del desarrollo**, adscribiéndose así a los que creían que **el desarrollo era el factor que reduciría la natalidad**, como postulaba la “teoría de la transición demográfica” que, anticipada por Landry y Carr-Saunders desde los 30’s, empezaba a consolidarse, a través de la noción de los “*ciclos demográficos*”. En realidad, la relación entre el mejoramiento de la salud y el aumento de la población hacía que ambos fuesen deseables en el país, aunque Noblía destacaba que el crecimiento demográfico con empobrecimiento, si no se actuaba conjuntamente sobre la salud, la productividad y la distribución de la riqueza, era tanto una carga como un signo de subdesarrollo, concepto común en las publicaciones de la época.

En 1960 se realizó en la Argentina un nuevo Censo Nacional. La población total alcanzaba a 20 millones, entre los cuales la proporción de extranjeros seguía disminuyendo —de 15.3% en 1947 a 13.0% en 1960— en tanto cambiaba su composición: por primera vez, los provenientes de países sudamericanos superaban a los europeos. La población seguía envejeciendo (por cada mayor de 60 años había sólo poco más de cuatro menores de veinte). La mortalidad general había descendido desde los 9.8 por mil de 1947 a los 8.7 de 1960, valor que se mantendría en los tres lustros siguientes al compensar el envejecimiento las reducciones de las tasas específicas por edad. La expectativa media de vida al nacer había pasado de 62.7 años en el quinquenio 50/55 a 64.7 en el 55/60. La mortalidad infantil, de alrededor de 73 en el trienio 1946/1948 había descendido a 60 en el trienio 1959/1961; la natalidad se había reducido ligeramente, de 24-25 por mil a 23.

En aquella época se mencionaba frecuentemente la noción de **inversión social** de Teodoro Schultz<sup>37</sup>, el **rédito económico** que derivaba, décadas después, de gastos realizados en salud y educación, la “*inversión en*

<sup>37</sup> SCHULTZ, T. W. “Investment in Man: An economic view”. *The Soc. Serv. Rev.*, V. XXXIII, 1959.

*nosotros mismos*”. Muchos salubristas latinoamericanos trataban de mostrar que los prerrequisitos para que los gastos en salud revirtiesen, años después, en nuevos ingresos económicos para la sociedad que los había realizado, **eran la existencia de pleno empleo y de un sistema económico que pudiese aprovechar el aumento de productividad derivado del mejoramiento humano, educacional o sanitario.**

Fue en esos años en los cuales la Comisión Económica para la América Latina (CEPAL) promovió la planificación como medio para integrar los esfuerzos dirigidos a obtener el ansiado desarrollo. En muchos gobiernos, la resistencia a la planificación del desarrollo provenía de la identificación de planificación con dirigismo estatal y supresión de la libertad del mercado. En 1960/61, cuando desde Punta del Este el Presidente Kennedy supeditó la ayuda económica a los países latinoamericanos a la utilización de la planificación del desarrollo, se abrió súbitamente un reclamo generalizado por cooperación técnica en planificación.

El entonces Director de la OPS, Abraham Horwitz, de regreso de Punta del Este, solicitó a su compatriota, el economista Jorge Ahumada, que dirigía en Caracas el **Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES)**, la elaboración de un instrumento que hiciera posible la programación en Salud. Con la colaboración de Mario Testa, Hernán Durán, Eduardo Sarué, Mario Pizzi y Alfredo Arreaza Guzmán, se diseñó la guía de programación conocida como “*método CENDES/OPS*”, que se enseñó en casi todos los países de América Latina durante dos décadas.<sup>38</sup>

En 1961 el ministro Noblía se refería a la planificación sanitaria como el medio que haría posible una distribución racional de los recursos en el país, en el cual la concentración en la Capital, Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Mendoza contrastaba con la escasez de los dieciocho distritos restantes. Puso énfasis en la colaboración que la Escuela Nacional de Salud Pública haría a este proceso, al reducir progresivamente el déficit de técnicos con orientación sanitaria.

Se refirió al tema hospitalario, señalando: “*A su construcción moderna y su equipamiento lógico para prestar un óptimo servicio de diagnóstico y curar; hay que ampliarle el radio de acción, ligando a la técnica de administración hospitalaria la medicina preventiva: debe ser una institución que cree y fomenta salud y (la) repare (cuando es necesario).*”

Una de las últimas comunicaciones públicas del ministro se produjo en los primeros días de febrero de 1962, cuando citó una conferencia de prensa para anunciar sobre el éxito que había coronado los esfuerzos del **Instituto Nacional de la Alimentación** con el desarrollo de la “*argentarina*”,

---

<sup>38</sup> OPS/OMS *Planificación de la Salud en América Latina*, Publicación Científica N° 272. 1973, p. 23-29.

complemento dietético de bajo costo producida con harinas de distintos cereales y con altos contenidos de proteínas, hierro, calcio y vitaminas, que equiparaban su valor nutritivo con el de la leche, la carne o el pescado.

La reunión de Punta del Este fue uno de los ejes de los problemas que minaron las relaciones del presidente Frondizi con las Fuerzas Armadas. En agosto de 1961 se entrevistó con el Ministro cubano de Industria, el médico argentino Ernesto Guevara, que viajó para ello desde Punta del Este, y esta entrevista fue criticada por las Fuerzas Armadas que desconfiaban de sus ocultas preferencias políticas. En enero de 1962 el gobierno argentino (junto con los de Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador y México), se abstuvieron en la votación en el seno de la OEA, de una resolución que excluía a Cuba del sistema interamericano. Otra vez los militares veían con desconfianza la alineación de un gobierno que había replanteado exitosamente pero sin sumisión las relaciones con los Estados Unidos, tradicionalmente ásperas.

De todas formas, el triunfo electoral del peronismo en varias provincias, sobre todo la de Buenos Aires, fueron el desencadenante inmediato de un pedido de renuncia que Frondizi rechazó. Las Fuerzas Armadas lo destituyeron y detuvieron.

## Otra breve gestión de Tiburcio Padilla

Noblía renunció a principios de marzo de 1962. Frondizi eligió, para conducir el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública al profesor Tiburcio Padilla.<sup>39</sup> Incorporaba con él al gabinete a un prestigioso profesor universitario, ideológicamente insospechable, con décadas de dedicación a la cátedra, pero que tenía también una vasta experiencia en el manejo de la sanidad, ya que se había desempeñado varias veces como Secretario del Departamento Nacional de Higiene y hasta como presidente por períodos breves. El presidente Frondizi tuvo que renunciar cinco días después y como relatamos antes, el juramento de José María Guido sorprendió al país (y a las Fuerzas Armadas).

Recordemos que el nuevo ministro era hijo del médico que, con el mismo nombre, se había destacado a finales del siglo anterior como fundador de la *Semana Médica*, se había desempeñado también en la Secretaría del Departamento Nacional de Higiene en los años de Ramos Mejía, y había fallecido a los veintinueve años. Al despedirlo, su comprovincia-

---

<sup>39</sup> TIBURCIO PADILLA (1893-1963) Nació en Buenos Aires, hijo de un médico distinguido. También su abuelo había sido médico y había tenido una destacada actuación política, como Senador nacional y como gobernador de su Tucumán natal. Los tres habían llevado el mismo nombre.



no y amigo Gregorio Aráoz Alfaro había destacado que “*lega a su mujer y a sus hijos un nombre que, antes de los treinta años, supo destacarse ya entre los mejores y más esforzados*”.<sup>40</sup>

Dada la amistad con el padre, no resulta extraño que Aráoz Alfaro invitase al hijo, convertido en joven médico, a acompañarlo en la cátedra de Semiología y también en el Departamento Nacional de Higiene. Cuando don Gregorio se hizo cargo de la presidencia del mismo, por segunda vez, durante la presidencia de Alvear, Tiburcio Padilla llegó a ocupar la Secretaría del Departamento, el mismo cargo que había ocupado su padre treinta años antes. Cuando en 1928 Aráoz Alfaro renunció, fue Padilla quien lo reemplazó como presidente interino por un breve lapso de tiempo y entregó el cargo a Antonio Agudo Ávila, designado por Yrigoyen.

Volvió a ser Secretario cuando, convocado por Uriburu, Aráoz Alfaro ocupó por tercera vez la presidencia, cargo al que renunció un par de meses después. Y otra vez Padilla se hizo cargo, interinamente, para entregar la presidencia a Miguel Sussini cuando Agustín P. Justo asumió la presidencia la Nación. Padilla había dejado entonces el Departamento, pero había continuado al lado de su maestro en la cátedra de la cual se había hecho cargo después del retiro de don Gregorio. Le tocó a Padilla crear en 1931 el Instituto de Semiología. Fue también diputado nacional entre 1934 y 1938.

En 1962 llegó al Ministerio, acompañado por varios de sus colaboradores en la Cátedra de Semiología. Fue probablemente la actitud de esos colaboradores la que planteó una gestión adversativa, en la cual el ministro, de edad relativamente avanzada, actuó más como aval que como protagonista.

Debió haber sido fascinante poder observar las reacciones de Padilla al regresar, después de treinta años, a la máxima jerarquía del organismo sanitario nacional que había abandonado cuando era un Departamento del Ministerio del Interior, en la casona de la calle Bolívar 1128. Volvía ahora a otro edificio mucho más amplio (en Paseo Colón 359), sede de un Ministerio Nacional rebosante de Direcciones, Divisiones y Departamentos, con establecimientos en toda la Capital y delegaciones, hospitales y centros en todas las provincias. Además, algunos informes recientes anunciaban **que el paludismo crecía otra vez en el Norte y todavía se registraban casos de viruela**. Junto con Aráoz Alfaro, él había defendido tres décadas antes la tesis de Coni de que debía existir una estrecha relación entre la sanidad y la atención médica, pero esta magnitud de la asistencia médica a cargo del ministerio, ¿sería la conveniente? ¿Estaría justificada esa frondosidad de la estructura? ¿Y esa magnitud del gasto?

---

<sup>40</sup> Nota necrológica publicada en los *Anales del Circulo Médico Argentino* en 1897.

Los colaboradores que lo acompañaban tenían mucho menos experiencia sanitaria que el ministro, pero contaban con el “*orgullo universitario*”, la percepción de pertenecer a la institución heredera del “*Tribunal Literario*”, que se enorgullecía creyendo poseer el monopolio del conocimiento y sentía la responsabilidad de asegurarse, también, el de la enseñanza. Pareció emerger de pronto un sentimiento de rencor, generado en la Facultad de Medicina por la intromisión del Ministerio en la formación de especialistas, que también se había manifestado —tímidamente— en los años de Carrillo. Acaso sea ésta una interpretación exagerada, pero así lo sintieron y transmitieron los funcionarios que recibieron a las nuevas autoridades en el Ministerio.

En mayo de 1962, Padilla convocó a una conferencia de prensa en la cual, al tiempo que reseñaba las actividades de su primer mes al frente de la repartición, exponía sus ideas sobre la misión y funciones del organismo: “[...] *defender la salud pública por medio de las grandes campañas destinadas a combatir males como paludismo, Chagas-Mazza, tuberculosis, mortalidad infantil y lepra, problemas que están por encima de la salud individual.*

[...] Señaló luego el Dr. Padilla —dice la crónica— *que en el Chaco y Salta ha recrudecido últimamente el paludismo. En la primera de las provincias citadas se produjeron 2.283 casos, los cuales afectaron a braceros ambulantes que recorren la provincia en busca de trabajo, transmitiendo así la enfermedad. Por tal razón —expresó— se debió incrementar la campaña que contra ése y otros males se efectúa en esa zona del país, para lo cual es necesario destinar todo el presupuesto aplicado a esas campañas. Esa situación obligó a la cesantía en sus empleos de los agentes contratados, ya que a éstos se les abonaba el sueldo con fondos destinados a las grandes luchas.*

[...] *En lo referente a la suspensión de cursos sobre estadística matemática, que se dictaban en el Instituto Nacional de la Salud, dijo el ministro que la formación de técnicos estadígrafos no es competencia de la repartición, sino de los organismos universitarios correspondientes.*

[...] *Sobre la asistencia hospitalaria considera el Dr. Padilla que la misma debe estar a cargo de las autoridades municipales y que para su prestación debe establecerse un arancel que esté de acuerdo con las posibilidades económicas de los pacientes. Al respecto indicó que por la falta de dinero para pagar sueldos debieron congelarse vacantes de enfermeras en el Hospital de Niños, lo que motivó el cierre de numerosas salas para atender más eficientemente a los internados.”*<sup>41</sup>

<sup>41</sup> *La Nación*, 9 de Mayo de 1962. “Problemas sanitarios y asistenciales enfocó el ministro Padilla.”

Las nuevas autoridades decidieron regresar a un organismo con competencias predominante (si no casi exclusivamente) *sanitarias*: **la lucha contra el paludismo**, como quería Penna, **la lepra**, como habían reclamado Coni, Aberastury y Sommer, **la tuberculosis**, como exigían los Vacca-rezza, y hasta la destinada a reducir la **mortalidad infantil**, que tanto defendieron Coni y Aráoz Alfaro. La asistencia debía devolverse al ámbito municipal. **Y todas las actividades de formación de recursos humanos, a la universidad, que poseía el legítimo monopolio. [...]**

Se completaron las transferencias de establecimientos a las **dos únicas provincias que los habían aceptado**, Formosa y Santa Cruz, y se realizaron otras de carácter parcial, por ejemplo, el casi terminado Centro de Oncología, a la Universidad de Tucumán, el Instituto de Puericultura, a la Universidad de Córdoba.

**En ese mismo año de 1962 se disolvió la Escuela de Salud Pública del Ministerio y el Curso de Formación en Salud Pública de la misma se integró en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.**

En los meses siguientes el ministro visitó las provincias del Noroeste, donde se interiorizó de los **programas de lucha contra el paludismo y la enfermedad de Chagas**. En marzo de 1963 se realizó una reunión de autoridades provinciales en la cual el subsecretario Dr. Enrique M. Villa<sup>42</sup> detalló *“las condiciones dentro de las cuales debían formularse los nuevos planes de salud.”*

En abril se transfirió a la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Buenos Aires, que dirigía entonces el Dr. Alberto Mondet<sup>43</sup>, el **Hospital de Niños**, anunciando el ministro que esta conducta se aplicaría a todos los establecimientos nacionales localizados en la Capital, por lo cual se continuaría con la **Casa Cuna**, la **Maternidad Sardá** y el **Instituto del Quemado**. **Conviene destacar que la Secretaría, heredera de la “Administración Sanitaria y Asistencia Pública” de Coni, era ya un organismo que estaba en condiciones de financiar y dirigir los hospitales transferidos, integrándolos en un “sistema hospitalario” que multiplicaba su efectividad.**

En ese año, Villa abandonó la subsecretaría, en la cual lo reemplazó Horacio Rodríguez Castells, a quien le tocó, al enfermar y fallecer sorpresivamente Tiburcio Padilla, quedar por primera vez a cargo del ministe-

<sup>42</sup> ENRIQUE MARCOS VILLA nació en 1919. Fue profesor adjunto de Semiología y ministro de Salud pública en San Juan en 1956. Por unos meses dirigió el Hospital de Clínicas José de San Martín en 1976.

<sup>43</sup> ALBERTO MONDET realizó una memorable gestión como secretario municipal. Modernizó la gestión en los hospitales, creó el Centro Coordinador de emergencias y Catástrofes (CIPEC) y se ocupó de temas de higiene ambiental que, como la disposición de basuras, correspondían a esos aspectos que los médicos solían subestimar.

rio, en los primeros días de julio de 1963. En las elecciones presidenciales realizadas en ese mes fue elegido Arturo Umberto Illia.

En esa breve gestión se dictaron dos decretos que tendrían resonancias posteriores: en septiembre, atendiendo a una de las recomendaciones más urgentes del Informe de Consultores (*“la Comisión recomienda encajidamente la creación de una unidad permanente de planificación, servida por profesionales capacitados, en número suficiente y con dedicación exclusiva a esta tarea”*), se creó el **Departamento de Planificación y Evaluación de la Salud** (decreto 7.485 de septiembre de 1963) y casi en el final del interinato, el 8 de octubre, se dictó el decreto-ley 8.924, promovido por presiones políticas y sindicales, por el cual se otorgaba al **Consejo Nacional de Asistencia Social**<sup>44</sup>, el carácter de **ente descentralizado**, con personalidad jurídica e individualidad presupuestaria. **La Asistencia Social parecía sentirse a disgusto y no querer echar raíces en el ámbito de Salud Pública.**

## El servicio provincial de salud de San Juan<sup>45</sup>

Apenas iniciada su gestión como gobernador de San Juan, el Dr. Américo García, médico frondizista de gran prestigio en la provincia, designó al Dr. Martínez Colombres como Director del Hospital Rawson, el mayor de la ciudad y dependiente de la provincia (no había hospitales nacionales en San Juan, hasta que una escuela-hogar de la Fundación Eva Perón se transformó en el Hospital San Roque). Acompañó a Martínez Colombres, como secretario técnico, un joven médico sanjuanino, egresado de la Facultad de Medicina de Montevideo, el Dr. Virgilio Alonso Fernández. Tanto Hugo Enríquez Fröden, experto en Administración Hospitalaria, como el abogado chileno Francisco Vío Valdivieso y el estadístico Raúl Vargas Arena, consultores todos de la Organización Panamericana de la Salud, asesoraron desde su comienzo la experiencia de modernización de la administración sanitaria en San Juan, donde se produjeron cambios notables desde la sanción de las leyes 2553 (Código Sanitario) y 2554 (creación del Servicio Provincial de Salud).

En 1959 se decidió, en función de los éxitos obtenidos en el Hospital Rawson y al interés manifestado por el gobernador, iniciar en San Juan la experiencia, sugerida por los Consultores Internacionales, de establecer un “área de demostración” (como reemplazo de la provincia del Chaco, en

<sup>44</sup> El Consejo era la dependencia encargada de supervisar los “Servicios Sociales” de los empleados de varias reparticiones públicas y algunos sindicatos, es decir, del núcleo inicial de las o que luego se llamarían “obras sociales”.

<sup>45</sup> El Dr. Virgilio Alonso Fernández tuvo la deferencia de revisar esta síntesis.

la cual se habían detectado “particularidades” que la perjudicaban como modelo). Acordado el asunto con las autoridades nacionales, el gobernador puso al Dr. Martínez Colombres al frente de la **Secretaría de Salud Pública de la Provincia** y éste encargó a V. Alonso Fernández la **Subsecretaría Administrativa**; a medida que se iban introduciendo cambios en la organización y en el sistema de registro de datos y se iba capacitando personal, evidenciándose la magnitud de los despilfarros, derivados fundamentalmente de la incoordinación y de la verticalidad de las administraciones de los diferentes programas.<sup>46</sup>

El interés del Gobernador y el notable esfuerzo de las autoridades sanitarias provinciales permitieron que se consiguieran novedosas coordinaciones interinstitucionales en obras de saneamiento, en educación sanitaria, en el mejoramiento de las comunicaciones, etc.<sup>47</sup> Para asegurar la perduración de los cambios que se introducían, se decidió que, por debajo de la autoridad política del **Servicio Provincial de Salud**, todas las demás posiciones debían ser llenadas por concurso de antecedentes (ley 25580). Para estar mejor capacitado para la tarea que estaba realizando, Alonso cursó la maestría de Salud Pública en la Escuela de Santiago de Chile, en 1962.

A su regreso, se había producido el cambio de las autoridades de la provincia, donde el “*cantonismo*” había recuperado el poder. El Servicio Provincial de Salud era una exitosa creación de la gestión anterior, de otro signo político, cuyos creadores habían tenido la “*picardía*” de proteger a quienes habían designado para los diferentes cargos con un sistema de concurso que hiciera difícil reemplazarlos por “*hombres de confianza*”; las nuevas autoridades decidieron modificarlo profundamente, recuperando las posibilidades de designaciones políticas que ayudaran, como era tradicional, a favorecer a la “*clientela política*” que estaba esperando los beneficios del cambio. Los cambios de los gobiernos provinciales, reductos frecuentes de la “*política criolla*”, demostraron en diversos lugares su potencial para limitar el progreso de los servicios provinciales.

---

<sup>46</sup> En la obra “*La OPS en Argentina. Crónica de una relación Centenaria*. Op. cit., p. 98 y sig. puede encontrarse la narración de la experiencia sanjuanina contada por uno de sus principales protagonistas, el Dr. Virgilio Alonso Fernández. Cuenta también Alonso su retiro del Servicio con el fin de la gestión del Gobernador Américo García, ejemplo de las consecuencias de la identificación de las instituciones sanitarias con las autoridades políticas que las instalan, lo cual se repitió en muchas experiencias provinciales, así como el oportuno ofrecimiento del Ministerio Nacional que encabezaba Oñativía para incorporarse al mismo, en la Dirección de Estadística y Economía Sanitaria, que se estaba reorganizando. Esto permitió que muchas de las medidas que habían resultado exitosas en San Juan se establecieran en otras provincias.

<sup>47</sup> Una detallada descripción de la experiencia en San Juan puede encontrarse en OPS/OMS *Crónica de una relación... Op. cit.* p. 98 y ss.

## La gestión ministerial de Arturo Oñativia

En octubre de 1963, Rodríguez Castells, subsecretario a cargo del ministerio, lo entregaba al médico salteño Dr. Arturo Oñativia, a quien acompañaba, como subsecretario, el pediatra porteño Dr. Bernabé Cantlon.<sup>48</sup> Desde los comienzos de la gestión se perfilaron las discrepancias que habrían de separar paulatinamente a Oñativia de su subsecretario Cantlon.

Arturo Oñativia había nacido en Salta en 1914 y había estudiado medicina en Buenos Aires, donde frecuentó tanto el **Instituto de Semiología** creado por Tiburcio Padilla, como el Hospital Rivadavia. Preocupado por la alta prevalencia del bocio endémico en las provincias del norte argentino, fundó en Salta, en 1955, el **Instituto de Endocrinología**. Desde el Instituto, el endocrinólogo se convirtió en especialista en nutrición y adquirió amplia experiencia en la investigación de situaciones nutricionales de vastos grupos de población; tendía a leer la realidad de los grupos poblacionales en forma concreta pero sin reducirla a situaciones individuales. Había actuado en la política de su provincia, donde se había desempeñado como ministro de Gobierno, Justicia e Instrucción Pública desde 1959 y se lo consideraba un hombre de consulta. Lo preocupaban los problemas nacionales, que incluían, pero también superaban, los de su provincia y de la región del Noroeste. **No creía que todo debiera resolverse desde el Estado, pero tampoco que éste pudiera desentenderse de las concretas realidades del aquí y ahora.**



Arturo Oñativia

<sup>48</sup> “Creo importante destacar que si conocí a Gregorio Aráoz Alfaro, Ramón Carrillo, Tiburcio Padilla, Enrique Villa y Horacio Rodríguez Castells, fui amigo personal de Arturo Oñativia, de Bernabé Cantlon, y de Plácido Nosiglia y de Sergio Provenzano. La de Cantlon fue una amistad heredada de mi padre, que le tenía un gran afecto; desde mi ingreso a la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad, en tiempos de Carlos García Díaz y Mateo Jelichich, me reuní con él casi todos los meses, analizando y comentando los sucesos de la política sanitaria tanto nacional como capitalina. Trabajé, luego, al lado de Enriquez y Nosiglia, en el Centro Latinoamericano de Administración Médica, desde 1967. Con Oñativia y Nosiglia nos reuníamos, en el bar del Hotel Savoy de Buenos Aires, las varias veces por año en que el primero “bajaba” a Buenos Aires, entre 1968 y 1974. Atesoro esas reuniones de varias horas, saturadas de humo del tabaco de la pipa de Nosiglia pero, sobre todo, de los cigarrillos que Oñativia encendía con la colilla del anterior, como un capítulo importante de mi aprendizaje, todavía no concluido, en salud pública. Oñativia preguntaba sobre la marcha de programas e instituciones y sobre sus funcionarios, comentando la evolución en función de antecedentes que ambos conocían y se sentían obligados a contarme. Frecuenté las familias de Cantlon y de Nosiglia, y mantengo la amistad con ellas. Fue Nosiglia quien me facilitó varias reuniones con el ex presidente Illia. Esta confesión previa no sólo no me exige de pretender buscar la máxima objetividad, sino que alerta al lector para exigírmela y explica que en tanto me fue posible, haya cedido la palabra a los protagonistas, evitando una interpretación tal vez sesgada por el afecto. También mi coautora fue amiga de Bernabé y Yolanda y de “Capitán” y Catalina, pero no tenía entonces edad suficiente para participar en las charlas de política sanitaria.” Juan Carlos Veronelli.

Bernabé Cantlon era un conocido neurólogo pediátrico, formado en la escuela de Gareiso, en el Hospital de Niños, (del cual había sido Director) que no perdió nunca el candor y la generosidad que lo hacían tan rico en amigos como querido por sus pacientes; era también un activo militante del unionismo porteño, enrolado en las filas que lideraba su amigo Ricardo Balbín. Muchísima gente lo visitaba en la Subsecretaría para plantearle las necesidades más diversas, que él trataba, como había hecho antes y siguió haciendo después, de solucionar, caso por caso, unificando la vocación de ayuda que hay dentro de todo médico auténtico con las más antiguas tradiciones de la militancia política del radicalismo porteño. Leía la realidad en términos de problemas de individuos concretos, y a través del cristal de su filiación política.

La preocupación por lo que debía hacerse desde el Estado y lo que correspondía a la sociedad civil, un asunto que había interesado a Rawson y a Coni, había adquirido una nueva importancia después de la expansión de las competencias del estado en los años de Perón. Frente a la situación difícil que planteó la herencia de Carrillo, Francisco Martínez y Francisco Elizalde habían buscado una salida y creyeron encontrarla repartiéndola y dispersándola. Preguntaron a calificados expertos qué se debe hacer con un ministerio hipertrófico y una excesiva centralización y recibieron la respuesta esperable, achicarlo y descentralizarlo.

Héctor Noblía había enfrentado la descentralización jurisdiccional producida por el “*éxito*” de la gestión anterior y sus consecuencias próximas, el rechazo de los servicios transferidos por algunas provincias, el deterioro de otros. En función de esas consecuencias, **prestó particular atención a las prevenciones que existían en el Informe de los Consultores Internacionales sobre la velocidad de las reformas**, cuando refiriéndose a la ayuda federal se afirmaba, que *“un programa de este alcance sólo puede desarrollarse poco a poco, en un plazo largo, aún cuando esté muy bien orientado, se lo dirija con perseverancia y goce de la comprensión (y) de la cooperación de todas las personas interesadas. La disponibilidad de personal capacitado en número suficiente constituye, acaso, el problema de mayor importancia.”*

El reemplazo de la Constitución de 1949, sin que ni siquiera se hubiese aprobado el **Código Sanitario**, dejaba nuevamente en las provincias la competencia jurisdiccional sanitaria, y sin asidero a la autoridad nacional. Además, algunas provincias no querían recibir las partes de la “*herencia*” que jurisdiccionalmente les correspondía. **Noblía había tratado de acelerar la formación de los recursos humanos especializados en salud pública, imprescindibles para descentralizar adecuadamente; mientras tanto, permitió que se volviese, en alguna medida, a la situación anterior.**

A Padilla le tocó enfrentar una aguda carencia de fondos que coincidió con un rebrote del paludismo, cuya campaña, como se mencionó antes, había “integrado” prematuramente Carrillo, sin establecer previamente las normas y la especificidad de los recursos de control. **Padilla, con grandes restricciones financieras, había decidido continuar la distribución de la parte “asistencial” de la herencia, guardando para el Ministerio la estrictamente sanitaria,** que consideraba prioritaria, de mayor legitimidad y en cuyo reclamo había participado tres décadas antes.

Oñativia era un hombre del interior, de ese Noroeste con tradición secular de pobreza. Conocía, por haberla visto y estudiado por años, la desnutrición que se padece y se transmite de generación en generación, herencia perversa que quería detener. Ciudadano de la tierra de Martín Güemes, creía en el federalismo, pero también en la Nación. **Tendrían que ser los mecanismos nacionales los que permitieran apoyar a las provincias pobres,** hasta que se pusieran nuevamente en marcha las economías regionales destruidas desde el final de la colonia.

Decía el ministro en 1963: *“Tiene este Gobierno sensibilidad para ubicar en la política del desarrollo del país, los agudos problemas de la salud pública y buscar afanosamente sus soluciones en una acción conjunta con el esfuerzo médico privado, con los gobiernos provinciales y municipales y con la cooperación de los organismos sanitarios internacionales. [...]*

*No desconocemos la magnitud de la tarea y nuestras propias dificultades. Primero, en las puertas de la Capital Federal, su población suburbana y el conglomerado del Gran Buenos Aires, con graves problemas de saneamiento, vivienda, desocupación plena o semi-desocupación que agravan los índices de mortalidad infantil. Vastas regiones del país que padecen el abandono y el atraso del medio rural, con escasa productividad económica, bajo consumo y poco rendimiento. Y como lógica consecuencia, sus secuelas de miseria, hambre, analfabetismo y enfermedades epidémicas y endémicas que aún esperan la solución de su control o erradicación definitiva. [...]*

*En diversos aspectos, vivimos aún el conocido esquema del círculo de Winslow: “La pobreza y la enfermedad forman un círculo vicioso; hombres y mujeres se enferman porque son pobres y se empobrecen más porque están enfermos, y empeoran sus enfermedades porque siguen empobreciéndose. [...]*

*Necesitamos romper este círculo vicioso y, para ello, es necesaria una vigorosa política con sentido nacional, de esfuerzo y sacrificio, sobre tres amplios sectores del conocimiento humano, indiscutiblemente unidos con simultaneidad de propósitos y fines, como son: Educación, Desarrollo Económico y Salud Pública. [...]*

*Este rápido enunciado mide la extensión y las consecuencias del problema. Frente a ello tropezamos con nuestras propias dificultades: un organismo de salud pública nacional deformado y desvirtuado en sus finalidades primor-*



*diales. Una administración desquiciada, que enerva y paraliza su política sanitaria, originando una burocracia parásita<sup>49</sup> que ha reemplazado su organización técnica. Que no aumentó su plantel de sanitaristas y auxiliares técnicos, sino que se dio el lujo de perderlos, postergarlos o esterilizarlos. Que ha paralizado sus fuentes de abastecimiento propio en medicamentos, mecánica, automotores, ropería, etc., mientras asistimos al desmantelamiento de hospitales y servicios. [...]*

*No contamos con un informe serio sobre nuestro patrimonio. Un escalafonamiento de su personal profesional, administrativo y auxiliar, manejado arbitrariamente por el favoritismo y la política. Y como consecuencia de todo esto, una tendencia a autarquías que origina verdaderos ministerios paralelos, reemplazando el buen concepto de la autonomía de servicios que, con responsabilidad y eficacia manejen sus propios presupuestos y personal. [...]*

*Y finalmente, una situación de angustia financiera, que repercute desfavorablemente en las actividades específicas del Ministerio.”<sup>50</sup>*

Respecto de la propiedad y administración de los establecimientos nacionales, puntualizaba: “*El comienzo de la política de transferencias, iniciado en 1957, que pretendió entregar el manejo de los hospitales nacionales a las provincias y municipalidades, trajo como consecuencia un estado de incertidumbre, de anarquía y de caos en los servicios asistenciales nacionales, con el resultado final de un desmantelamiento en cuanto a dotación de personal, renovación de equipos técnicos y mantenimiento presupuestario.*

*[...] En muchas provincias se estableció la atención administrativa a cargo de la Nación y la técnica por las provincias, sistema que agravó aún más el panorama de crisis hospitalaria, pues ni la Nación ni las provincias atienden satisfactoriamente las necesidades del hospital. Y, salvo excepciones, la triste realidad que hoy contemplamos es esta de la falta de adecuada atención hospitalaria en muchos pueblos o ciudades del país; el espectáculo de hospitales que siendo de nuestro pueblo, agregan a su postergación económica y social, la falta de una adecuada asistencia médica que alivie la enfermedad y el dolor. [...]*

*Mientras no se resuelva una efectiva política de desarrollo, la evolución y el progreso de las regiones del interior del país, favoreciendo el pleno auge de las autonomías económicas provinciales, no les permitirán a éstas, entre otras cosas, absorber los presupuestos que le demanda la medicina asistencial. Mientras tanto, Salud Pública de la Nación debe asumir la responsabilidad de mantener la eficiencia de sus hospitales.”*

<sup>49</sup> El número total de funcionarios fue en todos esos años, de alrededor de 26.000. El salario real cayó en 1961/62 y se recuperó en 1964/65.

<sup>50</sup> *Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública*. Actas de las Segundas Jornadas Argentinas de Salud Pública; (San Juan, 18/23 de noviembre de 1963). La Plata, 1964, p. 74 .



*Arturo Oñativia y Plácido E. Nosiglia*

Tanto Oñativia como Cantlon tenían total confianza en uno de los asesores del ministerio, el cirujano misionero Plácido E. Nosiglia, con quien ambos mantenían una sincera amistad. Este hijo de un matrimonio de maestros había nacido en Apóstoles, Misiones, en 1917. A diferencia de Oñativia y de Cantlon, había estudiado en la Facultad de Medicina de la Universidad de La Plata, donde había presidido el Centro de Estudiantes. Graduado de médico en 1943, había regresado a Misiones, ejerciendo primero en el pueblo de Puerto Rico y años después en la capital provincial, donde había fundado con sus hermanos un sanatorio privado. Presidente del Círculo Médico local en 1955, fue designado en 1957 ministro de Asuntos Sociales (que abarcaba salud, educación, cultura, trabajo, turismo y deportes). Cuando Cantlon decidió renunciar a la Subsecretaría, Oñativia le pidió a Nosiglia que lo reemplazase, lo cual alegró a Cantlon. Nosiglia mantuvo toda la vida su estrecha amistad tanto con Oñativia como con Cantlon.

En el reparto de tareas, Oñativia delegó en Nosiglia las “audiencias”; todos los que quisiesen hablar con las autoridades, mayoritariamente funcionarios de ministerio, obtenían una audiencia con el Subsecretario. La capacidad de Nosiglia para separar de la paja el poco pero importante grano de esas tardes largas dedicadas a oír y preguntar, le permitieron conocer tempranamente y corregir sin demora los problemas que ineluctablemente se generan en una gran organización. Oñativia aceptó siempre las medidas que Nosiglia, respetuosamente, le sugería, fundamentadas en breves síntesis en la cual no cabían incriminaciones individuales.

En octubre de 1965, al cumplirse dos años de gestión, Oñativia dispuso que se difundiesen *“los puntos fundamentales de la gestión realizada”* en una publicación que contuviese los diagnósticos de cada uno de los múltiples asuntos que el ministerio trataba de resolver, así como las estrategias en curso en cada uno de ellos. Sentía una gran responsabilidad por la herencia recibida y fundamentaba su decisión de una rendición de cuentas a los dos años de gestión en las características particulares de la tarea que se le había encomendado: [...] *“Cuando el esfuerzo principal debe orientarse hacia una amplia reorganización y reestructuración de un organismo joven, creado sobre la base de una hipertrofia de organismos anteriores y que fue sedimentando vicios en sus esquemas orgánicos y de planteles humanos, el balance es más necesario para poner en evidencia los aciertos o defectos de la actual orientación sanitaria.”*

La **Introducción** de la obra, que se tituló *“Política Sanitaria Nacional”*; estaba fechada en **abril de 1966** y la edición se terminó de imprimir a fines de **mayo**, constituyéndose en la memoria de una gestión, ya que el **28 de junio** las **Fuerzas Armadas** obligaron al **presidente Illia** a **abandonar la Casa de Gobierno**, rodeado por un escaso número de simpatizantes. **Un par de días después hacían lo mismo, en el Ministerio, los Dres. Oñativia y Nosiglia**, pero aquí en medio de una multitud de empleados que los aplaudían, hecho poco frecuente en este tipo de situaciones. En la publicación, Oñativia expresó sólo dos reconocimientos personalizados: a su Subsecretario, Dr. Plácido E. Nosiglia, *cuya gestión silenciosa, incansable y eficaz hizo posible el esfuerzo*, y a Jorge Aníbal Labella, quien desde la Dirección General de Despacho había suministrado los antecedentes sobre la organización del Ministerio y de sus dependencias.

Es importante destacar que en la publicación ministerial, la presentación de los problemas identificados, los lineamientos propuestos y los resultados logrados, fueron precedidos por una **reseña de la historia sanitaria, que se afirmaba fracturada:**

*“Desgraciadamente para el país, si se vuelve la mirada hacia el pasado en busca de enseñanza en los esfuerzos y realizaciones de otras épocas, se llega a la conclusión de que el capítulo de la salud pública no solamente ha sufrido una disociación con la evolución de la medicina nacional, sino que fue víctima de un prolongado olvido, de una postergación y frustración injustificadas que desvirtuaron sus objetivos. Esto trajo graves consecuencias para el cuidado y protección del potencial humano de la Nación. [...]*

*Este defecto... señala la falta de autenticidad y continuidad de los esfuerzos como uno de los factores más serios de la crisis nacional. [...]*

*Como en otros campos o niveles de la evolución y desarrollo nacional, en la salud pública no hubo un esfuerzo que sumaran las nuevas generaciones so-*

*bre la experiencia de las que le precedieron. Se rompió la continuidad de una tradición, de una doctrina, de una política orgánica y adaptada a las exigencias y necesidades del momento o integrada al desarrollo socio-económico de un país que cambia rápidamente. [...]*

*Desde que esta continuidad en el pensamiento sanitario nacional se quiebra y se abren en el campo de la salud pública las etapas de los retrocesos —como en otros tantos de la vida de la República— se vive el drama de una autenticidad perdida o desvirtuada. Faltó la capacidad de sedimentar conocimientos y experiencias del pasado argentino para realizar el presente y construir para el futuro. [...]*

*Es por esto que cuando toca enfrentar los aspectos esenciales de la salud pública y efectuar el diagnóstico y tratamiento de los problemas médico-sociales de las poblaciones, se tiene la impresión de que iniciáramos en Argentina el estudio e investigación de este capítulo en un campo virgen, aún no explorado, dada la magnitud de los problemas que deben solucionarse, la carencia o déficit manifiesto de información y de medios materiales y humanos que se disponen para resolverlos en amplitud y profundidad. [...]*

*Sin embargo, la tradición y la doctrina del sanitarismo argentino, rica en realizaciones y sugerencias para el futuro, fue hecha realidad desde la segunda mitad del siglo pasado, por hombres que el ideal por la higiene pública los convirtió en apóstoles de una causa al servicio de su pueblo. [...]*

*Descuidando esta tradición, el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, surgido del ex Consejo Nacional de Higiene, que nació y se nutrió de la obra de estos hombres, ejerciendo una verdadera gravitación nacional, se estructuró progresivamente hacia un organismo burocrático y centralizado en la Capital Federal. [...]*

*Por estos antecedentes, nacen dos premisas capitales para la actual Política Sanitaria Nacional. Primero: Establecer, en su doctrina, la visión real de los grandes problemas sanitarios, conviviendo en el terreno con el hombre argentino y sus necesidades. Segundo: Devolver al organismo de la Sanidad Nacional, su función rectora, normativa y de asesoramiento a través de una definida línea de descentralización operativa hacia provincias, municipios y comunidades.”<sup>51</sup>*

La publicación detallaba en 45 capítulos cada una de las áreas temáticas de una labor ardua y permanente. De no haberse interrumpido el proceso, la presentación escrita del estado de la reestructuración en curso, estudiada con cuidado en cada una de sus partes, **hubiera resultado un instrumento de coordinación de gran importancia.**

La distribución de las acciones y las responsabilidades entre el Estado y la sociedad civil fue una preocupación permanente de esa gestión,

<sup>51</sup> MINISTERIO DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD PÚBLICA. *Política Sanitaria Nacional*. Buenos Aires, 1966, p. 8 y ss.

que se proponía también, como explícitamente había pretendido Noblía, **integrar la salud pública a los planes generales del desarrollo social y económico**: *“las acciones de salud pública deben formar parte y coordinarse con otras actividades que tiendan a establecer el bienestar económico, social y cultural de los pueblos [...] los programas de salud pública deben integrarse en los múltiples y complejos aspectos del desarrollo socio-económico de los pueblos.”*

Se revisaban los indicadores demográficos, económicos, sociales y sanitarios, que ubicaban a la Argentina *“en el nivel inferior de los países desarrollados, pero alejada de los “subdesarrollados”*, para destacar que se trataba de promedios en los cuales primaba la concentración macrocefálica en la Capital y el gran Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe; *“porque nadie ignora que en vastos núcleos de poblaciones del interior esos indicadores sociales sufren caídas verticales, que urge precisar en su verdadera magnitud, para orientar un auténtico desarrollo que estimule las economías regionales del país, con una política de descentralización e integración efectivas.”*

*“Es necesario —afirmaban las autoridades ministeriales— superar los factores de despoblación del interior, la carencia de fuentes de trabajo, salarios insuficientes y miseria ambiental, evitando las migraciones internas que han creado focos de «sumergidos» en medio del área de desarrollo metropolitano y de las grandes ciudades. Que los índices de mortalidad infantil se uniformen y desciendan para todo el país y no se tengan provincias con tasas de cien y más por mil y zonas donde éstas alcanzan características de verdadera catástrofe social, con cifras de más de 200 muertos por mil entre los recién nacidos de 0 a 1 año. Que los porcentajes de alfabetización no se vean modificados por la deserción escolar impuesta por las pésimas condiciones socio-económicas del ambiente rural y que al lado de poblaciones bien alimentadas, no padezcan otras regiones el espectro del hambre y la desnutrición por falta de los elementos más indispensables (con valores calóricos de 1.300 a 1.700 y con ingestión de 37 a 45 gramos de proteína).”*

El ministro sabía mejor que muchos técnicos que los promedios esconden a veces más que lo que muestran, y en particular en lo referente a situación alimentaria, sabía que en cada región se presentaban características propias y diferentes. Propició la creación de Centros Regionales de Investigación Nutricional, que completaran la visión nacional del Instituto de la Nutrición creado por Escudero y que tenía sede en la Capital. *“Resolver el problema de la desnutrición, como el de la sobrealimentación, supone el esfuerzo mancomunado de toda la sociedad y la coordinación estrecha de todas las acciones concurrentes de salud, de educación, de política agropecuaria, de industrialización, conservación y distribución de alimentos. [...] La incorporación del concepto salud en la dinámica del desarrollo nacional,*

*significa que la planificación sanitaria y la económica deben tener una acción conjunta y la colaboración entre sanitaristas y economistas ha de ser estrecha y permanente, ya que estos últimos no deben ignorar las repercusiones de las acciones de salud en los cambios del medio ambiente, en las tasas de crecimiento, morbilidad, mortalidad y en la composición de la población.”*

Finalmente se destacaba la participación de la comunidad en los programas de salud pública: *“la aparente apatía o indiferencia de los grupos sociales en contribuir a solucionar sus propios problemas no es más que falta motivación, de educación social, de ausencia de medios y de recursos. En esto radica la responsabilidad de los gobiernos.”* La participación que se pretendía era de mayor amplitud y profundidad que la ensayada en los Hospitales de la Reforma bonaerense.

En el segundo semestre de 1964 las autoridades del ministerio iniciaron formalmente gestiones ante el **Banco Interamericano de Desarrollo** para obtener un crédito internacional para un *“Plan Nacional de Abastecimiento de Agua en zonas rurales”*. Aprobada la operación crediticia, el decreto 9.762 de diciembre de 1964 creó *“con carácter permanente, en el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, el Servicio Nacional de Agua Potable y Saneamiento Rural.”*

Las acciones debían coordinarse con la Secretaría de Estado de Obras Públicas, con intervención de la Administración de Obras sanitarias de la Nación en las materias de su competencia, y se establecerían convenios específicos con las provincias que deseasen adherir al plan. Hasta fines de 1965 se habían realizado obras en 234 localidades de siete provincias.

**Esta gestión en Salud Pública fue la última en tener a su cargo (en coordinación con Obras Sanitarias) la provisión de agua potable o saneamiento,** aunque fuese sólo para un segmento específico de la población; en adelante se dejaría el asunto en manos de Obras Sanitarias de la Nación. Esa repartición había tenido un importante desarrollo y su colaboración para mejorar la salud de los argentinos, como la de organismos análogos provinciales o municipales, no ha recibido el reconocimiento que tanto merece. Pero la necesidad de las obras de salubridad se detecta en el estudio de la incidencia y prevalencia de diversas enfermedades y Salud Pública está involucrada en el asunto, aunque la ejecución de las obras se realice desde otra repartición.

El informe de los avances de la gestión, convertido en *“Memoria”* por las circunstancias posteriores, daba cuenta de los méritos y de los progresos de gestiones anteriores, como cuando atribuía al esfuerzo de Alvarado los avances de la lucha antipalúdica, o destacaba el esfuerzo de Mazza en la lucha contra la enfermedad de Chagas o reducía su propio papel en la erradicación del *Aedes Aegypti*, mérito de las de Francisco Martínez y fundamentalmente, de la de Héctor Noblía.

En octubre de 1963 se había pensado en la posibilidad de una reestructuración y en su costo, no tanto el costo financiero, sino el de tiempo de trabajo efectivo, que es el que suele derrocharse en los primeros tiempos de una reestructuración. Se comenzó por realizar una evaluación técnica (R. M. 1.185 del 15 de abril de 1964) y sobre la base de sus resultados, se inició la reestructuración, que algunas veces requirió la designación de interventores y otras determinó la supresión o disolución de organismos. La “nueva” estructura no se diagramó más que en parte, por las restricciones existentes para la creación de nuevos organismos y cargos, las cuales se levantarían cuando comenzase a ejecutarse el decreto 11.828 de diciembre de 1965. **La constatación de pocos avances en algunos programas de gran trascendencia, como el de lucha contra la enfermedad de Chagas, el cual se había reiniciado con Noblía y había sufrido reducciones importantes de recursos durante la gestión de Padilla, indujo a asignar la responsabilidad de su ejecución a la Dirección Nacional de Paludismo, con sede en Tucumán.**

Mencionamos antes que en el interinato de Rodríguez Castells se había creado Departamento de Planificación y Evaluación de la Salud<sup>52</sup>. En junio de 1965 Alfredo Rabinovich ganó por concurso el cargo que desempeñaba hasta entonces interinamente y se convirtió en Director titular del Departamento, donde contó con el valioso apoyo de la Dra. Lila Rico de Badaracco<sup>53</sup>. En los años siguientes la repartición desarrolló un procedimiento de programación análogo al elaborado en el CENDES y propiciado por la OPS y el ILPES, al que se denominó “**Modelo Nacional de Programación de Actividades**”. Con el deseo de presentar en foros internacionales una pieza conceptualmente original, el modelo se fue complicando hasta convertirse en un instrumento relativamente complejo en relación con la preparación de los directores de establecimientos que debían aplicarlo. Los directores de hospitales grandes dejaron que sus jefes de estadística llenasen los formularios del modelo, con lo cual se desvirtuaba lo que pretendía ser un proceso ordenado de toma de decisiones.

Las **Delegaciones Sanitarias Federales** habían perdido vigencia, en parte por los comportamientos “verticales” de las reparticiones centrales del Ministerio, que les restaban prestancia frente a las autoridades provinciales. Los frecuentes cambios de dependencia disminuían su respaldo reglamentario y las idas y vueltas de la administración de los servicios, derivadas del proceso de transferencias, terminaba por reducir su función al manejo de las planillas de sueldos. Se creó una **Oficina Coordinadora de las Delegaciones Sanita-**

---

<sup>52</sup> Había sido encargado de dirigirlo el Dr. Alfredo Rabinovich, médico sanitarista que había ingresado al Ministerio en tiempos de Carrillo y se había desempeñado luego como Secretario Técnico de la Dirección de Enfermedades Transmisibles.

<sup>53</sup> Posteriormente el Departamento se enriqueció con la colaboración de Carmen Oviedo y Pablo Mario Luquet.

rias Federales (decreto 2.083 de marzo de 1964, que determinaba que éstas serían los “organismos representativos del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública en el territorio provincial de su respectivo asiento y dependen jerárquicamente de la Subsecretaría de dicho Departamento de Estado”). Un nuevo decreto estableció con precisión sus nuevas funciones (decreto 8.115 de septiembre de 1965) y la Oficina Coordinadora se puso desde noviembre de 1965 a cargo del Dr. Néstor Rodríguez Campoamor.

En 1964/1965 se realizó el “*Catastro Nacional de Recursos y Servicios en Salud*”, respondiendo a una necesidad perentoria: “*la mayor dificultad que hubo que vencer fue la falta de una información que permitiera establecer, cuali y cuantitativamente, el estado actual de los equipos existentes (radiodiagnóstico, radioterapia, laboratorios, etcétera). Además, la falta o desactualización de los inventarios de la casi totalidad de los organismos y depósitos del Ministerio*”.

Después de realizado el “*Catastro*”, que permitió no sólo conocer en su real medida el patrimonio del Ministerio, sino descubrir la existencia de valiosos equipos e instrumental (entre el 35 y el 45% se encontraba en desuso), se decidió reorganizar la “*Dirección de Estadísticas y Economía Sanitaria*”<sup>54</sup>.

El Ministerio decidió aprovechar la experiencia del Dr. Virgilio Alonso Fernández, ex subsecretario del **Servicio Provincial de Salud de San Juan** (R. M. 4.845 de mayo de 1965), que había dejado su cargo a raíz del cambio de gobierno. El consultor en Estadísticas de la OPS/ OMS Raúl Vargas Arena contribuyó decisivamente en la conformación del sistema. Con el propósito de conseguir **la uniformidad de la información estadística en todo el país**, se diseñó un “convenio-tipo” para que se acordase con las provincias, por el cual el Ministerio se obligaba a normatizar, asesorar, procesar, publicar y suministrar a la provincia la información estadística, así como facilitar tres becas anuales en el curso de técnicos. La provincia se comprometía a aplicar las normas y procedimientos en sus establecimientos y a promover igual conducta en los de otras dependencias, semipúblicos y privados, y remitir los datos a la Dirección de Esta-

---

<sup>54</sup> Más tarde, en las gestiones de Holmberg y de Rodríguez Castells, la Dirección se transformó en Dirección Nacional de Información Técnica y dentro de ella se diferenciaron un Departamento de Estadísticas, en el cual se destacaron Carlos Ferrero, José Carlos Escudero, Pablo Abadie, Dalton Mario Hamilton, Hebe Giacomini y Élide Marconi, entre otros, quienes con la valiosa y generosa ayuda del consultor peruano Raúl Vargas Arena, diseñaron y desarrollaron el sistema de información estadística del Ministerio, y un Departamento de Economía Sanitaria, en el cual se destacaron Luis Vera Ocampo e Isabel Plachner de Molinero, quienes contaron con la valiosa colaboración de Mario Boyer, Eneas Pampliega, Alberto Maza y los contadores Marques, Narbáits y Bottindari; un Departamento de Programación y Evaluación de la salud, a cargo de Lila Rico de Badaracco, con quien colaboraban Carmen Oviedo y Pablo Luquet. Posteriormente se creó un Departamento de Recursos Humanos, que estuvo a cargo de Oscar Aguilar.



dística y Economía Sanitaria. A principios de 1966 se habían firmado Convenios con Catamarca, La Pampa, La Rioja, Misiones, Salta, Tucumán, Jujuy y Santiago del Estero. Además, la Dirección había formulado el “**Plan Nacional de Estadísticas Sanitarias**” que se llevó a la práctica en los años siguientes.

Las camas hospitalarias totales en el país se estimaban, en 1963, en 129.435, de las cuales 31 mil dependían de la Nación, algo más de 40 mil de las provincias y 18.000 eran privadas. El catastro de 1964/65 arrojó un total superior: 141.869. Las de dependencia nacional habían aumentado en mil quinientas, las provinciales casi en tres mil y **las privadas en diez mil**.

En las camas públicas, y sobre todo las nacionales, se constataban bajos rendimientos que provenían de índices bajos de ocupación y elevados promedios de estadía. Por acuerdo del Ministerio con el Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) y con el Consejo Federal de Inversiones (CFI), se desarrolló un procedimiento para la determinación de costos hospitalarios. Se continuaba considerando la existencia de una “*crisis hospitalaria nacional*” y se afirmaba que “*desde los informes de los expertos de la Oficina Sanitaria Panamericana, en 1957-1958, nada se hizo por recuperar el tiempo perdido.*”

*“Para asegurar una correcta solución de la crisis médica nacional, oficial y privada, se avanza ya hacia la implantación del Seguro de Enfermedad, o con carácter más amplio, el de Salud, resueltos en un Régimen de Seguridad Social.”*

*“Concretar esta doctrina, será cumplir con los enunciados de la Constitución Nacional vigente que, en su artículo 14, de acuerdo con la reforma de 1957, establece que el Estado otorgará los beneficios de la Seguridad Social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable.”*

Mientras la experiencia de San Juan se distorsionaba progresivamente bajo el nuevo gobierno provincial, se iniciaba, otra vez con fuerte apoyo nacional, un nuevo plan provincial de salud en Tucumán, de características similares al que se había frustrado en el Chaco y al que se había iniciado en San Juan, pero no había conseguido perdurar.

Después de solucionarse los problemas de los contratos y los atrasos en los sueldos, los programas de las grandes luchas se reiniciaron con vigor: el de control/erradicación del paludismo; la finalización del programa de erradicación del *Aedes* y la realización de los trámites para su certificación internacional; el de lucha contra la enfermedad de Chagas, reiniciado por Noblía; la lucha antileprosa<sup>55</sup>, y la antituberculosa.

En marzo de 1965 se realizaron en Mar del Plata las Terceras Jornadas Argentinas de la Salud Pública, en las cuales intervinieron muchos de los fun-

<sup>55</sup> La dirigía Carlos M. Brusco.

cionarios del ministerio. Actuó como Coordinador General Carlos Canitrot; Alberto Mondet, entonces asesor del ministro, coordinó el grupo de trabajo que consideró la *“Información Básica y Catastro de recursos”*; Emma Balossi coordinó el grupo de trabajo sobre *“Régimen de Prioridades”* y Noel Sbarra el que se ocupó de la *“Organización de la Atención Médica y su financiación”*.

Para este último punto del temario se contaba con un documento de trabajo previo.<sup>56</sup> A partir de establecer que *“en muchos países, y entre ellos el nuestro, la atención de la salud ha quedado rezagada si la comparamos con otros campos de la previsión social”*, se pasaba revista a los sistemas de atención de la salud de Inglaterra, Chile y Suecia, para examinar la situación argentina. Se examinaban luego las posibles decisiones que deberían tomarse dentro de un seguro de salud en lo que hace a ámbitos jurisdiccionales, personas protegidas, riesgos cubiertos, mecanismos de aplicación y fuentes de financiación.

En el Consejo Nacional de Desarrollo se estableció un grupo de Salud Pública que dirigió la realización de una Encuesta preliminar sobre Obras Sociales y Mutualidades, que se realizó en 1965.<sup>57</sup>

El Ministerio apoyaba a la Escuela de Salud Pública de la Facultad, en la cual se habían unificado las dos que existieron hasta 1962. En 1964 la Editorial Universitaria de Buenos Aires, fundada por la Universidad durante la gestión de Risieri Frondizi como Rector, publicó la obra de Abraam Sonis titulada *“Salud, Medicina y Desarrollo Económico-Social”*. El autor planteaba en sus primera páginas: *“¿Qué oculista se pondrá a extraer amígdalas o a enyesar fracturas? ¿Qué cardiólogo hará una apendicectomía o dirigirá un Servicio de Cirugía? ¿Por qué entonces creer que dirigir un hospital es más fácil y que puede hacerlo? ¿Qué una campaña de inmunización consiste simplemente en mandar elementos y en vacunar a la gente?”*<sup>58</sup>

El Ministerio solicitó, además, a la OPS/OMS el establecimiento, en la Capital argentina, de un Centro Internacional que capacitase para la investigación y la práctica de la Administración Médica, para el cual se convido el apoyo de la Universidad de Columbia.

## Sergio Provenzano: la asistencia social y el seguro de salud

Creemos importante comentar el manejo de ese componente de las instituciones sanitarias que se había desarrollado fuera del Ministerio en los

<sup>56</sup> Preparado los Dres. Santiago Bó, Carlos Martini, Sergio Provenzano, Noel Sbarra y Abraam Sonis.

<sup>57</sup> Estaba conformado por los Dres. Juan J. Barrenechea, Francisco E. Fontana, Alberto Mondet, Sergio Provenzano, Arnaldo F. Torrents, Carlos Urquijo y Sr. Horacio Cerrutti.

<sup>58</sup> SONIS, A. *Salud, Medicina y Desarrollo Económico-Social*. Eudeba, Buenos Aires, 1964, p. 12

años de Carrillo, y que se reincorporó al mismo al final de su gestión: los servicios y establecimientos de Asistencia Social, especialmente los **Servicios Sociales para los empleados de diversas dependencias estatales** y las que comenzaban a denominarse como **Obras Sociales Sindicales**.

Comentamos antes que uno de los últimos actos de la gestión ministerial que le tocó terminar a Rodríguez Castells, a raíz del fallecimiento de Tiburcio Padilla, fue obtener la autarquía del **Consejo Nacional de Asistencia Social**, que había llegado a Salud Pública, desde la Secretaría de Trabajo y Previsión, **con múltiples actores interesados en obtener su independencia**. Las nuevas autoridades revisaron el tema, designaron una interventora (Srta. Catalina Trillo) y decidieron que la descentralización institucional decretada establecía un canal paralelo que *“lesionaba la lógica integración de las actividades tendientes al bienestar de las comunidades”*, en consecuencia se solicitaba (14 de octubre de 1964) al H. Congreso la derogación del decreto.

En **enero de 1965** se designó como nuevo Interventor en el Consejo, al Dr. Sergio Provenzano<sup>59</sup>. Dijo el Ministro, al ponerlo en posesión: *“Desde que enunciamos la orientación de la política de la actual sanidad nacional, jamás dejamos de reconocer la importancia que este Consejo tiene en las acciones del Ministerio. [...]*

*Por esto es que no nos equivocamos al sostener que entre el campo de este sector del Ministerio, la Asistencia Social, y el de la Salud Pública, existe un común denominador, una íntima relación y coordinación de afanes y esfuerzos [...] La política social, que es la materia específica que debe desarrollarse desde este Consejo, supone realizaciones tendientes a obtener niveles máximos de bienestar en nuestro pueblo. [...] Las dificultades en la financiación de las distintas prestaciones de Sa-*



Sergio Provenzano

<sup>59</sup> “Sergio Provenzano fue otro de mis grandes amigos Profesor de Anatomía y autor de uno de los textos más utilizados sobre vías de conducción del sistema nervioso, pero también un gineco-obstetra de prestigio. Provenzano tenía una actuación destacada en el gremialismo médico, en aquel gremialismo que quería establecer un sistema de atención médica igualitario y al alcance de todos. Hombre de gran cultura, bibliófilo apasionado y coleccionista no sólo de obras y revistas literarias, sino también de soldaditos de plomo, tenía ideas originales que combinaban elementos de diversas corrientes de pensamiento. Participó en la actividad política como hombre de consulta. Como Subsecretario de Asistencia Social del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires en 1955-58, fue el creador del Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires (IOMA). Trabajé con él en 1974, en la elaboración del proyecto de sistema nacional integrado de Salud que presentó en la Cámara de Diputados el Dr. Plácido Nosiglia, como alternativo del que presentó el oficialismo peronista, liderado por el ministro Domingo Liotta y en cuya elaboración habrían colaborado, según Belmartino, Carlos Canitrot y Aldo Neri.” JUAN CARLOS VERONELLI

*lud Pública, cada vez más complejas, más amplias y de más elevados costos, nos han llevado al convencimiento de que es necesario unir, en un mismo proceso, los esfuerzos del propio pueblo con el de los gobiernos, con el objeto de mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las comunidades. De incorporar a éstas a la vida nacional y capacitarlas plenamente para alcanzar el progreso del país. [...]*

*Este no es un enunciado teórico. El plan de provisión de agua potable a las comunidades rurales y el proyecto sobre la reforma del actual régimen asistencial y sanitario nacional, son ejemplos de nuestra inquietud que busca materializarse en hechos constructivos. [...]*

*Para servir a estos planes, como a otros procesos de investigación, es necesaria la creación del Servicio Social, dirigido especialmente a la organización y desarrollo de las comunidades como Servicio General del Ministerio. [...]* La organización y desarrollo de la comunidad, para hacerla partícipe de los problemas que nos son comunes, no puede ser el esfuerzo del Trabajador o Asistente Social disperso en diversas Direcciones Técnicas o integrando programas aislados. *Ha de ser el resultado de una planificación del bienestar que responda a una política general del Ministerio y que coordine acciones sanitarias y sociales, comprometiendo a todos los sectores en la técnica de la organización y desarrollo de las comunidades.”*

Tanto Oñativia como Nosiglia creían que los establecimientos hospitalarios públicos (con nuevas modalidades de gestión y de financiamiento participativas que debían explorarse y ensayarse), debían ponerse al servicio de la población incorporada paulatinamente al sistema de seguridad social, el cual debería, finalmente, adquirir **cobertura universal**.

El nuevo Interventor expuso el destino que preveía para el Consejo, que superaría la atención de casos individuales *“para proyectarse en ámbitos más amplios. El Consejo deberá constituirse —imprescindiblemente— en el órgano técnico del Estado que posibilite la instauración del régimen de Seguridad Social previsto por el artículo 14 nuevo de la Constitución Nacional, aportando al mismo la única base sólida sobre la que podrá asentarse: la organización y desarrollo de las comunidades.”*

El deseo era separar definitivamente la organización sanitaria basada en el seguro de enfermedad o de salud de todo organismo corporativo, proceso que Provenzano había explorado al proyectar el IOMA para el conjunto de los funcionarios bonaerenses, en lugar de una obra social para cada dependencia. El 29 de octubre de 1965 se sancionó la ley 16.769 que derogaba la autarquía del Consejo, cuya estructura comprendía un Comité de Coordinación, Programación y Evaluación; cinco Departamentos (de Casos individuales; de Bienestar Social; de Servicios especiales; de Administración, Editora Nacional Braille) y el Instituto de Servicio Social, destinado a la formación de técnicos en Servicio Social.

También reiteró Provenzano la relación de **la organización y desarrollo de la comunidad con la instauración de un régimen de seguridad social** (el cual como se mencionó antes, estaba previsto como uno de los soportes de la solución del problema asistencial en el futuro imaginado por Oñativia), insistiendo en la necesaria *“participación e integración de la comunidad en los programas de salud pública.”*

Provenzano compartía con el ministro el propósito de explorar y promover la aclimatación en el país de **mecanismos de participación de la comunidad**, análogos a los que existían en los países anglosajones, en los cuales los hospitales *“voluntarios”* eran muchas veces sostenidos y administrados por las comunidades. Creían ambos (también lo había sugerido Coni), que el Estado, actor inicial de nuestro desarrollo sanitario, había ahogado o expropiado algunas veces la capacidad de la sociedad civil local, de **la comunidad**, para orientar y administrar sus organismos productores de servicios, y creían que debía trabajarse para devolvérsela. ... *“si los hombres quieren seguir siendo civilizados, o llegar a serlo”* —había advertido Tocqueville— *“el arte de asociarse debe crecer y perfeccionarse...”*, y las actividades médico-sanitarias podían ser un sujeto privilegiado para la asociación voluntaria.

Por fuera de la acción de los *“servicios sociales”*, **crecía la preocupación de los gremios médicos frente a las empresas médicas de prepago**. En las provincias en las cuales estas organizaciones crecían con mayor velocidad, Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Mendoza, la corporación médica solicitaba el apoyo del Estado para **contener un proceso que amenazaba con convertirlos en empleados**. En Santa Fe se obtuvieron en 1967 un par de decretos que introducían regulaciones; dos años después la Corte Suprema de la Provincia declaraba la inconstitucionalidad de algunos de sus artículos.

El universo poblacional al que apuntaban estas organizaciones era el señalado por Carrillo como *“personas de medianos recursos, (que) no pueden pagarse una asistencia privada en sanatorio, pero tampoco pueden —psicológicamente— ser carne de montón en un hospital”*.<sup>60</sup>

De todas formas, la corporación médica continuó esforzándose por regular estas empresas hasta que, unos años más tarde, optó por organizarlas y dirigir las.

Tanto Oñativia como Nosiglia y Provenzano conocían el peso de las tradiciones de gratuidad de la prestación y de la administración de los hospitales por grupos o instituciones diferentes de la comunidad usuaria (grupos privados sin fines de lucro, como las órdenes eclesiásticas o las sociedades de beneficencia, o dependencias públicas, de los tres niveles de

<sup>60</sup> CARRILLO, R. *Teoría...* Op. cit., p. 187. También transcrito en esta obra en la p. 403.

organismos estatales), pero pensaban no sólo que era posible cambiarlas, sino que valía la pena intentarlo.

En 1965 el Ministerio presentó un proyecto de ley sobre “*servicios de atención médica para la comunidad*” como uno de los mecanismos que pensaba que convenían ensayarse en aquellos casos en los que se considerase que existían condiciones favorables para ese efecto, el cual había obtenido media sanción en el Congreso cuando el gobierno fue derrocado por las Fuerzas Armadas.

La corporación médica se opuso al proyecto ministerial, aduciendo que “*tiende a la implantación del sistema de estatización de la medicina y funcionarización de los profesionales, conceptos reiteradamente rechazados por los organismos médico-gremiales. Se considera una circunstancia agravante el hecho de que el nuevo régimen pueda considerarse como una etapa previa a la implantación del seguro de salud, ya que supondría colocar a los médicos como prestatarios directos de los servicios del seguro.*”<sup>61</sup>

La presunción de la corporación médica era correcta: el gobierno quería avanzar hacia una seguridad social que cubriese la atención de la salud de la mayor parte de la población. Provenzano aclaró los propósitos del gobierno y respondió a los cuestionamientos de la corporación médica. En mayo de 1966 se realizó el **IV Congreso Nacional de Seguridad Social**, en el cual se presentó el *Anteproyecto de Código de Seguridad Social* en cuya elaboración había participado Provenzano como representante de la **Confederación Médica Argentina**. En su informe sobre las *Prestaciones de Salud y Asistenciales* decía: “...la multiplicidad y diversidad de los sistemas ya existentes en nuestro medio conspiran contra la pretensión de involucrarlos en un único cuerpo de doctrina, máxime si se tiene en cuenta que algunos sectores —entre ellos las asociaciones de profesionales de las ciencias médicas— han tomado posición frente al problema propiciando soluciones que difícilmente armonizan con las aspiraciones de otros sectores. Y el Estado, por su parte, requiere para sus fines una legislación equilibrada, un común denominador que englobe las prestaciones de la seguridad social aunando los intereses de todos sin desnivelar el fiel de la balanza. [...]”

*Son tantas las dificultades —en nuestro país— para estructurar un ordenamiento adecuado de las prestaciones médicas, que se ha abierto paso en muchos espíritus el criterio hedonístico de que es preferible no innovar en la materia y reforzar, en la medida de lo posible, los servicios de organizaciones ya existentes. [...]*

*Esto último tendría validez si nuestro panorama sanitario-asistencial requiriese soluciones cuantitativas y no cualitativas. Pero los problemas son más*

<sup>61</sup> BELMARTINO, S Y BLOCH, C. *El sector salud...Op. cit.*, p. 181.

*profundos. Nadie desconoce hoy que el panorama sanitario de la población es poco satisfactorio en amplias zonas del país, a pesar de los esfuerzos estatales y privados que adolecen, en términos generales, de ineficacia más que de insuficiencia. Por otra parte, si partimos de la base de que el estado satisfactorio de salud de la población es uno de los pilares del desarrollo económico social, se deduce que la organización de las atenciones médicas asume un carácter de prioridad ineludible para nosotros, precisamente en momentos en que la República está esforzándose por concretar un incremento en sus niveles de desarrollo. [...]*

*El espíritu que ha guiado la redacción del capítulo correspondiente del código de la Seguridad Social del Consejo Federal de Seguridad Social está de acuerdo con el que informa un planteo general: un Sistema de Seguridad Social debe ser amplio en el otorgamiento de sus prestaciones de salud y cubrir a la mayor parte de la población; y ello por razones humanas y financieras. No es posible la financiación de un sistema de esta naturaleza sin que se cumpla estrictamente el principio de la solidaridad social. Todos —o los más— deben contribuir con su aporte económico; y como la obligación de aportar engendra el derecho a recibir beneficios, la justicia exige que esos derechos se satisfagan, cualquiera sea la situación económica del requirente.”*

Para comprender los alcances de la integración del sistema que presentaba el entonces Director Nacional de Asistencia Social Sergio Provenzano, nos parece conveniente extender la transcripción incorporando los párrafos que dedica a los establecimientos hospitalarios y a las **prevenciones sobre el exceso burocrático que expresaban las corporaciones médicas y él compartía.**

*Decía Provenzano en otra parte del Informe: “[...] el Seguro de Salud atenderá sus prestaciones a través de la capacidad instalada actual (consultorios médicos privados, servicios asistenciales de cualquier tipo). Esto es imprescindible, ya que dicha capacidad se adecua en buena medida a las necesidades del país; y el seguro no estaría en condiciones de afrontar la erogación que representa el instalar servicios que se superpondrían a los ya existentes. Con todo, en aquellas zonas desguarnecidas del país, sin servicios locales o sin profesionales en número suficiente, los organismos de aplicación del seguro podrán organizar el otorgamiento directo de las prestaciones.*

*[...] No es éste, sin embargo, el criterio reiteradamente sostenido por el cuerpo médico del país. En el justo temor de que desaparezca el ejercicio liberal de la profesión, absorbido por un ente dispensador de empleos, y la consiguiente transformación del médico en un agente burocrático sin posibilidades de superación, ha luchado por que la Caja de Seguro de Salud sea un organismo financiador, y no prestatario directo de los servicios. Fruto de esa lucha son, entre otras, las leyes de creación y los decretos regla-*

*mentarios del Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires y del Seguro de Enfermedad de la Provincia de Salta. Sin embargo [...] se hace necesario rever aquel concepto restringido y adecuarse a las reales necesidades de la Nación. Por eso es que el Código permite la posibilidad, en casos excepcionales, de que el seguro de salud pueda instalar centros asistenciales cuando las circunstancias lo determinen....”<sup>62</sup>*

## Las leyes de medicamentos

No estaría completa una reseña de la gestión ministerial de Oñativia sin mencionar el estudio del tema de la producción, importación y comercialización de medicamentos y la formulación de los proyectos y la sanción de las leyes 16.462 (económica) y 16.463 (técnica).

En 1963 y como parte de un estudio conjunto de la OEA, el BID y la CEPAL sobre la tributación en la Argentina, se elaboró y difundió un estudio sobre “*Incidencia de los gastos en medicina en los presupuestos familiares*”. Para los grupos de menores ingresos, la proporción que representaban los medicamentos (62.6%), era mayor que lo representado por médicos y sanatorios. (Recuérdese que ya en tiempos de Nóbila el precio de los medicamentos había alcanzado el nivel de problema fundamental de salud pública).

En 1964 se dictó el decreto 7.650 de “*congelamiento del precio de los medicamentos*”, que obligaba a efectuar la reinscripción de los medicamentos. Los laboratorios productores reclamaron, pidiendo se dejara sin efecto la medida, pues los medicamentos “*tenían*” que ser más caros, aduciendo, como suelen hacer, los costos de la investigación que dicen realizar. Se sancionó un decreto que obligó a los laboratorios a presentar información, cuyo análisis demostró la existencia de múltiples factores distorsivos de los precios en las etapas de producción y comercialización. Sancionadas en agosto de 1964 las leyes, se trabajó intensamente para elaborar los decretos reglamentarios, que establecieron normas para reclasificarlos y para determinar los precios de venta.

Debía trabajarse con extremo cuidado, pues el subsector de mayor vulnerabilidad financiera estaba representado por los laboratorios de capital nacional, y se pretendía que las normas no los perjudicaran. En los archivos del Ministerio se habían llegado a registrar 33.000 especialidades, que después de la reinscripción se redujeron a 17.832. Una resolución ministerial de principios de 1965 creó la **Comisión Consultiva de Medica-**

<sup>62</sup> CONSEJO FEDERAL DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA REPÚBLICA LA ARGENTINA. IV Congreso Nacional de Seguridad Social. Informe Técnico preparado por el Dr. Sergio Provenzano, Buenos Aires, 1966.



mentos, formada por los Dres. **Alfredo Bandoni**, **Luis Camponovo**, **Luciano Hug**, **Alfredo Lanari** y **Agustín Marenzi**, todos ellos profesionales de reconocido prestigio académico.

La presión para que las leyes no se sancionasen, luego para que no se reglamentasen y finalmente para que se derogasen fue múltiple e intensa; por vías diplomáticas y a través de diversos organismos financieros, por ejemplo, el grupo conocido como “*el club de París*”, hicieron llegar al Ministro de Economía y al mismo Presidente de la Nación el mensaje de que estas leyes obstaculizaban las relaciones normales y podían determinar que no se renegociasen deudas anteriores o nuevos créditos.

El ministro estaba convencido que desde 1957, cuando se sacó de la jurisdicción del Ministerio el Laboratorio de Investigaciones Farmacológicas y sobre todo desde 1959, cuando se eliminó todo respaldo legal ministerial, “*el organismo rector de la sanidad nacional no fue más que un simple espectador de la deformación permanente del mercado y de la estructuración de vicios que fueron alterándolo en profundidad en todos sus aspectos [...] Las medidas reglamentarias de ambas leyes es el punto de partida de un complejo proceso en el que juegan intereses que dificultan su necesaria regulación. Proceso que tendrá que ir completándose durante un largo período de tiempo hasta conseguir la normalización del mercado en sus distintas etapas.*”

Para el control técnico se creó un laboratorio de control de drogas y medicamentos que se fue equipando progresivamente y alcanzó un alto grado de desarrollo.

Después del derrocamiento del presidente Illia, el nuevo gobierno firmó, en ese mismo año de 1966, la adhesión de nuestro país al Club de París; sus consecuencias en lo referente a la producción de medicamentos puede verse en una publicación del economista Jorge M. Katz.<sup>63</sup> En febrero de 1967 el gobierno “de facto” sancionó una ley “*en cuya elaboración había tenido participación la industria farmacéutica*” (ley 17.189) destinada a “*orientar el proceso hacia una paulatina liberalización del sistema*” y para ello, los precios de los medicamentos serían fijados en su primera etapa de producción, **por los fabricantes e importadores, siendo la autoridad de aplicación la Secretaría de Estado de Industria y Comercio**: el gobierno pagaba sus compromisos.

Pero en febrero de 1968, frente a un aumento sostenido e injustificado del precio de los medicamentos, la Secretaría de Salud Pública intervino para que se sancionase la ley 17.663, destinada a contener la tendencia alcista de los precios de los medicamentos. “*Las leyes 17.189 y 17.663*

---

<sup>63</sup> KATZ, J. M. *La industria farmacéutica argentina*, Ed. Siglo XXI, Buenos Aires, 1974.

*han posibilitado a la industria farmacéutica ajustar sus niveles operativos”, decía el Secretario de Salud Pública. Y agregaba: “Sin embargo, el comportamiento de la oferta de medicamentos en el transcurso de la vigencia de las citadas leyes no guardó una relación homogénea, lo que se tradujo en aumentos de los precios que superan los niveles que razonablemente corresponderían para la recuperación de la industria, luego de los años en que la misma estuvo sometida a regulación de precios”.*

Las leyes 18.233; 18.611 y 18.691, originadas en Salud Pública y “teniendo en cuenta primordialmente, como bien superior, la salud de la población”, retrotrajeron los precios a fechas anteriores, los congelaron y terminaron concediendo al Ejecutivo poder para regular el mecanismo de formación de precios y el desarrollo de la industria y el mercado. La ley 19.152 estableció rebajas en los “medicamentos básicos sociales” y las 19.253; 19.360 y 19.603 modificaron diferentes aspectos de la comercialización de los fármacos.<sup>64</sup>

El Laboratorio del Instituto de Farmacología se abandonó a la destrucción entrópica; las autoridades competentes —que ya no eran las de salud pública— no tenían la intención de controlar a empresas serias y responsables, y si no lo eran tanto, era mejor no enterarse.

## **Instituciones sanitarias**

- 1958 El 1º de mayo Arturo Frondizi asume la presidencia y designa a Héctor Virgilio Noblía Ministro de Asistencia Social y Salud Pública.  
Se reorganiza y refuerza el Servicio nacional de Lucha contra la enfermedad de Chagas, después de la difusión de las investigaciones de Rosenbaum y Cerisola.  
(septiembre) Se reintegran al Ministerio la mayor parte de los servicios transferidos.
- 1959 Crea la Escuela de Salud Pública como dependencia ministerial.
- 1960 Noblía expone en la Escuela Nacional de Guerra sobre Salud y Desarrollo.
- 1961 Se reinician estudios para reiniciar las transferencias.
- 1962 Noblía renuncia y lo reemplaza Tiburcio Padilla. Días después Frondizi es detenido y lo reemplaza José María Guido.

<sup>64</sup> VERONELLI, J. C. “Medicina, Gobierno y...”, *Op. cit.*, p. 156-163.

- 1963 (marzo) Reunión de Ministros Provinciales.  
(abril) Se transfiere el Hospital de Niños a la Municipalidad de Buenos Aires.  
(mayo) Renuncia Enrique Villa y lo reemplaza en la Subsecretaría Horacio Rodríguez Castells.  
(julio) Fallece súbitamente el ministro Padilla. Lo reemplaza interinamente Rodríguez Castells.  
(8 de octubre) Se decreta autarquía para el Consejo Nacional de Asistencia Social.
- 1963 El 12 de octubre asume la presidencia Arturo Illia y designa a Arturo Oñativia y a Bernabé Cantlo al frente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública.  
Se publica el Estudio sobre gasto familiar en medicina de OEA-/BID/CEPAL Medicamentos representa 62%.
- 1964 Se inician estudios para la reestructuración ministerial.  
Iniciación del Catastro Nacional de Servicios y Recursos.  
Se deroga la autarquía del C. N. de A. S.  
(diciembre) Congelamiento del precio de los medicamentos.
- 1965 (enero) Se designa a Provenzano Interventor del Consejo Nacional de Asistencia Social.  
Se presenta anteproyecto de “Servicios de atención Médica para la comunidad”.  
Se sancionan las leyes de Medicamentos. El número de especialidades registradas se reduce de 33.000 a 17.000.
- 1966 (mayo) Se publica “Política Sanitaria Nacional”.  
(junio). Oñativia y Nosiglia abandonan el Ministerio.

# 14

## UN LOGRO REVOLUCIONARIO: GENERALIZAR LA FRAGMENTACIÓN DE LA SOLIDARIDAD

- ONGANÍA: TRAGICOMEDIA EN DOS  
ACTOS CON POCOS APLAUSOS
- SALIDAS O CAMINOS
- LA SALUD PÚBLICA DURANTE LA  
REVOLUCIÓN ARGENTINA
- UN PLAN SANITARIO PROVINCIAL  
EXITOSO

**E**n junio de 1966 las Fuerzas Armadas destituyeron un presidente elegido en unas elecciones en las cuales ellas mismas habían proscrito a alrededor de un tercio de la ciudadanía. ¿Fue para prevenir un futuro triunfo peronista? Hubiese alcanzado, para ello, con mantener las proscripciones. Probablemente las razones determinantes deben buscarse en la presión ejercida por los grupos de intereses afectados por algunas decisiones del gobierno radical, por ejemplo, en el caso del ámbito sanitario (probablemente de importancia secundaria), las compañías farmacéuticas.

Uno de los personajes que acompañaron a Onganía desde los primeros días relataba: “Alsogaray (Álvaro) ha pasado a ser el portavoz indiscutido de las ideas liberales en la Argentina, que un grupo preocupado de intereses le respalda y apoya, y que encuentra la energía y la vocación política para imponerlas.”

“Su hermano Julio es ahora Comandante del 1er. Cuerpo de Ejército y ferviente admirador de las ideas y la persona de su hermano.”

“Por este conducto se van a deslizar las primeras presiones que tienden a reincorporar el Ejército a la política en un papel activo.”<sup>1</sup>

“El derrocamiento de Illia en 1966, —relataba Félix Luna— fue un operativo militar sin una motivación inme-

<sup>1</sup> ROTH, R. *Los años de Onganía*, Ed. La Campana, Buenos Aires, 1981, p. 26.

diata y de rápido trámite; su víctima fue un hombre que parecía un anciano, que no hizo el menor intento de evitarlo y soportó su expulsión con las únicas armas que tenía: el sentido de la dignidad de su cargo y su valentía personal”<sup>2</sup>

“La «revolución» del 28 de junio —*afirmaba Alain Rouquié*— colmó el anhelo de cambio sabiamente orquestado por la prensa, la radio y la televisión golpistas. Ante la imagen de un gobierno anticuado, irresoluto e inepto, el ejército, callado y diligente, disciplinado y eficaz, aparecía como una tabla de salvación. El incruento golpe de estado respondió a las expectativas de la opinión pública que había sido preparada desde hacía tiempo acerca de las cualidades cívicas de los salvadores de uniforme. Tan esperado y anunciado era el derrocamiento de Illia que su concreción ni siquiera constituyó una noticia. Todos se sintieron aliviados después de un mes de tensiones. El golpe se efectuó sin violencia, con tremenda facilidad, y no provocó reacción popular.”<sup>3</sup>

*El economista e intelectual peronista Guido Di Tella se expresaba en el mismo sentido:* “En una actitud que ahora puede ser vista como una campaña concertada, la prensa ridiculizó sin piedad a los radicales, presentándolos como sumamente anticuados, tímidos e ineficaces. Sin embargo, constituían uno de los grupos más rectos, democráticos y políticamente tolerantes del país. Ello fue admitido incluso por algunos partidos opositores.”<sup>4</sup>

*En el ámbito sanitario, Salud Pública fue rebajada a Secretaría. La gestión del Secretario Ezequiel Holmberg y el Subsecretario Alberto Mondet continuaron muchos de los cursos de acción iniciados en la gestión de Oñativia y el personal técnico y administrativo no tuvo grandes cambios. Desde la Secre-*

<sup>2</sup> LUNA, F. *Golpes militares ... Op. cit.*, p. 123.

<sup>3</sup> ROUQUIÉ, A. *Poder militar y sociedad civil en la Argentina*. T. II (1943-1973) Emecé, Buenos Aires, 1982, p. 253.

<sup>4</sup> DI TELLA, G. *Perón- Perón 1973-1976*, Hyspamérica. Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1983, p. 63.

*taría se comenzó a elaborar un proyecto de seguro obligatorio de atención médica sobre la base de las “obras sociales” iniciadas por la Secretaría de Trabajo y Previsión en los cuarentas; se organizarían en ámbitos provinciales, con la intención de que se fuesen integrando con la obra social provincial y eventualmente pudiera acordarse la utilización de los establecimientos públicos y convenirse su financiación parcial. Desde el Ministerio de Bienestar Social y desde la Secretaría de Trabajo (del Ministerio de Economía) se tenían ideas diferentes y la influencia de los dirigentes sindicales ingresó desde esos canales.*

*Si la “Revolución Argentina” destruyó la centralización institucional de Carrillo (con todos sus errores), sin siquiera pensar en corregirla, la “Revolución Argentina” sancionó el seguro social obligatorio, en su variante “profesional”, dividiéndolo en múltiples y disímiles organizaciones que cristalizaban privilegios adquiridos y creaban nuevos: la Argentina incorporaba el instrumento utilizado por muchos países avanzados con tradición liberal para configurar el Estado de Bienestar, pero lo hacía sobre el modelo corporativo que preferían algunos grupos castrenses y algunos políticos de extracción católica. El experimento argentino fue todavía más allá. Concedió la administración de los cuantiosos recursos derivados de la contribución obligatoria de patrones y empleados a las dirigencias de los sindicatos, muchas de ellas ya entonces sospechadas de corrupción.*

*Mientras se reafirmó que las provincias continuasen siendo las unidades sanitarias de los servicios del sector público, se admitió que las obras sociales que administraban el seguro obligatorio mantuviesen ámbitos nacionales, regionales, provinciales o municipales, lo que hacía prácticamente imposible la integración de los efectores públicos y las instituciones del seguro<sup>5</sup>.*

---

<sup>5</sup> En años recientes una propuesta de JORGE MERA contenía como uno de sus pilares el restablecimiento de los límites provinciales para las obras sociales, como habían inicialmente propuesto Holmberg y Mondet.

## Onganía: tragicomedia en dos actos con pocos aplausos

El *“Acta de la Revolución Argentina”* describía los resultados de *“un último y exhaustivo análisis de la situación general del país”* que llevaba a los comandantes en Jefe firmantes a constituir la Junta Revolucionaria que asumía el poder político y militar, destituía de sus cargos al Presidente y Vicepresidente, disolvía el Congreso, separaba de sus cargos a los miembros de la Corte Suprema de Justicia y al Procurador General y ofrecía el cargo de presidente al Teniente General Juan Carlos Onganía.<sup>6</sup>

Juan Carlos Onganía inició la presidencia del nuevo gobierno en el entendido de que **asumiría la totalidad del poder presidencial y no tendría presión militar alguna**. Se tardó en bastante en descubrir que era menos decidido de lo que se pensaba, más tímido de lo que parecía y que estaba rodeado de un grupo heterogéneo, detrás de los cuales pugnaban múltiples intereses, y que sólo tenían en común su rechazo por el desorden del pluralismo y la lentitud del trámite democrático.

La difusión de algunos gestos y detalles producen a veces efectos impensados: la fotografía del presidente Illia arrojando maíz a las palomas en la Plaza de Mayo se utilizaron para probar a la población porteña, primero, y luego a toda la población nacional urbana, la ineptitud del gobierno radical. En forma análoga, la supuesta ejecutividad inflexible del presidente militar, detrás de su rostro adusto de imponentes bigotes, en esta nueva coalición de la espada y la cruz, pareció confirmarse a través de un episodio menor, originado éste en **el ámbito de la salud pública capitalina**.

El intendente designado, coronel Schettini, llevó como Secretario de Salud Pública a un médico militar, retirado con el grado de general de Sanidad, el Dr. Caprile. Desde tiempo atrás se emplazaba a los puestos de venta de carnes asadas que se habían instalado, precariamente, en la Costanera Norte, a regularizar su instalación, sobre todo en lo que hace a provisión de agua potable y desagüe, por razones de higiene. Los plazos ven-

---

<sup>6</sup> VILLEGAS, O.G. *Políticas y estrategias para el desarrollo y la seguridad nacional*, Pleamar, Buenos Aires, 1969, pp. 253-255.



cían, pero las gestiones de los interesados (frecuentemente acompañadas por la intervención de algún funcionario sensible, frecuentemente un concejal, variedad de elegidos que como en la Noruega de Ibsen habían demostrado desde el siglo anterior una gran sensibilidad frente a exigencias gubernamentales que afectaran intereses), conseguían que no sucediese nada. El nuevo Secretario los emplazó nuevamente. Cuando faltaban pocos días, varias topadoras se estacionaron a metros del lugar. Cumplido el plazo, las topadoras arrasaron los puestos que no habían regularizado la situación. **Las topadoras de la Costanera demostraron al país que ahora las palabras recuperaban su significado, que esto “iba en serio” y ya “no habría más peros que valgan”.**

El primer **Secretario de la Presidencia** (y gran amigo del presidente), general Héctor Repetto, inspiró la reducción del número de los ministerios a los cinco que habían existido desde la presidencia de Mitre hasta la reforma del segundo gobierno de Roca. Algunos decían que había aprendido en un curso de administración que el ámbito de la supervisión adecuada de un jefe era sobre cinco a siete dependientes directos, y eligió la cifra menor porque quería que el presidente pudiera supervisar estrechamente a sus colaboradores civiles.

Se reforzaron los organismos de planeamiento; al **Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE)** se agregó un **Consejo Nacional de Seguridad (CONASE)**. El titular de este organismo, general Osiris Villegas, creía que la seguridad nacional se consolidaba con el desarrollo social. Su subsecretario, el Dr. Horacio Pietranera, encargó numerosos estudios (algunos valiosos) y coordinó grupos de trabajo que hicieron interesantes aportes a las que serían las bases de las *“Políticas Nacionales”*, instrumento de orientación al cual Onganía adjudicaba gran importancia y que la perdió con su alejamiento.

En el ministerio de Economía —convertido en superministerio— Onganía designó a un joven empresario de militancia católica, Néstor Salimei, frustrando las expectativas de Álvaro Alsogaray (que, como premio consuelo, fue designado embajador en Estrados Unidos); Enrique Martínez Paz fue designado en el Ministerio del Interior y Nicanor Costa Méndez en el de Relaciones Exteriores. Los anteriores ministerios y secretarías *“sociales”* fueron reasignados: la de Trabajo se incorporó al ámbito de Economía, en tanto las de Seguridad Social y Vivienda, y de Salud Pública, se convirtieron en Secretarías de un nuevo Ministerio, el de **Bienestar Social**, al frente del cual se designó a Roberto Petracca.

Las Secretarías que lo constituían conservaban su individualidad presupuestaria, pero se relacionaban con el jefe del Poder Ejecutivo a través del Ministro de Bienestar Social. La creación de un ministerio de *“Bienestar*

*Social*” se hubiese justificado para coordinar o integrar —son casi lo mismo— las acciones de cada una de las Secretarías, como se hacía en Francia con el Ministerio de Asuntos Sociales; en este caso, aparentemente, se habría implementado para reducir el número de dependencias del ámbito de supervisión directa del presidente. En el nuevo Ministerio se creó una **Secretaría de Promoción y Asistencia de la Comunidad** —ya que el nuevo gobierno tenía, igual que el anterior, mucho interés en el tema, con la diferencia muy importantes del enfoque corporativo que el nuevo gobierno le adosaba—, pero los grupos interesados en la independencia del conjunto de “obras sociales”, sobre todo de las “sindicales”, que antes habían propiciado la autarquía de la Comisión, se nuclearon ahora para consolidar la nueva repartición y obtener influencias ante el ministro.

En la **Secretaría de Salud Pública** se designó a un médico que había adquirido prestigio como investigador, el Dr. Ezequiel Dago Holmberg, quien llevó como subsecretario al Dr. Alberto Mondet, que había sido uno de los asesores de confianza en el ministerio de Oñativia. Esta circunstancia y la calidad intelectual y humana de Holmberg determinaron que el relacionamiento entre las dos gestiones fuera más de prosecución que de adversación, aunque, como se mencionó antes, algunos temas fueron sacados del ámbito de Salud Pública (como la regulación del precio, primero, y de otras normas luego, en relación con los medicamentos). Además, algunos asuntos llegaban a las Secretarías con instrucciones de la superioridad y en algunos otros, es posible que las autoridades sanitarias no se hayan percatado de sus consecuencias hasta que fue demasiado tarde, como pudo ser el caso, de acuerdo con declaraciones posteriores de los entonces jerarcas, con algunos matices de la ley de obras sociales.

En las gestiones “*adversativas*” la eliminación de funcionarios es menos frecuente que la reubicación de los existentes; ambas interrumpen, por algún tiempo, el funcionamiento institucional, el cual se recupera lentamente, cuando cada uno aprende a desempeñarse en su nueva asignación. Se pagan así costos análogos a los de las “*reestructuraciones*”. Las que se adscriben a la prosecución ganan ese tiempo y capitalizan, además, las experiencias (de aciertos y errores) adquiridas en el período anterior.

Después de la toma de posesión de Onganía, la luna de miel con el nuevo gobierno, prolongada por la tardanza en definirse frente a los problemas fundamentales, lo cual permitía las favorables expectativas de grupos con ideas o intereses contradictorios, se prolongó por uno o dos meses. Al mes se dictó un decreto-ley (la intervención de la Universidad), que terminaba con la autonomía universitaria y comenzaron, las acciones destinadas a “*terminar con la infiltración marxista*” de la alta casa de estudios. Al final del segundo mes se intervinieron los ingenios azucareros de Tucumán.

Los estudiantes tomaron varias facultades. La desocupación violenta de la Facultad de Ciencias exactas, en *“la noche de los bastones largos”*, concluyó en la renuncia de casi la mitad de los profesores universitarios. *“El episodio”*, afirmó Rouquié, *“desprestigió al gobierno”*.

A fines de 1966, una reorganización del gabinete sirvió de pretexto para reemplazar a Néstor Salimei por Adalberto Krieger Vasena. Se definió así con claridad la total adhesión al liberalismo económico de un gobierno que había suprimido el liberalismo político precisamente para imponerlo. En mayo de 1969 el descontento popular crecía en todo el país, los disturbios en Córdoba, *“el Cordobazo”*, anunciaron el fin del primer acto. El siguiente sería el del fin de Onganía.

En el Ministerio de Bienestar Social, después del fallecimiento de Roberto Petracca, se desempeñó el ingeniero Conrado Bauer, quien fue reemplazado después del “cordobazo” por el médico cordobés Carlos Consigli, partidario del acercamiento del gobierno a las fuerzas sindicales. En esos años se creó la **Secretaría de Seguridad Social** y se produjo una simplificación del sistema previsional, al reunirse en tres cajas las trece preexistentes en el ámbito nacional, permaneciendo como regímenes especiales los de las Fuerzas Armadas y de Seguridad y los de las administraciones provinciales y municipales. El sistema seguía evitando la creación de solidaridades amplias y condiciones igualitarias.

Al año siguiente, el 22 de abril de 1970, el ex presidente Frondizi emitió una declaración pública: *“La esperanza que el país depositó en el gobierno del teniente general Onganía está agotada. En estos casi cuatro años, no sólo no se ha hecho la Revolución sino que el gobierno se ha entregado a la Contrarrevolución”*.<sup>7</sup> El 8 de junio, sacudido el país por el secuestro del general Aramburu, que fue luego asesinado, el general Onganía era destituido por los Comandantes en Jefe. Pocos días después, el 18 de junio de 1970, éstos designaban como presidente al general Roberto Marcelo Levingston.

## Salidas o caminos<sup>8</sup>

Levingston designó a Carlos Moyano Llerena como ministro de Economía, acompañado, en Obras y Servicios Públicos, por el prestigioso eco-

<sup>7</sup> Cit. por LANUSSE, A. A. *Mi Testimonio*. Laserre, Buenos Aires, 1977, p. 85.

<sup>8</sup> En una charla con Arturo Jauretche, a quien encontraba con frecuencia en casa de una amiga común y con quien había simpatizado mucho, me dijo que había que ayudar al gobierno para que encontrase una salida. Le contesté que eso buscaba quien advertía que no quería estar donde estaba; lo que los argentinos necesitaban era averiguar adónde querían ir; cuando lo supieran, lo que había que buscar era un camino, y no una salida. Sacó una libreta del bolsillo: “Eso

nomista nacional Aldo Ferrer, símbolo de diferenciación con la gestión del presidente anterior. Francisco Manrique, ex marino que había renunciado a su condición para tener total libertad para actuar en la vida pública, fue designado Ministro de Bienestar Social. **El gobierno de Levingston fue breve y confuso, buscó, sin encontrarlo, apoyo en grupos políticos, perdiendo en el camino el indispensable apoyo militar.**

En 1971, después de nuevos disturbios en Córdoba, la Junta de los Comandantes en Jefe reasumió nuevamente el poder, el 26 de marzo de 1971. El Comandante en Jefe del Ejército, general Agustín Lanusse, fue designado para ejercer esta vez la primera magistratura y un comunicado oficial afirmó: *“Queda rehabilitada la actividad política en toda la República.”*

El entonces presidente sintetizó la situación que se enfrentaba: *“¿Podíamos ser tan tontos como para seguir enmascarando el meollo de la situación que debíamos resolver? ¿El golpe de Estado de 1962, que derrocó a Frondizi, se hizo por la política internacional del presidente o porque el peronismo, poniendo a Andrés Framini como candidato en Buenos Aires, había ganado diez días antes las elecciones, demostrando que las órdenes de Perón habían sido determinantes? ¿El defenestramiento de Arturo Illia se había hecho por la lentitud del Congreso o porque convenía operar preventivamente, ante la evidencia de que los justicialistas volverían a triunfar? ¿Hacia falta decir que desde 1955, en la prosperidad o en la desgracia, la mayoría de los argentinos —o al menos, la minoría más numerosa— seguía extrañando al hombre derrocado por la Revolución Libertadora?”*<sup>9</sup>

Según esta *“confesión”*, las Fuerzas Armadas sacrificaron dos presidentes constitucionales y enrarecieron por casi dos décadas la vida política porque no querían aceptar que la realidad era real y que en 1955, como en 1930, habían detenido un proceso de aprendizaje, con las consecuencias que eso implicaba y que continuaría implicando.

Las condiciones que el Gobierno estableció fueron que no podrían presentarse como candidatos los ciudadanos que estuvieran ausentes del país entre el 25 de agosto de 1972 y el momento de las elecciones, (o se ausentasen después sin permiso del Ministerio del Interior), ni aquellos funcionarios gubernamentales que no hubiesen renunciado a su cargo antes de aquella misma fecha. El 8 de agosto, el ministro de Bienestar Social, Francisco Manrique, presentó su renuncia para postularse como candidato.

---

*lo voy a usar...”, me decía sonriendo tras los espesos bigotes, mientras anotaba. Lo leí como título de uno de sus comentarios periodísticos, un par de semanas después. Los militares buscaban una salida habían fracasado, lo sabían y casi lo reconocían, pero no querían ser humillados y buscaban una salida. No sabían hacia dónde ir. Creyeron, ingenuamente, que podían retroceder hasta el 55 y darle permiso a la realidad para que fuese como había sido era y no volvería a ser.”*

Juan Carlos Veronelli

<sup>9</sup> LANUSSE, A. A. *Mi Testimonio... Op. cit.*, p. 229.

En marzo de 1973 se realizaron las elecciones, en las cuales se impuso el candidato peronista (Cámpora) con el 49.5% de los votos. Cámpora renunció y en setiembre, Perón era elegido Presidente, con su tercera esposa como vicepresidenta.

## La salud pública durante la Revolución Argentina

La gestión de Holmberg continuó las grandes líneas que se habían trazado en la gestión anterior<sup>10</sup>. La estructura del ministerio se organizó sobre la base de las unidades de la gestión anterior, excepto algunas reasignaciones como la **lucha contra la enfermedad de Chagas**, en la cual **se transfirió a las provincias una buena parte de la responsabilidad ejecutiva**. La Dirección de Estadísticas y Economía sirvió de base para que, manteniéndose a su director, se transformase en la Dirección Nacional de Información Técnica<sup>11</sup>, una de las cinco Direcciones Nacionales que se definieron.

Oñativia había tenido la intención de promover la organización de las comunidades y su participación en la conducción de los establecimientos de salud, y había presentado un proyecto sobre “*Servicios de Atención Médica de la Comunidad*” que contaba con media sanción del Congreso. Es fácil entender que el proyecto, en el que había trabajado como asesor principal Alberto Mondet, fuera retomado y sancionado, pero no tanto que se le suprimiese el carácter “*exploratorio*” que le había asignado el ministerio anterior. La ley 17.102 suscitó, nuevamente, la oposición de la corporación médica, así como de las organizaciones de clínicas y sanatorios, que evocaron el fantasma de la obligatoriedad de la contratación con el Estado de las prestaciones requeridas por las obras sociales, lo cual re-

---

<sup>10</sup> En septiembre-octubre de 1966 se realizó en Washington la XVIIª Conferencia Sanitaria Panamericana. El informe de la República Argentina presentado por las flamantes autoridades muestra la continuidad de los lineamientos de la gestión anterior.

<sup>11</sup> A la Dirección Nacional de Información Técnica pertenecían los departamentos de 1) Estadísticas sanitarias, cuyos integrantes se mencionaron ya; 2) el de Economía de la Salud, a cargo de Luis Horacio Vera Ocampo, primero, y de Isabel Plachner de Molinero después, en la cual se destacaron los contadores Marques, Narbais y Bottindari y los médicos Mario Boyer, Eneas Pampliega, Alberto Maza, entre otros; 3) el de Programación y Evaluación de la Salud, conducido primero por Alfredo Rabinovich y cuando éste fue ascendido a Director de Normalización Sanitaria, por Lila Rico de Badaracco, en el cual se destacaron Carmen Oviedo y Pablo Mario Luquet. Después se incorporó un Departamento de Recursos Humanos a cargo de Oscar Aguilar. La conducción de las delegaciones federales, antes a cargo de un coordinador nacional (Néstor Rodríguez Campoamor) se convirtió en Dirección Nacional de Coordinación Operativa, a cargo de Jorge Badaracco y en la gestión de Rodríguez Castells, nuevamente de Néstor Rodríguez Campoamor. La Dirección de Fiscalización Sanitaria estuvo a cargo del Dr. Joseba K. De Ustarán. El abogado Ciganda Morere, asesor legal, el antiguo funcionario Jorge Labella, jefe de Despacho, el jefe de Personal, Fernando Dorado, y otros técnicos como el ingeniero José Benaim, ocuparon diversas posiciones pero mantuvieron la continuidad de la “cultura” institucional durante casi una década.

duciría los ingresos de los prestadores privados. Los hospitales de la comunidad sólo funcionaron bien en aquellos lugares en los que existía una comunidad y no solamente un aglomerado de habitantes. Las acciones de desarrollo de la comunidad no se mantuvieron y se buscó estimular la participación con variados intentos por inducir a las “*fuerzas vivas*” (los ricos y notables locales) a participar en la administración de los servicios, experiencias que en general no fueron muy felices.

La ruptura del orden constitucional había tenido sus naturales efectos en las provincias, donde los gobernadores fueron reemplazados por interventores, y éstos tuvieron que reemplazar a los ministros. Algunos interventores preguntaron a sus allegados de confianza cuál era el médico más entendido en esos asuntos en la provincia y, después de asegurarse de su “*limpieza ideológica*”, les ofrecieron el cargo.

*“Alberto Ozores Soler, distinguido sanitarista que se desempeñaba como delegado federal, contaba que cuando el Interventor de la Provincia de Jujuy preguntó quién era el médico más entendido en salud pública, casi todos le hablaron de un antiguo salubrista que había ocupado altos cargos nacionales e internacionales y había regresado pocos años antes. Carlos Alberto Alvarado aceptó el ofrecimiento y fue designado ministro de Salud Pública. Reunió al grupo de jóvenes salubristas que trabajaban en la provincia y en la delegación y les pidió su opinión individual sobre cuánto tiempo creían que él podría durar como ministro en un gobierno como el que existía entonces. Algunos le contestaron —siempre existen esos “entusiastas”— que cuando el gobierno se diera cuenta de la valía del ministro, duraría por siempre. Otros calcularon que dos o tres años, algunos que uno o dos. Alvarado les agradeció los deseos de éxito y les dijo que, personalmente, estimaba que podría durar entre seis meses y un año; les pidió que pensasen qué cosas podían hacerse en ese tiempo que mejorasen, en forma duradera, la salud de los jujeños. Yo había leído sobre la labor de Alvarado en la lucha antipalúdica en el país y sobre su paso por la OPS y luego por la OMS, pero cuando, poco después de este episodio, lo conocí personalmente, la sabiduría de adecuar su plan al tiempo (presumiblemente) disponible me pareció, y así se lo manifesté, una de sus lecciones más importantes. Estudiando, años después, las condiciones de gestiones sanitarias exitosas, esa previsión del tiempo y el poder disponible para formular el plan de acción se revelaron como una de las claves del éxito”*<sup>12</sup>

El ministro Alvarado diseñó en Jujuy un programa consistente en la selección de un grupo de auxiliares de salud, gentes de cada lugar que tu-

<sup>12</sup> JUAN CARLOS VERONELLI, ver VERONELLI, J. C. “Ministerios y Sistemas de Servicios de Salud en América Latina”. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 100, N° 1, enero, 1986, pp. 1-32.

viesen deseos de trabajar ayudando a sus vecinos, en forma análoga a lo que proponía Tamini en la época de Rosas, o a los richtjaris peruanos de los años 1930's. Esos auxiliares, y aquí empezaban las "originalidades" del proyecto, derivadas de su experiencia de malariólogo, serían adiestrados unas pocas semanas para la realización de un pequeño número de acciones: el levantamiento de un censo, la detección de lactantes y embarazadas, por ejemplo. Después de unos meses de trabajo en "rondas", domicilio por domicilio, en las cuales realizaban las tareas aprendidas, volvían a adiestrarse en nuevas actividades, que se incorporaban, en adición a las anteriores, en la ronda siguiente.

El talento de Alvarado para dirigir y controlar, el que le había permitido vencer al paludismo, estableciendo un liderazgo parecido al de los grandes generales y una disciplina sólo diferente de la militar en los objetivos que la justificaban, le permitió logros significativos. Este ejemplo se difundió, en el país y fuera del país. No era una innovación totalmente original; pero sí una medida **oportuna y totalmente adecuada al tiempo del cual disponía el organizador** (que estuvo bastante acertado, por otra parte, en su estimación inicial).

Cuando se completó la designación de técnicos en las Delegaciones Sanitarias, y fueron quedando vacantes cargos de ministro, "se buscó que los delegados federales fueran ministros de las provincias para que los problemas se solucionaran donde surgían."<sup>13</sup> Eran jóvenes, habían aprendido muchas cosas, pero no siempre humildad, como la que hacía de Alvarado un maestro.

El delegado sanitario federal y más tarde ministro de Tucumán, César Pepa, se destacó por su empuje y liderazgo; fue el motor del "Plan Tucumán", que emergía mientras perdía impulso el "Plan San Juan", a medida que el cambio de autoridades determinaba el desconocimiento de las creaciones del anterior y se discontinuaban las buenas prácticas iniciales.

El proceso de transferencias avanzó durante esos años, agregándose a las de establecimientos, las de algunos programas, como el de **lucha contra la lepra**. "Costó mucho vencer la resistencia a depender de la jurisdicción provincial, de manera que acordamos que en la medida que se renovaran los planteles, quedarían a cargo de la órbita provincial", explicaba Ezequiel Holmberg en una entrevista reciente.

Por decreto 2.318 de 1967 se creó la **Comisión Coordinadora de Obras Sociales Sindicales**, integrada por representantes de las Secretarías de Trabajo, de Salud Pública, de Promoción y Asistencia de la Comunidad, la cual dirigió la realización de una encuesta sobre 1.124 entidades

---

<sup>13</sup> OPS/OMS *La OPS en Argentina. Crónica...Op. cit.*, p. 97.

sindicales, de las cuales unas 400 poseían Obras Sociales; la mayoría de éstas correspondían a industrias manufactureras, pero también a servicios públicos y privados, comercio, transporte, actividades rurales y actividades extractivas. La magnitud de la población cubierta era amplia, el área geográfica de la cobertura mayoritariamente local (sólo un 10% de las mismas tenía cobertura nacional). Más de cuatro quintas partes de estas Obras Sociales prestaban servicios médicos, que les insumían alrededor del 80% de las erogaciones. Los aranceles exhibían importantes diferencias según las provincias, siendo los mayores los de la provincia de Buenos Aires y los menores los de Santa Fe.

Se decía en el Informe: *“Existe una gran atomización de obras y servicios sociales sindicales. [...] Cada gremio ha ido montando sus propios servicios sociales y a su vez, en aquellos con menor grado de centralización, cada seccional organizó su propia asistencia local. Dichas circunstancias no han sido modificadas mayormente, por lo que hoy presentan las Obras Sociales un grado deficiente de estructuración y coordinación, lo cual debe tener evidentemente su incidencia en cuanto al aprovechamiento de los recursos y esfuerzos. [...] Es necesario llevar a cabo una coordinación amplia y eficaz de los servicios que prestan tantas obras sociales en forma aislada, tendiente a integrar el planeamiento de sus prestaciones y su racional distribución, en función de la amplitud y localización de las necesidades.”*<sup>14</sup>

En abril de 1967 y sobre la información procesada por la Comisión Coordinadora se creó, en el Ministerio de Bienestar Social, **la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales** (ley 17.230), presidida por el Subsecretario de Salud Pública, Dr. Alberto Mondet, la cual determinaría el rol de las obras sociales estatales y paraestatales dentro del ámbito establecido por el Plan Nacional de Desarrollo. El informe se difundió en 1968.

También en 1967 se estableció, en el edificio del Hospital Escuela, que se estaba preparando para el traslado del hospital de Clínicas, el **Centro Latinoamericano de Administración Médica**, designando la OPS al Director, Dr. Hugo Enríquez, y la Secretaría de Salud Pública al Subdirector, Dr. Plácido Nosiglia.<sup>15</sup>

La Escuela de Salud Pública que dirigía Abraam Sonis estrechó sus relaciones con la Secretaría, convirtiéndose no sólo en un centro de formación de recursos necesarios para la gestión de la Secretaría sino tam-

<sup>14</sup> COMISIÓN COORDINADORA DE OBRAS SOCIALES SINDICALES. “Encuesta Preliminar sobre Obras Sociales Sindicales”. Policopiado. 1967, p. 1-2.

<sup>15</sup> Los dos primeros investigadores incorporados fueron los Dres. Daniel Gómez y Juan Carlos Veronelli, pocos meses después se agregó María Teresa Beas.



bién en un foro de enriquecimiento y de análisis de la situación sanitaria. El apoyo de la Secretaría fue decisivo para la Escuela y pronto imitado por las autoridades sanitarias de varias provincias. Pero también la inserción en la Facultad de Medicina se fortaleció, gracias al respeto que Sonis consiguió del decano —Andrés Santos— que se materializó en el encargo del dictado de cursos obligatorios para los estudiantes de primero y quinto año.

En junio de 1970, días después de asumir Levingston la presidencia, un decreto (el N° 46) difundió las 160 “políticas nacionales”: las correspondientes a “salud” (N° 39 a 43) hablaban de establecer un sistema de salud que la asegurase para todos, “ *cubriendo los aspectos preventivos, curativos y recuperativos* ”, destacando la prioridad de los niños y la población de menores recursos; era necesario “ *adoptar las medidas de sanidad preventivas y curativas para atacar las causas de morbilidad, las endemias y las deficiencias típicas de la salud en cada zona del país, ofreciendo una amplia colaboración a los países vecinos* ”; evitar la contaminación; promover la racionalización de los servicios de salud, fijar las competencias y coordinar la acción pública nacional, provincial, municipal y la privada; finalmente, organizar y modernizar el sistema hospitalario con activa participación de la comunidad.

La N° 45 indicaba “ *estructurar progresivamente un sistema integral de seguridad social* ” y la 46, “ *proporcionar a personas y grupos la asistencia necesaria, cuando no les fuera posible satisfacer sus necesidades espirituales o materiales* ”. El conflicto jurisdiccional, inexistente en los gobiernos militares, no se mencionaba. Las reuniones de autoridades nacionales y provinciales resultaban fáciles y fueron denominadas “de coordinación del gasto”. En los otros temas se mantenían los elementos esenciales de los proyectos de Bunge y de Aráoz Alfaro, que no habían podido integrarse a pesar de la creación del Ministerio de Salud Pública en los años de Carrillo, y cuya integración habían perseguido casi todos los gobiernos desde entonces.

Sin haber sido promulgadas, las “ *políticas nacionales* ” habían tenido vigencia parcial desde los años anteriores. En el Ministerio de Bienestar Social previo al “ *cordobazo* ”, la Secretaría de Salud Pública había tenido una relevante participación tanto en la “Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales” que presidió Mondet, como en la “ **Comisión Coordinadora de los Servicios Sociales Sindicales** ”.

Fueron Holmberg y Mondet quienes tuvieron que responder a los reclamos de las asociaciones gremiales médicas sobre el nomenclador y el valor de los aranceles. Y fue también Holmberg quien hizo conocer a los dirigentes médicos las características de la ley en la cual se estaba trabajando,  **que uniformaría las cuotas de afiliación, establecería los porcentajes**

que las obras sociales debían destinar a salud y dispondría una organización descentralizada en los ámbitos provinciales, promoviendo la agrupación en una gran obra social al conjunto de las que actuaran en la provincia<sup>16</sup>. La integración entre los establecimientos públicos y las obras sociales no se mencionaba, pero, al coincidir los límites o ámbitos jurisdiccionales de ambos sistemas, podría producirse en el futuro.

En febrero de 1970 se sancionó la **ley 18.610**. El mensaje de elevación al Poder Ejecutivo estaba firmado por Carlos Consigli, Ministro de Bienestar Social y Santiago de Estrada, Secretario de Promoción y Asistencia de la Comunidad, aunque también habría participado en su orientación el Secretario de Trabajo, Rubens San Sebastián. La ley generalizaba **la obligación de aportar a una obra social para todos los asalariados**. Para el caso de que no existiera esa obra social, los fondos debían depositarse a la orden de la asociación profesional de trabajadores de la actividad respectiva que hubiera sido signataria de convenios colectivos de trabajo, la cual debía crear o adecuar la respectiva obra social. Se creaba también el **Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS)**, organismo descentralizado del Ministerio de Bienestar Social, que actuaría como autoridad de aplicación y ente controlador.

La ley aprobada tenía poco parecido con el proyecto en cuya elaboración había trabajado la Secretaría de Salud Pública. Dentro del mismo ministerio, las posiciones que antes se confrontaban entre la Secretaría de Trabajo y Previsión y la de Salud Pública que dirigía Carrillo, seguían existiendo, y Salud Pública perdía nuevamente. A mediados de 1970, Holmberg y Mondet renunciaron a sus cargos y fueron reemplazados por Rodríguez Castells y Etchegoyen. En el ámbito de Trabajo, se dio por concluido el “proceso normalizador” y José Rucci fue elegido como **Secretario general de la CGT**.

En su exposición inicial, el nuevo Secretario de Salud Pública reseñó la evolución institucional y pasó revista a siete áreas problemáticas: organización del sector, atención médica, saneamiento ambiental, recursos humanos, recursos físicos, recursos financieros y legislación. En cada una de ellas, describió sucintamente los tres grandes subsectores del sector salud, el oficial o estatal, el de obras sociales y el privado, señalando los problemas más importantes de cada uno y la ausencia de coordinación entre ellos, lo cual conspiraba, contra la calidad y la extensión de la cobertura de las prestaciones.

*“[...] consideramos impostergable —dijo el Secretario— la iniciación de los estudios destinados a la definición de un sistema racional de aten-*

---

<sup>16</sup> En una obra reciente MERA y RUÍZ DEL CASTILLO proponían, con realismo, la restitución de los límites provinciales para los subsistemas de Obras Sociales como un camino para corregir muchas de sus distorsiones. Mera, J. y Ruíz del Castillo, R., *La reforma de salud en el Tercer Milenio*, Dunken, Buenos Aires, 2000.

*ción médica para todo el país y su financiación, que contemple nuestras realidades regionales, nuestros recursos, nuestras necesidades y nuestras aspiraciones, tanto de la población como de los profesionales que la han de brindar.*

*[...] La solución integral del problema de atención hospitalaria sólo ha de obtenerse, como ya se ha dicho, a través de la adopción de un sistema con financiación sólidamente asegurada, que permita establecer una adecuada regionalización y organizar una red de establecimientos de complejidad creciente que afronte con eficacia las necesidades de toda la población.*

*[...] Un comentario especial —por su actualidad— merece la tan discutida ley 17.012, referente a los hospitales de la comunidad, que por sí sola no puede dar solución integral a los problemas que hemos referido. Es solamente un mecanismo, entre varios otros, que puede contribuir a elevar el nivel de la atención médica. Como tal podrá ser aplicada —como ya lo ha sido con éxito— en aquellas comunidades en las que resulte conveniente, de acuerdo al estudio previo que la misma ley establece*

*[...] el complejo desnutrición-infección, constituye un problema especial con causas asociadas y potenciadas recíprocamente, responsables en gran parte de la elevada mortalidad infantil que se registra en el país. La alta mortalidad de menores de un año y la registrada entre uno y cinco años conspira contra el crecimiento demográfico y se suma a las descendentes tasas de natalidad de nuestras regiones más densamente pobladas.*

*[...] La extensión y magnitud (de los problemas alimentarios y nutricionales) en vastas zonas del país determinó la intervención de la secretaría con el apoyo técnico y financiero para la ejecución de programas provinciales de asistencia alimentaria. El objetivo de los mismos es efectuar la dación de leche o de otros alimentos a los grupos vulnerables y/o vulnerados, desde el punto de vista biológico, geográfico y socio-económico-cultural [...] Desde luego, la formulación de una política alimentaria nacional es responsabilidad intersectorial.”*

Se delineaba el programa de salud en las áreas rurales, que se ejecutaría “con la visita de un agente sanitario previamente capacitado, a todas las viviendas de áreas rurales, realizando acciones de salud elementales como la vacunación y promoviendo el contacto profiláctico y asistencial de esas comunidades con el hospital.”

Se pasaba revista después a las necesidades inmediatas del Servicio Nacional de Rehabilitación; del Instituto Nacional de Salud Mental; del Saneamiento ambiental (sobre todo, del programa de Agua potable y Saneamiento Rural, que debía transferirse a la recién creada Secretaría de Recursos Hídricos); del Servicio Nacional de Basuras; de la Educación para la Salud; y de los problemas “internos”, los recursos humanos, físicos y financieros de la Secretaría, las estadísticas de salud y la legislación.

Con el traslado del **Programa de Agua potable y saneamiento** a la **Secretaría de Recursos hídricos** las autoridades sanitarias se desvincularon y desinteresaron del saneamiento ambiental frecuentemente dejado al reclamo y vigilancia de las autoridades municipales. En las décadas siguientes en muchas de las ciudades y sobre todo en las de mayor población, se multiplicaron y agrandaron los cinturones periurbanos densamente poblados y **carentes de toda infraestructura básica**, generando nuevos centros de inseguridad sanitaria con condiciones análogas a las de las ciudades del siglo XIX.

En los diez años (1963-1972) de gestiones con relacionamientos más próximos a la prosecución que a la adversación, la estructura de la Secretaría parecía haberse estabilizado. En muchas de sus dependencias se habían creado rutinas de trabajo que permitían los logros modestos pero sucesivos que en general producen progresos en casi todos los países. En el último año, el ministro Manrique comenzó a tomar decisiones directas sobre ámbitos hasta entonces bastante independientes y aumentaron las presiones sobre los Secretarios. La exigencia del gobierno de abandonar los cargos públicos en agosto para poder presentarse como candidato, lo obligaron a renunciar a su cargo de ministro y pasó a "*hacer política*" desde la arena política y no más desde la función pública.

Estando ya Manrique a cargo del Ministerio se sancionó, en diciembre de 1970, la ley 18.912, que modificaba las regulaciones fijadas por la 18.483. En abril de 1971, se promulgó la ley 18.980, que precisaba y modificaba en múltiples aspectos la 18.610, y que reemplazó luego a la original, conociéndose como **18.610, texto ordenado de 1971**; a través de estas modificaciones el texto se alejaba aún más del originalmente preparado en Salud Pública y se acomodaba a la corporativización deseada.

En mayo de 1971 el **INOS** pasó a la jurisdicción del **Ministerio de Trabajo**. Posteriormente se sancionó la ley 19.032, la cual creaba el **Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados**, financiado por la participación de sus afiliados, más una proporción del aporte de los cotizantes activos de la 18.610, y también un aporte estatal. Se descargaba de la mayoría de las obras sociales de la 18.610 la atención de "*sus*" jubilados y pensionados, cuyas necesidades de atención médica son, en todos los sistemas de salud, varias veces superiores a la de los adultos menores de 65 años, todos los cuales se reunían en un "**Programa de Atención Médica Integral**" (**PAMI**). Esta nueva fragmentación, una originalidad argentina, tuvo motivaciones predominantemente políticas y generó una institución con vicios estructurales congénitos.

En noviembre se sancionó la ley 19.337, que al tiempo que apresuraba la descentralización administrativa de los hospitales dependientes del

ministerio, los autorizaba a establecer convenios con las obras sociales. El gremio médico “apoyó la idea, pero se opuso a la forma en la cual se materializaba”, doble mensaje habitual de la corporación frente a propuestas análogas. Hacia fines de 1971 Rodríguez Castells presentó su renuncia y la Secretaría de Salud Pública fue convertida en Subsecretaría.

En una entrevista reciente, Ezequiel Holmberg afirmó: *“Cuando se elaboró el proyecto de ley de obras sociales, en 1968/69, se tomó como base un estudio que llevó casi dos años. Sin embargo, la ley que se aprobó difería significativamente de la propuesta original. Cuando se produjo el Cordobazo todas las decisiones adquirieron tinte político.<sup>17</sup> Por ejemplo, nosotros proponíamos que todo trabajador de una jurisdicción provincial, incluyendo los empleados nacionales que desarrollaran su actividad en la provincia, debían aportar a una caja provincial, lo que suponía que los fondos no debían salir de las provincias. Pero eso no se respetó y hasta el día de hoy las obras sociales sindicales reúnen el capital en Buenos Aires y después reparten a las provincias, pero en el camino normalmente queda un 25%. Eso limitó marcadamente la otra responsabilidad que tenían que asumir las provincias, la de empezar a administrar el presupuesto de salud, en lugar de decir, “si el gobierno nacional pone la plata, qué me importa”. Hoy las obras sociales son una escuela de corrupción y malgasto.”*

La mención de Holmberg sobre la politización del proceso de elaboración de la ley fue tema de múltiples comentarios en aquellos años; se comentó sobre las predilecciones “corporativas” de Consigli; después se rumoreaba que el ministro Manrique, de acuerdo con el secretario de Trabajo San Sebastián, había autorizado a que la dirigencia sindical, sobre todo la nacional, quedase como depositaria de los fondos, porque de modo análogo a lo que había hecho Perón desde Trabajo y Previsión, otorgaban desde el Estado un importante monto (de recursos de los cotizantes) para que fuese administrado por la dirigencia nacional, conservando en sus manos un efectivo control, que creían que les permitiría “manejarlos”. Al renunciar, para presentarse como candidato, quebrando “una apreciada amistad que siempre había considerado franca y desinteresada”, según dijo Lanusse, Manrique no pudo conservar el control —indirecto— del INOS.

<sup>17</sup> GUILLERMO O'DONNELL hace más comprensible la idea: “NUNCA COMO A PARTIR DEL CORDOBAZO FUE TAN CLARA SU IDEOLOGÍA CORPORATIVISTA”. *El Estado Burocrático-Autoritario*. Op cit, p. 273. Cuenta también: “estaba “a estudio” una ley que establecería un descuento del 2% a cargo del empleador y del 1% a cargo del trabajador, sobre su salario nominal, con destino a las obras sociales, incluso las de los sindicatos, a los que se daría el manejo de la enorme masa de fondos resultante. No hace falta describir el unánime clamor de la burguesía —en esto estuvieron de acuerdo todos, incluso la CGE— contra el fortalecimiento del poder sindical que esto prometía. Por su parte Perón, tan preocupado como la burguesía por las posibilidades de vuelo propio que esto ofrecía A SEGUIDOPRES TAN POCO CONFIABLES COMO LOS DIRIGENTES SINDICALES, arreció en sus instrucciones de enfrentamiento al (gobierno) burocrático-autoritario”, p. 281-282.

De todos modos, la dirigencia sindical nacional permaneció como administradora de una gran parte de los fondos, bajo el control de una repartición de poco poder político, mucho menor que el detentado por los dirigentes sindicales que contaron, además, a partir de allí, con una tremenda capacidad económica.<sup>18</sup> La proporción de población cubierta por las obras sociales que era, en 1970, aproximadamente el 30%, alcanzaba, en 1976, a casi el 80%. **Hacia 1985 las Obras Sociales canalizaban unos 2.500 millones de dólares anuales, destinados a brindar cobertura asistencial a unos 20 millones de personas.** La presentación de un proyecto de ley que propusiera cambiar la administración de las obras sociales sería entendida como una declaración de guerra a la dirigencia sindical: **“Que nos toquen cualquier cosa, menos la chequera del gremio...”** habría dicho Jorge Triaca<sup>19</sup> años después. Gracias al avance de la corrupción, el dinero se pudo convertir, cada vez con mayor facilidad, en cualquier otra forma de poder.

El resultado final de estas acciones de la *“Revolución Argentina”*, destinadas inicialmente a configurar un sistema de seguridad social que **integrara** la asistencia sanitaria, objetivo explícito de Carrillo y de Oñativia, entre otros, **fue la entrega de la administración financiera del sistema a una dirigencia sindical en cuya honestidad pocos creían.** Al mismo tiempo que se trataba de reforzar la provincia como unidad para la organización de todas las actividades estatales de salud, se autorizaba que los grandes montos de la cotización obligatoria de los asalariados y los patronos se concentraran en organizaciones nacionales, que remitirían luego diversas proporciones (según Holmberg, reducidas en un 25%) a los organismos locales, provinciales o regionales. En los años siguientes, en algunas provincias, como Neuquén, Tucumán y Río Negro, se logró progresar hacia una cierta integración del subsistema provincial de obras sociales, sin que se consiguiera incorporar aquellas que tenían centrales nacionales fuertes. **Pero se había generalizado el seguro obligatorio de salud a toda la población trabajadora con instituciones que contenían un vicio congénito en su conformación y creaban alrededor de las mismas una maraña de intereses espurios; el perjuicio resultante para el desarrollo del sistema de salud no sólo fue de gran magnitud, sino también duradero.**

<sup>18</sup> En general el poder económico de los sindicatos se refiere a su mayor o menor capacidad para inclinar a su favor la balanza de poder en una negociación bilateral entre sindicatos y empleadores, y puede medirse a través de su influencia para conseguir tasas salariales superiores a las que se obtendrían en un mercado laboral no sindicalizado. Los sindicatos argentinos exhibían hasta 1965 un exiguuo o inexistente poder económico, TAL VEZ POR EL SOBREDIMENSIONAMIENTO DE SU PODER POLÍTICO. Ver MONTUSCHI, L., *El poder económico de los sindicatos*, Eudeba, Buenos Aires, 1979, p. 23 y ss.

<sup>19</sup> BÉLIZ, G. *“CGT, el otro Poder”*, Planeta, Buenos Aires, 1988, p. 178.

A través de las obras sociales que poseían, junto con las mutualidades, una proporción inferior al 4% de las camas hospitalarias, se canalizaba aproximadamente la mitad del gasto en atención médica (y el doble del monto disponible para el sector público, del cual dependían tres cuartas partes de las camas hospitalarias totales). De ello se puede deducir que la provisión de servicios de hospitalización y también en muchos casos, de servicios ambulatorios, se compraban al subsector privado, que había alcanzado hacia 1970 un 22.5% de las camas de hospitalización. (En muchas de las provincias pobres, las camas hospitalarias de propiedad pública oscilaban entre el 80 y el 88%, pero a nivel nacional, la proporción de 80% de 1955 se había reducido en 1969 a 74.3%).<sup>20</sup>

Lanusse, en las últimas páginas de su “Testimonio”, dedicó unos párrafos al “Federalismo”. Afirmaba: *“En este aspecto posiblemente es donde la acción del gobierno que presidió logró una realización de profunda significación. Conocida es la situación de profunda dependencia de las provincias con relación a la Nación. Más aún la dependencia del interior con respecto al litoral y muy particularmente al puerto de Buenos Aires. Ya Alberdi había dicho que Buenos Aires reemplazó a España en la explotación del Virreynato y resulta evidente que la atracción del Río de la Plata paralizó durante muchos años el progreso del interior, particularmente del noroeste argentino.”*

*“El sistema de coparticipación impositiva, con sus tres regímenes, a pesar de algunas modificaciones que se fueron introduciendo por presión de las provincias, tendía a mantener un evidente predominio a favor del centralismo portuario. Modificar el sistema de repartición, favoreciendo a las provincias menos desarrolladas, fue el principal objetivo de las modificaciones tributarias introducidas y, por primera vez en la historia de las relaciones tributarias entre la Nación y las provincias, se concedieron a éstas claras ventajas que les permitirían en lo sucesivo ir acortando distancias con respecto a las regiones más favorecidas. Se procedía así a consolidar en los hechos el federalismo defendido sólo con palabras.”*<sup>21</sup>

*“Resultaba paradójico que un gobierno militar, centralista por definición, se preocupara por fortalecer la autonomía de las provincias, favoreciendo con medidas concretas el ejercicio cierto de la misma ya que en lo su-*

<sup>20</sup> VERONELLI, J. C. *Medicina, Gobierno y Sociedad*. Ed. El Coloquio, Buenos Aires, 1975, p. 161.

<sup>21</sup> Más o menos en el mismo momento, Edmundo Correas pronunciaba en el Instituto Popular de Conferencias de *La Prensa* un enérgico alegato contra el centralismo, afirmando: “En Buenos Aires funcionan poderosos organismos —algunos son una especie de ministerios— denominados con siglas que parecen palabras de fantasía: Conase, Conade, Conicet, Efa, Entel. Aquí están las jefaturas de las empresas estatales que disponen de los recursos de las provincias.; aquí se fijan y se facturan los impuestos que deben pagar todos los usuarios del país. El poder de algunas de estas empresas es asombroso y sus presupuestos superan a las de muchas provincias”, CORREAS, E. *Historia y Crisis del Federalismo Argentino*, Junta de Estudios Históricos. Mendoza, 1973, p. 23.

*cesivo no dependerían tanto en cuanto a recursos se refiere, de la buena o mala voluntad del poder central.”*<sup>22</sup>

Los párrafos siguientes del “Testimonio” se dedicaban a las medidas fundamentales en el campo social, entre las cuales el general tuvo el buen gusto de no mencionar el tema de las obras sociales.

El **Censo realizado en 1970** había registrado una población algo superior a 23 millones, el crecimiento medio anual intercensal seguía descendiendo y alcanzaba un valor (17.8 por mil) equivalente a la mitad del que exhibiera en el período 1895-1914. La proporción de extranjeros también disminuía (9.5%); los menores de veinte años representaban un 38.3% y los mayores de 60 un 11%. Como resultado del envejecimiento poblacional la tasa de mortalidad general había cesado su descenso y comenzaba a ascender ligeramente, la mortalidad infantil se mantenía oscilando alrededor de 60 por mil nacidos vivos. **En el Gran Buenos Aires se concentraba ya más de un tercio de la población (8.3 millones)**, poco menos de 3 millones en la Capital y poco más de 5 en el aglomerado bonaerense.

En el quinquenio 1970-1975 la mortalidad infantil había descendido en Cuba de tal manera (38 por mil nacidos vivos) que aparecía en el primer lugar en América Latina, desplazando al Uruguay (42 por mil), hasta entonces primero, y ubicando en tercer lugar a la Argentina (48 por mil).

## Un plan sanitario provincial exitoso

A fines de 1970 las experiencias de los planes provinciales de Chaco, San Juan y Tucumán, indicaban que ese camino no era tan fácil ni tan promisorio como se había pensado. Fue en ese momento en el cual se inició el “**Plan Neuquén**”, liderado inicialmente por el Dr. Néstor Perrone, que se desempeñó como **Secretario de Salud provincial**, y basado en el apoyo tanto político como económico que ofreció el gobernador Felipe Sapag.

*“Cuando iniciamos el trabajo —contaba Perrone en una entrevista reciente— la mortalidad infantil alcanzaba un promedio de 110 muertos por cada mil nacidos vivos. El primer año de trabajo la cifra disminuyó a 75 cada mil nacidos vivos y continuó descendiendo, hasta alcanzar los niveles más bajos de mortalidad infantil a nivel nacional.*

<sup>22</sup> LANUSSE, A. A., *Mi Testimonio*, Op. cit., p. 339.



*[...] no hicimos sino aplicar el proceso de planificación sanitaria que promovía la OPS en los setenta. Neuquén adaptó a su realidad aquella organización del trabajo que se transmitía a los países de América Latina.*

*Se elaboró un plan de trabajo integral, que incluyó compras y suministros, obras físicas a lo largo del territorio e incorporación de personal (tanto médico, como de enfermería y de servicios en general)."*

Acaso una de las claves para el éxito consistió en la escasez inicial de recursos de una provincia que, por su crecimiento económico, aumentaba rápidamente su población. Esto permitió construir sin tener que destruir previamente. Elsa Moreno (ex Subsecretaria en Tucumán con el ministro Pepa), había sido designada por Holmberg como asesora en la Región del Comahue. Colaboró primero con Perrone y quedó luego a cargo de la conducción sanitaria de la provincia y contaba recientemente: *"Ocho médicos pediatras formados en el hospital de Niños de Buenos Aires y seleccionados por el Dr. Carlos Gianantonio, fueron radicados en Neuquén. Trabajando por la mañana en el hospital y por la tarde en un centro barrial, logramos que reunieran dos realidades: la de mayor complejidad en el servicio y la del acceso al sistema."*

Perrone completaba la descripción: *"La efectividad de la atención primaria ya había sido demostrada por labor de Carlos Alvarado en la Provincia de Jujuy. En la de Neuquén se orientó hacia la atención primaria y la extensión de la cobertura, pero en lugar de apoyarse sólo en agentes sanitarios, fueron los médicos y otros profesionales de salud los que llevaron adelante un plan de carácter integrado y horizontal. [...]"*

*Debe tenerse en cuenta que en aquellos años todavía primaban los programas verticales, uno de los cuales era el de Maternidad e Infancia. Algunos colegas nos alertaban acerca de no perder lo que se había logrado por intentar integrar los programas materno-infantiles al trabajo cotidiano de los médicos rurales. Otro tanto pasaba con la tuberculosis, que también se horizontalizó.*

*[...] El cambio hacia una estrategia horizontal permitió un mejor uso de los recursos, una mejor fragmentación y una mayor lógica en la atención. La atención primaria era entendida como extensión de cobertura, es decir, primero darle servicios a los que no lo tienen en lugar de seguir invirtiendo en servicios más complejos. La prioridad era que la atención de la salud fuera equitativa, y vincular los niveles de menor complejidad con los de más alta complejidad. Para esto identificábamos las zonas de penetración, donde había que instalar un centro de salud o al menos debía ser recorrido por un auxiliar de enfermería o un agente sanitario. La atención primaria estaba ligada a un proceso de desarrollo social. En ese momento en la provincia se impulsaba al mismo tiempo la creación del parque industrial, se promovía la irrigación de los campos. Había una proyección económica y social muy firme."*

*[...] Los médicos que recibieron capacitación siguieron el impulso. Hoy el proceso sigue solo a pesar de los cambios de gobierno. Aunque con altibajos, Neuquén sigue siendo una de las mejores provincias desde el punto de vista sanitario.”<sup>23</sup>*

En 1999 la mortalidad infantil (14.8) y la materna (2,9) eran inferiores a los promedios nacionales de 19.1 por 1.000 nacidos vivos y 3.8 por 10.000 nacidos vivos, respectivamente; en el 2000 y con una tasa elevada de desempleo, no falleció ninguna madre por causas “maternas” y la mortalidad infantil neuquina fue de 11.4. **Neuquén, hoy con más de medio millón de habitantes, continúa siendo considerada como la más exitosa (acaso la única) materialización de las reformas sanitarias provinciales que se originaron en los planes provinciales de salud y los indicadores de salud de su población continúan siendo de los mejores del país.**

## **Instituciones sanitarias**

- 1966 (junio) Las Fuerzas Armadas destituyen al presidente Illia y los Comandantes designan a Juan Carlos Onganía.  
(julio) Se crea el Ministerio de Bienestar Social a cargo de R. Petracca. En la Secretaría de Salud Pública se designa a Ezequiel Holmberg y como Subsecretario a Alberto Mondet.
- 1967 Se crea por decreto la Comisión Coordinadora de Obras Sociales y en abril la ley 17.230 establece la Comisión Nacional de Obras Sociales, presidida por el Subsecretario de Salud Pública.  
Se sanciona la ley 17.102 de servicios de atención médica de la comunidad y la 17.189 que devuelve la regulación de precios de medicamentos a la Secretaría de Industria y Comercio y su fijación a los productores.
- 1968 Se continúa el proceso de transferencias que incluye actividades de programas como lucha contra la enfermedad de Chagas y contra la lepra.
- 1969 Se produce un estallido social en Córdoba. Se designa a Carlos Alberto Consigli en el Ministerio de Bienestar.
- 1970 Las leyes 18.233; 18.611 y 18.691 retrotraen, congelan y regulan desde Salud Pública los precios de los medicamentos.

---

<sup>23</sup> Las evocaciones de Perrone y Elsa Moreno se han tomado de las entrevistas que registró Analía Testa en *La OPS en la Argentina. Crónica de una relación centenaria. Op. cit.*, p. 109 y ss.

La ley 18.610 generaliza el seguro obligatorio y obliga a crear obras sociales para los sectores que no las poseen. Sus recursos serán administrados por sus sindicatos.

(junio) El general Onganía es destituido y reemplazado por Roberto M. Levingston.

Renuncian Holmberg y Mondet. Los reemplazan Rodríguez Castells y Etchegoyen. Se pone en marcha el Plan Neuquén.

(diciembre) Francisco Manrique se hace cargo del Ministerio de Bienestar Social. Se dicta la ley 18912, que modifica a la 18.610.

1971 (marzo) Levingston es reemplazado por Alejandro Agustín Lanusse. El Instituto Nacional de Obras Sociales se transfiere al Ministerio de Trabajo. Se dicta la ley 19032 que crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados .

1972 Renuncia Rodríguez Castells. La Secretaría es convertida en subsecretaría del Ministerio de Bienestar, en el cual se designa a Oscar Piggrós y como subsecretario a Alberto Gordillo.

# 15

## TRAS LA DIFÍCIL CORRECCIÓN DE LAS MALFORMACIONES INSTITUCIONALES CONGÉNITAS

- PERÓN-PERÓN
- LA GESTIÓN DE DOMINGO LIOTTA: EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD
- ENUMERACIÓN DE LO SUCEDIDO DESPUÉS: MUCHOS AÑOS EN POCAS LÍNEAS
- LA SOCIEDAD ARGENTINA A COMIENZOS DEL SIGLO XXI

Cuando Lanusse abandonó, en 1973, la presidencia “de facto”, estaban ya presentes todas las instituciones que conforman la estructura sanitaria institucional. Esa estructura consistía en una *sanidad fragmentada* (en la cual la cooperación provincial debía obtenerse en cada momento o situación a través de negociaciones o acuerdos), así como en un “*sistema de atención médica*” en el cual se superponían, con límites confusos, la asistencia prestada por instituciones públicas (en general diseñadas para los más pobres) y un seguro obligatorio recién generalizado, construido sobre el fragmentado modelo “profesional” previo y que sumaba a la fragmentación corporativa anterior una fragmentación por edad (o por status laboral), al separarse a los trabajadores activos de los pasivos.

El regreso a la democracia tuvo que ajustarse a los condicionamientos del gobierno militar. En el año de 1973 hubo, entre mayo y octubre, tres presidentes, lo cual parecía excesivo a aquella altura de la historia.

El primero de esos gobiernos decidió corregir la organización y la financiación de la atención de la salud establecida por el anterior gobierno militar. El esfuerzo se continuó luego, con entusiasmo decreciente, a lo largo de los otros gobiernos: al objetivo “sanitario” se sumaba el de sacar de las manos de la dirigencia sindical que había sido alguna vez la columna vertebral del movimiento justicialista (con objetivos propios y menos obediente que antes), el manejo de la mayor parte del gas-

*to en salud. Creemos que ese frustrado intento fue rico en enseñanzas sobre las distorsiones del proceso de formulación de políticas públicas en la Argentina reciente.*

*El gobierno que inició, en octubre de 1973, Juan Domingo Perón, quedó a su muerte (1974) en manos de su vicepresidenta y viuda. Las Fuerzas Armadas destituyeron en 1976 a María Estela Martínez de Perón, aduciendo como razones la incapacidad del gobierno para eliminar la actividad subversiva y (esta era la razón principal) en la necesidad de transformar (liberalizar) la estructura económica.*

*Por tercera vez en pocos años se apelaba a la anulación del liberalismo político para imponer el proyecto económico liberal, estableciendo un régimen de los que Paul Samuelson denominó en aquellos años como “fascismos de mercado”.*

*En 1976 decía el máximo responsable de la conducción económica<sup>1</sup> del nuevo gobierno: “En el campo laboral, el Gobierno afrontó desde el comienzo de su gestión la necesidad de modificar una estructura legal, orientada políticamente, que conspiraba contra cualquier intento de recuperar en forma genuina el nivel real de salarios, la productividad y la actividad económica. Dicha estructura, alguna de vieja data y la mayor parte elaborada durante los años de 1973 a 1976, estaba caracterizada por el otorgamiento a las asociaciones gremiales de trabajadores de un excesivo poder político y económico, que había trastocado el orden social y político de la Nación.”<sup>2</sup>*

*El “proceso” terminó embarcando al país en una guerra desatinada; las Fuerzas Armadas, desacreditadas y avergonza-*

<sup>1</sup> “Historiadores y economistas” —anticiparía en 1981 Rogelio Frigerio— “se sentirán atraídos por una incógnita nada fácil de develar. El equipo económico que se instaló en marzo de 1976 contó con la fuerza, la autoridad y el margen de maniobra como para llevar a cabo la gran transformación económica que pondría a la Argentina en camino hacia la última y superior etapa del desarrollo. ¿Por qué hizo exactamente lo contrario?” FRIGERIO, R. Prólogo de la obra de PALACIO DEHEZA, C., *El plan Martínez de Hoz y la economía la argentina*, Corregidor, Buenos Aires, 1981, p. 9

<sup>2</sup> MARTÍNEZ DE HOZ, J. A., *Bases para una la Argentina moderna. 1976-1980.*

*das, con miles de asesinados a sus espaldas, estaban imposibilitadas para gobernar: en 1983, según fuentes militares, la inflación alcanzó a más de 400% y el 93% de la moneda emitida carecía de respaldo.<sup>3</sup> Las dos leyes formuladas para corregir la configuración sanitaria quedaron sin reglamentarse. Más que ceder, abandonaron el gobierno en manos del ganador de las elecciones de 1983 (con el 52% de los votos contra el 40 de los candidatos peronistas), Raúl Alfonsín.*

*Sin proscripción alguna esta vez, la población había elegido a un presidente radical: era una gran responsabilidad para el equipo gobernante. El nuevo gobierno democrático también entendió que debía corregirse la perversa situación creada en la financiación de la salud por la “Revolución Argentina”, trató de hacerlo y fracasó en ése, como en otros intentos.*

*Reseñaremos estas tentativas para poner en evidencia las dificultades que presenta la corrección de los vicios institucionales congénitos, especialmente cuando afectan la canalización de grandes magnitudes de fondos, y el error de aplicar los instrumentos que se emplean en sociedades liberales para corregir, perfeccionar o modernizar la configuración del Estado de Bienestar, a una organización corporativa asentada en la corrupción.*

*El gobierno de Alfonsín, después de haber logrado con notable firmeza frenar la intromisión inicial del FMI, consiguió, con el Plan Austral, una estabilización del funcionamiento económico; intentó simultáneamente, sin éxito esta vez, renovar y purificar el comportamiento sindical. Presiones políticas llevaron a romper el equilibrio fiscal para, entre otras razones, subsidiar a provincias desgobernadas y conseguir efímeros e interesados apoyos de gobernadores de la oposición. En el vera-*

---

<sup>3</sup> VERONELLI CORRECH, M. *La alternativa democrática argentina*, Universidad Iberoamericana, Tesis Licenciatura de Ciencias Políticas, México, 1984, (mimeografiado), p. 102.

*no de 1989 se desató, finalmente, un proceso hiperinflacionario. Su corrección exigía un horizonte temporal de varios años, y al presidente le quedaban pocos meses del mandato. Como estaba ya elegido su sucesor (Carlos Menem), el presidente Alfonsín renunció, cediendo el gobierno con varios meses de antelación.*

*Carlos Menem llegó al poder levantando las consignas tradicionales del populismo peronista. Desde el poder, contradujo casi todas esas consignas. Sin embargo, el éxito obtenido para detener casi súbitamente la hiperinflación<sup>4</sup> y el rápido crecimiento económico (con una todavía mayor concentración de la riqueza) basado en la inversión especulativa y el crecimiento de algunas exportaciones primarias, le generó un notable apoyo de grupos (locales más que nacionales) con poder financiero, así como el de los organismos financieros internacionales.*

*Se realizó la privatización de las empresas públicas (se decía que se vendieron “las joyas de la abuela”). La corrupción alcanzó límites hasta entonces inéditos. La apertura económica derivada de la adhesión al nuevo credo neoliberal en su versión “consenso de Washington” (cuyos instrumentos se aplicaron a los segmentos “liberales” de la economía y se intentaron aplicar también a los “corporativos”), junto con la sobrevaluación de la moneda, fueron erosionando el aparato productivo nacional y el empleo, mientras crecía la deuda externa.*

*Las privatizaciones se convirtieron en mecanismos para conceder el privilegio de operar monopolios. Creció progresivamente la pobreza y apareció o aumentó la exclusión. Decía recientemente Simonetti: “los desocupados, que sobreviven convertidos en desaparecidos sociales, quebrados por-*

---

<sup>4</sup> Durante el año y medio siguiente al establecimiento de la convertibilidad, la tasa de inflación fue de un dígito mensual y decreciente. Lo que se festejó como un éxito, y lo era, en parte, implicaba también al cabo de poco más de un año una significativa sobrevaluación del peso.



que tampoco han podido, querido o merecido morir en defensa de la dignidad que les daba el trabajo perdido”, *habrían sentido el impacto que, concentrado “en sus almas, aísla a los hombres, los hace egoístas, les roba la solidaridad, les impone el mensaje de que sólo podrán salvarse solos y al precio de hundir a los otros.* Los obliga a disfrazar sus ideas y sus sentimientos, negar su pasado y borrar su historia, lo que equivale a borrar su conciencia, que es perder su identidad.”<sup>5</sup>

*Las instituciones de protección social fueron desarticuladas, al amparo de las opiniones favorables de los organismos financieros multilaterales. Lo Vuolo y Barbeito, quienes analizaron en detalle esa desarticulación, opinaban: “Las estrategias de división fueron también profusamente utilizadas. Se divide y se promueve la confrontación entre los activos y los pasivos en el sistema previsional, entre obras sociales para la captación de afiliados, entre la medicina pública y la privada, entre las universidades públicas y las privadas, entre las propias universidades públicas en el reparto del presupuesto, entre los ocupados y los desocupados, entre los más pobres y los llamados cuasi-pobres para definir quiénes son elegibles para la asistencia social. Es evidente que estas estrategias de división promueven la confrontación y los resentimientos, que son un campo propicio para alimentar situaciones de desintegración social, e incluso explosiones aisladas de rebelión como las que se viven en los últimos tiempos en el país. La exclusión social no es sólo el resultado de cuestiones económicas, sino también el de aplicar una estrategia política de división social.”*<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> SIMONETTI, J. M. *El fin de la inocencia*, Ed. Univ. Nac. de Quilmes. Bernal, Prov. de Buenos Aires, 2002, p. 267.

<sup>6</sup> LO VUOLO, R. M. Y BARBEITO, A. C. *La nueva oscuridad de la política social*, Miño y Dávila, Buenos Aires, 1998, p. 263.

*En 1999 la población eligió para corregir esta situación a un presidente radical que afirmó estar dispuesto a hacerlo, Fernando de la Rúa. Incapaz, entre muchas otras cosas, de combatir la corrupción y de reducir el déficit fiscal, decretó una confiscación temporal de los depósitos bancarios y frente a masivas protestas de la sociedad, renunció en la mitad del mandato. En los quince días siguientes, se sucedieron cinco presidentes.*

*Todos estos últimos eventos, que desembocaron en la situación actual, son bien conocidos y demasiado recientes para intentar incorporarlos en esta crónica, y serán sólo enumerados, para permitir una descripción somera de la situación actual de la sociedad argentina.*

## Perón-Perón

Perón eligió, como su representante y como candidato presidencial, a Héctor Cámpora<sup>7</sup>, *“fue una resolución extraña; se trataba de un viejo miembro, poco estimado, del ala política del Partido, donde no contaba con simpatías de otros círculos y además era aborrecido por los militares, debido a sus nexos con la izquierda peronista.”*<sup>8</sup>

En mayo de 1973, Cámpora asumió la presidencia y designó a José López Rega, personaje siniestro que llegó como secretario privado del líder y hombre de confianza de su tercera esposa, en el Ministerio de Bienestar Social y a Domingo Liotta en la Secretaría de Salud Pública. En julio, Perón le imponía a Cámpora que renunciase a la presidencia. Se hicieron arreglos para que pudiera quedar a cargo, mientras se llamaba a elecciones, el presidente de la Cámara de Diputados y yerno de López Rega, Raúl Lastiri.

Para las elecciones de setiembre, Perón eligió como compañera de fórmula, a su tercera esposa, María Estela Martínez de Perón, conocida como “Isabelita”, que no tenía preparación alguna para las altas funciones de gobierno. Frente a conflictos internos, tuvo que optar entre los jóvenes con orientación de izquierda y los grupos de la orientación opuesta, defensores de privilegios y prebendas tanto en sus vertientes políticas como sindicales. El 1º de mayo de 1974 expulsó de la simbólica Plaza de Mayo a la juventud peronista de izquierda: *“El gobierno está empeñado en la li-*

---

<sup>7</sup> *“La fórmula indicada por Perón incluía a Cámpora, quien no se había ajustado a la norma pre-electoral de no abandonar el país sin el conocimiento y autorización previos del Ministerio del Interior”. Perón no ignoraba esa imposición. ¿Por qué pues hizo esa designación? Es razonable pensar que lo fue para encontrar en el veto de su candidato el pretexto para resolver el voto en blanco que le permitiera, o bien continuar ejerciendo su influencia a distancia como en 1963, o bien provocar un clima de honda perturbación política y social que pudiera influir inclusive en las Fuerzas Armadas y, en consecuencia, llegar a provocar la caída del gobierno”. LANUSSE, A. A., *Mi Testimonio*, Op. cit., p. 312 (Guido Di Tella expresaba en “Perón-Perón” una opinión similar.)*

<sup>8</sup> DI TELLA, G. *Perón-Perón 1973-1976*, Hyspamérica, Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1983. Op. cit., p. 88



*María Estela Martínez de Perón, Juan Domingo Perón y José López Rega*

*beración del país no solamente del colonialismo sino también de estos infiltrados que trabajan adentro y que traidoramente son más peligrosos que los que trabajan afuera... Hoy resulta que algunos imberbes pretenden tener más méritos que los que lucharon durante veinte años.”*

Perón falleció dos meses después, antes de cumplir un año como presidente constitucional, y su vicepresidenta y viuda se hizo cargo de la presidencia. *“Nadie consideraba que Isabel poseyera las mínimas condiciones personales necesarias para esa tarea e incluso muchos estimaban que ni siquiera sería capaz de mantenerse como figura simbólica... La principal sorpresa consistió en que Isabel no asumió ni una posición decorativa ni tampoco una actitud que la situara por encima de todas las facciones en pugna. Por el contrario, con pleno apoyo de López Rega y bajo su poderosa influencia, trató de manejar el gobierno y llevó adelante un programa de derecha, de línea muy autoritaria, que alarmó incluso a las fuerzas tradicionales...”*<sup>9</sup> Gobernó poco, mientras el influyente López Rega organizaba una fuerza para-policial que inició el *“terrorismo de Estado”*.

En marzo de 1975 un nuevo ministro de Economía, Celestino Rodrigo, determinó *“una devaluación superior al 100% y un aumento de los precios del sector (de empresas) público de hasta un 200%.”*<sup>10</sup> A mediados de año, López Rega y Rodrigo eran destituidos; la autoridad de la presidenta se desvaneció, se la licenció por cinco semanas durante las cuales gober-

<sup>9</sup> Idem, p. 124.

<sup>10</sup> Idem, p. 135.

nó Italo Luder, y fue destituida en marzo de 1976. El gobierno militar que la reemplazó dejó en los siguientes seis años un saldo de muchos miles de desaparecidos, hizo crecer la corrupción y el terror y terminó embarcándose en una aventura bélica que consiguió, para la historia de nuestras Fuerzas Armadas, la primera derrota en una guerra.

## La gestión de Domingo Liotta: el sistema nacional integrado de salud

Como se dijo antes, cuando el candidato peronista (Héctor J. Cámpora) se impuso con el 49.5% de los votos, en las elecciones de marzo, y asumió la presidencia el 25 de mayo de 1973, designó como ministro de Bienestar Social a José López Rega y puso al frente de la Subsecretaría de Salud Pública a un cirujano cardiovascular, el Dr. Domingo Liotta, que había regresado poco tiempo antes, después de varios años en los Estados Unidos. Cuando el 12 de octubre de ese año, tras una maniobra política que forzó el llamado a nuevas elecciones, **Perón asumió por tercera vez la Presidencia de la Nación**, acompañado en la vicepresidencia por su tercera esposa; **tanto López Rega como Domingo Liotta<sup>11</sup> fueron confirmados en sus puestos.**

Años después, Liotta se refirió a su pasaje por la Subsecretaría, reconociendo con valor lo que muchos otros prefieren callar: *“Fue hasta cierto punto accidental, y no era de ningún modo un hombre que mentalmente estuviera preparado y no tenía en ese momento bases estructuradas y elaboradas largamente para poder llegar rápidamente a un accionar efectivo.”*<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> “Apenas llegado a la Secretaría, Liotta invitó a la media docena de cirujanos cardiovasculares más destacados para proponerles la creación de una red de centros de cirugía cardiovascular distribuidos en el Interior. Más allá de la oportunidad y necesidad de esa red, no era un buen comienzo para un Secretario de Salud en una situación sanitaria como la de aquellos años. Se reiterarían las críticas sobre que desde Buenos Aires se asignaban recursos a asuntos que estaban lejos de las prioridades del interior, y en esa ocasión la crítica estaría bastante justificada. Uno los cirujanos convocados de ellos, mi compañero y amigo y compañero de practicantado Jorge Albertal, con quien me encontré en los pasillos del ministerio, me preguntó sobre la pertinencia de una red semejante. Le expresé mis reparos, no por que no fuese bueno que en las provincias se desarrollasen centros de cirugía cardiovascular, sino porque las necesidades en el interior eran muy grandes, y había que establecer prioridades antes de que pudiera pensarse en cirugía cardiovascular en zonas con mortalidades infantiles superiores al 100 por mil. Me preguntó si aceptaría charlar con los otros cirujanos y con la expresa autorización del Secretario; la idea se materializó en unas pocas charlas de un par de horas cada una, desatinadas a presentarles la situación demográfica y sanitaria del país, la organización de la atención médica y la estructura y mecanismos del gasto en salud. Albertal y Favalaro fueron los cirujanos que más preguntas hicieron y, que manifestaron mayor interés y mayor sorpresa al informarse sobre e la situación sanitaria y social de algunas regiones pobres. Conversaron nuevamente el tema con Liotta y la creación de la red se pospuso.” JUAN CARLOS VERONELLI.

<sup>12</sup> Cit. por BELMARTINO, S. Y BLOCH, C. *El sector salud*, Op. cit, p. 243.

En el tiempo transcurrido entre la elección y la toma de posesión de Cárpora se realizaron algunas propuestas para la organización sanitaria: por ejemplo, desde la Mesa de Trabajo “Ramón Carrillo” del **Comando Tecnológico Peronista** se propiciaba un sistema unificado de atención (**Servicio Único Nacional de Salud**), en tanto que desde el “**Consejo de Planificación**” se proponían modificaciones menores. Cárpora incluyó en su Mensaje ante el Congreso un párrafo del proyecto del Comando Tecnológico.

Un mes después de haber sido designado al frente del ministerio, Liotta clausuró las VII Jornadas Angiológicas Argentinas que habían tenido lugar en la ciudad de Posadas, sintetizando la posición de su secretaría: *“en política y organización sanitaria sostenemos la necesidad de integrar todos los recursos y servicios en un Sistema Nacional de Salud.”*<sup>13</sup>

El *Sistema que se ofrecía pretendía inicialmente más que la mera corrección del fragmentado seguro de salud*, sería conducido como una responsabilidad directa del Estado Nacional y se enriquecería con el aporte colectivo de ideas a través del “*Consejo Nacional de Salud*” creado por decreto 253 de junio de 1973, en el cual participarían los Subsecretarios de Salud Pública (como presidente) y de Seguridad Social, así como los representantes del Ministerio de Educación, de la Municipalidad de Buenos Aires, de la Confederación General del Trabajo, de la Confederación General Económica, de la Confederación Médica y de cada una de las Regiones en las cuales el gobierno de la Revolución Argentina había dividido el país. Las corporaciones intervendrían en el Consejo, pero a través de sus **órganos representativos nacionales**.

*“El SNIS —decía Aldo Neri— constituyó el intento más radical de unificación del sector público de salud y de integración con el de la seguridad social. Al menos, eso fue el proyecto inicial que un grupo de especialistas sin cargos en el gobierno elaboró, por pedido del entonces secretario de Estado de Salud Pública, Domingo Liotta, en 1974. Liotta fue el auténtico y solitario promotor de la iniciativa, pivote de su gestión pública que, aunque ineficaz, fue bien intencionada e impregnada de una aspiración que los hechos evidenciaron imposible.”*

<sup>13</sup> Belmartino recoge versiones que afirman que Carlos Canitrot habría sido no solo el autor del discurso de Posadas sino el encargado de reunir a Aldo Neri, Alberto Prieto, Pablo Abadiefa, Jorge Voskin y María Teresa Beas para elaborar un primer texto del proyecto que se envió a Madrid y recibió el visto bueno de Perón, en momentos en los cuales Perón mantenía buenas relaciones con sus simpatizantes de izquierda. “Este grupo de técnicos se habría dedicado a la elaboración de un proyecto de ley, y aunque no tenía responsabilidades oficiales en la Subsecretaría, trabajaba en contacto cotidiano con Liotta. Éste, a su vez, daba cuenta de los avances al ministro López Rega, que se había convertido en interlocutor de la CGT.” BELMARTINO, S y BLOCH, C., *El Sector*, Op. cit, p. 243.

Y agregaba: *“El modelo inicial implicaba la incorporación progresiva del sector público asistencial de todas las jurisdicciones al Sistema, junto con las obras sociales estatales y paraestatales; promovía una conducción central a través de un consejo de múltiple representatividad (gobiernos nacional y provinciales, trabajadores, empresarios, profesionales de la salud, universidades); instituía una elevada descentralización operativa, a través de estructuras similares a la nacional para cada provincia, con administración autárquica (aunque sujeta a la planificación nacional); fijaba la gratuidad del servicio para el usuario en el momento de su utilización; abría la posibilidad de incorporación o convenio voluntario con las obras sociales sindicales; diversificaba las fuentes de su financiación al incorporar los pagos de la seguridad social; y, cosa muy significativa, adoptaba predominantemente el régimen de trabajo profesional a dedicación exclusiva.”*<sup>14</sup>

A medida que los diferentes grupos (intrapartidarios) de poder iban presentando objeciones, el grupo reelaboraba el proyecto en una nueva versión (se superaron las treinta), y crecía el desinterés del subsecretario, quien probablemente había pensado que su proyecto, después de haber recibido la aprobación de Madrid, sólo recibiría aplausos. En agosto o setiembre, el Secretario Liotta (Salud Pública readquirió el rango de Secretaría por disposición de la ley de Ministerios 20.524 del 26 de julio de 1973) se comunicó con Ricardo Balbín solicitándole el apoyo de los parlamentarios radicales en la tramitación del proyecto.

El veterano dirigente radical consultó la opinión de aquellos legisladores que habían ocupado funciones en Salud Pública, entre ellos Plácido E. Nosiglia. Nosiglia hizo, con la colaboración de uno de los autores de este libro y entonces asesor del bloque radical un cuidadoso análisis del proyecto. La versión presentada ya contemplaba la **voluntariedad de la adhesión** para las jurisdicciones provinciales, para los servicios de la Capital y de Tierra del Fuego, y para las obras sociales estatales, paraestatales y mixtas, lo que significaba una debilidad congénita para el Fondo Sanitario Nacional; la administración del Sistema había perdido también su condición de ente autárquico. Se llegó a la conclusión de que, tal como estaba, era un instrumento gatopardista destinado al fracaso y que no debía ser apoyado por los bloques radicales. Plácido Nosiglia pidió a Veronelli que esbozara un proyecto alternativo y cuando éste le sugirió la conveniencia de contar con el asesoramiento de un técnico experimentado, ofreció la colaboración de su amigo Sergio Provenzano.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> NERI, A., *Salud y política social*, Hachette, Buenos Aires, 1982, p. 114.

<sup>15</sup> “Trabajar con Sergio Provenzano fue un privilegio y el comienzo de una amistad que continúa con sus hijos”. Juan Carlos Veronelli.

Por pedido de Plácido Nosiglia, sus colaboradores se reunieron con Balbín, quien comprendió rápidamente la situación y lo que estaba en juego, hizo tres o cuatro preguntas sobre aspectos esenciales y aprobó la elaboración del proyecto alternativo. Este segundo proyecto fue revisado por Aldo Neri, a solicitud de Veronelli, que ignoraba su colaboración en el anteproyecto del oficialismo. El elaborado por el radicalismo resultó, según Belmartino y Bloch, “**mucho más ambicioso que el defendido por el oficialismo**”<sup>16</sup>, hecho de escaso mérito ya que todos sabían que no sería aprobado y que aún si lo fuese, no sería llevado a la práctica.

En el proyecto de la oposición radical se establecía un nivel nacional a cargo de un organismo federal que formularía las políticas y elaboraría las normas, en tanto que las provincias serían las verdaderas unidades ejecutoras del sistema, administrando los servicios de sus jurisdicciones aumentados por la transferencia de aquellos que estaban en poder de la Nación. Para asegurar la participación y evitar el corporativismo, se incluían **organismos asesores** que incorporaban una amplia representación de todos los actores involucrados. Se pretendía integrar en las provincias, los servicios públicos con los órganos del seguro obligatorio, a través de la unificación de los límites de sus ámbitos respectivos y la explícita indicación de que serían parte de los eventuales proveedores de servicios al sistema.

Repasemos brevemente cómo se interpretaron las influencias que distorsionaron las intenciones originales del proyecto oficialista: “*Las resistencias más fuertes al proyecto*” (de Liotta) —opinaba Aldo Neri— “*provinieron de los dirigentes sindicales, que veían volatilizarse así el poder efectivo de sus obras sociales, diluidas en un aparato estatal que (les) merecía menos confianza que nunca. Esto, sumado al similar recelo de los profesionales, a la deficiente conducción política de la Secretaría en la dura negociación inevitable, sumado aún a las mezquinas intenciones del ministro del momento, López Rega, al que sólo interesó acrecentar su tajada de poder en la futura ley, dio por resultado que un proyecto definitivo lamentable fuera remitido a las Cámaras. Hay que recordar, en honor de ese Congreso, que allí fueron considerablemente atenuadas varias de las torpezas que contenía; pero lo que salió, de todos modos, era un modelo castrado y condenado a una vida breve [...] En todo este duro proceso, su aislado promotor creyó, como a tantos otros les había sucedido, tener sobre sus espaldas las manos de Perón y a ello apostó su fuerza y equilibrio; también como esos tantos otros despertó en el vacío.*”

<sup>16</sup> BELMARTINO, S. Y BLOCH, C. *El Sector*, Op. cit.



“La ley —continuaba diciendo Neri— alcanzó a aplicarse en La Rioja y San Luis, sin que su escasa duración y el caos nacional del momento hayan permitido ninguna evaluación seria del resultado. El gobierno instalado tras el golpe de estado de 1976 la derogó un tiempo después...”<sup>17</sup>

Guido Di Tella, talentoso economista (de indudable filiación peronista) que historió aquel período, expresaba una opinión parecida: “*La principal oposición... vino de los sindicatos, que no se avinieron a perder el control de sus servicios de salud, altamente desarrollados e importante fuente de poder, de patronazgo y de ingresos. Lograron que la ley se reformara; el sector privado se incorporaría sobre una base voluntaria y las organizaciones médicas de los sindicatos quedaron explícitamente excluidas.*”<sup>18</sup>

El seguro que el Estado establece como obligatorio, concedido a grupos diversos y pequeños, crea **dentro de cada uno** de ellos solidaridades fuertes, que se oponen a la ampliación o universalización de la solidaridad, como Pierre Laroque reconoció que había sucedido en Francia en los años de la inmediata posguerra. Además, en el caso argentino, la administración de los recursos por parte de las dirigencias sindicales ya era objeto de múltiples mecanismos de corrupción. La modificación de una situación de ese tipo necesitaba más de inteligencia y de continuidad en el esfuerzo de corrección, que de un decreto o una ley que debería aplicar luego un Estado en el cual participaban muchos de los beneficiarios de los privilegios del régimen que se pretendía cambiar.

En aquellas provincias pobres en las cuales el desarrollo de instituciones productoras de servicios de salud privadas eran pocas y pequeñas, el SNIS fue un instrumento con potencial utilidad para gobernantes interesados; en las otras, nació muerto. Tuvo más prensa que consecuencias y pronto se olvidó... Su propio auspiciante lo descalificó.

En la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina, la gestión de Andrés Santos como decano había permitido, durante los años de Onganía, que la docencia se extendiera a la formación de pregrado. Hasta entonces se había limitado a las actividades de posgrado, realizadas en Buenos Aires o en el interior, o al acompañamiento de nuevas instituciones, como la Escuela que se inauguró en la Universidad Nacional de Córdoba. En el programa de los estudios médicos se introdujeron dos cursos que se dictaban en el primero y el quinto año, con contenidos seleccionados de salud pública. El cuerpo de los docentes regulares de la Facultad nunca se interesó por el asunto y los cursos del quinto año, que deberían haber

---

<sup>17</sup> NERI, A. *Salud y, Op. cit.*, p. 114.

<sup>18</sup> DI TELLA, G. *Perón-Perón, Op. cit.*, p. 187.

mostrado los beneficios de definidas y concretas prácticas preventivas y del valor del médico como educador y modificador de comportamientos, perdieron impulso rápidamente.

Sonis abandonó la Escuela a fines de 1971 para ocupar la dirección del Centro Latinoamericano de Administración Médica, y dejó en su reemplazo a Aldo Neri. Desde 1973, es decir, en la gestión de Cámpora, el nuevo Decano (Mario Testa) dejó de apoyar a la Escuela y el Secretario de Salud Pública (Domingo Liotta) no se interesó ni mantuvo los apoyos anteriores, por lo cual se inició un proceso de declinación que culminó con la intervención en 1976, al producirse el golpe militar. En ese mismo año se disolvió el Centro Latinoamericano de Administración Médica.

Murió Perón y López Rega sembró el terror con sus fuerzas parapoliciales, antes de tener que salir del país. Volvió, detenido, unos años después, y murió en la cárcel. Isabel Perón fue destituida y detenida.

## **Enumeración de lo sucedido después: muchos años en pocas líneas**

*La exploración de los sucesos recientes es siempre difícil, pues no se ha asentado aún el polvo representado por las consecuencias de las decisiones y los actos. Además, los actores mantienen por años opiniones empapadas de subjetividad, valorando sus logros con dimensiones fuera de toda perspectiva y negándose todavía a reconocer sus errores, por comisión o por omisión.*

Nos limitaremos, pues, a reseñar lo sucedido: el nuevo gobierno militar, encabezado por el general Videla, desarrolló en gran escala el terrorismo de Estado, mezclando la corrupción con la violencia. Las instituciones no sólo perdieron vigencia sino que todas aquellas relacionadas con la seguridad ciudadana se deterioraron en forma tal que se erosionó el concepto mismo de ciudadanía. El poder no tuvo empacho en esta oportunidad en mostrarse con brutal crudeza.

Durante el proceso militar y con base en una *“doctrina de la seguridad nacional”* se operó una exclusión social que muchas veces llegó a la desaparición física: la sociedad abierta anterior se cerraba y encerraba en el territorio. Se estuvo a punto de guerrear con Chile por un conflicto de límites, a pesar de coordinarse con la dictadura chilena la persecución y el asesinato de los perseguidos políticos, como se hizo con otros regímenes del mismo tipo que habían sido promovidos y alentados por el gobierno de los Estados Unidos.

En lo que hace la sistema de salud, el Ministro de Economía, José Alfredo Martínez de Hoz, criticaba el descalabro heredado ejemplificándolo con una alusión al sistema médico-sanitario: “[...] *el régimen de prestaciones médicoasistenciales a la población administrado por las asociaciones gremiales de trabajadores, receptoras de los cuantiosos recursos públicos afectados al sistema, cuyo manejo dio lugar a abusos y corruptelas [...]*”<sup>19</sup>

El primer Secretario de Salud Pública fue el hasta entonces Director del Hospital Naval, Dr. Irán Campos. Para revertir la situación creada por la ley 18.810 se dictaron un par de leyes que no fueron reglamentadas y cuya elaboración mostró notables disidencias internas en lo que parecía externamente como un gobierno de pensamiento unitario.

Comentaba sobre este aspecto un editorial de *La Nación*: “*La división de criterios existentes en el gabinete nacional sobre la futura ley de obras sociales es tan profunda que, así como está el debate, no se puede dar un paso más sin que el gobierno pague un serio costo político. [...]*”

*El punto en que quedó el lunes la discrepancia ministerial no permite razonablemente sino interpretar que el asunto debe, en primer lugar, volver a ser conversado por el presidente de la Nación con la Junta Militar; y en segundo lugar, que será necesario dejar pasar unos meses de enfriamiento antes de llegar a una resolución. [...]*

*[...] por un lado está el ministro de Bienestar Social con un proyecto originado en su cartera, por el otro, varios ministros, encabezados por los de Interior, Economía y Justicia, cuyas posiciones giran en torno de una propuesta redactada por una comisión interministerial. Si cabe, el ministro de Trabajo, general Reston, ha asumido una actitud tercerista, pero en líneas generales está más próxima a la iniciativa que defiende el contralmirante Fraga (Bienestar Social) que a la otra. [...]*

*Se trata de una de las polémicas más significativas que se haya suscitado en el seno del gobierno. La cuestión va mucho más allá de una divergencia sobre quién o quiénes deben administrar las obras sociales, es casi tanto como un enfrentamiento de políticas diferentes sobre si debe haber en la Argentina o no un sistema obligatorio de seguridad social.”*<sup>20</sup>

Se sancionó finalmente la ley 22.269, que creaba una centralización estatal fuerte para la conducción del sistema de obras sociales, que se separaban de los sindicatos, pero no se reglamentó. Uno de sus propulsores, Santiago de Estrada, reconocía en 1982 que “*la sanción de una ley no sería suficiente para modificar la realidad de los sistemas existentes*”...

Después de ser ocupada por la Marina, la Secretaría de Salud Pública, convertida ahora en Subsecretaría, fue ocupada por la Fuerza Aérea. A

<sup>19</sup> MARTÍNEZ DE HOZ, J. A., *Bases para una Argentina moderna. 1976-80.s/e*. Buenos Aires, 1981, p. 109.

<sup>20</sup> *La Nación*, 19 de mayo de 1979. Cit. por BELMARTINO y BLOCH, *El Sector*, Op. cit., p. 278.

Videla lo sucedió en la presidencia el general Viola. A Viola lo sucedió el general Galtieri: jaqueadas por el descrédito de sus fracasos en todos los frentes de gobierno, las Fuerzas Armadas decidieron huir hacia delante y ocuparon por la fuerza las Islas Malvinas, usurpadas por Gran Bretaña desde 1832.

*“...al recibirse, el día 2 de abril de 1982, la noticia sobre la recuperación de las islas, un sentimiento de patriotismo oculto en algún rincón del pasado, surgió en el pueblo argentino...sólo algunas voces coherentes no se obnubilaron ante el acontecimiento. Actuación meritoria tuvieron las Madres de la Plaza de Mayo que exhibían carteles diciendo: “Las Malvinas son argentinas, los desaparecidos también”.<sup>21</sup>*

Derrotadas por las fuerzas británicas, las Fuerzas Armadas colocaron en la presidencia al general Bignone, para que entregara lo antes posible el gobierno a los civiles, a través de una convocatoria a elecciones. Esta última presidencia trató de cuidar las formas. Los últimos decretos trataron de garantizar la impunidad, lo cual finalmente se consiguió en buena medida, aunque no a través de estos decretos. En la Secretaría de Salud Pública se designó nuevamente a un civil, el ya conocido Dr. Horacio Rodríguez Castells; cuando entregó la Secretaría al gobierno democrático, la reglamentación de la ley 22.269 todavía no se había aprobado.

Entre lo años 1977 y 1980 la natalidad, que oscilaba antes alrededor de 23 por mil, ascendió a más de 24 y fue en 1980 de 25 por mil, descendiendo nuevamente desde entonces. Entre 1976 y 1983 la mortalidad infantil (44.4 por mil en 1976) continuó descendiendo velozmente; era en ese último año de **29.7 por mil nacidos vivos**<sup>22</sup>, en tanto la expectativa media de vida al nacer, para ambos sexos, alcanzaba en el período 1980/1985 los 70.2 años. De todas formas, en el quinquenio 1980-1985, según su expectativa de vida Cuba ocupaba el primer lugar en América Latina, seguida por Costa Rica. Chile se ubicaba en el tercer puesto, seguido por Uruguay y luego por la Argentina.

En las elecciones de 1983 se impuso Raúl Alfonsín, quien mantuvo durante los primeros años las dos clases de legitimidad, la de origen y la de ejercicio. Los responsables de las masacres y desapariciones fueron de-

<sup>21</sup> VERONELLI CORRECH, M. *La alternativa democrática, Op. cit.*, p. 71, Veronelli Correch, M. La Alternativa Democrática Argentina, Universidad Iberoamericana, Tesis Licenciatura de Ciencias Políticas, México, 1984. (mimeografiado).

<sup>22</sup> El aumento de la velocidad de descenso de la mortalidad infantil y también el ligero aumento de la natalidad, en esos años de dictadura militar, no tienen explicaciones simples. En el caso chileno, el mantenimiento de los programas alimentación suplementaria para madres y niños pequeños, la extensión de la cobertura en pequeñas poblaciones a través de auxiliares y el sostenido **descenso** de la natalidad se esgrimieron como posibles determinantes del descenso de la mortalidad infantil (de 70 por mil en 1973, año del derrocamiento de Allende, a 37 en 1979, en un período de alto desempleo y gran concentración de la riqueza.

tenidos y enjuiciados. Se intentó revitalizar las desgastadas instituciones y encaminar el futuro democrático. En la Secretaría de Salud Pública el personal que había logrado perdurar celebró, inicialmente, la designación de un sanitarista, Aldo Neri, como ministro de Salud y Acción Social. Antonio Mucci asumió como ministro de Trabajo.

En 1982 se había registrado el primer caso de SIDA en el país. La epidemia progresó en los años siguientes frente a una total inoperancia oficial. En setiembre de 1988 se habían registrado ya 112 fallecimientos y el año siguiente los casos registrados alcanzaron a 228. Los pecados por omisión son, en salud pública, tan graves como los que se cometen y **la demora en iniciar la prevención cuando los casos son pocos equivale a desperdiciar la mejor oportunidad para frenar su ulterior avance.**<sup>23</sup> En los primeros años de la difusión del SIDA en los Estados Unidos, se afectó sobre todo la costa oeste. Las autoridades nacionales de Salud Pública demoraron varios años en tomar medidas enérgicas para tratar de detener el avance de la epidemia (probablemente por los prejuicios que tenían sobre los grupos más afectados en la costa oeste, preferentemente homosexuales); en 1984 ya se habían publicado libros en los que se denunciaban esos retrasos y se especulaba sobre sus posibles causas, por lo que la repetición de las demoras en aquellos muchos países en los cuales la epidemia se inició después, resulta difícil de justificar.

El gobierno radical trató como los anteriores, aunque por diferentes razones, de reordenar el sindicalismo y rescatar la conducción del conjunto de las obras sociales y su financiación de las manos de los dirigentes sindicales, propiciando desde el Ministerio de Trabajo un Sistema Único de Seguridad Social y desde Salud Pública, un Seguro Nacional de Salud.<sup>24</sup> *“A fines de 1988 se producirá —narraban Belmartino y Bloch— la sanción de las leyes 23.660 de Obras Sociales y 23.661 de Seguro Nacional de Salud., último acto del conflictivo proceso histórico que estamos tratando de sintetizar. La división del primitivo proyecto en dos ordenamientos, uno dirigido a regularizar el sistema de obras sociales sin modificar en lo sustancial la estructura sancionada por la ley 18.610, y otro*

<sup>23</sup> “En enero de 1989, en mi última entrevista con el presidente Alfonsín, le presenté las informaciones que se habían recogido en los servicios de salud de la Capital sobre el avance del SIDA. Cuando se enteró de la magnitud de las estimaciones sobre el número de infectados, y de la incurabilidad de la enfermedad, exclamó: ... “pero entonces el SIDA va a matar más argentinos que los militares! ¿Cómo nadie me dijo nada de esto?” En 1997 los casos registrados de la enfermedad superaban los 10.000. Las campañas masivas de educación con mensajes claros tuvieron que esperar muchos años, probablemente siempre por el temor de generar conflictos con la Iglesia. Juan Carlos Veronelli.

<sup>24</sup> Véase el artículo de Juan Carlos Portantiero “La concertación que no fue: de la ley Mucci al plan Austral. En: NUN, J. y PORTANTIERO, J. C. *Ensayos sobre la transición democrática en la Argentina*. Puntosur, Buenos Aires, 1987, p. 139-174.

*destinado a la regulación general del sistema y la ampliación de la cobertura a indigentes y autónomos, es producto de un compromiso que terminará por restar toda eficacia política al proyecto de Seguro.”*<sup>25</sup>

Aunque era improbable que lo que había resultado imposible en el gobierno de Perón fuera logrado en un gobierno radical que contaba con la declarada oposición de la dirigencia sindical y también de la mayoría justicialista del Senado, desde el Ministerio de Salud y Acción Social se hizo todo lo posible. La capitulación tuvo lugar desde el Ministerio de Trabajo. Como decía un informe técnico “*esas propuestas no pudieron superar las presiones del poder sindical, que defendieron la autonomía del subsistema de la seguridad social dentro del sistema general.*”<sup>26</sup>

Como el sistema del Seguro de Salud recolectaba más de un par de miles de millones de dólares por año y la compra de los servicios y los bienes que requería estaba en manos de los dirigentes sindicales, los proveedores de servicios y de bienes y sobre todo, los *intermediarios* que proliferaron (en ausencia de regulaciones adecuadas y controles estrictos), tejieron a su alrededor una sólida maraña de intereses. Cualquier modificación que tendiera a eliminar las corrupciones generaba, por ende, resistencias que excedían el ámbito sindical.

Después de sacrificar tres ministros y frente a la cerrada oposición de la CGT, que reiteraba los “*paros generales*”, el presidente aceptó el consejo de su ministro del Interior de conciliar con los “*sindicalistas existentes*”, que al fin y al cabo “*no eran tan caros*”<sup>27</sup>; se decidió designar a un dirigente sindical como ministro: la cúpula política del justicialismo y la dirigencia sindical forzaron al dirigente elegido por el gobierno (José Rodríguez), a rechazar el ofrecimiento y propusieron a otro, Carlos Alderete, quien se hizo finalmente cargo del Ministerio de Trabajo. Lo sucedido en el ámbito laboral se reproducía en otros. Se buscó la forma de prevenir la prolongación del largo conflicto con los militares, que el gobierno estaba ganando. **La voluntad conciliatoria y negociadora hicieron olvidar el reclamo**

<sup>25</sup> BELMARTINO, S. Y BLOCH, C. *El Sector*, Op. cit., p. 350.

<sup>26</sup> OPS/OMS. Representación en la Argentina. *Transformaciones del sector salud en la Argentina*, Publicación N° 48, Buenos Aires, 1998, p. 41-42.

<sup>27</sup> LEONARDO DIMASSE. Comunicación personal. Coincide con lo que Alberto Piccinini le manifestó a Gustavo Béliz, (BÉLIZ, G. *CGT, el otro poder*, Op. cit., p. 177). LEONARDO DIMASSE fue por años director de la oficina de Prensa del Ministerio de Salud Pública, al cual ingresó durante la gestión de Oñativia. Periodista inquieto y estudioso, había creado DIL, un Centro de Información y Documentación Laboral, después transformado en Fundación. Conocía como pocos el complejo mundo del sindicalismo argentino y tenía, como convicciones fundamentales, que la dirigencia sindical existente era incorregiblemente corrupta y que un sindicalismo honesto era una pieza clave para la construcción de un país democrático moderno. Asesoró a Alfonsín en los primeros años de gobierno, alentando la transformación sindical. Murió, desencantado e indignado, poco después de que se decidiera pactar con la dirigencia sindical corrupta.

sarmientino: “*¡Las ideas no se concilian!*”; se pagaría por ello un precio elevado: la legitimidad de ejercicio y el apoyo público comenzaron a disiparse.

En el Ministerio de Salud y Acción Social se designó al Dr. Conrado Storani, no para solucionar los problemas de ese ministerio, sino para poder arreglar los de la Secretaría de Energía, que Storani ocupaba hasta entonces. El renunciante Aldo Neri se encargó de una oficina que se ocupaba de operacionalizar la tan razonable como poco oportuna idea de trasladar la Capital<sup>28</sup>, pecado menor que se olvidó pronto. A Storani lo sucedió en el ministerio de Salud y Acción Social Ricardo Barrios Arrechea y los últimos meses Enrique Beveraggi estuvo a cargo del ministerio.

En la Escuela de Salud Pública, el retorno de la democracia en 1983 había alimentado las esperanzas de una recuperación, que se fueron apagando a medida que la falta de recursos y de reconocimiento por parte de la Facultad y del Ministerio, tanto en este gobierno como en el siguiente, convirtieron la labor de la Escuela en una **prolongada y heroica resistencia**. La reunión de la Escuela y la Cátedra de Higiene bajo una misma dirección (la del profesor titular de Higiene Dr. Vicente Enrique Mazzáfero) no pudo obtener los beneficios que hubiesen sido posibles con pequeños apoyos, aunque la participación de los docentes “*casi honorarios*” en los cursos (dictados en la sede o en el interior del país), continuó despertando vocaciones y modificando, en modesta escala, actitudes y comportamientos.

Si en el inicio del gobierno se registraban 29.7 fallecimientos de menores de un año por cada mil nacidos vivos y 6.0 defunciones maternas cada 10.000 nacidos vivos; al finalizar, esos indicadores tenían valores de 25.7 y 5.2 respectivamente. (Estudios ulteriores deberán estudiar las razones por las cuales la velocidad del descenso de la mortalidad infantil fue mucho mayor durante el proceso militar que en los años del gobierno democrático). En el quinquenio 1985-1990 no sólo nos manteníamos en el quinto lugar sino que la cifra del primero (Cuba) era menos de la mitad que la de la Argentina. La expectativa media de vida al nacer, para ambos sexos, del período 1985/1990 fue de 71.0 años.

“*La Argentina dedica a la salud*” —decía en 1990 Joaquín Morales Solá, uno de los periodistas políticos que hizo la crónica del gobierno de Alfonsín— “*un promedio de 180 dólares (anuales) por habitante, pero el siste-*

---

<sup>28</sup> La inoportunidad dependía de la erosionada legitimidad de ejercicio del gobierno (reducida por los desaciertos en el manejo de la economía y la indisciplina fiscal) y también del momento en que se planteaba (el penúltimo año del período del mandato). Avellaneda federalizó la ciudad de Buenos Aires en el final de su mandato, pero el asunto se había debatido durante más de dos décadas, con propuestas que iban desde la pequeña ciudad de Santa María, defendida por Rawson, hasta la Isla de Martín García, sede de la Argirópolis de Sarmiento.

*ma registra distorsiones memorables. Un obrero de la construcción, por ejemplo, cuenta con sólo 20 dólares anuales en cobertura sanitaria, mientras que trabajadores de otras ramas reciben entre 250 y 300 dólares anuales y un trabajador de Yacimientos Petrolíferos Fiscales tiene asegurados unos 1.400 dólares anuales para su salud.”*<sup>29</sup>

Carlos Menem ganó las elecciones en marzo de 1989 y Alfonsín, sabiendo que un gobierno desgastado y con un horizonte de unos pocos meses no podía detener una hiperinflación que amenazaba destruir la economía, renunció permitiendo que el presidente electo anticipara su ingreso.

Desde el comienzo, Carlos Saúl Menem hizo casi todo lo contrario de lo que se había anunciado como objetivos en la campaña: una política económica ultraliberal con concentración de la riqueza, privatizaciones con concesiones análogas a las primeras del siglo XIX, relaciones “carnales”<sup>30</sup> con los Estados Unidos, **destrucción de las pocas solidaridades incorporadas en los sistemas de protección social**, etc., pero también, estabilidad monetaria, crecimiento del PBI y aplausos del FMI y del Banco Mundial, que querían premiar al mejor alumno del “*consenso de Washington*” y exhibir, frente a las críticas de muchos economistas de gran prestigio, la bondad de sus recetas.

Se aumentaron de cinco a nueve los miembros de la Corte Suprema de Justicia y se designaron adictos a los partidos mayoritarios, con lo cual el presidente consiguió configurar lo que se llamó la “*mayoría automática*”, que simultáneamente convalidó discutibles decisiones gubernamentales y erosionó la credibilidad en la independencia del Poder Judicial, primero, y a medida que se consolidaba la impunidad, en la existencia misma de la justicia. Se robusteció la (antigua) creencia en la impunidad de los “*delitos de cuello blanco*”, como los había bautizado en 1939 el presidente de la American Sociological Society, Edwin H. Sutherland<sup>31</sup>, o “*ladrones de guante blanco*”, como se les dice desde hace muchas décadas en el país y que habían caracterizado períodos como el unicato de Juárez Celman o la “*década infame*”. **El deterioro institucional fue progresivo e incesante, erosionándose, junto con la imagen de las instituciones, la credibilidad de la población en la vigencia de los valores éticos, que muchos pensaron que estaban condenados por la posmodernidad**<sup>32</sup>.

En enero de 1992 se notificó en Salta el primer caso de cólera. En ese año la epidemia afectó fundamentalmente a Salta y Jujuy, donde habría

<sup>29</sup> MORALES SOLÁ, J. *Asalto a la Ilusión*. Planeta, Buenos Aires, 1991, p. 299.

<sup>30</sup> Expresión poco feliz del Canciller Guido di Tella que se popularizaron en el país.

<sup>31</sup> Cit por SIMONETTI, J. M. *El fin de la inocencia*, *Op. cit.*, p. 91.

<sup>32</sup> Sobre el significado de la posmodernidad véase JAMESON, F., *The ideologies of theory. Essays 1971-1986 Syntax of History*, Univ. of Minnesota Press, Minneapolis, 1988, p. 109.



producido 553 casos y 15 defunciones. En enero de 1993, en un nuevo brote, se registraron 966 casos y 9 defunciones y la enfermedad llegó a Tucumán, Mendoza, Santa Fe, Santiago del Estero y Chaco, totalizándose ese año más de dos mil casos y 24 fallecimientos. En 1994 los casos registrados fueron pocos menos de novecientos, casi doscientos en 1995, más del doble en 1996 y más de 600 en 1997.

Los casos registrados de SIDA superaron los 10.000 sin que aparecieran campañas de educación sanitaria específica con mensajes claros, a pesar de que la directora del programa (de reconocida solvencia científica), tenía todas sus actividades previstas y diagramadas.

En 1993 se realizó, con un costo considerable, una campaña de vacunación antisarampionosa que abarcó a todos los menores de quince años y que según los informes, alcanzó altas coberturas. En los países vecinos estas campañas fueron seguidas por una drástica disminución en el número de casos en los años siguientes. En 1998 los casos registrados en la Argentina (más de 10.000), representaron casi las tres cuartas partes de los registrados en América Latina y el Caribe. La organización encargada de aplicar en nuestro país una vacuna de comprobada eficacia demostró su baja efectividad.

Desde el Ministerio de Salud y Acción Social se resistió, en la medida de lo posible, la dictadura del superministerio de economía. De los muchos ministros que se sucedieron, el salubrista Alberto Maza fue el que duró más tiempo y también quien incorporó algunos mecanismos que pretendían modificar la situación del subsistema de atención médica en el mediano o el largo plazo.

La **formulación de políticas de salud**, con esa terminología moderna que hace que las de todos los países, en los tiempos recientes, parezcan intercambiables, la creación de la **Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología médica (ANMAT)**<sup>33</sup>, el **Programa Nacional de garantía de calidad de la atención médica**<sup>34</sup>, la incorporación del **derecho a la libre elección de obra social**<sup>35</sup> y la formulación del **Programa Médico Obligatorio (PMO)**<sup>36</sup> en el régimen de seguridad social, así como los programas y proyectos de **reforma sectorial**, de **atención primaria de la salud**, **maternoinfantiles**, de **reconversión de obras sociales**, etc., cada uno de ellos títulos razonables, convivían con prácticas que muchas veces desacreditaban y desvalorizaban las palabras.

---

<sup>33</sup> Decreto 1490/92.

<sup>34</sup> R.M. 432/92; 149/93; 798, 855 y 857/93.

<sup>35</sup> Decreto 9/93; Ley 23.661 y otros.

<sup>36</sup> R.M. 247/96.

En el Ministerio de Salud y Acción Social se aumentó el número de Secretarías y Subsecretarías, se crearon nuevas dependencias y se fusionaron otras. Por ejemplo, en la **Superintendencia de Servicios de Salud**<sup>37</sup>, se fusionaron los tres organismos anteriores de regulación y control del “**Seguro de Salud**”, es decir, del sistema de Obras Sociales, que estaba formado por casi 300 instituciones y que canalizaba un gasto anual de unos 2.500 millones de dólares.

Las medidas que habían establecido la posibilidad de cambiar de obra social y el intento de equiparar obras sociales, prepagos médicos y mutualidades, **reformas dirigidas a aumentar la libertad del usuario, abrieron un espacio por el que se introdujeron empresas financieras, que deseaban compartir con la dirigencia sindical y con los propietarios de las “empresas médicas”, los beneficios de un sistema perverso, que el aumento del desempleo comenzaba a contraer.** Algunos economistas defendían la “*norteamericanización*” del sistema, sin ignorar que el de ese país no es el de mejores resultados en salud, pero sí el más costoso y uno de los menos equitativos, en las comparaciones internacionales<sup>38</sup>, y a sabiendas de que muchos presidentes, desde la década de los 30's, han intentado cambiarlo, intentos que no han tropezado con la resistencia popular, sino con la de los intereses corporativos y financieros. **Aquellos que lo propiciaron en la Argentina, lo hicieron porque ampliaba el mundo de los negocios lucrativos y no por el interés de mejorar la salud o la equidad de los servicios.**

Los prepagos médicos, que habían comenzado como aquellas “*seudo-mutualidades*” que disgustaban a Bunge y que criticaba Kandel, no sólo habían adquirido prestigio como “*empresas médicas*” o seguros de salud “*privados*”, sino que dejaron de pertenecer a médicos y se transformaron en empresas comerciales que combinaban la comercialización de servicios médicos con la de seguros y cuyos nombres y carteras se compraban y se vendían por decenas de millones de dólares. **El ámbito médico-sanitario progresaba poco en términos sanitarios, pero se ampliaba y perfeccionaba como foro de pingües ganancias financieras.**

La descentralización de la administración de los hospitales, a través de la denominada “*autogestión*”, basada en aquellos hospitales de comunidad que habían querido imponer Oñativia y Nosiglia, primero, y luego Holmberg y Mondet, era un reclamo legítimo y compartido por muchos, por lo que el instrumento legal que lo hizo posible fue bien recibido. Pero la adscripción al sistema no fue siempre voluntaria y muchos directores de

---

<sup>37</sup> Decreto 1615/96.

<sup>38</sup> Véase el *Informe sobre la Salud Mundial* de la OMS del año 2000.

hospital no se enteraban que los establecimientos que dirigían se habían incorporado al nuevo sistema hasta que aparecían en alguna publicación, como ejemplos del éxito del programa; además, **muchas veces fue utilizada como pretexto para reducir la financiación pública, y otras indujo a los conductores de algunos establecimientos públicos a priorizar a aquellos pacientes que traían “recursos” al establecimiento.**

En 1994 se convocó una Convención Constituyente para posibilitar (otra vez) la reelección presidencial. En el Ministerio de Salud Pública se habían sucedido varios ministros y secretarios; desde la presidencia se declaraba que el país había ingresado al primer mundo, mientras el cólera reingresaba al país y se paseaba durante varios años por casi todo el territorio y el *Aedes Aegypti* multiplicaba sus residencias en diversos lugares del país.

Durante la primera presidencia de Perón se había reformado la Constitución, fundamentalmente, para posibilitar la reelección, y se habían aprobado, además, algunas modificaciones que tuvieron consecuencias sanitarias y que en su mayor parte desaparecieron al regresarse, en 1957, al texto anterior. En 1994, además de hacerse posible la reelección, algunas de las disposiciones que se aprobaron **corrigeron parcialmente, y sin habérselo propuesto, la secular ausencia de disposiciones sobre salud: fueron las que establecieron un carácter constitucional privilegiado a algunos Convenios y Tratados Internacionales.**

La corrupción creció en la década de los 90's en muchos países de la región en extensión y en magnitud, entre ellos, en la Argentina.<sup>39</sup> Pero en nuestro país la corrupción se convirtió en sistema y apeló al delito para protegerse. El desprestigio de la justicia se agravó con el aumento de la corrupción policial que se había iniciado en el “proceso militar” y no había sido desarticulada más que superficialmente. Simonetti sintetizaría años después la mezcla de la política y el delito con una frase: *“nos enteramos de la marcha de la política y de la economía a través de las páginas policiales de los diarios.”*<sup>40</sup> Algunos casos policiales tuvieron en la sociedad un denunciante incansable y en algunos lugares, como en Catamarca, consiguieron la renuncia o destitución de los más altos funcionarios.

Se crearon, además, algunos mecanismos novedosos: cuantiosos préstamos de los organismos internacionales de crédito eran aplicados, por ejemplo, a financiar múltiples estudios sobre diversos asuntos, entre ellos, por ejemplo, la *“reconversión de las Obras Sociales”*, los cuales eran captados y distribuidos por los agentes de *“la patria consultora”*, cuya producción mimeografiada costaba muchísimo más que una colección de incu-

<sup>39</sup> ECLAC. *Social Panorama in Latin America*, Santiago de Chile, 1996, p. 153.

<sup>40</sup> SIMONETTI, J. M. *El fin de la inocencia*, Univ. Nacional de Quilmes, Bernal, 2002.

nables. Ese dinero malgastado engrosaba la deuda externa: lo pagarían, con intereses, las futuras generaciones... Se dijo en repetidas oportunidades, sin que se presentaran evidencias, que la corrupción involucró a algunos funcionarios nacionales, algunos expertos y algunos sindicalistas, pero también a algunos funcionarios de los organismos multilaterales de crédito.

Los casos de cólera habían disminuido, pero todavía se registraban en varias provincias. En 1995 la mortalidad infantil era de 25.6 —prácticamente el mismo valor que en 1989— y la materna de 5.2; la expectativa media de vida al nacer en el período 1990/1995 había ganado un año respecto del quinquenio anterior y alcanzaba, para ambos sexos, los 72.1 años.

En 1995 Menem fue reelegido. La sobrevaluación del tipo de cambio fijo continuó reduciendo, progresivamente, la competitividad externa de la producción industrial argentina, y se unió a la reducción de aranceles para reducir también la competitividad interna. El desempleo se aceleró empujando a la exclusión social a un número creciente de familias, a medida que quebraban o se cerraban los establecimientos industriales y comerciales, instalándose una severa recesión.

Desde 1998 y preparándose para las elecciones de 1999, los gobernantes nacionales y provinciales y en algunos casos, también los municipales, aumentaron el número de los empleados públicos, lo cual hizo crecer aún más el déficit fiscal, que se financiaba con endeudamiento. El cólera había casi desaparecido; la mortalidad materna era de 4.1 por 10.000 nacidos vivos y la mortalidad infantil había descendido a 17.6 por mil nacidos vivos, aunque nos manteníamos en el quinto lugar en América Latina, después de Cuba, Costa Rica, Chile y Uruguay.

En 1999 fue elegida la fórmula Fernando de la Rúa - Carlos Álvarez. Radical “*de centro derecha*” el primero, había conformado una *Alianza* con el conglomerado político “*de centro izquierda*” denominado Frepaso que lideraba el segundo. En el ministerio de Salud se designó a Héctor Lombardo.

El descalabro económico se profundizó, lo mismo que la recesión. Una creciente proporción de estados provinciales comenzaron a emitir cuasi-monedas (llegaron a existir más de veinte) para mantener sus deficitarias y desordenadas economías y para poder pagar los gastos de la administración a pesar de la contracción progresiva de sus ingresos. Se resintieron, de todas formas, por falta de recursos las actividades de múltiples servicios (educación, policía, asistencia médica pública, etc.).

El Presidente rechazó el reclamo generalizado para que se investigaran y sancionaran varias denuncias de corrupción (la más grave, en el mismo Senado de la Nación, pero algunas también en el sistema de salud, en aquella Superintendencia antes mencionada), lo que determinó la renun-

cia del vicepresidente Carlos Álvarez, quien a comienzos del gobierno de Menem se había apartado del partido justicialista, denunciando desde su banca de diputado nacional la corrupción imperante. La legitimidad de ejercicio del gobierno se derrumbó.

El **Servicio de Sanidad Animal (SENASA)** y el **Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca** ocultaron la **reinvasión**<sup>41</sup> de nuestro ganado por la fiebre aftosa (aquella epizootia contra la cual, desde Francia, Emilio Coni proponía a fines del siglo XIX que nos protegiésemos). Cuando los focos estallaban a diario y lo negado oficialmente por nuestros embajadores en los países vecinos sólo servía para aumentar nuestro descrédito, se terminó por reconocer que, *probablemente por el contrabando* (que la corrupción protegía), la enfermedad había vuelto a difundirse en el territorio. Se repetía después de un siglo aquel error de Wilde negándose a reconocer la peste bubónica, pero haciéndose gala esta vez de mayor deshonestidad, ya que se sabía que se mentía mientras que Wilde veía lo que quería ver. En octubre del 2001, en las elecciones de legisladores, **la sociedad castigó con razón al oficialismo y dio un holgado triunfo al justicialismo.**

Con menores consecuencias que en el caso del SENASA, en Salud Pública una apresurada y errónea identificación bacteriana —el caso del supuesto ántrax— ayudó al desprestigio. **Algunos reclamos frente al ministerio de salud cuestionaban su existencia misma, después de haberse transferido la totalidad de sus hospitales.**

Esos errores se habían cometido también en los primeros años del Departamento de Higiene, bajo la Presidencia de Pardo, y también en el final del siglo, con Wilde; a pesar de que entonces sus conductores fueron removidos, **la pérdida de credibilidad tardó años en recuperarse.** En varios de estos casos, como cuando Wilde negó la existencia de peste en Rosario o el Senasa la reinfestación aftósica, el comportamiento *“político”* primó sobre el técnico. No porque no haya políticos que digan la verdad, y acaso hasta que siempre digan la verdad. Pero es muy difícil encontrar políticos que digan siempre **toda la verdad.**<sup>42</sup>

Después de una incautación de los depósitos bancarios (que se prometía que sería temporal), se produjeron espontáneas manifestaciones multitudinarias que **cuestionaban severamente a la totalidad de la dirigencia** y terminaron en severos disturbios, algunos saqueos y varias muertes. La sociedad sintió que recuperaba poder para corregir un estado de

---

<sup>41</sup> La erradicación de la fiebre aftosa se había logrado pocos años antes, con un retraso de décadas respecto de Chile y de varios años respecto de Uruguay.

<sup>42</sup> Sobre verdad y política véase ARENDT, H. *Entre el pasado y el futuro: ocho ejercicios sobre la reflexión política*. Ed. Península, Barcelona, 1996, pp. 242-245 y 253-272.

cosas que el gobierno era incapaz de modificar. De la Rúa, condenado como incapaz por la opinión pública, renunció el 20 de diciembre de 2001 sin que se alzaran voces que lo lamentaran.

Renunciado el presidente constitucional y vacante el cargo de vice, tuvo el presidente del Senado que hacerse cargo transitoriamente de la presidencia, hasta que la Asamblea Legislativa designó, para completar el mandato, a Adolfo Rodríguez Saá, gobernador de San Luis. Recién elegido, declaró la suspensión del pago de la deuda externa, en medio de los ruidosos aplausos de la Asamblea Legislativa (en una sesión transmitida por todos los medios) y **renunció en la primera semana**. Esta vez se hizo cargo del interinato el presidente de la Cámara de Diputados, hasta que la Asamblea eligió, para completar el mandato de la Rúa, a Eduardo Duhalde, quien había renunciado en 1999 a la gobernación de Buenos Aires para presentarse como candidato a las elecciones (en las cuales había perdido frente a De la Rúa). **En menos de un mes se habían sucedido cinco presidentes.**

Se hizo necesario salir de la paridad fija, conseguida en 1991 a través de la *“ley de convertibilidad”*, cuya base se desmoronó al desaparecer las reservas que la hacían posible. La salida de la *“convertibilidad”* legal fue bastante desordenada y una poco afortunada intervención del FMI empeoró el proceso, cuyo resultado final fue una devaluación de más del 200 % y una pesificación asimétrica de los depósitos y de las deudas en dólares. Como se había hecho ya en 1982, se licuaron los pasivos de las empresas deudoras, incluso de las mayores, transfiriéndose buena parte de sus deudas al conjunto de la economía, es decir, convirtiéndolas en deuda pública.

El desempleo aumentó al mismo tiempo que caía el salario real; crecieron tanto la proporción de pobres como la de indigentes. Cuando el desempleo adquiere proporciones elevadas, familias enteras quedan privadas del apoyo de sus parientes y amigos, que también han quedado desempleados, y una proporción de población que no necesita ser muy alta pierde la posibilidad de adquirir alimentos, generándose una hambruna. En los primeros meses del 2002 esa situación se produjo en varios lugares del país<sup>43</sup> y **requirió, para ser finalmente reconocida como tal, que los medios masivos de comunicación difundiesen las imágenes de los fallecidos por desnutrición infantil aguda**. El aumento del número de subsidios impidió el progreso de la hambruna y la decisión de no contabilizar

---

<sup>43</sup> Casi nunca se utilizó esa denominación técnica para nombrarla. Puede consultarse SEN, A. *Desarrollo y Libertad*. *Op. cit.*, Capítulo 7, p. 199 y ss. Señala que las hambrunas modernas rara vez afectan a más del 5 ó 10% de la población y obedecen, más que a la inexistencia de alimentos para ciertos grupos de población, a la imposibilidad de esos grupos para adquirirlos. La mortalidad, durante las hambrunas de cierta duración, corresponde en los registros, a muertes por infecciones ocurridas en los más vulnerables, es decir, en los individuos en los primeros o en los últimos años de la vida.

a sus beneficiarios como desempleados redujo la tasa de desempleo sin que fuese necesario esperar a la creación de empleos.

Si los sistemas de prepago médico sufrieron un impacto fuerte, en muchas obras sociales (y entre ellas la de mayor número de afiliados, el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, conocido corrientemente como “PAMI<sup>44</sup>”) se agregó a la corrupción “estructural” la reducción de los ingresos por la contracción del empleo y la caída de los salarios. Enfrentadas a muchos insumos médicos que mantenían sus precios en monedas fuertes (entre ellos los medicamentos), alcanzaron y superaron los límites del endeudamiento con sus proveedores y terminaron suspendiendo algunas o todas sus prestaciones.

En el Ministerio de Salud fue designado Ginés González García, experimentado salubrista que reimpulsó el *Consejo Federal de Salud*, reconoció la **emergencia sanitaria** y ha realizado esfuerzos para contener las alzas de los precios de los medicamentos y reducir el dominio de los grandes laboratorios productores sobre el proceso de determinación de los precios, como por ejemplo, la obligación de recetar genéricos. El presidente de la Nación, consciente de la imposibilidad de solucionar algunos temas económicos desde un gobierno con pocos meses de futuro, decidió, como Alfonsín en 1989, acortar el mandato que terminaba en diciembre, a mayo del 2003, previo el llamado en abril a elecciones presidenciales.

Las demandas de atención en los hospitales públicos de todas las jurisdicciones han aumentado significativamente, por la creciente incapacidad de la población para afrontar el pago de prepagos o de seguros complementarios, **en el mismo momento en que en muchas provincias y municipios colapsan los presupuestos**. Tanto los servicios públicos, por carencia de recursos, como los de las obras sociales “vacías”, se constituyen en evidencias adicionales de la deslegitimación del sistema. **Todo entró en crisis y tanto su configuración como sus elementos se encuentran, para la opinión pública, desacreditados y superados.**

## La sociedad argentina a comienzos del siglo XXI

Después de intentar un esquemático bosquejo de la sociedad colonial (Capítulo I), intentamos dibujarla con unos pocos trazos en el comienzo de la organización nacional (Capítulo III) y en el período de la iniciación del aluvión inmigratorio. Se intentó registrar en los siguientes bosquejos de la sociedad no sólo sus características demográficas sino también las su-

---

<sup>44</sup> Programa de Atención Médica Integral.

cesivas autopercepciones de “*su lugar en el mundo*”, esa ubicación que era clara para Vicente López en 1812 y todavía para Rawson y Coni. Por esa razón señalamos la aparición de una corriente de desespañolización en 1860-1870 (Capítulo IV) y cedimos la palabra a Rawson para explicar su rechazo a la solución por las armas de un conflicto limítrofe con Chile. En el Capítulo VI se transcribieron las ideas de Coni sobre la necesidad de establecer relaciones amistosas y permanentes con los otros países de América Latina.

En el final del siglo XIX (Capítulo VII) se mencionaron algunos brotes anti-extranjeros (sobre todo anti-italianos) en las provincias de Buenos Aires y Santa Fe, así como en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. En la década de los treinta se dio cuenta de la aparición de brotes de antisemitismo que coincidieron con la germanofilia de algunos miembros de las clases dominantes. Todos estos brotes xenófobos tuvieron una amplitud reducida y fueron poco duraderos, lo que nos anima a suponer que **tal vez uno de los éxitos de la sociedad argentina desde finales del siglo XIX haya sido el desarrollo de una alta capacidad de inclusión: en medio siglo se realizó la incorporación de una población extranjera, de muchas nacionalidades y credos y de magnitud equivalente a dos veces el tamaño inicial de la sociedad receptora.**

Mencionamos también la pretensión del canciller Saavedra Lamas por liderar (en la década de los treinta) a los países hermanos de la América Latina, detrás de lo cual emergía un sentimiento de superioridad, cuyo desarrollo *posterior (la arrogancia argentina)* fue divorciándonos de aquellos países.

Señalamos la migración interna, también de carácter aluvional, que a partir de mediados de la década de los cuarenta hizo crecer los cinturones periurbanos en muchas de las capitales y tratamos de esquematizar el vertiginoso desarrollo del aglomerado bonaerense (o Conurbano bonaerense). Señalamos en este caso los prejuicios iniciales de la población urbana de destino, que se redujeron progresivamente, así como que la inclusión social de los recién asentados se vio dificultada por la resistencia del gobierno provincial a dotar de los servicios básicos a la población en crecimiento, induciéndola a utilizar, cuando eso era posible, los de la vecina Capital.

En este último bosquejo existen varios rasgos **nuevos**, cualitativa o cuantitativamente:

- 1) En la actualidad, y en forma creciente en el último lustro, ha crecido la **exclusión social** (con sus corolarios de aumento del índice de delitos y de la violencia de los mismos), que algunos entienden como un precio que debe pagarse para el ingreso a la sociedad posmoderna y globalizada.



2) El crecimiento de las desigualdades ha conducido a un fracaso global que **igualó en la pobreza** a grandes sectores de la población e **invirtió el flujo migratorio internacional**.

3) Frente al progresivo divorcio de la sociedad que evidenciaron las instituciones, sobre todo las políticas y judiciales, desde la reiniciación de la democracia<sup>45</sup> y sobre todo en la última década, ésta reasumió el protagonismo. Después de expresiones locales (como la que provocó la caída del régimen feudal catamarqueño) el protagonismo adquirió carácter nacional como en los sucesos de diciembre del 2001, con un movimiento que se inició en la Capital pero se reprodujo en muchas ciudades del interior, con la consigna de *“que se vayan todos”*, y que produjo la caída del gobierno.

Esta sociedad argentina con nuevo protagonismo tiene casi 37 millones de habitantes, con una tasa proyectada de crecimiento vegetativo de 11.9 por mil y una fecundidad de 2.44; nunca llegó a crecer como para realizar el sueño de 100 millones de Sarmiento, que pretendía convertir en riqueza la distancia. En las condiciones demográficas del mundo actual conseguir ese objetivo requerirá mucho más tiempo.

Los extranjeros, 11% en 1869 y 33% en 1895, han reducido notablemente su proporción y se ha cambiado la estructura por nacionalidades. La proporción de varones, superior a la de mujeres en aquellos años de país de inmigración aluvional externa, se ha revertido desde entonces y dada la mayor longevidad femenina, hace que las mujeres predominen claramente, como ocurre en casi todas las sociedades contemporáneas.

A medida que el período del crecimiento aluvional migratorio se aleja en el tiempo, la sociedad, cada vez nativa en mayor proporción y con una extranjería diferente (la que llegó en años de bonanza de los países vecinos), **toma creciente conciencia de su naturaleza latinoamericana**, aquella que inspiró a Vicente López y Planes en 1812 los versos del Himno. Este sentimiento ha comenzado a mejorar el relacionamiento con los países hermanos, ése que Coni creía indispensable para la creación de la *“formidable América Latina”* que, a su juicio, era una condición previa imprescindible para el panamericanismo. La conciencia de pertenencia regional (Mercosur, Sudamérica, Latinoamérica) de la sociedad argentina está consolidándose y simplificando el dilema sobre nuestro *“lugar en el mundo”*. Aquellas diferencias con nuestros vecinos que derivaban de la alta proporción de europeos y descendientes directos de los mismos han casi desaparecido, aunque siguen operando residualmente en el imaginario de aquellos grupos minoritarios que se sienten todavía parte de una élite internacional de estirpe

<sup>45</sup> Los desvíos cometidos por las instituciones durante el “proceso militar” fueron apenas objeto de una limpieza superficial, aceptándose que el tiempo haría olvidar todo, hasta la impunidad.

europea y no entienden que el mestizaje la obligada consecuencia de conseguir, como se declamó por décadas, convertirse en un crisol de razas.

Hemos dicho que la integración de los núcleos de extranjeros de muy diversas nacionalidades, etnias y credos, ha sido relativamente exitosa en la Argentina, aunque en general no se pudo **afincarlos** a través de la propiedad de la tierra, como pretendía Rawson, porque la tierra estaba desierta pero apropiada. Los descendientes de casi todos ellos consiguieron cumplir aquel sueño alternativo de la rápida movilidad social ascendente que había deslumbrado a sus abuelos o bisabuelos y obtener una educación que les aseguró hasta hace pocos años, la residencia urbana y cierto grado de prosperidad. Las familias de clase media que mayoritariamente conformaron tuvieron un número cada vez menor de descendientes. Pautinamente se redujo la proporción que representaba ese grupo frente a la de los descendientes de familias nativas de bajos recursos, oriundas sobre todo del norte del país, que a veces permanecieron en aquella región y otras migraron, trasladando sus pautas reproductivas a sus lugares de destino, principalmente el conurbano bonaerense.

Como en todas aquellas sociedades en las cuales la fecundidad ha descendido durante un período relativamente largo, esa reducción comenzó antes en las mujeres con mayor educación y en las familias con necesidades básicas satisfechas. En casi todos los países en desarrollo el aumento de la población se concentra en las familias pobres, con más necesidades insatisfechas y cuyas madres tienen menor educación, dando lugar a las que se denominan como “*infantilización*” y “*reproducción*” de la pobreza, las cuales plantean crecientes desafíos a las instituciones de salud pública. Cuando la movilidad social ascendente se ha enlentecido o detenido por varias décadas, este crecimiento diferente en los diferentes grupos socioeconómicos modifica en forma significativa el perfil “*socio-cultural*” del conjunto.

Nos decía hace unos años un ministro brasileño de Salud y prestigioso cardiocirujano que el problema de los pobres en Brasil no era el ser pobres, sino el tener exclusivamente amigos pobres. La tendencia posmoderna a la segmentación de la sociedad, segmentación geográfica, educacional, sanitaria, se une en casi todos los países a la *reproducción de la pobreza* y a su *infantilización* para amurallar la exclusión y tal vez, como apunta Lasch, para traicionar a la democracia.<sup>46</sup>

La mortalidad ha continuado su descenso, con la reducida velocidad que se observa desde la mitad del siglo pasado. Si entre 1883 y 1950-55 casi se duplicó la expectativa de vida (de 33 a 63 años), entre 1950-55 y

---

<sup>46</sup> La denuncia que Lasch hizo en Estados Unidos de esa segmentación despertó ecos en muchos intelectuales, sobre todo por su afirmación de que traicionaba o debilitaba la democracia. Ver LASCH, C. *The Revolt of Op. cit.*, pp. 25-92.

1980-85 aumentó 7 años, llegando a 70 y en 1990-95 sólo creció en dos años, alcanzando 72 años (en el 2000 era de 68.4 años para los varones y 75.6 para las mujeres). Si quisiésemos utilizar un medio casi gráfico para recordar esos valores, podríamos decir que durante **los sesenta y cinco años de vigencia del Departamento Nacional de Higiene, se ganaron 27 años de expectativa de vida, y en los casi sesenta de Secretaría o Ministerio de Salud, alrededor de 12.**

Para valorar los cambios ocurridos desde 1950 es necesario utilizar un indicador más sensible y ya señalado por Rawson: la mortalidad infantil. El número de fallecidos menores de un año por cada mil nacidos vivos, que era de **68 en 1950-55**, se redujo a 57 en 1965-1970, 48 en 1970-75, 39 en 1975-80, 32 en 1980-85, 27 en 1985-90 y **24 en 1990-95**<sup>47</sup>. El valor de este indicador en el año 2000 fue de **16.6** en el país (con variaciones entre los 9.4 de la Capital Federal y los 30.4 de Corrientes).<sup>48</sup>

El descenso de la fecundidad contribuyó decisivamente al cambio de la estructura etaria: si a principios del siglo XX había casi diez menores de 15 años (niños en edad de ser nietos) por cada adulto mayor de 65 años (en edad de ser abuelo), en el final del siglo la proporción se había reducido a dos, a pesar de la desaceleración del envejecimiento que se produjo por el ligero aumento de la natalidad (con posterior estabilización y reinitación del descenso) de los años 1977-1980.

La población argentina ha envejecido y se puede prever que en el futuro próximo ese proceso de envejecimiento volverá a acelerarse ligera y transitoriamente.<sup>49</sup> Como resultado del mismo y de la compresión de la mortalidad en una magnitud antes desconocida, la convivencia generacional, que se había mantenido en tres generaciones por muchos siglos, se ha aumentado a cuatro. **El anciano abuelo que formaba parte de los recuerdos de infancia de casi todos los adultos será reemplazado por el bisabuelo o, con mayor frecuencia, la o las bisabuelas.**<sup>50</sup>

<sup>47</sup> OPS/OMS *Estadísticas de salud de las Américas*. Publicación Científica 556. 1995.

<sup>48</sup> MINISTERIO DE SALUD. DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICA E INFORMACIÓN EN SALUD. *Indicadores básicos 2001*.

<sup>49</sup> RECCHINI DE LATTES, Z. “Tendencias y perspectivas del envejecimiento de la población femenina y masculina en la Argentina”. En CEPAL. *Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad*. Seminario Técnico. Santiago de Chile, 2000, p. 67.

<sup>50</sup> Un investigador del “Centro para la Demografía y la Ecología de la Universidad de Winsconsin” llamaba la atención sobre la escasez de estudios sobre envejecimiento en América Latina y agregaba: “esta ausencia de información es paradójica porque mientras se mantienen sin disminución los fondos para la planificación familiar aunque los niveles de la tasa de fertilidad hayan caído por debajo de tres hijos por mujer, sólo se asignan escasos recursos para investigar el envejecimiento que es consecuencia de la especialmente súbita y rápida declinación de la fertilidad, de la cual los programas de planificación familiar son parcialmente responsables.” PALLORI, A, *Health Conditions of the Elderly in Latin America and the Caribbean*. PAHO. Washington D.C. 1997 Los trabajos de Ian Pritchett, del Banco Mundial, han puesto en claro que el determinante principal del descenso de la fertilidad es, más que los programas de control, la **fecundidad deseada** por las mujeres.

Este proceso de rápido envejecimiento poblacional ha preocupado, tal vez tardíamente, a muchas sociedades. Las Naciones Unidas decidieron designar a 1999 como el de “*Año de las Personas de Edad*”. En los Estados Unidos la toma de conciencia sobre el envejecimiento de su población (especialmente de la que allí se considera “blanca”) los ha llevado a preocuparse sobre su impacto en la economía, en la sociología, en la capacidad militar y en el balance internacional del poder.<sup>51</sup> En nuestro vecino Brasil, el descenso de la fecundidad ha llevado a realizar estudios especiales y a preocuparse por su proyección futura, que compromete el crecimiento demográfico y acelera el envejecimiento poblacional.

En España y en Italia, el proceso de envejecimiento se ha acelerado con la reducción de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo y con el ingreso a la vejez de las cohortes del *baby boom*, coincidiendo allí el envejecimiento con un significativo decrecimiento de la población (en noviembre de 1997 la División de Población de las Naciones Unidas reunió un grupo de expertos para examinar los problemas que plantea la reducción de la fecundidad bajo el nivel de reemplazo). Golini mostraba —y es sólo un ejemplo— que entre 1970 y 1994 el número de alumnos de las escuelas elementales públicas en Italia ha pasado de cuatro y medio a dos y medio millones, en tanto que los maestros, como resultado de la inercia de las instituciones formadoras y las presiones gremiales por el aumento del empleo, crecían de doscientos a doscientos setenta mil.<sup>52</sup> En Francia se asiste hoy a conflictos entre la sociedad y el gobierno por los ajustes que deben hacerse en los sistemas previsionales para adecuarlos al pasaje de las cohortes del *baby boom*.

Casi todo el mundo ha tenido que recordar la predicción de Alfred Sauvy de que después de que el siglo XX demostrase ser el “*del crecimiento demográfico*” (ya que en éste la población mundial pasó desde algo más de 1.500 millones a 6.000 millones), el XXI sería el “*siglo del envejecimiento*”.

El envejecimiento poblacional<sup>53</sup> previsto por Gregorio Aráoz Alfaro y Gino Germani a mediados de siglo, no ha sido entre nosotros objeto de una especial atención gubernamental, más allá de su evidente impacto sobre las jubilaciones y pensiones. Aunque se acepta que los profundos cambios demográficos requieren modificar los cálculos actuariales de los sistemas previsionales, los determinantes demográficos han pasado a segundo

---

<sup>51</sup> PETERSON, P. G. *Gray Dawn*. Random House, N. Y., 1999.

<sup>52</sup> GOLINI, A. “*Características y perspectivas del envejecimiento de la población en un país con una transición demográfica avanzada: el caso de Italia*”. En CEPAL, *Encuentro*, *Op. cit.*, pp. 103 a 121.

<sup>53</sup> Sobre la situación actual se puede consultar el excelente trabajo de ZULMA RECCHINI DE LATTES, “Tendencias y perspectivas del envejecimiento de la población femenina y masculina en la Argentina”. En CEPAL/CELADE. *Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad*. Santiago de Chile, 2000, p. 59 y ss.

plano frente a la intensidad de la reducción del empleo y a la crisis económica global. **Sus efectos en salud —encarecimiento de la atención<sup>54</sup>, modificación de los requerimientos de servicios y de su estructura por especialidades— o en la productividad laboral, o en la estructura de la mano de obra, han sido poco atendidos. Las enseñanzas de Rawson, con sus proyecciones de población como piedra de toque para diferenciar los parches de las soluciones, que recogieron y transmitieron Coni y Aráoz Alfaro, han casi desaparecido del campo visual de los dirigentes modernos.**

Los indicadores más utilizados para señalar el grado de envejecimiento son las relaciones entre la proporción de menores de 20 (ó 15) años y de mayores de 60 (ó 65) años. El valor nacional promedio del porcentaje de la población de 15 años o menos se aproxima al 27.6% y el del grupo de 65 y más años al 9.7%, dando cuenta del envejecimiento promedial de la población del país. Pero es importante destacar que mientras en la **Capital Federal**, el porcentaje de población de 15 o menos años es casi igual al de 65 años o más, en **Salta** o **Jujuy**, es seis veces mayor. Es decir, la población de la Capital es tan envejecida como la de un país europeo, en tanto que la de Salta o Jujuy o varias otras provincias son poblaciones todavía jóvenes.

La distribución territorial de la población se ha modificado notablemente. La provincia y la ciudad de Buenos Aires, que poseían alrededor de una cuarta parte de la población en 1869, concentran ahora casi la mitad. **El aglomerado bonaerense posee una población que casi triplica la de la Capital Federal y que representa más de la mitad de la de la provincia.** Buenos Aires, con Córdoba, Santa Fé y Entre Ríos constituyen hoy la Región Central, donde residen dos terceras partes de los argentinos. En el Noroeste habita casi el 11% y en el Noreste el 9, en tanto que en Cuyo (en la cual se incluyen ahora La Rioja y San Luis) habita poco más del 7% y en la Patagonia el 6%.

Varias provincias tienen poblaciones mucho menores que los municipios del conurbano bonaerense. Por ejemplo, el partido de La Matanza posee una población casi diez veces superior a la provincia de Tierra del Fuego, cinco veces superior a la de Santa Cruz y tres veces mayor que la

---

<sup>54</sup> *“En el curso de los últimos diez años se ha reunido una extensa evidencia empírica utilizando las bases de datos de la Columbia británica y esos hallazgos no son únicos, en Canadá o en otros países. El hallazgo común de este cuerpo de investigaciones es que el envejecimiento poblacional da cuenta de una pequeña proporción del aumento de los costos de atención de la salud sucedidos en las tres últimas décadas, en Canadá o dondequiera. La utilización de servicios de atención de salud ha aumentado dramáticamente entre las personas de edad. Pero esto tiene menos que ver con el hecho de que haya más personas de edad que con el hecho de que el sistema de servicios de salud hace mucho más por y para ellos de lo que hacía una década atrás. Esto sugiere que la “atención apropiada” de las personas de edad debería ser un tema central para la formulación de políticas y la administración de servicios y que las cuestiones demográficas por lo menos a corto plazo no hacen sino ocultar las pistas”.* BARER, M. L.; EVANS, R. G. & HERTZMAN, C. “Avalanche or Glacier? Health Care and the Demographic Rhetoric”, *Can. J. on Aging*, 1995 14:2, pp. 193-234

de La Pampa, o Catamarca o San Luis. Todas esas provincias poseen varios diputados y senadores nacionales, una o dos Cámaras con senadores y diputados provinciales, una Corte Suprema y varios juzgados y un Gobernador, que encabeza un poder ejecutivo con varios ministerios. Con una población varias veces mayor, La Matanza, posee sólo la estructura común de los municipios bonaerenses.

Ese cinturón periurbano cuya evolución hemos tratado de historiar desde que Rivadavia proponía aquellos límites amplios para la ciudad futura, relatando las ideas de Carrillo y las precisiones aportadas por Gino Germani, o las más próximas del informe que dirigió Simón Feld (Proyecto Disabo), es hoy la **unidad territorial con mayor población en el país**.

La proximidad de los partidos del Conurbano con la Capital Federal se relaciona en parte con la antigüedad de su poblamiento pero también coincide con otros indicadores de situación económica y social dando lugar a la separación de un Conurbano I (o **primer cinturón**, más próximo), con nueve partidos, y un Conurbano II (o **segundo cinturón**, más alejado), con dieciséis. La **mortalidad infantil** (y la proporción de muertes posneonatales), la **fecundidad**, la **juventud poblacional**, los **déficits educativos y sanitarios** y la **pobreza** que les sirve de síntesis, aumentan cuando se pasa de la Capital al Conurbano I y de éste al Conurbano II. Se comparó antes la relación entre menores de 15 años y mayores de 65 en la Capital y las provincias del extremo norte del país; en el Conurbano la proporción de menores de 15 es **más de tres veces mayor que la de mayores de 65**. **Un nuevo ordenamiento de las unidades político administrativas del país es una asignatura pendiente que deberá encararse, ojalá con prescindencia de intereses subalternos.**

El grado de envejecimiento poblacional —o su inversa, el grado de **juventud poblacional**— poblacional ha sido vinculado con el **crecimiento económico**, el **poder militar** o las **preferencias políticas**<sup>55</sup>, pero también con lo que podría llamarse **“potencial contestatario”**: *“los jóvenes son, —afirmaba Huntington hace pocos años— los protagonistas de las protestas, la inestabilidad, las reformas y las revoluciones. Históricamente, la existencia de gran número de jóvenes ha tendido a coincidir con tales movimientos.”*<sup>56</sup> Resulta importante destacar que el protagonismo contestatario de la sociedad que se manifestó en **diciembre del 2001** se inició en el distrito de población más *envejecida* y que lo que tal vez reflejó algunas diferencias con las de zonas más *“jóvenes”* fue la modalidad y violencia de la protesta. En

<sup>55</sup> PETERSON, P. G. *Gray Dawn. Op. cit.*

<sup>56</sup> HUNTINGTON, S. P. *El choque de civilizaciones*. Paidós. Buenos Aires, 2001, p. 139 El indicador que Huntington emplea para medir el potencial contestatario es el porcentaje de población de 15 a 24 años.

el caso específico del Conurbano bonaerense, Mazzáfero ha relacionado el grado de envejecimiento y la deteriorada situación económica y social de la población con la violencia, poniendo de relieve también las inequidades educacionales y sanitarias.<sup>57</sup>

---

<sup>57</sup> MAZZÁFERO, V. E., GIACOMINI, H. Y MARCONI, E. "Determinantes de violencia social frente al nuevo milenio", *Revista del Instituto de Higiene y Medicina Social*, 2000, 4 (4), pp. 9-19.

## Epílogo

*Se escriben estas líneas desde el otoño del año 2003. El siglo XXI ha comenzado en medio de estallidos de violencia, de todo tipo de violencias. La economía (con creciente desigualdad tanto nacional como internacionalmente) mantiene una dirección que nadie cree que pueda sostenerse en el tiempo. El progreso técnico, que produjo por siglos la mejoría paulatina de la calidad de vida del conjunto social, ha sido expropiado por unos pocos y es hoy el motor de la concentración de la riqueza, la pérdida del empleo y la precariedad del trabajo. El frágil e imperfecto orden jurídico y político internacional de los finales del siglo XX se resquebraja y amenaza con derrumbarse.*

*La pobreza y la miseria han alcanzado en la Argentina, como consecuencia de una larga historia poco asumida, niveles nunca imaginados. En el primer semestre del año 2002 se produjo una hambruna, tal vez la primera de esas proporciones en el país. Las muertes infantiles por la combinación del hambre y la infección son una vergonzosa realidad que ya denunciaba Penna a comienzos del siglo pasado, conocida desde hace siglos en las regiones del norte, como reiteradamente denunciaba Oñativia. Su frecuencia se venía reduciendo (en algunas zonas con desesperante lentitud), pero al recrudecer ahora y ser difundidas desde las pantallas de televisión, han conmovido a todos. Como muchas veces sucede, nos impactan realidades que no veíamos porque no las queríamos ver.*



*Algunos jóvenes y algunas jóvenes parejas con sus hijos, se embarcan con destino a Europa, intentando corregir el “error” de sus abuelos o bisabuelos; dicen hacerlo para asegurar el futuro de los hijos que tienen o piensan tener, ejemplificando el síndrome de la tercera generación”. Aquel promisorio futuro argentino que inspiraba a Darío a principios del siglo pasado y que aún imaginaba Colin Clark en los cuarentas, recuerda hoy a la alusión desilusionada de Borges sobre los paraísos ... perdidos.*

*Desde este singular momento de la vida nacional intentaremos formular una conclusión sobre las hipótesis formuladas en la Introducción sobre nuestro relativo “avance sanitario” en la década de los cincuenta y el retroceso posterior. La posición que nuestros indicadores sanitarios (la expectativa de vida y sobre todo la tasa de mortalidad infantil, aquel “necrómetro” de Rawson), alcanzaron a mediados del siglo pasado serían, como se como se sugirió en la Introducción, el resultado de la confluencia del desarrollo de la educación pública, especialmente de la educación femenina (es el elemento que se asocia con más fuerza al descenso de la mortalidad infantil), de la generalización de las obras de higiene pública y salubridad (de la higiene de los pobres, como decía Wilde y cuya importancia demostró Coni en Mendoza). Los indicadores sanitarios muestran una estrecha asociación con los que miden cada uno de esos desarrollos a lo largo del tiempo; cuando alguno de ellos se atrasó en alguna región o provincia, los indicadores sanitarios lo reflejaron.*

*La pérdida de la posición que esos indicadores sanitarios elegidos asignaban a la Argentina hasta 1950 respondería: 1) a la imprevisión sanitaria en los asentamientos periurbanos de las últimas décadas (o a la falta de planificación de esos asentamientos, que se permitieron en áreas carentes de la infraestructura sanitaria que poseían otras zonas poco pobladas), y 2) a la falta de una calidad uniforme del sistema de atención médica (componente cuya importancia crece con la efi-*

*cacia médica desde mediados del siglo pasado), el cual fue fragmentado por la ocupación y por la edad de los beneficiarios. Los países que en las últimas décadas ocuparon la vanguardia en esos indicadores alcanzaron, todos ellos, altos grados de integración en sus sistemas de atención.*

*Respecto de la fragmentación (o la débil cohesión) de la sociedad, conviene recordar que fuimos relativamente exitosos al integrar el aluvión inmigratorio de fines del siglo XIX y comienzos del XX; existieron brotes xenófobos, pero no fueron ni muy extendidos ni duraderos. En cambio no supimos conseguir que se consolidase en el territorio nacional el “arco englobante de las solidaridades”.*

*En estos últimos años, junto con las conductas antisociales y las rupturas de la solidaridad que describimos con las palabras de Simonetti, se han multiplicado también espontáneas respuestas sociales solidarias, de ámbito nacional, tanto en la masiva protesta como frente a situaciones de emergencia social. Han atravesado jurisdicciones y clases sociales; pretendieron, y a veces consiguieron, voltear un gobierno y modificar el curso de la política, paliar momentáneamente el hambre o mitigar las consecuencias de una catástrofe natural y se reiteraron, a pesar de haber sido varias veces (recuérdese el destino de las donaciones durante la guerra de las Malvinas) estafadas por la maquinaria oficial.*

*Estas evidencias sugieren que existe (tal vez desde hace mucho tiempo), una solidaridad social básica de ámbito nacional que no hemos sabido colocar en esos cauces institucionales adecuados que le hubiesen conferido permanencia y la hubieran reforzado. Algunos otros hechos recientes autorizan a suponer la existencia en la sociedad de un importante conjunto de consensos básicos (la necesidad de reconstruir una institucionalidad igualitaria y efectiva, por ejemplo), cuya materialización también se obstaculizó y distorsionó desde las múltiples instancias del poder.*

*Ese poder que mantuvo, y mantiene todavía en muchos lugares, un feudalismo personalista y anacrónico disfrazado de federalismo y que convirtió al conjunto de las instituciones que podían canalizar la solidaridad, organizarla y consolidarla, en un “mercado negro político”. Mercado en el cual se negociaban y concedían privilegios grupales y personales, financiados con los recursos de toda la sociedad, a cambio de apoyo político, partidario o personal. Después, la retracción del Estado y la confusión entre lo público y lo privado acabaron por transformar el mercado negro político, simplemente, en un mercado negro más. La venta clandestina de privilegios se hace por dinero y no por apoyo político, en una sociedad en la cual están desapareciendo los ciudadanos y quedan sólo los clientes y los solicitantes.*

*Nuestra sanidad fue iniciada para proteger la salud del conjunto de la población (imperativo de orden público) y evitar perjuicios en el comercio internacional. En la época en la cual se comprendió la necesidad de su coordinación con la asistencia, la fragmentación se ubicaba sobre todo en el prolongado conflicto jurisdiccional, que nunca fue generalizado pero tampoco suprimido. Cuando éste redujo su intensidad, la dispersión de las competencias de la salubridad y la fragmentación de la atención médica en una multiplicidad de instituciones corporativas de seguro obligatorio, con diferentes calidades de servicios, hizo retroceder la seguridad sanitaria anterior. Se comprometieron la existencia y oportunidad de las notificaciones de los eventuales peligros y la efectividad y oportunidad de las respuestas frente a esos peligros, pero también frente a las demandas de la población<sup>1</sup>.*

---

<sup>1</sup> Las demandas de la población se refieren prácticamente siempre a la atención médica. El enfermo de SIDA no cuestiona la ausencia de una oportuna campaña de prevención sino que reclama atención y fármacos. Recientemente Even y Debré señalan: “En apenas un año se han anunciado (en Francia) 17 planes sucesivos de Salud Pública [...] se llega, según la Sociedad Francesa de Salud Pública, a una ausencia total de sentido, mantenida por el hecho de que sólo las crisis parecen ser tomadas en cuenta para definir una política de salud. Convendría —añá-

*La estructura de la sanidad actual ha sido reprobada por el SIDA y por el cólera; ahora la desafía el dengue, que por fortuna todavía no se ha aprovechado cabalmente de nuestras debilidades. Si se mostró poco eficaz frente a las viejas amenazas, ¿podremos confiar en ella frente a las nuevas epidemias, que hoy se comprueba que aprovechan los avanzados medios de transporte de la sociedad globalizada y frente a las cuales parecen esenciales la velocidad y la coordinación de las respuestas?*

*Se pretendió dotar a las instituciones nacionales de Salud Pública de una mayor jerarquía, para contrarrestar la dispersión de sus competencias y para aumentar su influencia en los ámbitos provinciales. Pero cuando se consiguió la jerarquía ministerial, se expropió al Ministerio o Secretaría de Salud la determinación de la configuración del sistema de servicios, que es el cauce en el cual se pueden (y deben) incorporar valores políticamente trascendentes en la atención de la salud.*

*A Carrillo se le restringió el ámbito de acción con las instituciones que se creaban desde Trabajo y Previsión. Noblía y Oñativia no pudieron completar sus propuestas de configuración. A Holmberg y Mondet se les escamoteó la propuesta de generalización del seguro obligatorio, que se distorsionó desde otros ámbitos. A Liotta y a Neri les resultó imposible corregir las malformaciones congénitas. Los servicios públicos de atención médica, que constituyeron alguna vez medios reconocidos de legitimación del Estado, podrían recuperar la capacidad para serlo nuevamente, pero sólo si se integraran con la fi-*

---

den — salir de la gestión mediatizada e improvisada de los grandes temores relativos a sucesos minoritarios para tener el coraje de focalizarse sobre la gestión de las verdaderas prioridades en la gestión de los riesgos. En los treinta años por venir habrá entre nosotros 10 casos de muertes por encefalitis espongiforme bovina (vaca loca) contra tres millones de fallecimientos por tabaquismo y consumo excesivo de alcohol, 90.000 fallecimientos de menores de un año, 1.600 mujeres muertas en el parto, 30.000 suicidios entre los jóvenes. La lista de acciones de Salud pública necesarias es larga y los medios disponibles y la voluntad política bastante limitados. No se puede sino lamentar que la Salud Pública no disponga sino de 20.000 millones de francos, o sea el 20% del gasto en salud; que ninguna acción de educación de la población, de prevención y detección temprana sea organizada desde las escuelas y los barrios, apoyándose en la red de médicos generales.” EVEN, PH. et DEBRÉ, B., *Avertissements aux malades, aux médecins aux élus*, Ed. La recherche midi, Paris, 2003, p. 108.

*nanciación solidaria de una seguridad social universal y esto no depende del Ministerio o Secretaría, que sólo adquirió las consecuencias menos deseables de esa jerarquía: la politización del personal superior y la reducción de la duración de las gestiones.*<sup>2</sup>

*Varias manifestaciones públicas difundidas por los medios de comunicación en los últimos tiempos plantearon que el mantenimiento de ministerios nacionales de educación y de salud después del traspaso prácticamente total de las escuelas y los hospitales a las jurisdicciones provinciales era una redundancia y un despilfarro. Detrás del reclamo estaban, seguramente, el rechazo generalizado por la ineffectividad y por el retardo de las respuestas de instituciones cuyas dirigencias eran cuestionadas en su totalidad. Pero ese reclamo era también un signo de que no existe un consenso básico sobre las funciones de esos organismos nacionales, como no sean esas afirmaciones genéricas que apelan a la orientación o la coordinación. En el ámbito de la salud, la población todavía no comprende “las cosas nacionales”, esas que deberían “ir creándose”, según decía Vélez Sarsfield en 1826.*

*La “seguridad social” médico-sanitaria, en su variedad primitiva, la “profesional” iniciada por Bismarck<sup>3</sup> o en la “universal” más reciente y difundida, inaugurada por Beveridge<sup>4</sup>, se ha convertido en motivo de orgullo para Europa, como medio eficaz y eficiente de producir salud y cohesión social, sin desmedro de que haya que introducirle todas las modifica-*

<sup>2</sup> Carrillo estuvo casi ocho años al frente de la Secretaría/Ministerio. Ningún otro secretario o ministro de Salud Pública consiguió igualarlo, y la mayoría de ellos estuvieron períodos menores a tres años, algunos sólo unos meses. Si al ingresar, alguno supone que afronta como desafío la doma de un potro chúcaro, aprende luego que sólo se trata de una jineteada, en las que el éxito se mide por el tiempo que consigue permanecer y por la forma en que se cae.

<sup>3</sup> Base de los sistemas de Austria, Bélgica, Francia, Alemania y Holanda.

<sup>4</sup> Vigente en su esencia en Dinamarca, España, Finlandia, Grecia, Irlanda, Italia, Noruega, Portugal, Suecia y el Reino Unido. El ejemplo de España, que transformó hace relativamente poco un sistema “profesional” en uno más ambicioso y moderno de carácter “universal”, y lo hizo en todo el reino, a pesar de la fuerza que tienen las autonomías, merece ser destacado.

*ciones que demanden los cambios demográficos, económicos y tecnológicos. A la variedad corporativa argentina, que no sólo produce poca salud con altos costos sino que colabora para debilitar o dificultar la consolidación de la solidaridad global, se la ha pretendido corregir con recetas ultraliberales, como si hubiese que flexibilizar un estado de bienestar que no llegó a existir nunca entre nosotros.*

*Acaso sean los Consejos Federales quienes debieran esclarecer a la población sobre la necesidad de la instancia nacional. Además, en el caso específico de la salud, donde los argumentos de Penna y de Aráoz Alfaro siguen teniendo vigencia (tal vez mayor frente a las amenazas actuales), podría pensarse en constituir, dentro del organismo sanitario nacional, un núcleo pequeño que reuniese a esos centinelas que son “sentido de las murallas”, para precaverse de los centinelas dormidos, “vanguardia de los enemigos”, en las metáforas de Saint Exupéry.<sup>5</sup>*

*El centinela garantiza la seguridad de la ciudadela; la seguridad sanitaria es la más moderna de las expresiones en los países europeos para identificar el objeto que la salud pública busca obtener o proteger.<sup>6</sup> Ese núcleo, jerarquizado por una ley que más que consentida debería ser construida por todos, estaría facultado para requerir y exigir la colaboración de todos los organismos en todas las jurisdicciones. Su presupuesto básico y su continuidad directiva se podrían asegurar, como proponía el proyecto de Capurro de principios del siglo pasado (Capítulo VIII), a través de una partida presupuestaria individualizada y el necesario acuerdo del Senado. para la designación y cesantía de sus autoridades.*

*Las medidas que ayuden a separar lo que debe estar separado (como en la institucionalidad propuesta por Coni), pero*

<sup>5</sup> SAINT EXUPÉRY, A. de, *Ciudadela*, Goncourt, Buenos Aires, 1976, pp. 254-255.

<sup>6</sup> Véase por ejemplo la ley francesa del 29 de julio de 1994.

*sin dañar las coordinaciones necesarias, y a construir una sanidad federal que garantice la seguridad sanitaria en todas y en cada una de las provincias, sólo pueden esperarse de ministros (nacionales y provinciales) con solvencia técnica, con experiencia y, por qué no decirlo, con grandeza, en tanto limitarían el poder cuya custodia y ejercicio se les ha confiado. Darían muestra de haber aprendido de Rawson a diferenciar las soluciones de los parches, y a realizar lo posible en cada momento, pero sin confundir ni ocultar su verdadero carácter.*

*Dentro del arsenal de medidas potencialmente útiles para afrontar situaciones de urgencia social se han realizado recientemente las técnicas de focalización, que permitirían conseguir rápidamente la equidad. En sociedades con un nivel básico de igualdad, la equidad es un perfeccionamiento de esa igualdad básica y la focalización no tiene sino beneficios. En sociedades fragmentadas, que carecen de las igualdades básicas (o donde éstas se han debilitado), la focalización puede representar una nueva fragmentación, hecha con las mejores intenciones, que se suma a muchas otras menos bienintencionadas.*

*La sociedad acaba de elegir el gobierno que la gobernará los próximos años, en una elección en la cual se pudo apreciar la importancia de ese cinturón periurbano que sólo política o administrativamente puede separarse de la ciudad de la cual forma parte y que intentamos retratar en varios sucesivos momentos de su evolución. A la hora de establecer los límites de una unidad, la convivencia es más fuerte que las separaciones político-administrativas.*

*Habrá que reconstruir casi todo. Llevará tiempo y esfuerzo. Requerirá creatividad, talento y perseverancia. La preservación y el mejoramiento de la salud tienen una consistencia social<sup>7</sup> que se beneficia de la solidaridad, pero que también es-*

---

<sup>7</sup> Expresión acuñada para los actos médicos por LAÍN ENTRALGO, P. *La Relación médico-enfermo*, Rev. de Occidente. Madrid, 1964, p. 457-469.

*timula su desarrollo. Si Rawson proponía utilizar esas potencialidades para crear la fraternidad entre las naciones, ¿por qué no podría pensarse que pudiesen ayudar a la recreación de las solidaridades internas y a la recuperación y consolidación de la ciudadanía? La lucha contra la inseguridad sanitaria, ¿no será otro frente de la lucha que los argentinos deben emprender contra las inseguridades?*

*A lo mejor, este esfuerzo por entender, “ni llorar, ni indignarse, sólo entender”, este pájaro que fuimos a buscar al País del Recuerdo, con algunos reflejos en las plumas que a veces nos parecen azulados, pueda ser útil para la reconstrucción.*

*Buenos Aires, junio de 2003*



## ÍNDICE DE LÁMINAS

Miguel Gorman . . . . .	79
Agustín Eugenio Fabre . . . . .	84
José Antonio Fernández . . . . .	113
Juan José Montes de Oca . . . . .	128
Ireneo Portela . . . . .	148
Claudio Mamerto Cuenca . . . . .	175
Portada de la <i>Biografía</i> de Guillermo Rawson . . . . .	178
Guillermo Rawson (Archivo General de La Nación) . . . . .	182
Puerto de Buenos Aires hacia 1873, (Archivo General de La Nación) . . . . .	187
La avenida de las Palmeras, en Palermo. Alrededor de 1890. <i>Buenos Aires Anteaeyer</i> , Manrique Zago ediciones, Buenos Aires, Argentina, 1983 . . . . .	197
Portada de las <i>Conferencias sobre Higiene Pública</i> de Guillermo Rawson. . . . .	201
Los niños del conventillo, 1905 <i>Buenos Aires Anteaeyer. Op. cit.</i> . . . . .	208
Eduardo Wilde, (Archivo General de La Nación) . . . . .	217
Juan Ángel Golfarini . . . . .	220
Pedro Mallo, (Archivo General de La Nación) . . . . .	221
Portada de <i>Curso de Higiene Pública</i> , de E. Wilde . . . . .	225
José Mariano Astigueta . . . . .	245
La revolución del Parque. Esquina de Talcahuano y Lavalle. 1890. <i>Buenos Aires Anteaeyer, Op. cit.</i> . . . . .	253
Portada de <i>La peste bubónica</i> , de J. Penna. . . . .	260
Luis Agote en su biblioteca . . . . .	261
Reunión de una sociedad de la comunidad italiana (alrededor de 1880) <i>Buenos Aires Anteaeyer. Op. cit.</i> . . . . .	265
Emilio Coni (Archivo General de La Nación) . . . . .	282
Despacho de Emilio Coni, (Archivo General de La Nación) . . . . .	295
Cecilia Grierson. (Archivo General de La Nación) . . . . .	302
La distribución de la leche a fines del siglo XIX. <i>Buenos Aires Anteaeyer, Op. cit.</i> . . . . .	303
La distribución de la leche a comienzos del siglo XX. <i>Buenos Aires Anteaeyer, Op. cit.</i> . . . . .	304
“Incubadora”, lamina que acompaña a una carta de Coni desde París a <i>La Prensa</i> . . . . .	307
Plano de red de agua (ciudad de Mendoza) . . . . .	317

Planos de la red cloacal de Mendoza. Plan de Saneamiento . . . . .	317
Colecta para el Patronato de la Infancia, <i>Buenos Aires Anteayer. Op. cit.</i> . . . . .	345
Trabajos infantil, alrededor de 1900. <i>Buenos Aires Anteayer. Op. cit.</i> . . . . .	347
Domingo Cabred, (Archivo General de La Nación). . . . .	360
Disturbios callejeros en 1919, “La semana trágica”, <i>Buenos Aires Ayer</i> . Manrique Zago ediciones, Buenos Aires, Argentina, 1984 . . . . .	379
Reunión de una sociedad de alemanes hacia 1920, Manrique Zago ediciones, <i>Op. cit.</i> . . . . .	381
Gregorio Aráoz Alfaro . . . . .	398
Maximiliano Aberastury, (Archivo General de La Nación). . . . .	404
Gregorio Aráoz Alfaro y Ricardo Rojas, (Archivo General de La Nación) . . . . .	406
Pedro Escudero . . . . .	408
Tiburcio Padilla . . . . .	408
Carlos Saavedra Lamas y F. D. Roosvelt, (Archivo General de La Nación). . . . .	422
Carlos Saavedra Lamas en la <i>IX Conferencia Sanitaria Panamericana</i> , (Archivo General de La Nación) . . . . .	424
Miguel Sussini, (Archivo General de La Nación) . . . . .	428
Juan Jacobo Spangenberg. . . . .	438
La educación de la mujer, <i>Buenos Aires Ayer. Op. cit.</i> . . . . .	444
Clausura del <i>Congreso Sanitario Nacional</i> . En el centro, el Vicepresidente Cnel. Perón y Manuel Viera . . . . .	468
Ramón Carrillo . . . . .	490
Ramón Carrillo dirige un operativo de desratización . . . . .	493
Fred Soper, Gerónimo Remorino y Ramón Carrillo (Archivo General de La Nación) . . . . .	528
Presidente Pedro Eugenio Aramburu, Francisco Martínez y Francisco Elizalde . . . . .	550
Francisco Elizalde en una reunión sobre transferencia de hospitales. . . . .	556
Héctor Noblía con Arturo Frondizi, (Archivo General de La Nación) . . . . .	582
Arturo Oñativia . . . . .	598
Arturo Oñativia y Plácido E. Nosiglia . . . . .	602
Sergio Provenzano, (Archivo General de La Nación) . . . . .	611
María Estela Martínez de Perón, Juan Domingo Perón y José López Rega. . . . .	656

## ÍNDICE DE NOMBRES

- Abadie, P. 608  
 Abadieía, P. 658  
 Abálos, J. B. 400  
 Abel-Smith, B. 7, 23, 24  
 Aberastury, M. 321, 356, 404, 406, 411, 421, 430, 595  
 Acerbi, 167, 217, 218, 220, 224, 225, 235, 236, 244, 245  
 Acerboni, A. V. 394  
 Acosta, M. 200  
 Acuña, C. O. 468  
 Adams, 87  
 Agote, L. 259, 261, 263, 353  
 Agüero, J. S. de 119, 120  
 Aguilar, O. 608, 631  
 Ahumada, J. 591  
 Alberdi, J. B. 52, 106, 109, 110, 119, 129, 130, 144, 182, 185, 189, 195, 196, 224, 229, 230, 329, 435, 641  
 Albertal, J. 657  
 Aldao, A. 281  
 Alderete, C. 666  
 Alem, L. 225, 252, 346, 349, 377, 418-419  
 Alende, O. 586  
 Alfonsín, R. R. 651-652, 664-667, 660, 675  
 Alfonso, P. 323  
 Allende, S. 576, 664  
 Alonso Fernández, V. 596-597, 608, 631  
 Alonso, V. 512  
 Alsina, A. 218, 226  
 Alsina, V. 140, 142, 149, 160, 162, 167, 184, 192, 223, 225, 234, 279  
 Alsogaray, A. 578, 623, 627  
 Alsogaray, J. 581, 623  
 Alvarado, C. A. 407, 429-430, 440, 446, 522-523, 533, 632-633, 643  
 Alvarado, M. 420  
 Alvarado, R. 143  
 Álvarez Jonte, 104  
 Álvarez Salas, 306  
 Álvarez Thomas, 104  
 Álvarez, A. 548  
 Álvarez, C. 672-673  
 Álvarez, Clemente 332  
 Álvarez, J. 331  
 Álvarez, M. 58, 59, 60  
 Álvarez, T. 129, 173, 176  
 Alvear, M. T. de 104, 234, 235, 267, 287, 289-291, 332, 375-378, 382-383, 395-398, 406, 408, 417-419, 421, 437, 451, 490, 593  
 Amaru Tucap, 82, 83  
 Ameller, G. 130  
 Amherst, Jeffrey 48  
 Anadón, F. 482  
 Anaya, E. C. 452  
 Anchorena, N. de 125  
 Anchorena, T. de 102, 125  
 Andonaegui, 62  
 Andrade Olegariov 217  
 Ángelis, P. de 122, 124  
 Antunes, A. 550  
 Aramburu, E. 539, 541, 546, 550, 571, 575, 578, 629  
 Aranda, 73

- Aráoz Alfaro, G. 11, 22, 30, 109, 123,  
 146, 167, 168, 177, 178, 180, 181,  
 182, 184, 190, 192, 201, 207, 211,  
 212, 233, 238, 240, 242, 244, 245,  
 254, 258, 262, 282, 298, 301, 333,  
 340, 348, 355, 359, 361, 362, 364,  
 369, 370, 373, 374, 380, 383, 384,  
 395-400, 404-409, 415-416, 421, 424,  
 426, 428, 431, 434, 446, 501, 517,  
 546, 549, 574, 593, 595, 598, 635,  
 680-681, 691  
 Arata, N. 249, 292, 294, 297, 350-351,  
 357  
 Araujo G. 161  
 Aráuz, M. 204, 233, 249  
 Arce, J. 407, 411, 490, 492  
 Archila, R. 71  
 Arciniegas, G. 43  
 Arechaga, G. 88  
 Arendt, H. 673  
 Argerich, A. 149  
 Argerich, C.M. 85-86, 88, 90-91, 100, 105,  
 114, 176  
 Argerich, F. 57, 82, -83, 86, 105  
 Argerich, J. A. 159  
 Argibay Molina, 549  
 Arismendi, 79  
 Aroche, J. I. 88  
 Arreaza Guzmán, A. 591  
 Arredondo, marqués de 83, 91, 199, 224  
 Arrieta, R. A. 128  
 Artaza, D. 322  
 Artigas, J. 103, 105, 108, 228  
 Astete, Padre 124  
 Astigueta, M. 244-246, 248, 256, 267-268,  
 283, 301  
 Auschutz, G. 369  
 Ávalos, general 455-456, 579  
 Avellaneda, N. 115, 146-147, 165-166,  
 199, 215, 218, 221, 223-228, 234, 266,  
 287, 339, 667  
 Ávila, A. 408, 470, 593  
 Azevedo Sodré, A. 353, 355  
 Aznares, E. P. 86  
 Bachmann, A. 384, 404-405  
 Badaracco, J. 631  
 Bailliare, J. B. 291  
 Baily, S. B. 485  
 Balado, M. 490, 492  
 Balbín, R. 541, 599, 659-660  
 Balcarce, J. R. 122, 124-125  
 Baliña, 406  
 Balmis, J. de 89  
 Balossi, E. 610  
 Bandoni, A. 617  
 Barba, E. M. 56-57, 62  
 Barbeito, A. C. 453, 653  
 Barbieri, A. 351, 369, 404  
 Barcia, S. 332  
 Bard, L. 400, 404, 406  
 Barer, M. L. 681  
 Baria, M. 79  
 Baring Brothers, 225  
 Barley, R. 62-63  
 Baroa, Dhiman 151  
 Barrenechea, J. J. 586. 610  
 Barrès, M. 417  
 Barrios Arrechea, R. 667  
 Barrios Pimentel, J. I. 161  
 Bateman, ing. 161, 203-204, 225  
 Bauer, C. 629  
 Beas, M. T. 634, 658  
 Becker, D. 588  
 Beek-Herzog, 145  
 Behm, H. 210  
 Bejarano, J. R. 588  
 Belgrano, M. 73, 92, 106, 144, 161, 188,  
 227, 258  
 Béliz, G. 640, 666  
 Bell, 173  
 Bélmár, M. A. 146, 186  
 Belmartino, S. 410, 440, 549, 552-553,  
 586-587, 589, 611, 614, 657, 658, 660,  
 663, 665, 666  
 Belou, P. 181-182, 184  
 Benaim, J. 631  
 Benavídes, N. 185-189, 203  
 Benegas, T. 250  
 Bentham J. 111, 153

- Bergson, 491  
 Bernard, Claude 237, 286, 288  
 Berón de Astrada, 126  
 Berruti, R. 219  
 Bertillon, 209, 319  
 Bevacqua, R. 529, 534  
 Beveraggi, E. 667  
 Beveridge, W. 26, 500, 505, 547, 690  
 Biedma, M. 233  
 Bielsa, R. 346, 407, 430  
 Biggs, H. M. 355  
 Bilbao, M. 290  
 Biocca, S. 586  
 Bismark, O. Von 341, 394, 453, 472, 505, 690  
 Blanco, E. 540, 578-580  
 Blet, L. 76, 92  
 Bloch, C. 410, 552-553, 587, 614, 657, 660, 658, 663, 665, 666  
 Bluthner, ing. 294  
 Bó, S. 610  
 Bodio, 319  
 Bolivar, S. 52, 328  
 Bollano, 61-62  
 Bollini, F. P. 287, 295  
 Bonaparte, J. 99  
 Bonifacio, B. 394  
 Borah, W. 47  
 Borches, A. 204, 277  
 Borges, J. L. 9, 416, 686  
 Borlenghi, A. 482  
 Bosch y For, B. 142, 149, 176  
 Botana, 167, 228-229, 479, 571  
 Bottindari, 608, 631  
 Boyer, M. 608, 631  
 Bramugia, J. 482, 518  
 Bravo, M. 394  
 Brignone, general 664  
 Brockington, F. 151, 154  
 Brovssais, 277  
 Brown, Guillermo 118  
 Brusco, C. M. 609  
 Bucarelli, 58, 81  
 Budnik, E. 551  
 Bullrich, intendente 331-332  
 Bulnes, M. 188  
 Bunge, Alejandro 301, 434  
 Bunge, Augusto 369, 375-376, 390-391, 393-394, 410, 544, 547, 587, 635, 670  
 Bunge, C. O. 344  
 Buño, W. 89  
 Buonocore, D. 276  
 Burdelais, P. 47  
 Buschiazzo, J. 289, 332  
 Bustillo, P. Cnel. 160, 219  
 Bustos, 108, 120  
 Cabral Des Champes, G. 161  
 Cabred, D. 167, 359-361, 402  
 Cagnoni, ing. 300  
 Calmetee, 259  
 Calvo, C. 148  
 Campins y Ballester, L. 71  
 Campo, del G 190  
 Camponovo, L. 617  
 Cámpora, H. 631, 655, 657, 662  
 Campos, I. 663  
 Canabal, J. 319  
 Candebat, M. 586  
 Cané, M. 225, 303, 347  
 Canitrot, C. 610-611, 658  
 Canning, 119  
 Cano, R. 305  
 Cantlon, B. 598-599, 602, 619  
 Cantón, E. 49, 59, 86, 88, 90, 123, 167, 192, 331, 351, 406, 552  
 Cantón, Z. 245  
 Cantoni, 403  
 Capdevilla, J. A. 82-84, 88, 100  
 Caprile, 626  
 Capurro, J. J. 384-385, 388, 411, 509  
 Carbalho Machado, A. 89  
 Carballido, 348  
 Cárcano, M. A. 420  
 Cárcano, R. 182, 251  
 Carcavallo, R. 588  
 Carlone, M. F. 468  
 Carlos II 53-54  
 Carlos III 48, 54-55, 57, 74, 76, 91  
 Carlos IV 76, 91, 99

- Carlos V 54  
 Carnes, B. A. 203  
 Carnino, M. I. 410  
 Carr-Saunders, 531, 590  
 Carranza, V. 474  
 Carrasco, P. 114  
 Carrillo, R. 34, 434, 459, 463, 469, 470,  
 471,474- 475, 476, 477, 480-482, 490-  
 498, 500-509, 511-513, 518, 520-527,  
 529-531, 533-534, 535, 542-544, 549-  
 550, 555, 557, 561, 564, 566, 573, 582,  
 585-586, 588, 594, 598-600, 609, 613,  
 625, 635-636, 640, 682, 689-690  
 Casal, M. A. 102  
 Casares, C. 225, 286  
 Cassel, Ch 203  
 Castelli, J. J. 85, 126  
 Castillo, R. S. 437, 438, 451, 540  
 Castlereagh, 328  
 Castro Sánchez, 579  
 Castro, E. 244  
 Castro, F. 577  
 Castro, M. A. 109  
 Cattani, J. 395, 441  
 Caxias, Duque de 156  
 Cereijo, R. 482, 484  
 Cerisola, A. 523, 548, 552, 583, 618  
 Cerrutti, H. 610  
 Cevallos, P. de 57-58, 61-62, 71-72, 79-80,  
 85, 91-92  
 Chadwick, 341  
 Chagas, J. 364, 372  
 Chantreau, 195  
 Chardin, Teilhard de 17  
 Chateaubrian, 285  
 Chervin, N. 154, 319  
 Chesnais, J. C. 202  
 Chiclana 103  
 Chiesa, V. 586  
 Churchill, 471  
 Ciganda Morere, 631  
 Cignoli, F. 157  
 Cisneros, B. H. de 91, 99  
 Civit, E. 310-311, 315-316, 318-320  
 Clark, C. 445, 540, 686  
 Clausewitz, von 453  
 Clemenceau, 360  
 Cobos, F. 241  
 Codoni, M de 158  
 Coghlan, ing. 142, 161, 203  
 Colbert, 50  
 Colesbery, 170  
 Coll, J. 81  
 Colombo, E. 227  
 Colombres, J. J. 176  
 Condorcet, M. J.,marqués de 17-18, 201-  
 202  
 Coni, E. R. 10-11, 22, 30, 150, 167, 187,  
 200, 211, 230, 242, 245, 250, 256-257,  
 277, 279, 281-298, 300-305, 311, 313-  
 316, 318-328, 330-333, 335, 340, 349-  
 350, 355, 359, 361, 376, 383-384, 397,  
 405-406, 440, 493, 511, 574, 593, 595,  
 599, 613, 673, 676-677, 681, 686  
 Coni, P. E. 284  
 Coni, P. J. 331  
 Consigli, C. 547, 629, 636, 639, 644  
 Constant, 111  
 Constantin von Monakow, 491  
 Conte, R. 328  
 Cook Sherbuen, F. 47  
 Corbello, A. 78  
 Corfield, W. H. 319  
 Corradi, J. 157  
 Correa Luna, C. 111  
 Correa, F. 394  
 Correas, E. 130, 641  
 Cortínez, S. 232  
 Cossio, P. 431  
 Cosson, A. 285  
 Costa Méndez, N. 627  
 Costa, A. 300, 331  
 Costa, E. 271, 189  
 Costantini, H. 31, 33  
 Coulin, R. F. 402-403  
 Cousin, M. 194  
 Cramer, 126  
 Cranwell, D. J. 160, 204  
 Crespo, A. 233, 275  
 Cristina, R. de Suecia

- Cromwell, 49, 457  
 Cruz, O. 119, 353, 387  
 Cuenca, C. M. 128, 165, 173, 174-177, 192, 200, 212, 279  
 Cumming, H. S. 209, 409, 426  
 Cuneo, D. 576  
 Cuorezza, O. A. 284  
  
 D'Amico, C. 189  
 Da Costa, Alvaro 115  
 Daireaux, E. 147, 186, 319  
 Dalton, M. 608  
 Dante, 189  
 Darío, R. 686  
 Darwin, 491  
 Davaine 205  
 Davila, Adolfo 306  
 Dawson de Penn, Lord 434, 471  
 Day, E. 158-159  
 De Andrea, 488  
 De Ayerza, 470  
 De Gaulle, 505  
 De Imaz, J. L. 420  
 De la Colina, B. 482  
 De la Fuente, D. 186, 272  
 De la Plaza, V. 217, 370  
 De la Rúa, F. 654, 672, 674  
 De la Torre, L. 127, 217, 419  
 De los Santos, 321  
 De Souza, L. 508-509  
 De Tomaso, A. 390  
 De Vries, 491  
 Dearing, P. 550  
 Debré, B. 506, 688-689  
 Del Arca, E. 331  
 Del Barco, J. 401  
 Del Mazo, G. 419  
 Del Valle, A. 52, 199, 224, 244, 252  
 Del Viso, A. 233  
 Dellepiane, L. 419  
 Derqui, S. 143, 149, 183, 190  
 Devoto, A. 237  
 Di Tella, G. 487, 580, 624, 655, 661, 668  
 Díaz Vélez, J. 128  
 Díaz, A. 122  
  
 Díaz, J. J. 255, 351  
 Díaz, M. J. 89  
 Dickman, E. 394  
 Dilthey, W. 491  
 Dimasse, L. 666  
 Dobyns 47  
 Domenech, A. L. 464  
 Dorado, F. 631  
 Dorrego, M. 115, 121-122, 124, 130, 132  
 Drago, L. 204  
 Driesch, H. 491  
 Drucker, P. 341  
 Duarte, Eva 456  
 Duarte, Juan 487  
 Duhalde, E. 674  
 Dunnant, 319  
 Dupont, J. 62  
 Durán, H. 591  
 Durand, C. 113  
 Durkheim, E. 24  
 Duverger, M. 24-25  
  
 Eberth, 257  
 Echagüe, ing. 294  
 Echavarría, V. A. 109  
 Eisenhower, D. 473, 577  
 Elizalde, F. 549, 550, 566-567, 584, 599  
 Elizalde, R. de 150, 189, 192  
 Emerson, K. 426  
 Enríquez Frödden, H. 551-552, 557, 566, 568, 596, 598, 634  
 Ensínck, O. L. 156-157  
 Escalera, J. 65  
 Escardó, F. 235, 574  
 Escudé, C. 420, 485, 540  
 Escudero, J. C. 605, 608  
 Escudero, P. 407  
 Espil, F. A. 420  
 Estrada, J. M. 234, 244, 252  
 Estrada, S. 636, 663  
 Etchegoyen, C. 636, 645  
 Evans, R. G. 681  
 Even, Ph. 506, 688-689  
 Evita, 488  
 Eyherabide, R. 552

- Eyquem, M. 482  
 Fabre, A. E. 84, 88, 100  
 Fajardo Ortiz, G. 50, 63, 474  
 Farrell, E. J. 452-453, 455-457, 469, 484  
 Favaloro, 657  
 Feld, S. 586, 682  
 Felipe IV, 53  
 Felipe V, 54-56, 66  
 Fernández de Agüero, 74  
 Fernández Espiro, E. 260, 354  
 Fernández, J. A. 85, 105, 113-114, 332  
 Fernández, J. R. 249  
 Fernández, M. I. 76-77, 80  
 Fernando VI, 54, 56-57  
 Fernando VII, 99-100, 103  
 Ferns, 112, 118, 127, 144, 222, 225, 251-252  
 Ferrari, G. 576  
 Ferre P. 122  
 Ferrer, A. 630  
 Ferreres, J. 62  
 Ferrero, C. 608  
 Fierri, A. 90  
 Figueredo, J. 260  
 Figueredo, S. 124  
 Figueroa Alcorta, J. 168, 347-348, 357, 360, 370  
 Finlay, C. 155, 237, 257, 324, 353, 355, 372  
 Flores y Troncoso, F. de A. 68-70  
 Flores, V. 192  
 Floria, C. A. 101, 199, 227, 234, 250, 348, 371, 377, 540  
 Floridablanca, conde de 73  
 Fontaine, R. de la 62-63  
 Fontana, F. E. 610  
 Fontana, J. J. 173  
 Foucault, 356  
 Fourrastieé, J. 512  
 Fraga, Contralmirante 663  
 Fragueiro, M. 108, 143  
 Framini, A. 630  
 Francia, A. 90  
 Franco, L. 122  
 Frank, J. P. 29, 341  
 Franklin, B. 196, 512  
 Fraschina, H. L. 464  
 Freire, J. M. 482  
 Frenkel, 257  
 Frers, 348  
 Frías, J. M. 159  
 Frigerio, R. 575, 577, 650  
 Frondizi, A. 486, 540, 541, 546, 569, 572-578, 580-582, 586, 592, 618-619, 629-630  
 Frondizi, R. 610  
 Furlong, G. 63, 65, 69, 76, 79- 81, 85, 123  
 Gache Pirán, 482  
 Gache, S. 238, 330-332  
 Gaffarot, J. 90, 114  
 Gaffarot, S. 85, 105, 128  
 Gainza, M. de 160, 218-219  
 Gallardo, A. 159, 323, 395  
 Gallegos, D. 314  
 Galli, E. 32, 450, 458, 459, 461, 476, 529, 561  
 Gallo, E. 348  
 Gallo, V. 370  
 Galtieri, general 664  
 Galván Moreno G. 106  
 Gálvez, J. de 76-77  
 Gálvez, M. 357, 390  
 Garay Juan de 63, 65  
 García Belsunce, C. A. 101, 199, 227, 234, 250, 371, 540  
 García Diaz, C. 598  
 García Valdés, J. 86, 90, 100, 113-114  
 García Valenzuela, R. 527. 529  
 García, A. 584, 596  
 García, J. A. 146  
 García, Justo 90, 119, 121  
 García, L. 463, 498, 512  
 García, Manuel J. 122  
 García, Martín 129-173  
 García, Miguel 128  
 Gargiulo, 488  
 Gari, P. 124-125, 174  
 Garino, J. 401  
 Garoselli, S. 90



- Gelly y Obes, J. 189  
 Germani, Gino 444-445, 680, 682  
 Giacomini, E. 19  
 Giacomini, H. 608, 683  
 Gianantonio, C. 643  
 Gil, J. B. 241, 243-244, 249, 255, 267-268, 293  
 Gilbert, A. 452-453, 458  
 Ginés González García, 675  
 Giró, J. 90  
 Godoy, 76, 194  
 Goethe, W 97  
 Goldstein, K 491  
 Golfarini, J. A. 220, 233  
 Golini, A. 680  
 Goltz, von der 453  
 Gómez Morales, 485  
 Gómez, A. 576, 578  
 Gómez, D. 634  
 Gómez, J. 80  
 Gómez, J. C. 156  
 Gómez, R. 83  
 Gómez, V. 102, 109, 115, 119, 121, 124  
 Gomila, padre 171  
 González Cortés, E. 342, 394  
 González del Solar, M. 312  
 González Islas, J. 67  
 González Rivadavia, B. 82  
 González Torres 156  
 González, A. 80  
 González, C. L. 525, 550  
 González, E. P. 451-453  
 González, J. A. 62  
 González, J. V. 52, 106, 110, 344, 346, 351  
 Gordillo, A. 645  
 Gore, 144  
 Gorman, M. 44, 71-72, 76-93, 102, 113-114, 132, 459  
 Gorostiaga, B. 143, 218  
 Goyena, P. 252  
 Gramajo, C. M. 238  
 Grande, E. 586  
 Grierson, C. 167, 302, 335  
 Grimau, M. 61-62  
 Grison, J. C. 114  
 Groussac, P. 396  
 Güemes, L. 292  
 Güemes, M. 101, 470, 600  
 Güevara, E. 592  
 Guido, J. M. 122-123, 546, 573, 578, 580, 592, 619  
 Guizot, 111  
 Gutiérrez, J. M. 143  
 Gutiérrez, R. 160  
 Haeckel, E. 491  
 Halley, 46  
 Harvey, 204  
 Haussman, Barón G. E. 532  
 Haya de la Torre, 419  
 Henle, 205  
 Hernandarias de Saavedra, 65  
 Hernández, D. 394  
 Hernández, H. 105  
 Hernández, J. 224  
 Herrera Vegas, R. 160, 220, 249  
 Herrera, E. 248  
 Hertzman, C. 681  
 Hobbes, T. 483  
 Hobson, W. 151  
 Holmberg, E. D. 547, 608, 624-625, 628-631, 633, 635-636, 639-640, 643-644-645, 670, 689  
 Hoover, H. 417  
 Horwitz, A. 551, 591  
 Houssay, B. 424, 456  
 Howard, J. 266  
 Hudson, G. 181-182  
 Huergo, L. 285  
 Huertas, E. 295-296  
 Hug, L 617  
 Hugh, S. 209  
 Hugo Victor, 285  
 Huntington, S. P. 682  
 Husserl, E. 491  
 Ibarra, 70  
 Ibsen, 627

- Illia, A. U. 546, 569, 573, 575, 578-582,  
 594, 598, 603, 617, 619, 623-624, 626,  
 630, 644-645  
 Ingenieros, J. 235, 380  
 Insaurralde, A. 260  
 Irigoyen, B. de 168, 226, 232  
 Iriondo, 226  
 Isabel, 53  
 Izzo, 514  
  
 Jackson, 196  
 Jacobo I, 49  
 Jacques, A. 285, 396  
 Jaim Etcheverry, G. 36  
 Jameson, F. 668  
 Janssens, 297, 319, 322  
 Jaureche, A. 419, 486, 488, 630  
 Jelichich, M. 586, 598  
 Jenner, 44, 89  
 Jijón, F. B. 60  
 Jorge, F. 287  
 Juárez Celman, M. 215, 226, 235-236, 240,  
 242, 249-251, 253, 255, 263, 266, 282,  
 293, 339, 668  
 Juárez, M. 250  
 Justo, A.P. 593  
 Justo, J. B. 23, 251, 300, 331, 343, 370,  
 381, 394, 417-419, 421, 428, 437-438,  
 451  
  
 Kandel, B. 588, 670  
 Kapriola, 151  
 Katz, J. M. 617  
 Kennedy, J. 591  
 Keynes, Lord 202  
 Keyserling, H. 490-491  
 Klebs, 205  
 Koch, 205, 237, 257  
 Kochert, 251  
 Korn, A. 380  
 Kraly, 508  
 Kraus, P. 364, 405  
 Krehl, L. 491  
 Krieger Vasena, A. 629  
 Kusnetz, 589  
  
 Labella, A. 603  
 Labella, J. 631  
 Laborde, F. 553  
 Lacávera, P. 353  
 Lafayette, 111  
 Lagarde, A. 303, 397  
 Lagos, H. 141  
 Lagomarsino, R. 482  
 Lagosta Mota, J 88  
 Laín Estralgo, 205, 491, 692  
 Láinez, 234  
 Lamas, A. 106  
 Lambruschini, 467  
 Lamela, F. 88  
 Lanari, A. 617  
 Landry, 531, 590  
 Lanusse, A. A. 418, 576, 629-630, 639,  
 641-642, 645, 649, 655  
 Laperrière, G. de 291, 293, 315, 332, 346  
 Lardies González, J. 70  
 Larguía, F. 285  
 Laroque, P. 376, 472, 505-506. 661  
 Larraín, J. 178, 180-181, 185  
 Larrosa, S. 173, 200, 204, 207, 220  
 Las Heras, J. G. de 118  
 Lasch, C, 678  
 Laspiur, S. 226  
 Lastiri, R. 655  
 Lastra, B. 226  
 Latorre, gobernador de Salta 125  
 Lattes, A. 266  
 Lavagna, R. 468  
 Lavalle, J. 121-122, 126  
 Lavalleja, 118  
 Laverán, A. de 351  
 Lazarte, J. 416, 442-443  
 Le Breton, 382  
 Lebensohn, M. 419, 540-542  
 Lebret, L. J. 589  
 Lecor, 108, 115  
 Lecour, T. R. 384, 394, 396, 410  
 Leguizamón, O. 217, 226, 234  
 Leiva, gobernador de Santa Fe 139  
 Lepper, J. 114, 176  
 Levasseur, 319

- Levene, R. 70, 73, 99  
 Levingston, R. M. 418, 576, 629, 630, 635, 645  
 Licéaga, E. 352  
 Lincoln, A. 196  
 Liniers, S. de 90-91, 102  
 Liotta, D. 611, 647, 655-660, 662, 685, 689  
 Llambías, J. 409  
 Lloyd, B. J. 426  
 Lloyd, G. 23, 342, 472  
 Lo Vuolo, R. M. 453, 653  
 Löffler, 307  
 Lombardo, H. 672  
 Lonardi, E. 488, 489, 539, 549  
 Long, J. D. 424  
 López Bonilla, J. 586  
 López Jordán, 156, 171, 192, 266  
 López Rega, J. 655-658, 660, 662  
 López, E. 125  
 López, F. S. 149, 155, 192  
 López, P. 69  
 López, V. 102, 109, 121, 139-140, 224-225, 252, 676-677  
 López, V. F. 139  
 Loreto, 78-81, 91  
 Loudet, O. 176, 235  
 L'Ouverture, T. 154  
 Loyola San Ignacio 126  
 Lozano, N. 351, 364, 405, 409  
 Lue, Obispo 100  
 Lugones, L. 344, 417  
 Luis XIV, 53-54  
 Luna, F. 66, 452, 455-457, 489, 576-577, 581, 623-624  
 Luquet, P. 607-608, 631  
 Lutrario, A. 429  
 Lynch, J. 53, 74-75
- Mac Donnell, cónsul inglés 222  
 Machado, C. 103, 108, 118  
 Maciel, F. A. 83  
 Madera, J. 102, 113-114  
 Madero, H. 301, 358, 362, 457  
 Madison, 196
- Maeterlink, M. 36  
 Maggio, C. 364-365  
 Maglioni, L. 200, 285  
 Major, R. H. 79  
 Malbrán, C. A. 167, 261, 264, 268, 303, 331, 337, 349-350, 355-357, 372, 406  
 Mallo, P. 20, 86-87, 90, 143, 159-161, 207, 219, 221, 236, 267, 398  
 Malthus, R. 201-202, 394, 531, 590  
 Mammoni, O. 587  
 Mann, H. 195  
 Mann, M. 195  
 Manrique, F. 547, 630, 638-639, 645  
 Mansilla, C. 238  
 Manson, 351  
 Mantilla, M. 320  
 Manton, K. G. 203  
 Marconi, E. 19, 608, 683  
 Marenzi, A. 617  
 María Teresa, 53  
 Marínez de Hoz, J. A. 650, 663  
 Mármol, J. 184  
 Marques, 608, 631  
 Martínez Colombres, 596-597  
 Martínez de Hoz, J. A. 578  
 Martínez de Rosas, 328  
 Martínez de Salazar, gob. 65-66  
 Martínez Doblás, F. 130, 132  
 Martínez Estrada, E. 28, 541, 545  
 Martínez, A. B. 181, 292  
 Martínez, F. 439, 549, 550, 566-567, 584, 599, 606  
 Martínez, G. 423, 428, 437  
 Martini, C. 610  
 Matienzo, J. N. 395, 396, 398  
 Mattera, monseñor 235  
 Maurras, Ch. 417  
 Maza, A. 608, 627, 631, 669  
 Maza, R. 126  
 Maza, V. 125  
 Mazza, M. A. 456, 460, 463, 529  
 Mazza, S. 407, 411, 522  
 Mazzáfero, V. 19, 667, 683  
 Mc Keown, T. 476  
 Mc Kinley, J. B. 18

- Mc Neill, W. H. 48, 152, 341  
 Medina, A. 259, 261, 263  
 Meléndez, L. 359-360  
 Melo, P. Virrey 91  
 Méndez San Martín, 488  
 Mendez, F. 88  
 Méndez, G. 161, 237  
 Menem, C. 652, 668, 672-673  
 Menéndez Pidal, 380  
 Menéndez, B. 485  
 Menós de Llena, J. 76, 80, 85  
 Mera, J. 625, 636  
 Mercante, coronel 453, 456  
 Milene, 350  
 Miranda, M. 484-485  
 Mitre, A. 188  
 Mitre, B. 72, 119, 122, 140, 148-150, 158,  
 166, 169-170, 178, 180, 183-185, 188-  
 193, 199, 212, 215, 222-225, 228, 234,  
 236, 254, 266, 348, 485, 573, 627  
 Mitre, E. 348  
 Molina, C. 90, 149  
 Molinas, N. 171, 304  
 Molinero, E. 586  
 Moll, A. 430  
 Moncorvo, 319  
 Mondet, A. 566, 595, 610, 624, 628, 631,  
 634-636, 644-645, 670, 689  
 Montaigne, barón de 482  
 Montes de Oca, M. A. 105, 128, 148, 168,  
 176, 204, 206, 226, 360, 378  
 Monteverde, V. 452  
 Montt, Luis 195  
 Montt, M. 195  
 Montúfar, C. M. de 85, 90, 105, 109, 176  
 Montuschi, L. 640  
 Morales Solá, J. 667-668  
 Moreno, E. 643-644  
 Moreno, F. P. 292  
 Moreno, Mariano 92, 100, 102-103, 106,  
 114, 121  
 Moro, Tomás 17  
 Morse, 173  
 Moussy, M. de 186  
 Moyano Llerena, C. 629  
 Mucci, A. 665  
 Mühlens, 405  
 Muñiz, F. J. 123, 127, 129, 160, 220, 319,  
 332  
 Murillo, A. 319, 322  
 Murphy, 79  
 Murray, W. 505  
 Mussolini, B. 380  
 Napoleón, 89, 91, 152  
 Narbáits, 608, 631  
 Navarro, A. 60,  
 Navarro, T. 62  
 Negrón, gobernador 65  
 Neri, A. 611, 658-662, 665, 667, 689  
 Nicolini, 404  
 Nicolle, Ch. 405, 407  
 Nieto de Alderete, P. 588  
 Nietzsche, 494  
 Noble, J. 191, 193, 222-223, 226, 236, 251  
 Noblía, H. V. 546, 569, 573, 580, 582-586,  
 588-591, 599, 605-607, 609, 616, 618,  
 689  
 Noel, M. 420  
 Nogué, B. 88  
 Nosiglia, P. E. 552, 579, 598, 602-603,  
 611-612, 614, 619, 634, 659-660, 670  
 Nougues, J. G. 508-509  
 Nun, J. 665  
 Núñez Butrón, M. M. 132  
 Núñez, S. 426  
 Nyströmer, C. 245, 294, 316  
 Oberveck de Meijer, van 319, 322  
 Obligado, P. 142, 148-149, 16  
 Ocampo, B. 377  
 O'Donnell, G. 27, 97, 581, 639  
 O'Higgins, B.  
 Olaguer y Feliú, A. Virrey 84, 91  
 Olascoaga, L. 409  
 Olivera, E. 204  
 Olmos, 250  
 Olshansky, J. S. 203  
 Onaindia, J. M. 30  
 Oñativia, A. 546, 551-552, 569, 574, 578-

- 579, 597-598, 600, 602-603, 612-614,  
616, 619, 624, 631, 640, 666, 670, 685,  
689
- Onganía, J. C. 418, 547, 578-580, 621,  
623-624, 628-630, 644-645, 661
- Ontiveros, 190
- O'Reilly, A. 79-80
- Oribe, M. 126
- Oriol Anguera, 330
- Oro, J. 194
- Ortega Coronel, 250
- Ortega y Gasset, 380
- Ortiz de Rozas, 55
- Ortiz, R. M. 420, 437-438, 451, 474
- Oszlak, O. 28, 104-105, 143, 145, 189-  
190, 223, 229
- Otero, B. 130
- Oviedo, C. 607-608
- Oyhanarte, J. 30, 137, 379
- Ozores Soler, A. 632
- Pacheco, 139
- Padilla, T. (h) 429, 438
- Padilla, T. 159, 398, 408, 411, 546, 548-  
549, 569, 573, 592-595, 598, 600, 607,  
611, 619,
- Pagliani, 301, 319, 340
- Paitoví, A. 405
- Pakenham, 251
- Palacio Deheza, C. 650
- Palacios, A. 293, 332, 346, 382, 439, 443
- Palcos, A. 191, 196, 200
- Pallori, A. 679
- Palma, P. 384, 411
- Pampliega, E. 608, 631
- Pardo, P. A. 233, 240, 243, 255, 267, 293,  
470, 673
- Parish, W. 116-119, 126
- Parkes, 158
- Parodi, D. 279
- Passo, J. J. 102-104
- Pasteur, L. 205-206, 237
- Patrón Costas, R. 451
- Paulo Almeida de, F. 176
- Paunero, 190
- Paz Soldán, C. E. 429
- Paz, M. 149, 158, 189-190, 396
- Pearl, R. 394, 531
- Pedro I, 115, 156
- Pedroso, O. 543, 550-551, 554-558
- Pegy, Ch. 417
- Pellegrini, C. 32, 87, 215, 224, 227, 240,  
249-251, 253-254, 266, 282-283, 300-  
301, 345-348
- Peña, P. 354
- Peñaloza, A. 190
- Penna, J. 11, 31, 68, 70, 113, 167-168,  
219, 240-242, 256, 258-261, 264, 285,  
282, 292, 299, 301, 321, 324, 333, 339,  
351, 353, 355-358, 360-365, 367, 369-  
370, 372, 384, 397, 399, 404-406, 411,  
428, 440, 457, 470, 574, 595, 685, 691
- Pensotti, C. 400
- Pepa, C. 633, 643
- Peralta Ramos, M. 454, 458
- Peréz, E. 128
- Pergola, 204, 220
- Perina, 418
- Perlinger, general 454
- Perón, E D. de 485, 487, 496, 498, 501,  
527
- Perón, J. D. 417, 449, 451-457, 460-461,  
463, 469-471, 476, 482-484, 486-488,  
492, 494, 498, 501, 503, 516, 518, 521-  
523, 525, 529, 532, 537, 539-541, 543,  
561, 571-573, 575, 577-578, 580-581,  
596, 599, 630, 639, 647, 650, 655-658,  
661-662, 666, 671
- Perón, M. E. M. de (Isabel) 650, 654-656,  
662
- Perrin, G. 26-27, 544
- Perrone, N. 642, 644
- Perrow, Ch. 558
- Perselo, V. 410
- Pertence, S. 248
- Pertiné, B. 420
- Peterson, H. F. 455, 486, 575, 680, 682
- Petit, C. 79
- Petracca, R. 627, 629, 644
- Picazo Elordy, J. C. 482

- Piccinini, A. 666  
 Piccirili, R. 82, 106, 111-112  
 Pierre-Charles, G. 50  
 Pietranera, H. 627  
 Pineda, S. 113  
 Pinedo, general 125  
 Piñero, A. F. 245, 292, 348  
 Piñero, H. 249, 351  
 Pino, J. del, Virrey 91  
 Pintard, J. 70  
 Pinto, M. 140  
 Pío XII, 488  
 Pirovano, I. 206, 249, 287, 470  
 Pistarini, J. 482  
 Pizarro, M. D. 70, 232, 234  
 Pizzi, M. 591  
 Pizzurno, P. 344  
 Plachner de Molinero, I. 586, 608, 631  
 Planes, 677  
 Podestá, A. 542  
 Podestá, M. 248-249, 267, 292  
 Pomer. L. 156  
 Ponce, 314  
 Ponsonby, Lord 116, 119, 121  
 Porcel de Peralta, 395  
 Portales, D. 195  
 Portantiero, J. C. 665  
 Portela, B. 399, 403  
 Portela, I. 128, 148, 176  
 Posadas, G. de 104  
 Posse, J. 147, 250, 396  
 Potash, R. 417, 419  
 Prado, J. A. 88  
 Prandi, 508  
 Pratt, J. 329  
 Prebisch, R. 540  
 Prieto, A. 658  
 Primo de Rivera, 380  
 Pringle, J. 79  
 Pritchett, I. 679  
 Provenzano, S. 552-554, 547, 552-554,  
 569, 598, 610-616, 619, 659  
 Puchulú, F. E., 548  
 Pueyrredón, J. M. de 104, 108, 382  
 Puga Borne, 319  
 Pugliese, C. 580  
 Puig, F. 76, 80, 92  
 Puiggari, M. 233  
 Puiggrós, O. 645  
 Puiguillén, F. 89  
 Pujol, 276  
 Quijano, H. 487  
 Quintana, M. 282, 329, 337, 344-348,  
 Quirno Costa, N 356  
 Quiroga, F. 101, 122, 125, 129, 252  
 Quiroga, I. 350  
 Quiroga, M. 286, 351, 406  
 Rabinovich, A. 588, 607, 631  
 Ramírez, coronel 238  
 Ramírez, E. F. 292, 295, 300  
 Ramírez, P.P. 238, 451-453  
 Ramos Mejía, E. 224  
 Ramos Mejía, J. M. 235, 255-257, 259,  
 268, 287-288, 290, 292-293, 299, 313,  
 345, 350, 355, 357, 406, 420  
 Ravignani, E. 54, 106, 108, 112  
 Rawson, A. 170, 194  
 Rawson, F. 170  
 Rawson, G. C. 10-11, 22, 30, 128, 150,  
 157-161, 163, 165-167, 169-171, 173-  
 207, 209-212, 215-216, 218, 221, 223,  
 228-230, 258, 261, 279, 282-283, 285-  
 286, 291, 298, 323, 330, 332, 347, 357,  
 373, 407, 411, 435, 452, 470, 573, 599,  
 667, 676, 678-679, 681, 686, 692-693  
 Recchini de Lattes, Z. 679-680  
 Reed, C. 365  
 Reed, W. 237, 324  
 Reinafé, J. V. 130, 133  
 Remorino, 528  
 Repetto, H. 627  
 Repetto, N. 250, 254, 331, 343, 345, 377,  
 379, 382, 394, 457, 475  
 Restón, general 663  
 Revilla, E. 357  
 Revilla, J. 261  
 Rey Sumay, R. 464, 468  
 Ribeiro, C. 364

- Ribeiro, D. 47  
 Ricchieri, P. 344  
 Richer, C. 291  
 Rico de Badaracco, L. 607-608, 631  
 Ringuelet, A. 245  
 Rivadavia, B. 70, 101, 103-104, 106, 109-117, 119-121, 129, 132, 144-145, 148, 190, 228, 247, 300-301, 682  
 Rivadavia, M. 238  
 Rivarola, H. C. 146-147, 188, , 264-265, 267  
 Rivas, 199  
 Rivas, J. 404  
 Rivera, F. 118, 126, 188  
 Rivero, F. de P. 91, 130, 142, 176  
 Rizzi, C. 586  
 Robertson, M. 420  
 Roca, J. A. (h) 419  
 Roca, J. A. 127, 167, 215, 217, 224, 226-228, 230, 232-235, 240, 244, 249-251, 253-255, 259, 261, 266, 282, 331, 337, 339, 344, 345, 347-349, 360, 420, 627  
 Rocha, D. 228  
 Rockefeller, N. 455  
 Rodrigo, C. 656  
 Rodríguez Campoamor, N. 608, 631  
 Rodríguez Castells, H. 595, 598, 607, 608, 611, 619, 631, 636, 639, 645, 664  
 Rodríguez Jáuregui, 403  
 Rodríguez Peña, N. 104,  
 Rodríguez Saá, 674  
 Rodríguez, J. 666  
 Rodríguez, J. M., 474  
 Rodríguez, Manuel 83, 114  
 Rodríguez, Martín 106, 108, 115-116  
 Rodríguez, T. 260  
 Roe, J. ing. 153  
 Roemer, M. 563-564  
 Rojas Torre, Almirante 143  
 Rojas, M 88  
 Rojas, N. 507  
 Rojas, P. 66, 114, 143  
 Rojas, R. 128, 176, 344-345, 380, 406,  
 Rojo, Justina 170, 194  
 Rojo, T. 179, 181  
 Romaña, C. 522-523  
 Romero, B. 305  
 Romero, J. L. 379  
 Rondeau, J. 86, 104, 108  
 Roosevelt, F. D. 12, 25, 420, 422, 473, 506  
 Rosas, G. 188  
 Rosas, J. M. 85, 105, 121-130, 137, 170-171, 178-181, 190, 230, 235, 632  
 Rosembusch, F. 364-365  
 Rosen, G. 355, 473  
 Rosenbaum, M., 548, 552, 583, 588, 618  
 Rosenblat, A. 47-48  
 Roses, M. 8  
 Ross, 351  
 Roth, R. 578-579  
 Rothman, A. M. 266  
 Rothschild, barón de 254  
 Rouquié, A. 249-250, 383, 419, 483, 575, 580-581, 624, 629  
 Roux, 307  
 Rucci, J. 636  
 Ruiz del Castillo, R. 636  
 Ruiz Huidobro, 89  
 Ruiz Moreno, V. 89, 149  
 Saá, J. 183  
 Saavedra Lamas, C. 419-424, 676  
 Saavedra, C. 102-103  
 Sabá Sueyro, 452  
 Sábado, E. 541, 586  
 Sabattini, A. 454, 572  
 Sabsay, D. A. 30  
 Sáenz Peña, L. 215, 254, 282  
 Sáenz Peña, R. 168, 215, 224, 254, 266, 282, 329, 348-349, 369-370, 377, 438  
 Sáenz, A. 109-110, 118  
 Saint Exupery, 155, 691  
 Salas, J. 248, 311, 314  
 Salcedo, M. de, gobernador 55  
 Saldías, A. 224  
 Salguero y Cabrera, D. de 68  
 Salimbent, 259  
 Salimei, N. 627, 629  
 Salisburi. Canciller 251  
 Salk, 583

- Salterain, J. de 325  
 Salvadores, A. 125  
 Salvadores, M. 88  
 Salvarezza, D. 287  
 Samuelson, P. 540, 650  
 San Martín de Tours 126  
 San Martín, J. 85, 104, 126  
 San Sebastián, R. 636, 639  
 Sanarelli, J. 324, 355, 405  
 Sánchez de Renedo, F. 70  
 Sanguinetti, 204, 220  
 Santamarina, J. 452  
 Santos, A. 635, 661  
 Sapag, F. 642  
 Sarmiento, D. F. 110, 119, 129-130, 140, 146, 150, 158-160, 166, 169-170, 181-183, 188, 190-191, 193-197, 199-200, 203, 214, 218, 435, 572, 667, 677  
 Sarratea, 103  
 Sarué, E. 591  
 Sauvy, A. 680  
 Savorido, S. 114  
 Say, J. B. 512  
 Sbarra, N. 610  
 Scalabrini Ortiz, R. 419  
 Schatz, R. 351  
 Schelling, F. 491  
 Schettini, coronel 626  
 Schiaffino, R. 48, 55, 59-60, 63, 65-68, 72, 78-80, 84, 86  
 Schneidewind, A. 400, 403  
 Schultz, T. W. 590  
 Schwars, ing. 226  
 Scosería, J. 355  
 Sebreli, J. J. 455  
 Seers, D. 589  
 Segui, J. F. 177  
 Segura, G. 521  
 Seguroola, S. 90-91, 102, 110, 113, 124, 127, 367  
 Semprún, J. 321, 357, 406  
 Sen, A. 23, 25-26, 674  
 Senillosa, F. 109  
 Señorans, A. 149, 331  
 Sevlever, D. 586  
 Shattuck, 115  
 Siebeck, R. 491  
 Sigerist, H. 563  
 Silva, C. A. 235, 329, 352  
 Simonetti, J. M. 483, 484, 652-653, 668, 671, 687  
 Snow, J. 153, 159  
 Sobremonde, R. marqués de 91  
 Solalinde, C. 155  
 Solari, B. T. 356. 384  
 Sommer, B. 300, 321, 356, 406, 595  
 Somoza, J. L. 187, 371  
 Sonis, A. 13, 37, 586, 589, 610, 634, 662  
 Soper, F. L. 424, 517, 521-522, 528, 550-551, 584  
 Sordelli, A. 409, 424  
 Sosa Molina, H. 482  
 Spangenberg, J. J. 177, 235, 413, 416, 438, 446, 561  
 Spataro, 319  
 Spencer, 491  
 Spruille Braden, 455  
 Stallard, E. 203  
 Storani, C. 667  
 Storni, almirante 452  
 Suárez, L. 578  
 Sucre, Mariscal 120  
 Susini, T. 200, 240, 244, 292, 294, 302, 330, 332, 351, 398, 413, 417, 428, 431, 438, 446, 561, 593  
 Sussini, M. 407  
 Susviela Guarch, F. 311, 354  
 Sutherland, E. H. 668  
 Sydenham, 154  
 Taboada, D. 438  
 Taboada, gobernador 190, 193  
 Taft, 293  
 Tamini, L. 131, 133  
 Teisaire, A. 487, 488, 527, 529  
 Tejedor, C. 225-227, 266, 286-288  
 Tejerina, B. 102  
 Tello, W. 401  
 Teneza y Rubira, F. 70  
 Terreros, J. 88



- Testa, M. 591, 662  
 Thays, C. 312  
 Thiers, 195  
 Thomas Charles 79  
 Timerman, J. 579  
 Tobías, 404  
 Tocqueville, A. de 196, 281, 329, 613  
 Tolley, H. D. 203  
 Tomaso, A. 394  
 Tonazzi, 451  
 Torino, I. 238, 240  
 Tornú, E. 331, 332  
 Torrents, A. F. 610  
 Toynbee, A. 46, 48-49  
 Triaca, J. 640  
 Trillo, C. 611  
 Trousseau, 205, 237  
 Trucco, R. B. 401, 509  
 Truman, 473  
 Túmbarus, J. 79, 82, 84, 87, 114, 143, 305  
  
 Uballes, E. 331  
 Udaondo, G. 249, 253, 255-256, 268, 292, 294, 296, 348  
 Ugarte, M. 329  
 Uriburu, J. E. 254-255, 266, 282  
 Uriburu, J. F. 382, 408, 415-416, 418-419, 421, 428, 444, 593  
 Uriburu, V. 233  
 Urien, C. M. 227  
 Urquijo, C. 610  
 Urquiza, J. J. de 132, 139-141, 143-146, 149, 156, 161, 171, 177-180, 182-183, 189-190, 192-193, 196, 217  
 Ustarán de J. K. 631  
  
 Vaccarezza, O. A. 82, 84, 206, 283-284, 331-333  
 Vaccarezza, Rodolfo 431, 434, 439, 464, 595  
 Valdelirios, marqués de 58  
 Valdez Inclán, A. de 64, 66-67  
 Valdivia, P. de 50  
 Varela, F. 190  
 Varela, M. 218  
  
 Vargas Arena, 596, 608  
 Vargas, G. 517  
 Vázquez S. 130  
 Vázquez Vigo, M. 529, 555  
 Veiga, F. de 331, 357  
 Vela, Neri 474  
 Velasco, A. 529  
 Vélez Sarsfield, D. 137, 140-141, 150, 189, 196, 199, 218, 690  
 Vélez, A. 131  
 Ventura Bosch 128  
 Vera Ocampo, L. 586, 608, 631  
 Verbrugger, R. 18  
 Verhulst, 394, 531  
 Verón, E. 483  
 Veronelli Correch, M. 7, 9-11, 13, 37, 651, 664  
 Veronelli, J. C. 7, 9-13, 43, 243, 282, 293, 396, 472, 486, 488, 490, 505, 512, 517, 548, 551, 552, 580, 581, 598, 611, 618, 627, 630, 632, 634, 641, 657-660, 665  
 Verrina, S. 553  
 Vértiz y Salcedo, J. 72, 74, 76, 78, 80-83, 91-92  
 Viamonte, J. J. 122, 124-125  
 Victorica, B. 232  
 Vidal, M. 83  
 Vidal, P. 122  
 Videla, E. 420  
 Videla, J. R. 664  
 Viera, M. A. 461, 463, 466, 476, 508, 561  
 Vigodet, 105  
 Vilardebó, T. M. 128, 148, 237  
 Villa, E. 595, 598, 619  
 Villanueva, G. 245, 268, 292, 302, 306  
 Villanueva, N. 158  
 Villar, 313  
 Villegas, O. 626-627  
 Villermé, 341  
 Villota, 100  
 Vío Valdívieso, F. 596  
 Viola, R. 308, 664  
 Virasoro, general 127, 139, 183  
 Virasoro, V. 320  
 Virchow, R. 341

- Visca, P. 161  
 Visconte, M. 113  
 Vitolo, 577-578  
  
 Wachtel, N. 50  
 Ward, 73  
 Washington, G. 328  
 Watts, S. 153-154  
 Webster, C. K. 99, 100  
 Wechsler, T. 369  
 Weiszaecker, Victor von 491  
 Wernicke, R. 249, 294, 304, 330-331, 398  
 Wilde Wellesley, D. 217  
 Wilde, E. 127, 160-161, 166-167, 211,  
     215-221, 223-226, 228, 232, 234-237,  
     239-240, 242, 244-245, 250, 255, 259-  
     264, 267, 285, 281-283, 286, 293, 349,  
     355, 397, 673, 686  
 Winslow, C.E.A. 473, 600  
 Wolman, A. 550  
 Wyman, W. 352-353  
  
 Ximenes, J. 88  
  
 Young, R. 62-63  
 Yrigoyen, H. 348-349, 375-378, 381-384,  
     398, 408, 470-471, 470-471, 543, 593  
  
 Zabala Ortiz, M. A. 578  
 Zabala, B. 67  
 Zabala, J. 357  
 Zabaleta, E. 119  
 Zabaleta, M. 119  
 Zapata, J. V. 294  
 Zavala, B. de, gobernador 55, 63  
 Zeballos, E. 292  
 Zorrilla, B. 227  
 Zorraquín Becú, R. 74  
 Zubizarreta, 333  
 Zufia, F. 233, 249  
 Zwanck, A. 424, 512, 518