



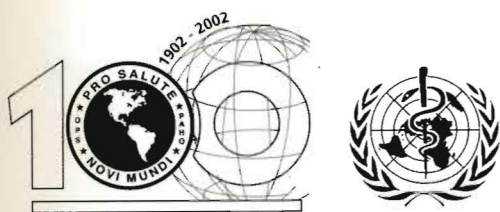
1902-2002

LA OPS EN ARGENTINA
CRONICA DE UNA RELACION CENTENARIA

LA OPS EN ARGENTINA CRONICA DE UNA RELACION CENTENARIA

Editores

JUAN CARLOS VERONELLI
ANALÍA TESTA



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

República Argentina / 2002

© Organización Panamericana de la Salud, 2002

ISBN 950-710-072-5

La *Parte 1* fue elaborada por el Dr. Juan Carlos Veronelli.
Las entrevistas de la *Parte 2* fueron realizadas por Analía Testa

Impreso en Argentina
Hecho el depósito que establece la ley 11.723

Diseño / diagramación: Res Estudio de Diseño / Rosario Salinas

Esta edición consta de 1.500 ejemplares y se terminó de imprimir en Gráfica Laf SRL, Loyola 1654, Buenos Aires, República Argentina, en abril de 2002.

Las opiniones que se expresan en este libro son las de los autores y no necesariamente las de la Organización Panamericana de la Salud.

Este documento puede ser reproducido en forma parcial sin permiso especial pero mencionando la fuente de información.

Indice

Presentación	7
Primera Parte	9
<i>Capítulo 1</i> Los orígenes	11
<i>Capítulo 2</i> La creación de la Oficina Sanitaria y la ausencia argentina	43
<i>Capítulo 3</i> La construcción de un organismo internacional	51
<i>Capítulo 4</i> La Oficina de Buenos Aires	77
Segunda Parte	85
Introducción	87
La descentralización de los Servicios de Salud Pública	90
El proceso de descentralización de los servicios y la modernización de la administración hospitalaria	93
La cooperación técnica para la organización sanitaria en las provincias	98

El proceso de descentralización de los servicios, una empresa difícil	106
Los Planes de Salud Provinciales	109
La cooperación OPS/OMS en la formación en Salud Pública	114
Las estadísticas sanitarias nacionales	120
La cooperación técnica en el desarrollo y la formación en enfermería	123
La cooperación en salud materno-infantil y del adolescente	126
El primer Centro Panamericano en Argentina	130
La cooperación técnica en rehabilitación	134
La cooperación técnica en la lucha contra los vectores de enfermedades	137
La cooperación técnica para la lucha contra la fiebre aftosa	143
La respuesta de la cooperación internacional frente a enfermedades nuevas	147
La cooperación técnica de OPS vista desde la Oficina de Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud	152
Epílogo	157

Presentación

Hace casi dos años, instigado por un trabajo sobre la historia de la Salud Pública en Argentina, de mi amigo y distinguido caballero de la cooperación técnica internacional, Juan Carlos Veronelli, con motivo de recibir el título de Profesor *Ad Honorem* de la Universidad del Salvador, se fue gestando la publicación *La OPS en Argentina. Crónica de una relación centenaria*, fruto del estudio, experiencia y talento del Dr. Veronelli.

Estamos ante un texto que discute la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Argentina, más que uno que celebra los logros de esa cooperación a lo largo del Siglo.

Tengo la confianza de que esta publicación estimule la discusión sobre cooperación internacional en salud hacia el futuro, explorando lo que será esta cooperación para Argentina en las próximas décadas.

La OPS en Argentina. Crónica de una relación centenaria sale a la luz con motivo de los primeros cien años de la OPS y como testimonio de proejimidad, amistad y esperanza de esta Institución con cada uno de los argentinos.

Juan Manuel Sotelo



Los orígenes

La Organización Panamericana de la Salud cumple su primer siglo de existencia, hecho infrecuente en las instituciones en razón de su tradicional tendencia de resistencia al cambio. Las organizaciones creadas para el cumplimiento de una misión, y este es el caso en la organización que nos ocupa, no pueden ni deben cambiar los propósitos para los cuales fueron creadas, su “misión”, pero sí pueden cambiar los objetivos que inicialmente se propusieron para cumplirla. Las que, a lo largo de un siglo, no cumplen sus objetivos merecen ser reemplazadas. Las que, alcanzándolos, son incapaces de reemplazar esos objetivos por los que, en una nueva “altura de los tiempos”, requiere el cumplimiento de la misión, se desprestigian y terminan por desaparecer. Por lo tanto, cumplir cien años es, para una organización misional, un hecho que merece celebrarse.

Es casi un lugar común manifestar, en los aniversarios de personas o instituciones, que se trata de una buena oportunidad para la reflexión, lo cual no implica que sólo los aniversarios son oportunos para la reflexión, (o como quería Ortega, para el ensimismamiento, capacidad humana que lo diferencia del animal). Pero la celebración de una edad avanzada o una prolongada duración invitan a una

reflexión larga, al análisis, ordenamiento y jerarquización de los pasos que han fabricado los caminos recorridos para llegar a la situación presente. *Para superar el pasado es preciso no perder el contacto con él; por el contrario, sentirlo bien bajo nuestras plantas porque nos hemos subido a él.*¹

Argentina estuvo ausente, o tuvo una presencia desdibujada, en el momento de la creación de la Oficina Sanitaria Internacional en 1902 y en sus primeros dieciocho años de vida. Sin embargo, uno de los grandes Directores de la Organización —todas las organizaciones que cumplen cien años han tenido algunos grandes directores— afirmó que *al adoptar en 1887 la Convención Sanitaria de Río de Janeiro, la Argentina, el Brasil y el Uruguay inauguraron la cooperación panamericana en pro de la Salud Pública*²

El haber tenido mucho que ver con la creación de la Organización y el haber tenido una presencia desdibujada en sus orígenes parece casi una contradicción y creemos que merece ser explicada. Así como las relaciones posteriores, intensas a veces y lejanas otras. La rela-

¹ Ortega y Gasset, J., “El Hombre y la Gente”, *Rev. De Occidente*, Alianza Editorial, Madrid, 1980, pág. 43.

² Cumming, H. S., *Actas de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana*, OSP, Publ. N° 100, Washington, D.C., pág. 47.

ción centenaria entre la Argentina y la Organización es el tema de esta obra.

Para que una reflexión sobre el pasado sea útil para pensar el futuro tiene que ser sincera, como deberían ser todas las reflexiones, lo cual equivale a renunciar al discurso apologético. Para comprender la aparente contradicción inicial hay, como señala Carlos Fuentes, que diferenciar entre el comienzo y el origen, por lo cual pasaremos revista a los hechos que indujeron a formular los propósitos que configuraron su misión, y esto equivale a reseñar la aparición de un campo de pensamiento y acción que suele llamarse “salud pública internacional” o más modernamente, “salud internacional”.

La salud internacional una creación del siglo XIX

Se ha dicho muchas veces que la salud internacional surgió frente al temor al cólera.³ Esta es una parte de la verdad. Si el desarrollo industrial y comercial de principios del siglo XIX fue responsable de la difusión del cólera desde su reservorio de Bengala, *el deseo de proteger al comercio internacional de posibles excesos cuarentenarios —y aún de la cuarentena misma—* fue, aunque más mundana, una importante motivación complementaria para el establecimiento de mecanismos de información y de acuerdos sobre normas y procedimientos⁴. Aceptando que ambas motivaciones estuvieron presentes, podríamos agregar que en las Américas, la salud internacional tuvo su origen en el temor no a una sino a dos enfermedades epidémicas, el cólera y la fiebre amarilla, siendo esta última la responsable de una institucionalidad específicamente americana, ya que cuando las epidemias de fiebre amarilla se difundieron en América ese peligro había desaparecido en Europa. Por lo tanto, los países americanos tuvieron que desa-

rollar normas y acuerdos propios. El proceso que culminó en una salud internacional americana tuvo su origen, como veremos, en el Río de la Plata.

Examinemos, pues, los acontecimientos que se sucedieron y las interpretaciones que suscitaron, en el marco de las ideas de la época. En los comienzos del siglo XIX comenzaron a verse las primeras consecuencias sanitarias de la industrialización y la expansión del comercio internacional.⁵ Desde tiempos remotos, el cólera era endémico en Bengala, desde donde se difundía periódicamente a territorios adyacentes, sobre todo a través de los desplazamientos masivos originados por peregrinajes religiosos. En 1817 el patrón tradicional de la expansión del cólera se vio alterado por la mayor densidad del comercio internacional y por los movimientos militares derivados de la dominación británica en la India. El resultado se conoce como la “primera pandemia” (1817-1823). La enfermedad atravesó el Golfo Pérsico y afectó el Asia Menor, llegando hasta Arabia. A través del Océano Indico invadió Ceylán, Burma, Java, Borneo, Filipinas y alcanzó a China y Japón.

En 1826 se inició una segunda pandemia que llegó velozmente al sur de Rusia (en guerra con Persia y con Turquía). La rebelión polaca en 1830-1831 le permitió llegar al Báltico, desde donde alcanzó a Inglaterra. Desembarcó en Sunderland en 1831 y en dos años, se estima, originó unas 30.000 defunciones. *Al enfrentar el cólera en sus tierras, la comunidad médica británica (y europea) no supo qué hacer. Aunque algunos habían estado en la India y presenciado epi-*

³ Barua, D., “History of cholera”, en *Cholera*, Dhiman Barua and William B. Greenough III Editors, Plenum Publ. Co. 1992, pág. 11.

⁴ Brockington, Fraser, *La Salud en el Mundo*, Eudeba, Buenos Aires, pág. 195. También Kaprio, L. A., En *International Health Organizations. The Theory and Practice of Public Health*, W. Hobson Ed. Oxford Univ. Press, Fifth Edition. G. B., 1979, pág. 760.

⁵ McNeill, W. H., *Plagues and Peoples*, Anchor Press/Doubleday, N. Y., 1976, pág. 230.

demias de cólera, no sabían si esta enfermedad febril era contagiosa (es decir, si se transmitía directamente de una persona a otra) o si respondía a causas que eran favorecidas por cierta predisposición. Si el nuevo cólera era contagioso, la lógica médica y administrativa —teniendo en cuenta cómo se había combatido la peste bubónica en el siglo XVII— requería cuarentenas y cordones sanitarios. Pero bien sabía todo británico, desde la época del bloqueo continental impuesto por Napoleón, que la prosperidad de Gran Bretaña dependía de su flota mercante y de la libertad de comercio internacional. Afortunadamente para el bienestar comercial de Gran Bretaña, existía una explicación que no mencionaba el contagio. En 1817-1819, una década antes de que el cólera atacara Inglaterra, alguien había desempolvado el argumento galénico acerca de las causas de predisposición para aplicarlo a la «enfermedad irlandesa» que entonces asolaba la más antigua colonia de Inglaterra. Quizá la enfermedad fuera el tifus, la enfermedad de la suciedad. En esa época se notó que ricos miembros de ascendencia protestante y anglo irlandesa habían escapado ilesos de la epidemia, aunque decenas de miles de católicos pobres habían perecido. Asociando el catolicismo “supersticioso” con la pobreza y la muerte por enfermedad, y contrastándolo con el protestantismo “ilustrado”, (con) la riqueza y (con) la buena salud, se fortaleció la credibilidad de la “predisposición”. Pero en la India, como veremos, la noción de predisposición —con su énfasis en los individuos— sería sustituida, en aras de lo políticamente correcto, por una explicación que enfatizara la importancia del “lugar” [...] En una revista médica se señalaba que “dueños de minas, carboneros y otros comerciantes” de Durham, Northumbria y Newcastle habían advertido a los reporteros médicos que su afirmación de que el cólera era una enfermedad nueva, quizá contagiosa, traída en barco desde la India, era “un juicio precipitado, ignorante y erróneo”. Después de esta diatriba de los influyentes empleadores locales, un comité de dieciocho médicos “ha dado, se dice, su opinión unánime en una reunión pública”. Según esta opinión, la enfermedad no era la epidemia india, sino una fiebre inglesa que no requería una respuesta

administrativa que interrumpiera el comercio y los embarques [...] Después de noviembre de 1831, asesorado por médicos que a la vez eran asesorados por comerciantes y banqueros interregionales, el gobierno vio el cólera como “no Contagioso”. Era una variante de una fiebre inglesa que atacaría a quienes tuvieran predisposición a ella por su vida inmoral, su pobreza, su olvido de los valores familiares, sus opiniones sobre asuntos políticos y sus excesos en la bebida.⁶

El cólera de la segunda pandemia no se detuvo en Europa. Desde Inglaterra pasó a Canadá, Estados Unidos, Cuba, México, Colombia y Ecuador (tal vez también a Perú y Chile). Desde el Asia Menor llegó en 1831 a La Meca, durante el peregrinaje musulmán anual, repitiéndose durante las festividades religiosas del año siguiente. La difusión que acompañó al retorno de los peregrinos tuvo tal magnitud que determinó la creación de un Consejo Sanitario Marítimo y Cuarentenario en Alejandría y otro en Tánger. En 1839 Mohamet II creó en Constantinopla el Consejo Superior de Sanidad. Comenzaban así las respuestas administrativas no sólo nacionales sino también internacionales. En los años siguientes Edwin Chadwick —abogado que se había desempeñado como secretario de confianza de Jeremy Bentham (el padre del “utilitarismo”)—, produjo, con asesoramiento médico, su informe sobre las condiciones sanitarias urbanas en Inglaterra. (El cólera volvió a visitar Inglaterra en 1848-1849, originando alrededor de 60.000 defunciones y John Snow realizó entonces sus comprobaciones sobre la transmisión hídrica). Chadwick, asociado con el ingeniero John Roe, diseñó y ejecutó su obra de saneamiento, que incluía desde los inodoros de cerámica hasta la provisión domiciliar de agua y los desagües cloacales que debían conducir los excrementos hasta un lugar de almacenamiento, desde donde se pensaba venderlos a los granjeros como fertilizante. (Esta parte del

⁶ Watts, Sheldon, *Epidemias y Poder*, Editorial Andrés Bello. Barcelona, 2000, p. 261 y 262.

plan no llegó a realizarse por el menor costo de la importación de guano desde Perú y Chile y de fertilizantes químicos de Europa.)

Las medidas cuarentenarias derivaban de la noción de contagio, presente en el pensamiento médico desde el siglo XVI y en competencia con la noción antigua de los miasmas —emanaciones surgidas de la descomposición de las materias orgánicas— que afectaban a quienes tenían “predisposición”.

El impacto que produjo en Francia la derrota de las tropas imperiales en Haití, en 1802, frente a la revolución encabezada por Toussaint L'Ouverture y que dio origen a la Primera República Negra de América, indujo a muchos médicos franceses a interesarse en las enfermedades tropicales a las que asignaban, correctamente, un papel en la derrota sufrida. En 1822 se había producido en Barcelona una epidemia de fiebre amarilla. Expertos médicos franceses se trasladaron a esa ciudad, encabezados por Nicolás Chervin, para profundizar el estudio y concluyeron, también correctamente, que no habían existido posibilidades de contacto entre los diferentes afectados por la enfermedad. Se interpretó que *el estudio parecía desacreditar la teoría del contagio y por ende robustecía la teoría miasmática, que gozaba del favor de empresarios, armadores y banqueros.*

La necesidad de acordar sobre la naturaleza y convenir sobre las características de las medidas de protección frente al cólera llevó a convocar una Conferencia Sanitaria Internacional, la cual tuvo lugar en París en 1851. Allí se discutieron las teorías existentes *sobre la naturaleza de la infección, a propósito de la cual el campo se dividió entre los campeones del contagio y de los miasmas, sin que se arribase a acuerdos. [...] En 1851 la delegación británica negó, indudablemente influida por consideraciones comerciales, que el cólera fuese contagioso y postuló, como Sydenham, que las constituciones epidémicas o tal vez los olores provenientes de la materia putrefacta, como pensaron los griegos, eran la causa de los estallidos de esta pestilencia.*⁷

Cólera y fiebre amarilla en el Río de la Plata

El cólera llegó a Argentina en la tercera pandemia (1852-1859). Desembarcó en 1856 del paquebote *Antoñito*, proveniente de la India, en Fuerte Argentino (Bahía Blanca). El número de afectados fue pequeño, como también el de decesos.

En marzo de 1857 el cónsul general del Estado de Buenos Aires en Montevideo, Carlos Calvo, comunicó a las autoridades porteñas la aparición de casos de fiebre amarilla en esa ciudad, donde se habían producido algunas víctimas fatales, entre ellas el doctor Teodoro Miguel Vilardebó⁸. La epidemia, iniciada en febrero de 1857, había tenido su origen en la violación, por parte de contrabandistas, de la cuarentena que se imponía a las naves procedentes de Brasil. En una ciudad que contaba con alrededor de 15.000 habitantes, la enfermedad dejó casi 900 fallecimientos.

Antes de reseñar los sucesos en Argentina, tratemos de describir, de la mano de Horacio Rivarola,⁹ las características del país y de la ciudad de Buenos Aires en esos años: aceptando las estimaciones de Belmar, el país contaba (sin incluir la población indo-americana), con poco menos de 1.000.000 de habitantes, en un 90% de origen español o mestiza. Las provincias de Buenos Aires y Córdoba eran las únicas que poseían más de 100.000 habitantes (170.000 Buenos Aires y 150.000 Córdoba). La intención de promover la inmigración tropezó con la resistencia de los ganaderos a la incorporación de agricultores¹⁰ y se dificultó

⁷ Brockington, F., *La Salud en el Mundo*, Op. Cit., pág. 196 y 197.

⁸ Teodoro Miguel Vilardebó fue un distinguido médico uruguayo graduado en París, al cual Sarmiento calificó como “sabio americano”. Vilardebó había formado parte de la Junta de Sanidad de Montevideo desde 1834 y presidido la Junta de Higiene en 1836.

⁹ Rivarola, Horacio C., *Las transformaciones de la sociedad argentina (1853 a 1910)*, Imp. Coni Hermanos, Buenos Aires, 1911.

¹⁰ Gori, G., *Inmigración y Colonización en la Argentina*, Eudeba, Buenos Aires, 1964, pág. 42.



La Asistencia Pública de Buenos Aires en 1848, fotografía del Archivo General de la Nación.

por la inestabilidad política. Hasta 1870 el país importaba cereales y harina. La ciudad de Buenos Aires contaba con 90.000 habitantes, de los cuales alrededor de 10.000 eran italianos y 9.000 franceses. *Hasta 1870 Buenos Aires no era otra cosa que una ciudad de España, reproducida en América, con su gobierno municipal y provincial, su milicia muy poco numerosa, un ejército cívico, una policía en embrión, sus serenos a estilo antiguo, su ausencia de tranvías y otros medios de transporte, su empedrado escaso y úspero, sus calles sin cloacas, inundadas al primer aguacero, que suprimía toda comunicación, sus ambiciones de campanario, su ausencia de telégrafo y su aislamiento que la falta de ferrocarriles y de caminos aumentaban,* transcribe Rivarola de un artículo de Dai-reaux. Desde el triunfo en Caseros (febrero de 1852) y el Acuerdo de San Nicolás de mayo de ese año, Urquiza dirigía la Confederación desde Paraná. La figura de “confederación” había sido la única que permitió reunir en un todo

a jurisdicciones en la mayoría de las cuales los caudillos ejercían un dominio patrimonialista. La Provincia de Buenos Aires quedaba excluida, al no haber ratificado el Acuerdo. La Constitución de 1853 regía en la Confederación; Buenos Aires se dictaba su propia Constitución en 1854. Eran tiempos políticamente difíciles, que comenzarían a aclararse después de Pavón (1861) y la asunción de Mitre como Presidente de todas las Provincias en 1862.

En el otoño de 1857, probablemente con el arribo al puerto de Buenos Aires del paquebote británico *Prince*, se produjeron casos de fiebre amarilla en el barrio de San Telmo y se improvisó un lazareto para asistirlos. La fiebre amarilla existía con carácter endémico en el Caribe, adonde llegó probablemente en el siglo XVII. Hizo varias irrupciones en el continente hasta que, desde 1849, anidó en el Sur de los Estados Unidos y en el litoral marítimo



Bartolomé Mitre

brasileño. Frente a la posibilidad de la introducción de la fiebre amarilla, las Juntas de Sanidad —organismos de control médico que solían, en las ciudades portuarias, depender de las Capitanías del Puerto— extremaban los controles sobre naves que provenían de, o habían hecho escala en puertos “sucios”, es decir, en los cuales existían casos de fiebre amarilla. La información sobre el estado sanitario en esos puertos era relevada por los cónsules de los países de destino que la registraban en la “patente” de la nave.

Poco tiempo después, en 1859, se reunía, otra vez en París, la *Segunda Conferencia Sanitaria Internacional* sin que se llegase a acuerdos sobre las causas y los mecanismos de transmisión. Continuaba el debate sobre contagio, miasmas y predisposiciones, como también la oposición de diversos grupos de interés a la aplicación de cuarentenas rigurosas. La fiebre amarilla había desaparecido de Europa, por lo que la atención internacional se restringía

al cólera, ante la frustración de los representantes de países americanos.

La cuarta pandemia cólerica se inició en 1863. Afectó nuevamente a La Meca (donde ocasionó alrededor de 30.000 defunciones) y se difundió otra vez, con el retorno de los peregrinos, por el Asia Menor y el norte de África. Ingresó a Europa por Turquía. Desembarcó en Nueva York en 1865 y viajó hacia el sur, alcanzando Nueva Orleans, Nicaragua y la Honduras británica (Belice). Llegó al Brasil que, aliado con Argentina y Uruguay, libraba en ese momento la infortunada guerra contra el Paraguay. La enfermedad llegó a Buenos Aires en octubre de 1866 y se difundió rápidamente. Habría afectado a unas ocho mil personas y provocado unas 1.600 defunciones. Una de las víctimas fatales fue el vicepresidente de la Nación en ejercicio de la Presidencia, Dr. Marcos Paz. (Mitre se encontraba en el teatro de operaciones dado su carácter de Comandante en Jefe del ejército de la Alianza.) A fines de febrero de 1867, en un barco de transporte de tropas brasileño, el cólera ingresó en el escenario de la guerra, afectando primero a las tropas aliadas y luego también a las paraguayas.

Hasta el Mariscal Francisco Solano López cayó enfermo. *El mariscal, desesperado por la sed, no pudo contenerse más y en un momento de descuido del facultativo que lo asistía (don Cirilo Solalinde) agarró una cantarilla de agua que había sobre la mesa, llevándosela rápidamente a la boca; pero el médico lo vio y se la arrebató de las manos con violencia.*

*El agua cruda, como se sabe, es un veneno para esa enfermedad, siendo por otro lado uno de los síntomas característicos de ella una sed devoradora. Por esta circunstancia, los médicos prohibían en absoluto a los atacados que tomaran un trago de agua, porque el que la bebía no escapaba de la muerte.*¹¹

¹¹ González Torres, Dionisio M., *Temas Médicos*, Volumen IV, Historia de la Medicina en el Paraguay, Imprenta Nacional, Asunción, 1964, pág. 275.

En las riberas del Paraná resultaron rápidamente afectadas Corrientes y Rosario (mayo de 1867). El médico gaditano Juan Corradi, establecido en Rosario desde 1866, cuenta en su “Reseña” que aunque un autor europeo pretendía como única causa del cólera la pobreza de la sangre en el común de la generación y llegaba hasta a negar toda influencia al aire, *no se puede negar que la acción morbosa del aire cause trastornos graves en la economía y aún determine trastornos intestinales. Los efluvios de los pantanos desarrollan en ciertos países fiebres perniciosas, que en su forma más grave revisten los caracteres del cólera [...] Ya podrá comprenderse la inutilidad de las cuarentenas y cordones sanitarios, desde que el agente morbosos circula con el aire que respiramos y cuando, por otra parte, ningún resultado dieron jamás semejantes medidas.*¹²

El cólera, en esos años, también azota a Córdoba, Río Cuarto, San Juan y San Luis. En Mendoza se aguarda con angustia la llegada de la enfermedad. El gobierno alienta la publicación de informaciones sobre el mal y sobre las medidas de prevención aconsejables. Después de varios artículos con orientaciones confusas que reflejan la ignorancia sobre causas y mecanismos, aparece el 11 de enero una publicación notable. Informa que *parece haberse probado el contagio por aguas contaminadas por evacuaciones coléricas*, sugiere como medidas efectivas la destrucción de las evacuaciones y propone cambiar la fuente de aprovisionamiento de agua y, si esto no fuera posible, filtrar el agua con carbón o permanganato de potasa antes de hervirla. La epidemia duró en Mendoza sólo dos meses y fue notablemente benigna. El autor del artículo era el Dr. Edmundo Day (1820-1891) médico inglés que se había afincado en Mendoza en 1849, después de revalidar su título de Londres en las Universidades de Montevideo y Buenos Aires.¹³ Después de todo, alguien había leído a Snow. En 1868, terminada la presidencia de Mitre, asumió el cargo Domingo Faustino Sarmiento,

elegido durante la epidemia de cólera. La información que provee el primer Censo Nacional (que dirigió Diego G. De La Fuente) permite tener una idea del país que sufre los embates del cólera en 1867-68 y de la fiebre amarilla en 1870-71. Los cambios políticos iniciados a partir de 1853 y la muy relativa estabilidad que siguió a Pavón habían comenzado a abrir el país. La xenofobia de la Colonia y la hostilidad al extranjero del caudillismo se cambian por una alta valoración de la inmigración, el crecimiento poblacional y la mezcla de razas y culturas. Fuertes críticas al “españolismo”, en realidad, a la cultura hispánica en tanto opuesta a la modernización (véase como ejemplo a F. Bilbao¹⁴) generan debates en una prensa cada vez más numerosa. Los diarios se han multiplicado, apareciendo periódicos de las comunidades extranjeras —española, italiana, francesa e inglesa—. La población se ha duplicado en menos de veinte años (de 950.000 a 1.830.000), igual que en la ciudad de Buenos Aires (de 90.000 a 178.000), la cual vuelve a funcionar como capital del país desde 1861. El crecimiento demográfico se explica en buena medida por la inmigración de italianos, españoles, franceses, ingleses y alemanes, en orden de importancia, los cuales constituyen el 14,3% de la población de la ciudad. En las provincias centrales, la agricultura se desarrolla con rapidez, crecen las industrias y se promueve el comercio. Desde 1857 el ferrocarril crece aceleradamente y el telégrafo llega a Rosario en 1869 y tiende a cubrir el país. En la ciudad la duplicación de la población no ha modificado las carencias de saneamiento bá-

¹² Cignoli, Francisco, La “Reseña de la Epidemia sufrida en el Rosario de Santa Fe” por el doctor D. Juan Corradi (1867) *Segundo Congreso Nacional de Historia de la Medicina Argentina*, Córdoba octubre de 1970, Ed. La Semana Médica, 1970, pág. 193.

¹³ Codoni, E. L. M. de, “Epidemia de cólera en Mendoza”, *Segundo Congreso Nacional de Historia de la Medicina Argentina*, pág. 228-237.

¹⁴ Bilbao, F., *Obras Completas*, Imprenta de Buenos Aires, 1863, T. II, pág. 338.



Busto de Guillermo Rawson, fotografía del Archivo General de la Nación.



Pedro Mallo, fotografía del Archivo General de la Nación.

sico, aunque la provisión de agua potable cuenta, desde 1869, con la planta de procesamiento de La Recoleta, insuficiente desde su inauguración. Una Ley de 1870 organiza la administración de las aguas corrientes (que incluye cloacas y desagües). Desde la Cátedra de Higiene Pública, que inaugura Guillermo Rawson, en la Facultad de Medicina, en 1873, se analiza y critica el crónico déficit de saneamiento.

A principios de 1870 se tuvo noticias de algunos casos de fiebre amarilla en Corrientes. La epidemia, iniciada en Paraguay, donde llegó

con prisioneros de guerra devueltos por Brasil, produjo alrededor de 1.000 defunciones. Se supo también que había muchos casos en Río de Janeiro, según comunicación remitida por el Cónsul General en Río, José M. Frías, quien advertía que en adelante *las cartas de sanidad pasadas por este Consulado General no serán limpias*. El Consejo de Higiene Pública pidió, ya que no tenía facultades ejecutivas, que se aprobara una cuarentena de 10 días para los barcos procedentes de la zona afectada. Las naves que llegaban a Buenos Aires debían an-



Vista del puerto de Buenos Aires hacia 1875, fotografía del Archivo General de la Nación.

clar junto al Pontón Estacionario *Vigilante*, a cuyo capitán se entregaba la patente de sanidad. La visita médica la efectuaba el Dr. Pedro Mallo (1838-1890)¹⁵, si la patente estaba sucia, o el médico de Sanidad detectaba enfermos sospechosos, la nave debía permanecer en cuarentena en el Puerto de Buenos Aires o en el de Ensenada (donde se había instalado un lazareto). Mallo remitió, desde febrero, varios navíos con patente sucia al fondeadero de Ensenada. En marzo, el Ministro de Guerra y Marina, Martín de Gainza, ordenó que se levantara la cuarentena de dos naves y se desembarcasen sus mercaderías. Mallo resignó temporariamente su cargo, designándose a Eduardo Wilde¹⁶, graduado de médico ese año y que había estado encargado del Lazareto de coléricos.

En febrero de 1870 se produjo el primer caso de fiebre amarilla (y el primer deceso) en un hotel de la calle Cangallo (hoy Presidente Perón) entre Maipú y Esmeralda. Casi un mes después otro pasajero del hotel enfermó y murió. Poco después se produjeron nuevos casos en

un inquilinato vecino en tanto aparecían nuevos focos en el barrio del Socorro (calle de las Artes —hoy Carlos Pellegrini— y Santa Fe) y en el de Catedral al Sur, en un inquilinato de la calle Potosí (hoy Alsina). En abril, ocho de los trece barrios de la capital habían sido afectados. En junio se declaró oficialmente la terminación de la epidemia, registrándose un centenar de casos y cuarenta y ocho defunciones. Pero en el verano siguiente, en febrero de 1871, se registraron nuevos casos y la epidemia cobró una violencia inusitada. Entre el 10 de marzo y el 22 de abril no hubo día en que se registraran

¹⁵ Pedro Mallo, (1838-1889) Graduado en 1864, había fundado junto con Ángel Gallardo la *Revista Médico Quirúrgica*; desde 1870 dictaba Medicina Legal en la Facultad de Medicina. Fue uno de los precursores de la historia de la medicina en Argentina. Véase Loudet, O., *Médicos Argentinos*, Huemul, Buenos Aires, 1966, pág. 105 y sig.

¹⁶ Eduardo Wilde (1844-1913). Nacido en Tupiza donde sus padres se habían exilado, estudió en Buenos Aires y se dedicó a la pediatría y a la higiene. Desempeñó altos cargos —ministro, parlamentario, embajador—. Se distinguió por sus escritos, a veces de punzante ironía y otras de fina sensibilidad. Véase Escardó, F., *Eduardo Wilde*, Ed. Santiago Rueda, Buenos Aires, 1959. También Acerbi, N., *Eduardo Wilde*, Ed. Confluencia, Buenos Aires, 1999.

menos de 100 fallecimientos, y entre el 2 y el 15 de abril los decesos diarios fueron más de 300. La cifra total de defunciones alcanzó a 13.600 (sobre una población total de algo más de 200.000, de los cuales casi un tercio abandonó la ciudad en ese verano, por temor a la fiebre amarilla). Entre las víctimas se contaron muchos médicos, entre ellos Francisco Javier Muñiz, que decidió, a pesar de su edad de 75 años, abandonar su retiro de Morón para prestar sus servicios en la emergencia. Terminada la epidemia, la sociedad que había sobrevivido al cólera en el 68 y a la fiebre amarilla en el 71 esperaba que el gobierno actuara. Por eso la *Junta de Sanidad decidió convocar a las autoridades sanitarias de Uruguay y Brasil, a fin de acordar tanto el intercambio de información fidedigna como concertar las medidas de protección que pudieran evitar la repetición de la tragedia.*

La Argentina, el Brasil y el Uruguay inauguraron la cooperación panamericana en pro de la salud pública"

La I Convención Sanitaria Internacional se realizó en Montevideo en junio de 1873.¹⁷ Representaron al Uruguay los Dres. Gualberto Méndez y Pedro Visca¹⁸. Los representantes del Imperio del Brasil fueron Francisco Márquez de Araujo Goes, José Ignacio Barrios Pimentel y Carlos Cabral Des Champs, y los de la República Argentina, Pedro Mallo y Eduardo Wilde. La Convención destacó que los puertos en que se aplicaban medidas cuarentenarias menos rigurosas eran favorecidos por la navegación transatlántica, por lo que los países más liberales exponían a los más rigurosos, siendo conveniente acordar y uniformar criterios y medidas. El Acta expresa: *consideran la República Argentina, la República del Uruguay y el Imperio del Brasil, que las enfermedades exóticas —cólera asiático, fiebre amarilla, peste del Levante y tifus de las aglomeraciones humanas— son importables, transmisibles y propagables*



Eduardo Wilde, fotografía del Archivo General de la Nación.

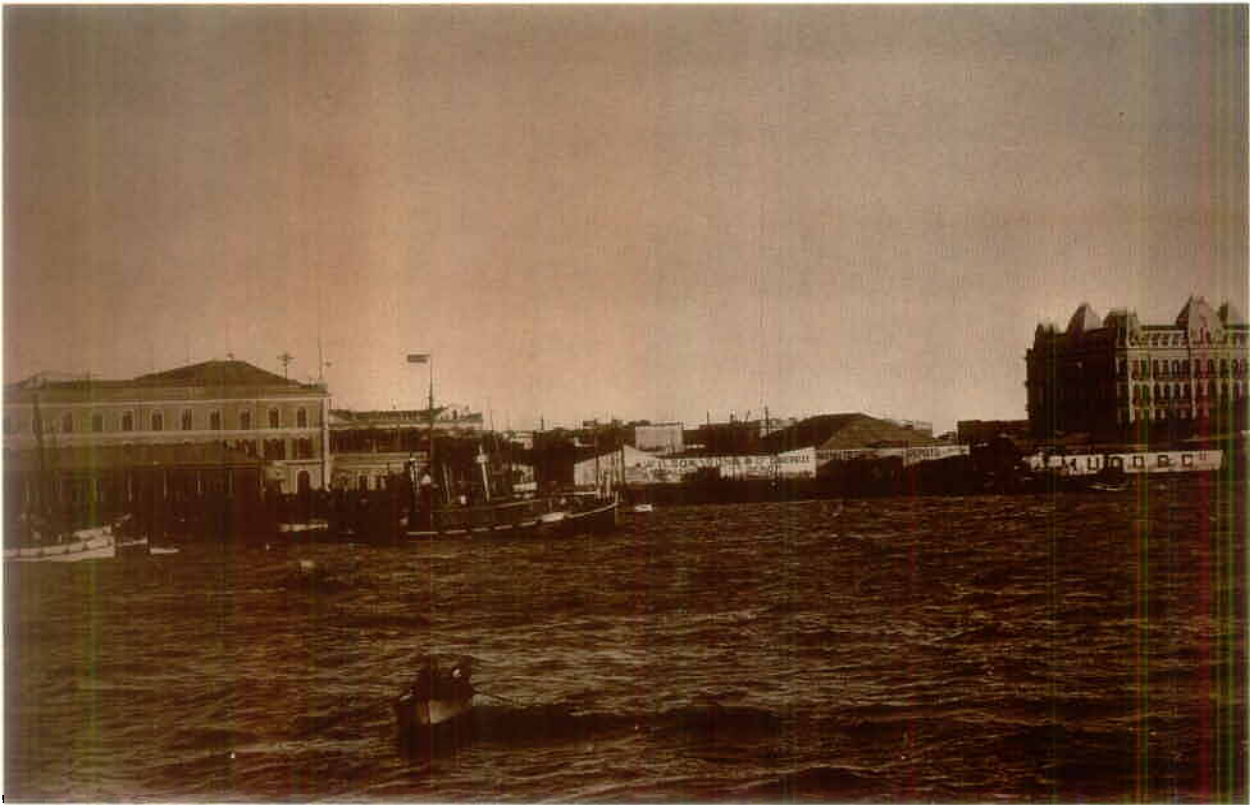
y que se deben aplicar a éstas medidas precaucionales que garanticen la salud de los pueblos que se hallan en continua comunicación [...]. Como anexos se incluyeron un Convenio entre Argentina y Uruguay para el establecimiento de Lazaretos y un Reglamento Sanitario Internacional. Los Parlamentos de los países firmantes no ratificaron el Convenio, que sólo tuvo un principio de ejecución con el establecimiento de un Lazareto argentino (Isla de Martín García) y otro uruguayo (Isla de Flores). Aristides Moll reconocía en esta Convención la primera respuesta internacional en salud del continente.¹⁹

Mientras esto sucedía en Sudamérica, en el viejo mundo la preocupación por el cólera y sus

¹⁷ Brusco, L. D., "Tratados Sanitarios del Uruguay", *Bol. Consejo Nac. de Hig.*, 1918, Año XIII, N° 144, pág. 681; N° 145 pág. 779; N° 146, pág. 852; *idem* 1919, Año XIV, N° 147, pág. 174 y N° 148, pág. 534. Una versión abreviada puede encontrarse en Saralegui, J., *Historia de la Sanidad Internacional*, M. S. P. Imprenta Nacional, Montevideo, 1958, pág. 233 y sig.

¹⁸ Pedro Visca fue un distinguido médico uruguayo que después de graduarse como médico en París, y de haber participado en la guerra franco-prusiana y en los sucesos revolucionarios de la Comuna de París, había regresado a Montevideo en 1871.

¹⁹ Moll, A. A. "The Pan American Sanitary Bureau: Its Origin, Development and Achievements", *Bol. OSP*, Año XIX, N° 2, Dic. 1940, pág. 1219-1224.



Dársena de Montevideo a principios del siglo XX, fotografía del Archivo General de la Nación.

consecuencias cuarentenarias, que motivara las dos reuniones de París de 1851 y 1859, había continuado en las Conferencias Sanitarias de Constantinopla (1866) y Viena (1874). Los representantes de los países americanos insistían en la necesidad de incluir en la agenda el tema de la fiebre amarilla, y lo consiguieron en la *Quinta Conferencia Sanitaria Internacional*, que se reunió en Washington en 1881. Aristides Moll, redactor científico de la Oficina Sanitaria Panamericana en la década de los veinte y los treinta, la considera como una Primera Conferencia Sanitaria Panamericana²⁰, en tanto todas las otras referencias la indican como una reunión mundial. Convocada por el gobierno de los Estados Unidos, estuvieron presentes representantes —en su mayor parte, diplomáticos acreditados en Washington— de nueve países americanos (la Argentina entre ellos), catorce europeos, y también China, Japón y Hawái. Entre otras recomendaciones, se discutió

la que proponía organizar un organismo internacional para recolectar información epidemiológica, que los anfitriones votaron negativamente. En ella se trató el tema de la fiebre amarilla, además del cólera, y allí presentó el médico cubano Carlos Finlay, «*el Pasteur olvidado de América*», su teoría sobre la transmisión vectorial de la fiebre amarilla. Es importante destacar que muchos de los presentes no se interesaron en escucharlo, que la mayoría de aquellos que lo escucharon no se convencieron y que tuvieron que transcurrir veinte años para que la tesis bien defendida de Finlay se sometiese a verificación (Walter Reed, 1900).

Desde la Cátedra de la Facultad, Rawson²¹ difundía la teoría miasmática: *Las emanaciones*

²⁰ Moll, A. A., "La Sanidad a través de los siglos", *Bol. OSP*, Año 9 N° 4, abril de 1930, pág. 381.

²¹ Guillermo Colesbery Rawson (1821-1890). Nacido en San Juan del matrimonio de Aman Rawson, médico norteamericano afincado en Cuyo y de Justina Rojo. Estudió medicina en Buenos Aires donde deslumbró a sus maestros. Trató, sin éxito, de alentar en el caudillo que gobernaba San Juan la re-



Carlos J. Finlay, médico cubano que participó en los inicios de la Oficina Sanitaria Panamericana.

miasmáticas aspiradas por el hombre se traducen, pues, en secreciones intestinales. La disentería, el cólera, la fiebre amarilla, el tífus, sobre todo, no son otra cosa sino un estado de viciación de la sangre que se manifiesta por la secreción intestinal.²² En el Colegio Nacional de Buenos Aires, Eduardo Wilde dictaba Higiene Pública: Véase lo que sucede entre nosotros mismos respecto a importaciones epidémicas. Apenas tenemos noticias de que hay epidemia en Brasil, por ejemplo, establecemos cuarentenas, y nos quedamos muy contentos con saber que han sido impuestas; pues yo digo con la autoridad que me da el haber sido médico de sanidad y el conocimiento práctico que tengo de estas cuestiones: las cuarentenas son entre nosotros preservativos enteramente ficticios; ellas son aplicadas principalmente a lo que quizá menos peligros ofrece; [...] los elementos que producen las epidemias son y tienen que ser materiales, por lo tanto transportables en cosas materiales y mucho mejor en todas aquellas que por su naturaleza puedan encerrarlos y conservarlos, como son las frazadas, la ropa, los tejidos de toda especie, en fin.²³

En 1880, producida la federalización de Buenos Aires, la Junta de Sanidad se transforma en Junta Provisoria de Higiene y al sancionarse el presupuesto, el Congreso incluye en el inciso 13, “de Marina”, un renglón con el rubro “Departamento Nacional de Higiene”. Un decreto del 31 de diciembre del mismo año sugiere que se tenía la intención de crear una institución con jurisdicción en todo el país, pero cuando en 1882 se organiza el Departamento, bajo la presidencia de Pedro A. Pardo, la flamante institución inicia un largo y áspero camino para superar la carencia constitucional de una delegación, en asuntos sanitarios, de las provincias en la Nación. En la flamante Capital, por iniciativa de uno de los concejales designados por el Poder Ejecutivo entre vecinos notables (Emilio Ramón Coni)²⁴, se crea la Asistencia Pública que él mismo transformará, en 1890, en Administración Sanitaria y Asistencia Pública.

En 1883, al tiempo que se recibían noticias de una nueva epidemia de cólera en Egipto (donde se produjo el aislamiento del vibrión cóle-

sistencia contra la dictadura de Rosas, Ministro del Interior de Mitre, parlamentario brillante, fundó en 1873 la cátedra de Higiene desde la cual forjó la vocación de nuestros primeros higienistas. Véase Aráoz Alfaro, G., *Rawson*, Ed. Coni, Buenos Aires, 1938. También Comisión Nacional de Homenaje a Rawson, J. G. Pesce Imp., Buenos Aires, 1933. También Larraín, J., *Guillermo Rawson*, Ed. Solá, La Plata, 1893.

²² Rawson, G., *Conferencias de Higiene Pública*, Donnamete & Hattu, París, 1876, pág. 171.

²³ Wilde, E., *Curso de Higiene Pública*, C. Casavalle, Editor, 2ª Ed., 1885, pág. 15-16.

²⁴ Emilio R. Coni (1855-1928). Nacido en Corrientes de padres de origen bretón, estudió medicina en Buenos Aires, fue alumno de Rawson, se dedicó desde estudiante a la salud pública, fundando los registros demográficos, promoviendo su difusión y ocupándose desde sus primeros años de médico en las cuestiones de higiene pública, que estudió y practicó con un rigor hasta entonces inédito. Como Director de la Asistencia Pública realizó importantes reformas. Fundador de organizaciones gubernamentales —el Patronato de la Infancia por ejemplo— y no gubernamentales —como la Liga Argentina contra la Tuberculosis— formuló y ejecutó un notable plan de saneamiento en la Provincia de Mendoza y formuló un plan análogo para la de Corrientes. Médico de ciudades, de recia personalidad y gran independencia, fue seguramente el salubrista argentino de mayor prestigio internacional en su época. Es un gran olvidado en Argentina. Véase Aráoz Alfaro, G., *Crónicas y estampas*, Op. cit., pág. 287 y sig. También Coni, E. R., *Memorias de un higienista*, Op. cit.

rico por Roberto Koch, que lo confirmaría en Calcuta el año siguiente), se suscitó en el Río de la Plata, un conflicto por la diversidad de criterios en la apreciación del estado sanitario de Río de Janeiro, que fue resuelto en la *II Convención Sanitaria Internacional*, realizada en Montevideo en 1884 y a la que asistieron: por Argentina, nuevamente, el Dr. Pedro Mallo, y por el Uruguay, Manuel Adolfo Olaechea, aprobándose un Convenio Sanitario Marítimo argentino-uruguayo. Como resultado del Convenio, se creó en Buenos Aires la Junta Central de Lazaretos, que se incorporó en 1888 al Departamento Nacional de Higiene, presidido desde el año anterior por Juan Bautista Gil, que reemplazó a Pardo. Se terminó de instalar el Lazareto de Martín García y para aumentar su capacidad se compró y habilitó un Hospital flotante, el *General Villegas*.

En 1886 el cólera volvió a ingresar a Argentina. La capital había progresado en su saneamiento básico, y las autoridades sanitarias capitalinas en el conocimiento de la enfermedad y de las medidas para su prevención.²⁵ En cambio, las ciudades del interior eran todavía presa fácil para el azote, como lo describió Gregorio Aráoz Alfaro en el testimonio que se transcribe.

En 1887, ante la aparición en Brasil de reglamentos que establecían como elementos capaces de retener y transmitir contagio a la carne tasajo y al ganado en pie, productos importantes de exportación para los países rioplatenses, se realizó en Río la *III Convención Sanitaria Internacional* cuyos acuerdos fueron ratificados en 1887.

En 1889 la peste bubónica desembarcó en Asunción, desde donde ingresó a territorio argentino, en el cual produjo brotes de pequeña magnitud durante décadas.

Hugh S. Cumming, Cirujano General de los Estados Unidos y Director de la Oficina Sanitaria Panamericana desde 1920 hasta 1946, afirmó en 1934: *Al adoptar en 1887 la Convención Sanitaria de Río de Janeiro, la Argentina, el Brasil y*

el Uruguay inauguraron la cooperación panamericana en pro de la Salud Pública".²⁶

Los orígenes del pan-hispano-americanismo

Cumming atribuyó a *hombres de Estado como San Martín y Simón Bolívar el mérito de haber iniciado el panamericanismo*, en una presentación que realizó en la *IX Conferencia Sanitaria Panamericana* en Buenos Aires, en 1934. El tema del desarrollo del panamericanismo es esencial para entender la ausencia argentina en 1902 y su desdibujada presencia hasta 1920. Además, es un tema que no pierde actualidad trataremos, por lo tanto, de recordar los hitos de este desarrollo.

Las Colonias Inglesas del Norte de América se mantuvieron aisladas del resto del continente aún después de su emancipación. Las colonias españolas fueron mantenidas separadas unas de otras deliberadamente, por el temor de la corona de que su reunión pudiera amenazar el dominio metropolitano, ejercido a través de una organización burocrática y organismos que se controlaban unos a otros en cada una de las unidades.²⁷ La invasión de España por las tropas napoleónicas modificó la situación. Las primeras propuestas de una Confederación Americana (*de la América española*) corresponden a Pedro Vicente Cañete, fiscal en Lima, quien propone en 1810 al Virrey que se

²⁵ En las "Instrucciones" dictadas durante la epidemia, el ítem 10° establece: *El uso del agua debe vigilarse de una manera escrupulosa y es bueno prevenir a la población que el filtro Chamberlain, sistema Pasteur, o algún otro que reúna las condiciones de este, limpia el agua de todos los gérmenes, microbios o pequeños organismos que, según lo ha establecido la ciencia, son el origen del cólera; el agua de pozo debe prohibirse de una manera absoluta, siendo preferible, para beber, el agua corriente, o de algibe, bien entendido que debe cocerse previamente.* Coni, E. R., *Código de Higiene y Medicina Legal*, Ed. J. Etchepareborda, Buenos Aires, 1891, pág. 134.

²⁶ *Actas de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana*, OSP, Publ. N° 100, Washington DC, pág. 47.

²⁷ Konetzke, R., *América Latina. II La época colonial*, ed. Siglo XXI, España, 1972, pág. 116 y sig. También Lynch, J., *Administración Colonial Española*, Eudeba, Buenos Aires, 1967.

Crónicas y estampas del pasado*

Dr. Gregorio Araoz Alfaro

La Capital. Buenos Aires en 1886

Cuando yo llegué a Buenos Aires, a principios de 1886, la capital, con ser tan extensa y de tan gran movimiento, estaba lejos de poder deslumbrar a los pobres estudiantes provincianos. Buenos Aires era, sin duda, superior a las ciudades del interior, pero las diferencias 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 de que nos aporteñábamos más que los nativos.

La verdad es que, al lado de cosas hermosas, había fealdades imposibles de disimular y escenas y costumbres que no correspondían a una gran ciudad. Como recuerdos históricos encontrábamos el antiguo Cabildo, restaurado, naturalmente, pero no mutilado aún por la Avenida de Mayo, y la torre de Santo Domingo incrustada de balas de los cañones patrios disparados contra los ingleses. La edificación, que empezaba a mejorar hacia el lado de la Recoleta, era en general baja y fea; apenas si había algún edificio de tres pisos y uno que otro notable, como el Banco de la Provincia y el Palacio Miró, Palermo y el paseo de la Recoleta estaban ya hermoeados por el Intendente Alvear. En el último íbamos a admirar, sobre todo, la "gruta", que algunos consideraban como una chifladura de aquel, pero que encontrábamos original e interesante.

La iluminación a gas, tan superior a las pobres lámparas de kerosene de nuestras provincias, la Confitería del Aguila, *rende-vous* de los elegantes, y la calle Florida, en que aquella estaba situada, como tantos otros negocios y tiendas de lujo, y donde la gente paseaba hasta las 11 de la noche haciendo compras en los bazares de moda y mezclándose en una sociedad elegante y jovial; los hermosos carruajes tirados por magníficos caballos y descubiertos, siempre que era posible, para lucir mujeres bellas y lujosamente vestidas, todo eso daban, sin duda, una impresión de riqueza y de adelanto.

* Dr. Gregorio Araoz Alfaro, *Crónicas y estampas del pasado*, Buenos Aires, Librería El Ateneo, 1938, pp. 51-55.

Más que todo eso, sin embargo, interesábanos, a los que veníamos de tierra adentro, el espectáculo del río, del río inmenso que entonces se veía ciñendo a la Ciudad por el Este y por el Norte y cuyas olas golpeaban en los Paseos Colón y de Julio (hoy Avenida Alem) sólo separadas de las calles por las vías del ferrocarril que llegaban hasta la esquina de Piedad (hoy Bartolomé Mitre) donde levantábase la Estación central de zinc y de madera, a pocos pasos de la Casa Rosada. El largo "muelle de pasajeros" internábase varias cuadras en el lecho del río, por la prolongación de la calle Cangallo, y a sus lados, había constantemente un gran movimiento de botes y de carros que hacían operaciones de extracción de arena, de carga y descarga de los buques, con gran satisfacción de los provincianos que, siempre que podíamos, íbamos a gozar del interesante espectáculo al final de las tardes

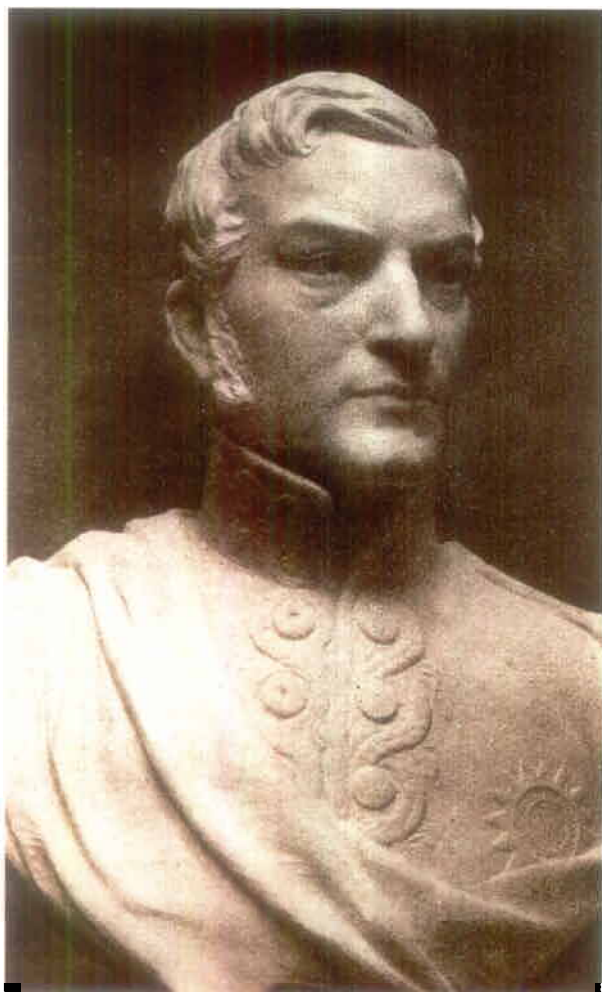
calurosas de primavera y verano. Por la plaza del Retiro, hoy San Martín, el río llegaba hasta Maipú y Arenales, bañando los muros del viejo cuartel del Retiro donde alojábase un regimiento de infantería mandado por el comandante Capdevila, más tarde general, Jefe de Policía y de Estado Mayor, y bajo cuyas órdenes casi todas las tardes los soldados se ejercitaban en la propia plaza, ante los ojos admirados de estudiantes y niñas.

Pero había también muchas cosas feas en la ciudad, que empezaba recién a transformarse bajo el impulso inteligente, entusiasta, y a veces excesivamente autoritario del Intendente don Torcuato de Alvear. Flores y Belgrano eran todavía partidos de la provincia de Buenos Aires que sólo más tarde se incorporaron a la capital. Hacia esos pueblos, bastante lejanos para los medios de locomoción habituales y donde veraneaban numerosas familias porteñas salíamos frecuentemente a paseo los días de fiesta —en tranvía, por cierto— los estudiantes pobres, como también hacía la Boca, donde disfrutábamos del interesante espectáculo de la gente de mar. Recién había empezado la transformación de la ciudad por obra del Intendente Alvear y la mayor parte de las calles fuera del centro y, desde luego, casi todas las de más allá de Callao, eran o de tierra sin pavimentar o mal cubiertas con piedras irregulares, mejoradas en algunas vías importantes por grandes “trotadoras” que facilitaban en algo el tránsito de los vehículos. Por la calle Centro América, hoy Pueyrredón, sin pavimento alguno, corría una vía férrea y conservábanse aún en parte de la calle Lavalle y en la de Rauch, los rieles del ferrocarril que hasta poco antes llegaban a la estación de la Plaza Lavalle (donde está hoy el Teatro Colón) y cuyos restos eran ocupados a la sazón por el Estado Mayor del Ejército que tenía del otro lado de la plaza (donde el actual palacio de Justicia), el Parque de Artillería, pocos años más tarde cuartel general de la revolución del 90.

Muchas calles del centro estaban ya niveladas y adoquinadas de granito, pero aún había varias con grandes subidas y bajadas que las hacían sin duda más pintorescas que ahora, pero sumamente incómodas. No sólo los caudalosos “terceros” del sur que conducían siempre agua, sino hasta las calles como las de Viamonte y Paraguay cortaban a la aristocrática Florida en hendiduras profundas, con veredas de metro y medio de altura para que no se inundaran durante las grandes lluvias, en cuyo caso había que atravesar de una acera a la otra por estrechos puentes de hierro.

Por todas las calles centrales y por la propia Florida corrían los tranvías al largo trote de los caballos, salpicando de barro a los transeúntes y las paredes de las casas; robustos “cuarteadores” montados en recias cabalgaduras, enganchaban y desenganchaban al trote con gran habilidad, y los conductores complacíanse en adornar con “floriturales” propias el primitivo y antipático toque de las cornetas al llegar a cada bocacalle. Mezcla de lujo y de descuido y pobreza veíase en todas partes: grandes carruajes con magníficos caballos y coches de lujosa librea, cruzándose con sucios y desvencijados coches de alquiler; grandes teatros como el antiguo Colón y el Politeama, a los que habían venido los artistas más ilustres del mundo, y falta absoluta de calefacción en los mismos, originando a cada rato resfríos e indisposiciones. Calles y aceras bien pavimentadas muy cerca de otras en que había que chapalear en el barro durante los largos temporales del invierno. 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 frente al mismo, un gran terreno baldío —el jardín “Florida”— donde a más de diversiones y kermesses, 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. Y por la misma lujosa calle Florida, codeándose con los vendedores de “violeta francesa, francesa doble”, circulaban diariamente tipos tan pintorescos como el popular loco “Grajera”, seguido de una verdadera jauría de perros, provocando las bromas y las burlas de los chuscos.

Así era Buenos Aires entonces, mitad gran aldea, mitad gran ciudad que empezaba recién a modernizarse. Muy poco hacia 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.



Busto de José de San Martín, fotografía del Archivo General de la Nación.

26

convoquen Cortes con representantes de los cuatro virreinos para crear una “Regencia Soberana”. En su documento incluye, a pesar de ser él mismo nacido en América, comentarios despectivos y ofensivos sobre los pueblos americanos, junto con razonables previsiones sobre violencias y luchas internas. Desde Santiago de Chile, Juan Egaña concibe la formación de un solo cuerpo político en la *América española*, en previsión de que España sea subyugada por Napoleón. El patriota chileno Juan Martínez de Rozas hace una propuesta análoga, limitada a la *América meridional (española)*. En Buenos Aires se recibe la propuesta de Cañete después de formada la Primera Junta y Moreno la hace publicar en *La Gaceta*, y la res-

ponde en un artículo extenso en el que rechaza las ofensas; analiza el régimen federal de organización, al cual elogia, pero descarta la propuesta por inoportuna y de factibilidad dudosa en razón de la lentitud de las comunicaciones en la enorme extensión de Hispanoamérica, lo cual no le impide *reconocer la necesidad de practicar una bien entendida solidaridad americana* como lo expuso en sus comunicaciones con el gobierno revolucionario de Chile y como reitera en su último artículo (en *La Gazeta*) diciendo estas palabras que trasuntan un pensamiento moderno: *Yo deseara (sic) que las provincias, reduciéndose a los límites que hasta ahora han tenido, formasen separadamente la constitución conveniente a la felicidad de cada una; que llevasen siempre presente la justa máxima de auxiliarse y socorrerse mutuamente; y que reservando para otro tiempo todo sistema federativo, que en las presentes circunstancias es inverificable y podría ser perjudicial, tratasen solamente de una alianza estrecha que sostuviese la fraternidad que debe reinar siempre y que únicamente puede salvarnos de las pasiones interiores, que son el enemigo más terrible para un Estado que intenta constituirse que los ejércitos de las potencias extranjeras que le opongan*²⁸.

En realidad, la preocupación esencial de San Martín fue la emancipación de la América Meridional Española. Tanto en Chile como en Perú, entregó a los pueblos la elección de la forma de gobierno que les convenía y rechazó el ofrecimiento que le hicieron de gobernarlos. Conseguida la emancipación de Chile, dirigió desde Santiago una proclama al pueblo del Perú, en vísperas de emprender su campaña en ese territorio: [...] *Afianzados los primeros pasos de vuestra existencia política, un Congreso central compuesto de los representantes de los tres Estados (se refiere a la Argentina, Chile y Perú) dará a su*

²⁸ Levene, R., *Las ideas políticas y sociales de Mariano Moreno*, Emeccé, Buenos Aires, 1948, pág. 36-37. También Bagú, S., *Mariano Moreno*, Ed. Claridad, Buenos Aires, 1939, pág. 183 y sig. También Moreno, M., *Escritos políticos y económicos*, El Ateneo, Buenos Aires, 1896, pág. 297 y sig.

respectiva organización una nueva estabilidad y la Constitución de cada uno así como su alianza y federación perpetua se establecerá en medio de las luces, de la concordia y de la esperanza universal [...]

Traducía así, sin mencionar la *nación única*, el mandato que el gobierno argentino le había otorgado (instrucciones reservadas del Director Pueyrredón del 21 de diciembre de 1816).²⁹

En el lenguaje de la época frecuentemente se utilizaba la expresión “América” para referirse a la América española. Con frecuencia se hablaba de ambas Américas, refiriéndose a la América española del Norte —mucho más extensa que la actual— y a la América española del Sud. Sólo en contadas ocasiones se incorporaba en la expresión América del Sud al Brasil, que desde 1807 era la sede del gobierno de Juan VI de Portugal (de la Casa de Braganza) y su esposa, Carlota Joaquina de Borbón, hermana de Fernando VII de España. En 1822 el hijo de Juan VI, regente del Brasil, declaró su independencia de Portugal y fue coronado “Emperador Constitucional y Defensor Perpetuo del Brasil” con el nombre de Pedro I.

Simón Bolívar se ocupó varias veces de la unificación —como una nación o una confederación de naciones— *de toda la América española*³⁰, *o de la América del Sur*, como cuando, en 1817, propuso al Director Supremo de las Provincias Unidas (Pueyrredón) *la formación de una gran nación de todo el Mundo Nuevo, con un sólo vínculo que ligase las partes entre sí, o bien formar una sociedad con la unidad por divisa en toda la América Meridional*. Años después, como Presidente de Colombia, en 1822, y frente a la potencial amenaza de la reunión de las monarquías europeas en la “Santa Alianza”, firma con Perú y con Chile tratados para una liga ofensiva y defensiva y un pacto de unión perpetua y busca la adhesión del resto de los Estados de la América española, promoviendo la reunión de una Asamblea General en Panamá.



Busto de Simón Bolívar, fotografía del Archivo General de la Nación.

La Santa Alianza contenía importantes divergencias en su interior. Gran Bretaña desarrollaba la política elaborada por Castlereagh —que Canning continuó después de su muerte— de mantener la independencia de España para las ex colonias españolas, con las cuales mantenía provechosas relaciones comerciales y financieras. Su poderío naval la convertía en árbitro obligatorio. Francia tampoco deseaba apoyar

²⁹ [...] *procurará hacer valer su influencia y persuasión para que envíe Chile sus diputados al Congreso General de las provincias unidas, a fin de que se constituya una forma de gobierno general en toda la América, unida en identidad de causas, intereses y objetos constituida una sola nación, pero sobre todo, se esforzará para que se establezca un gobierno análogo y conforme al que por entonces hubiera constituido nuestro Congreso [...]*.

³⁰ Como en la carta de Jamaica, de 1815. Ver Bolívar, S., *Cartas del Libertador*. Compil. de Vicente Lecuna, Caracas, 1930.

las pretensiones de España, alentadas en cambio por el embajador ruso. (Rusia tenía pretensiones territoriales en la costa occidental de América del Norte).

Los Estados Unidos de América, por otra parte, disputaban con Gran Bretaña una posición de poder frente a las ex colonias españolas, aunque coincidían con ella en el deseo de evitar su recuperación por España. Gran Bretaña, finalmente, dudaba en reconocer oficialmente a las ex colonias sin perjudicar sus intereses en Europa, pero intentaba ser acompañada por Estados Unidos en una actitud favorable a los nuevos Estados. Canning propuso al gobierno estadounidense una declaración conjunta y éste se apresuró a reconocer la independencia de Colombia y poco después, de las Provincias Unidas (1822), y puso el reconocimiento como requisito para la declaración conjunta. Adams consiguió que la declaración la formulara el gobierno de los Estados Unidos; el Presidente Monroe, después de consultar a Jefferson y a Madison, envió al Congreso su famoso mensaje del 2 de diciembre de 1823. Webster comentaba: [...] *la doctrina Monroe, además de enunciar la doctrina de la no-colonización, que estaba dirigida contra las exigencias rusas en el Noroeste de América, también desvinculó a los Estados Unidos de Europa. La distinción no se hizo en base de la geografía, sino de la diferencia de sistemas políticos, lo que significaba nada menos que la distinción entre instituciones monárquicas y republicanas [...] La gran ventaja de este medio de protesta consistía, como Adams lo señaló, en que no se corría riesgo ni se asumía compromiso alguno.*³¹

Simón Bolívar, que persistía con su idea de convocar un Congreso en Panamá, autorizó al argentino Bernardo Monteagudo a preparar la reunión y éste elaboró su *Ensayo sobre una Confederación Continental*, en el cual analizaba la situación y sus peligros, expresaba su confianza en que Gran Bretaña y Estados Unidos apoyarían a los nuevos países y su desconfianza sobre el comportamiento del Brasil. Su asesinato

en las calles de Lima el 28 de enero de 1825 le impidió participar en el *Congreso de Panamá* que se reunió en junio-julio de 1826. Bolívar no pensaba invitar a los Estados Unidos, pero lo hicieron los gobiernos de Colombia y México, aunque los delegados norteamericanos no pudieron participar por llegar con retraso. (Llevaban instrucciones precisas del Secretario de Estado, Henry Clay, de no suscribir pacto alguno capaz de alterar las leyes de neutralidad ni afirmar ninguna clase de alianza). El representante designado por el gobierno argentino debió cancelar su viaje por los prolegómenos de la guerra con el Brasil. Ninguno de los tratados que allí se aprobaron consiguieron luego su ratificación.

El siguiente Congreso hubiese debido realizarse en México, pero la convocatoria no tuvo éxito hasta que se suspendió por el estallido, en 1846, de la guerra entre México y Estados Unidos. El Gobierno del Perú organizó el *I Congreso Latinoamericano*, en diciembre de 1847, con la asistencia de Bolivia, Chile, Ecuador, Nueva Granada y Perú. Los cuatro tratados que se elaboraron, incluido el de confederación, tampoco fueron ratificados.

En 1862 el gobierno del Perú organizó un nuevo Congreso que propuso un Tratado Continental que no obtuvo aprobación posterior, y tomó nuevamente la iniciativa en 1864, al reunir el *II Congreso Americano* de Lima, cuyos frutos tampoco consiguieron la ulterior ratificación. La actitud del presidente Mitre fue en ambos casos “cautelosa y desconfiada y concluyó en la abstención argentina”. En una carta a Sarmiento (24 de marzo de 1865) confirma su idea contraria a las alianzas.³² Hasta aquí *El Sueño Panamericano*³³ era sólo un “sue-

³¹ Webster. C. K., (Comp.), *Gran Bretaña y la Independencia de la América Latina. (1812-1830)*, G. Kraft, Buenos Aires, 1944, T. I, pág. 70-71.

³² Cit. por Ferrari, G., *Esquema de la política exterior argentina*, Eudeba, Buenos Aires, 1981, pág. 10.

³³ Harrison, L. E., *El Sueño Panamericano*, Espasa Calpe/Ariel, Buenos Aires, 1999.

ño”, pero se soñaba en el ámbito de Hispanoamérica.

En 1880 y siendo Secretario de Estado de los Estados Unidos, James G. Blaine propuso la realización de un *Congreso Americano* que tendría por objeto *considerar y discutir los medios de prevenir la guerra entre las naciones de América, iniciativa coincidente con la de Colombia que se aprestaba a reunir un Congreso en Panamá, pero ambas fracasaron a raíz de la Guerra del Pacífico [...]*³⁴ Conviene, para entender su desarrollo así como los acontecimientos posteriores, recordar los cambios que se operan en las ideas dominantes y en la política exterior de los Estados Unidos.

Estados Unidos y América Latina: la construcción de su relacionamiento

El movimiento revolucionario que condujo a la independencia de las prósperas trece colonias en 1776 *ofreció un ejemplo a la América Latina no menor que a Europa. El triunfal desafío afectó el pensamiento de todos los hombres del mundo, y no en menor grado, en el resto de América. Eso fue, por mucho, la mayor contribución y en cierto sentido, la única de importancia, de los Estados Unidos a la independencia de América Latina.*³⁵

La contribución de la corona británica, abierta a veces y disimulada otras, perduró por décadas y fue reconocida y agradecida por el *Congreso Panamericano* de 1926. Francia aportó al ideario revolucionario y el gobierno francés apoyó a veces la causa de la emancipación. Los gobiernos patrios se sintieron ligados a Europa, pero también a los Estados Unidos, que los reconocieron antes que otros. El comercio se estableció principalmente con Europa y el potencial británico, la magnitud de su flota mercante y la capacidad financiera de sus banqueros, le otorgaron un lugar preponderante.

En los Estados Unidos se habían formulado previsiones que asignaban a esa nación un

destino singular. Sirva como ejemplo la afirmación del Juez Principal del Estado de Carolina del Sur, William H. Drayton: *Los imperios tienen su auge y su declinación, siguiendo ésta hasta que se disgregan [...]* El período británico comienza en 1758, cuando los ingleses persiguieron victoriosamente a sus enemigos hasta los últimos rincones del globo. El todopoderoso ha escogido a la presente generación para erigir el Imperio Americano... Y así es como ha surgido de repente en el mundo un nuevo imperio: los Estados Unidos de América. Un imperio que, apenas nacido, ya atrae la atención del resto del universo y promete, con la bendición de Dios, ser el más glorioso que el mundo haya conocido.³⁶ (Hacia 1840 un periodista acuña para esa profecía la expresión “destino manifiesto”). Pero la opinión general rechazaba todo imperialismo, aunque entendía que la prosperidad económica sería creciente.

Tan temprano como en 1788 Thomas Jefferson escribía desde París a George Washington: *La producción de los Estados Unidos excederá pronto a la demanda europea. ¿Qué se hará con el excedente, adonde irá? Será, sin duda, empleado para abrir para sí un mercado con aquellos asentados en el mismo continente y que no desean nada mejor.*³⁷³⁸ También John Q. Adams estaba convencido de la inherente superioridad de su país sobre Europa y más que ningún otro (con excepción quizá de Jefferson) había soñado con su futuro dominante en el mundo.³⁹

Desde su Independencia, los Estados Unidos mantuvieron una política exterior aislacionista. George Washington, en su discurso de des-

³⁴ Silva, C. A., *La política internacional de la Nación Argentina*, Imp. de la Cámara de Diputados, Buenos Aires, 1946, pág. 43.

³⁵ Webster, C. K., *Gran Bretaña y la Independencia de la América Latina*, Ed. Kraft, Bs. As., 1944, T. I., pág. 7.

³⁶ Citado por Raymond Aron. *Op. cit.*, pág. 22-23.

³⁷ Steele Commager, Henry, (Comp.), *Documents of American History*, N. Y., 1962, 7ª Ed. T. I, pág. 169-175.

³⁸ Thomas Jefferson Randolph, *Memoirs, Correspondence and Miscellaneous from the Papers of Thomas Jefferson*, Charlottesville, 1829, Vol. II, pág. 404, traducción del autor.

³⁹ Webster, C. K., *Op. cit.*, T. I, pág. 61.

pedida de septiembre de 1796 expresó su convicción de que sólo en caso de necesidad estarían justificadas para la Unión las alianzas temporarias, ya que las permanentes sólo redundarían en su perjuicio. Cuando sus instituciones se consolidasen, llegaría el momento en que podamos elegir entre la paz y la guerra tal como parezca aconsejarlo nuestro interés basado en la justicia. La declaración del presidente Monroe, como se ha dicho, fue formulada en forma tal que no representase un compromiso concreto y condenara, no sólo a las naciones de la Santa Alianza, sino a todas las monarquías, lo cual incluía a Gran Bretaña en la advertencia. Pero el aislamiento no excluía la expansión, iniciada con la compra de la Louisiana a Napoleón en 1807 y unos años más tarde, la de las Floridas a Fernando VII.

La reacción inicial en los países hispanoamericanos frente a la declaración de Monroe fue positiva y coincide con lo que expresa Barros Arana: *Monroe prestó su apoyo moral a la revolución hispanoamericana y aun emitió el pensamiento de poner en el nuevo mundo una barrera al establecimiento de futuras colonias de las naciones europeas. Monroe es considerado por esto el iniciador de una política verdaderamente americana*⁴⁰.

Sin embargo, la expansión ulterior de los Estados Unidos en Texas primero y después de una breve guerra con México, en California, Nuevo México, Utah, Nevada y Arizona, (ocupación seguida por una compensación económica), a lo cual siguió la compra de Alaska (ya que la oposición del Senado impidió la compra de varias islas del Caribe), fueron hechos que modificaron la opinión de muchos dirigentes latinoamericanos.

Alberdi expresa: *La doctrina y la política de Monroe pareció un signo de querer entrar en esa vía de generosa participación en la gestión de los destinos del mundo. Esa doctrina es, en cierto modo, el abandono del aislamiento tradicional, pues haciendo suyos los ataques que la Santa Alianza preparaba a las Repúblicas de Sud América, la de Washington intervenía*

en las luchas de otros Estados extranjeros. La actitud de Monroe era la intervención contra la intervención. Pero, ¿en qué interés intervenía? En el suyo propio, en el de explotar y anexar al suyo los países que aparentaba proteger contra el despotismo extranjero.

Dígalo, sino, la Historia de Méjico; diga Méjico ¿es la Europa monarquista la que de entonces a hoy le ha arrebatado una parte de su territorio?

*Tal es el sentido que poco a poco ha recibido del instinto de los americanos del Norte la doctrina de Monroe, que al fin ha sido presentada como la exclusión de Europa en los negocios de América, con tal que no sea por conducto y con el permiso de los Estados Unidos, sustituidos a la España en el monopolio del roce de ambos mundos. Otro de los capítulos de los Escritos políticos se titula: "Los peligros de América están en América".*⁴¹

En realidad, la expansión y aun su modalidad, eran previsibles. Así lo entendió Tocqueville, en ese lúcido vistazo de nueve meses que realizó en 1831. ... *En el Noroeste, no se encuentran sino algunos establecimientos rusos sin importancia; pero en el Sudoeste, México se presenta ante los pasos de los angloamericanos como una barrera.*

Así, pues, no hay ya, a decir verdad, sino dos razas rivales que se reparten actualmente el Nuevo Mundo, los españoles y los ingleses.

Los límites que deben separar a esas dos razas han sido fijados por un tratado. Pero, por favorable que sea para los angloamericanos, no dudo que lleguen bien pronto a infringirlo.

Más allá de las fronteras de la Unión se extienden, del lado de México, vastas provincias que carecen todavía de habitantes. Los hombres de los Estados Unidos penetrarán en esas soledades antes de aquellos mismos que tienen derecho a ocuparlas. Se apropiarán el suelo, se establecerán en sociedad y, cuando el legítimo propietario se presente al fin, encontrará el

⁴⁰ Diego Barros Arana, *Compendio elemental de Historia de América*, Librería Europea, Buenos Aires, 1897. Reproducción del original de Santiago de 1865, pág. 226-227.

⁴¹ Juan Bautista Alberdi, *Obras Selectas*, T. XII "Del gobierno en Sud-América", La Facultad, Buenos Aires, 1920, pág. 460 y 450.

desierto fertilizado y a extranjeros tranquilamente asentados en su heredad.

La tierra del Nuevo Mundo pertenece al primer ocupante, y el imperio es allí el premio de la carrera.

Los países ya poblados tendrán dificultades, a su vez, para preservarse de la invasión. He hablado ya precedentemente de lo que ocurre en la provincia de Texas. Cada día los habitantes de los Estados Unidos se introducen poco a poco en Texas, adquieren tierras y, en tanto que se someten a las leyes del país, fundan en él el imperio de su lengua y de sus costumbres. La provincia de Texas está todavía bajo la dominación de México; pero bien pronto no se encontrarán en ella, por decirlo así, más mexicanos. Semejante cosa sucede en todos los puntos donde los angloamericanos entran en contacto con las poblaciones de otro origen.⁴²

En las últimas décadas del siglo XIX se configura en Estados Unidos una nueva mentalidad, menos atada a los principios republicanos originales, que anticipa la emergencia de una nueva potencia para un nuevo siglo.

Los poco más de tres millones de norteamericanos que declaran la independencia en 1776 se convierten en 17 millones en 1840 y en casi 32 millones en 1860, es decir, se decuplican entre 1780 y 1860. Una década después de terminada la Guerra de Secesión se reinicia, acelerado, el crecimiento económico. Entre 1870 y 1900 el comercio exterior se duplica. La industrialización también se acelera: si en 1870 los bienes manufacturados representan el 15% del total, en 1900 alcanzan al 32%. El país es ya una potencia económica. Es la época del surgimiento de los discutidos “Barones” (*robber barons*, como los denomina el título de un libro de 1934⁴³) de la economía estadounidense, (John D. Rockefeller, Cornelius Vanderbilt, J. P. Morgan, Cyrus McCormick, J. O. Armour, Jay Cooke y muchos otros) pero también del cambio de ideales y estándares morales, que admiten, y a veces justifican, el tránsito desde el individualismo competitivo a las prácticas monopólicas. Monopolios que son, según ex-

presa alguna vez Rockefeller, el final lógico de una competencia intensa. Algunas administraciones intervienen para reducir la agresividad de la competencia dentro del país, pero todas estimulan la actuación de las grandes empresas en el exterior.

Este clima de agresiva euforia económica coincide, o sucede, a la difusión entre los teóricos de la sociología, de los conceptos del darwinismo. También entre las naciones y las razas se podrían considerar conceptos análogos al *struggle for life* y *survival of the fittest*. Un prestigioso historiador de la época, John Fiske, publica en 1885 un ensayo titulado *Destino Manifiesto* y predice que *a su debido tiempo, toda tierra en la superficie del globo que no sea el asiento de una antigua civilización, se hará inglesa en su lengua, su religión, sus hábitos políticos y en una proporción predominante, de la sangre del pueblo.*⁴⁴

Las principales iglesias protestantes, que veían la creciente riqueza como confirmación de la bendición divina en la fe democrática y en el sistema de libre empresa, comenzaron a prever su futura misión evangelizadora.

Josiah Strong declara que el anglosajón, *divinamente comisionado a ser el guardián de sus hermanos, está siendo preparado por Dios para la competencia final de las razas, cuando esta raza poderosa se extenderá a México, hasta América Central y Suramérica, a las islas del mar y África y aun más allá.* El profesor John W. Burgess, de la Universidad de Columbia, expresa, a su regreso de una estadía en Alemania, su convicción de que *la raza teutónica —germanos y anglosajo-*

⁴² Alexis de Tocqueville, *La Democracia en América*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pág. 379-380.

⁴³ Josephson, Matthew, *The Robber Barons: The Great American Capitalists 1861-1901*, New York, 1934.

⁴⁴ Cit. por Julius Pratt, “Manifest Destiny and the American Century”, en *American Century: Recent Interpretations*, Edited by Eisenstadt, A.S., Book II: Thomas Y. Crowell Co. USA. 1962, pág. 50. Los subtítulos del ensayo de Pratt son: “Filosofía e imperialismo”, “Estrategia e imperialismo”, “Economía e imperialismo” y “Religión e imperialismo”, trad. del autor.

nes— exceden a todos los otros pueblos pasados y presentes en su talento para el gobierno.⁴⁵

Al tiempo que la prensa y la sociedad debaten ideas de este tipo, los estrategas militares cambian el previo aislacionismo-expansionismo por horizontes más amplios. El influyente Capitán Alfred Thayer Mahan parte de la necesidad de contar con poderío naval para acceder a una situación de poder mundial, y termina recomendando la adquisición de bases navales en el Caribe y el Pacífico, incluyendo el archipiélago hawaiano.

No resulta difícil entonces entender la opinión del diario *Sun* de Baltimore, que Rubén Darío incluye en un ensayo,⁴⁶ en la que el periódico expresa lo que entiende será la voluntad de la *Primera Conferencia Panamericana* de 1888-1889: *Queremos monopolizar, si es posible, el*

comercio de la América central y meridional, no por la baratura y buena calidad de nuestros productos sino encerrando a esos países en nuestra tarifa protectora. Queremos poder entrar en los puertos de esos países mientras la entrada en ellos será prohibida a nuestros competidores europeos.

José Martí, que era por aquel entonces corresponsal de *La Nación* de Buenos Aires envía una crónica sobre la conferencia en la que afirma: *Son acá levadura viva los celos de Inglaterra, y el Sun maligno, aliado demócrata de Blaine, denunciaba a los que se opusieron en la sesión como empleados e instrumentos de Inglaterra.*⁴⁷ Se trata de otra posible interpretación de “América para los americanos”, pero ayuda a entender la actitud de los delegados argentinos en la Conferencia de 1889.

José Martí



El optimismo argentino en las décadas del cambio de siglo

Para completar esa comprensión, conviene recordar la situación de Argentina en esos años y las ideas vigentes en las clases dirigentes. Como se mencionó antes, después de Pavón se obtiene una relativa estabilidad política a cuya sombra crecen la población y la economía. Los 1.7 millones de habitantes del primer Censo Nacional de 1869 alcanzan a 4 millones en el segundo Censo de 1895. Entre 1860 y 1930 la población se decuplica. (como había sucedido entre 1780 y 1860 en los Estados Unidos). El crecimiento vegetativo aumenta respecto de épocas anteriores a través del descenso de la mortalidad (la expectativa media de

⁴⁵ Julius Pratt. *Op. cit.*, Pág. 50. También Mead, S. E., *American Protestantism since the Civil War: from Denominationalism to Americanism*, pág. 173. La afirmación de Burgess recuerda la que, refiriéndose a los griegos, hace Aristóteles en su *Política*.

⁴⁶ Darío, R., *La caravana pasa*, Ed. Mundo Latino, Madrid, 1917, pág. 257 y sig.

⁴⁷ Cit. por José Luis Romero, *El Desarrollo de las Ideas en la Sociedad Argentina del Siglo XIX*, Fondo de Cultura Económica, México, 1965, pág. 69.

vida del período intercensal 1869-1895 se estima en 32,8 años, la del siguiente (1895-1914) en 40 y la de 1914 en 48,5⁴⁸. Pero el saldo migratorio positivo supera al crecimiento vegetativo. La proporción de extranjeros pasa del 12,1% en 1669 al 25,4% en 1895. Veinte años más tarde la población se habrá casi duplicado y la proporción de extranjeros alcanzará el 30,3%.

A partir de las presidencias de Mitre, Sarmiento y Avellaneda, la educación pública, en cuya organización se recogen algunas ideas de Horace Mann, está comenzando a integrar y configurar una nueva sociedad. La sanidad también progresa, pero mucho más lentamente.

Los presidentes argentinos se preocuparon y ocuparon intensamente de la educación, (hacia 1880 el 80% de los habitantes del país eran analfabetos). La Constitución no delegaba en la Nación la instrucción pública, pero el artículo 5º exigía como condición para que el gobierno federal garantizase a cada provincia el goce y ejercicio de sus instituciones, que ellas a su vez aseguraran la administración de justicia, el régimen municipal y la educación común. Mitre, Sarmiento, Avellaneda, establecieron las bases de una organización que fue enriquecida por José María Torres, (desde Paraná), por Juana Manso, José Manuel Estrada, Marcos Sastre, Manuel Láinez, Amadeo Jacques, (primero desde Tucumán y después desde Buenos Aires), e hicieron posible que Eduardo Wilde sancionara la Ley 1.420. Las escuelas normales formaron miles de maestros que compartían una pasión y una idea de país. Y las escuelas primarias se multiplicaron. La proporción de analfabetos cae a 53% en 1925 y a 13% en 1947. La educación pública, y sobre todo la educación de la mujer, promovida en el Río de la Plata por dos figuras de la talla de Domingo Faustino Sarmiento y José Pedro Varela, darán sus frutos en salud, al convertirse en determinantes fundamentales de los excelentes indi-

cadore sanitarios de ambos países en las cinco primeras décadas del siglo XX (en relación al contexto latinoamericano).

En el área educativa las resistencias derivadas de la organización federal fueron menores que las que hicieron lento el progreso sanitario, en el cual se combinaron con una gran multiplicidad institucional y la ausencia de una clara distinción entre las funciones de orden público que aseguran la protección de la salud colectiva y las de interés público destinadas a la asistencia médica y social.

El Departamento Nacional de Higiene, creado en 1880 y que, como se ha dicho, comienza a funcionar en 1882, inicia en 1891 la publicación mensual de sus *Anales*, bajo la dirección de Pedro Arata y Emilio R. Coni.

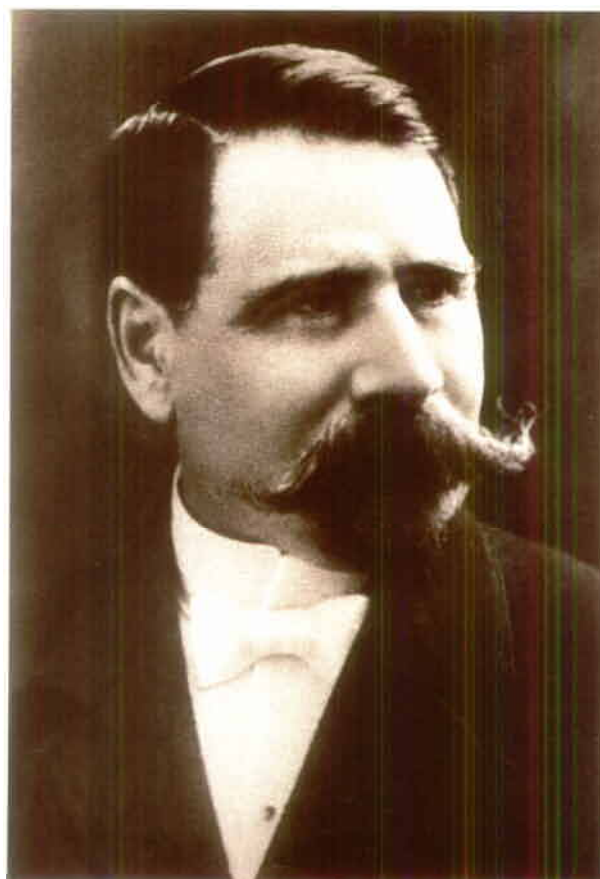
En 1892 Emilio R. Coni, designado por la Intendencia de la Ciudad de Buenos Aires como Director de la Asistencia Pública, la reorganiza en tres ramas: la 1ª administración sanitaria, o sea, la que entiende en todos los asuntos relativos a la higiene del municipio; la 2ª, la asistencia pública, o sea la asistencia domiciliaria, hospitalaria y protección a las clases menesterosas, etc., y finalmente la 3ª, el patronato y asistencia de la infancia con los propósitos y organización propuestos por la comisión, que me ha cabido el honor de presidir.⁴⁹ Al mismo tiempo, refunde las publicaciones del Departamento Nacional de Higiene con las de la Asistencia Pública y comienza uno de los períodos más brillantes de la sanidad en Buenos Aires. Pide al joven médico Gregorio Aráoz Alfaro que lo acompañe en un cargo que acaba de crear para orientar la remisión de pacientes para ser internados en los distintos hospitales y unos meses más tarde lo convierte en su secretario. Coni, hijo de bretones, (su padre instaló en Buenos Aires una imprenta prestigiosa) fue el higie-

⁴⁸ Somoza, J. L., "La mortalidad en la Argentina entre 1860 y 1960". En Celade, *Temas de población de la Argentina. Aspectos Demográficos*, Santiago de Chile, 1973, Pág. 27.

⁴⁹ *Anales de Higiene Pública y Medicina Legal*, Año I, N° 1, Buenos Aires, marzo 1892, pág. 116.



Emilio Coni, fotografía del Archivo General de la Nación



José Penna, fotografía del Archivo General de la Nación.

34

nista de mayor rigor, profundidad de conocimientos y capacidad de trabajo del conjunto de higienistas a quienes convocó la prédica de Rawson desde la cátedra. ...este hombre que, durante muchos años, fue en América y en Europa la figura médica más conocida, cuyo nombre estaba inscripto como miembro honorario o correspondiente, en gran número de Academias y sociedades científicas extranjeras, no alcanzó en su tierra ni siquiera a ser profesor de la materia que estudiara e ilustrara como ninguno⁵⁰ Hemos querido mencionar la reforma de Coni porque traduce con notable claridad su percepción de la diferencia entre la sanidad y la asistencia, aunque también comprenda la conveniencia de que ambas estuvieran bajo un comando único, lo cual no supieron ver muchos de los que tuvieron la posibilidad de transformar las instituciones sanitarias. Aráoz Alfaro citó esta reforma de Coni durante la rica discu-

sión sobre organización sanitaria, en la IX Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Departamento Nacional de Higiene se desarrolla progresivamente, incorporando dependencias asignadas al control de afecciones epidémicas y endémicas. En 1906 se incorpora la lucha antipalúdica, en vista de los resultados obtenidos para su reducción en Centroamérica, especialmente en Panamá.

En 1911, José Penna, distinguido epidemiólogo que sucede a Malbrán en la Presidencia del Departamento Nacional de Higiene, lo organiza en siete Divisiones: Sanidad y Profilaxis Marítima; Sanidad y Profilaxis terrestre; Higiene escolar, infantil, industrial y social; Deontología médica y contralor del ejercicio

⁵⁰ Aráoz Alfaro, G., *Crónicas y estampas del pasado*, El Ateneo, Buenos Aires, 1938, pág. 298.



Ambulancia con caballo, fines del siglo XIX, fotografía del Archivo General de la Nación.

profesional; Institutos (Bacteriológico, Seroterápico y Químico); Desinfección y Saneamiento y Administración y Contaduría.⁵¹ (En 1923 Aráoz Alfaro propiciará la creación de una Sección de Protección a la Maternidad e Infancia, análoga a la rama de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública capitalina creada por Coni, ampliando la focalización anterior en la higiene infantil y escolar, pero propiciando también la combinación, entre los objetivos del Departamento, de actividades destinadas a mantener o mejorar la salud de individuos junto con las tradicionales dirigidas a la salud colectiva.)

*La tremenda expansión que beneficiara a la economía argentina desde 1860 hasta 1930 fue básicamente el producto de su carácter complementario con la economía británica. Esta complementariedad produjo tanto comercio como inversiones de capital en un grado no soñado hasta entonces en la Argentina.*⁵²

En los cuatro quinquenios del período 1875-1894 la proporción de importaciones británicas fue de 25%, 32%, 34% y 38% respectivamente; las exportaciones al Reino Unido sobre

el total de las exportaciones representaron el 12%, el 10%, el 17% y el 18% respectivamente. De los Estados Unidos provenían, en esos cuatro quinquenios, el 6,2%, el 7,3%, el 8,7% y el 7,5% de las importaciones; las exportaciones a Estados Unidos representaron el 6,2%, el 6,4%, el 7,2% y el 4,6% respectivamente.⁵³

Con anterioridad Argentina había exportado a Inglaterra cueros, pieles y cebo, pero a partir de la década del setenta nuevos productos fueron ocupando progresivamente el primer lugar en su comercio exterior: lana, carnes y cereales. Si bien se continuaba exportando productos primarios, las exigencias derivadas de estos nuevos productos fueron más complejas, determinando mayor empleo de capitales y recursos tecnológicos. Los dos primeros productos obligaron a la transformación de los recursos ganaderos existentes. [...] para lograr ovejas de vellón tupido y carne abundante fue necesario someter a mes-

⁵¹ Guía Oficial del Departamento Nacional de Higiene, Buenos Aires, 1912.

⁵² Carlos Escudé, *La declinación argentina*, Editorial de Belgrano, Buenos Aires, 1988, pág. 28.

⁵³ *Op. cit.*, pág. 33.



Vacunación en la Asistencia Pública a principios del siglo XX, fotografía del Archivo General de la Nación.

tización adecuada el ganado existente. La cría del ganado vacuno significó un proceso más minucioso y prolongado, que exigió estancias cercadas, campos de alfalfa cuidados, mestizaje [...] ⁵⁴ (Con los animales que serían empleados para mejorar las razas nativas ingresó desde Inglaterra la fiebre aftosa, que no existía antes en el territorio.) Los saladeros y los frigoríficos eran ingleses o se montaban con capitales británicos, igual que el mejoramiento de los puertos o la instalación de ferrocarriles.

Los cambios que se operaron en la sociedad argentina en las tres últimas décadas del siglo XIX produjeron asombro y admiración en el extranjero, sobre todo en Europa, origen principal del aluvión migratorio. En las zonas rurales, pero más aún en las ciudades y especialmente en Buenos Aires crecía rápidamente la población a consecuencia de los ingentes grupos de extranjeros que llegaban cada día a los puertos, algunos para incor-

porarse a las faenas agropecuarias, otros para ejercer su artesanía, y todos para gozar de las promesas de bienestar que la zona litoral del país ofrecía. Por allí comenzaron a tenderse las vías férreas y a desarrollarse otros elementos del progreso técnico que alimentaban en los europeos recién llegados la ilusión de estar no sólo en un país tan adelantado como el suyo, sino acaso en uno de más brillante porvenir, en parte por la debilidad de las estructuras económicas tradicionales y en parte por la atracción que parecía tener América para quienes deseaban invertir capitales. [...] La Argentina era una promesa o, mejor, todo un conjunto de promesas que escondían sus posibilidades en una tierra de extraordinaria feracidad, de clima atrayente y escasamente poblada. En un momento en que Europa se industrializaba acelerada-

⁵⁴ Ríos de Hernández, J. y Carrera Damas, G., "Estructuración capitalista de las sociedades implantadas latinoamericanas". En *CENDES, Formación Histórico-Social de América Latina*, U. Central de Venezuela, Caracas, 1982, pág. 219-220.

mente y concentraba grandes masas en sus ciudades, un país de predominante población blanca y resuelto a seguir las huellas de la civilización europea, que se ofrecía para ser el granero y la dehesa de Europa, podía aspirar a recibir un bien ganado premio.⁵⁵

No es de extrañar que la sociedad se haya sentido orgullosa y que ese orgullo haya alimentado en algunos grupos educados una suerte de arrogancia que aceptaba la relación comercial complementaria establecida con Europa, pero recelaba, como lo hacían otros países latinoamericanos, de la potencia norteamericana. Si Estados Unidos ha hecho su frontera en el canal de Panamá y convertido el Caribe en un lago americano, la operación ha desatado un profundo movimiento nacionalista antiyanqui en toda América Latina.

Este nacionalismo burgués, expresado por los portavoces de la élite ilustrada, es difundido (a causa de la pobreza por aquel entonces de los medios de expresión locales) por la prensa de España y Francia. Será en esos países donde se editen los libros del uruguayo José Enrique Rodó, el venezolano Rufino Blanco Fombona, el peruano Francisco García Calderón, el mexicano José Vasconcelos, el guatemalteco Enrique Gómez Carrillo o el argentino Manuel Ugarte, (antes socialista), en los que se denuncian las manifestaciones agresivas del imperio norteamericano y se llama a la solidaridad entre los americanos latinos.⁵⁶

Precisamente de Manuel Ugarte tomamos esta descripción de la ideología dominante entre los intelectuales en Argentina: 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 con 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 [...]⁵⁷

No es extraño tampoco que los autores que se han preocupado por identificar tendencias sostenidas, a veces denominadas constantes, en la política exterior argentina, coincidan en se-

ñalar la “afiliación a la esfera de influencia británica”⁵⁸, o “el enfrentamiento con los Estados Unidos y el europeísmo,”⁵⁹ Estamos ahora en condiciones de examinar el origen y los primeros pasos del panamericanismo, es decir, del intento de reunir a todos los pueblos del continente y no sólo a los hispano o iberoamericanos.

Las primeras Conferencias Panamericanas

En 1882, al ser designado James G. Blaine como Secretario de Estado, tal como se mencionó antes, se producía un cambio importante en la política exterior norteamericana: era el fin del “aislacionismo-expansionismo” dentro de la “isla-continente” y el comienzo de la política imperialista que se haría evidente cuando, después de terminada la breve guerra con España a fines del siglo XIX, los Estados Unidos fueron transformados en una república imperial.⁶⁰

En 1882, Blaine convocó a un Congreso Americano, en el cual se consideren y discutan medios para prevenir la guerra entre las naciones de América, iniciativa coincidente con la de Colombia, que intenta reunir un Congreso en Panamá, iniciativas ambas que fracasan al iniciarse la guerra del Pacífico. Empero, Estados Unidos persiste en su propósito de estrechar vínculos más directos con los países del Continente, por cuya suerte se ha despreocupado hasta entonces. El nuevo clima expansivo mueve

⁵⁵ Romero, José Luis, *El Desarrollo de las Ideas*, Capítulo I.

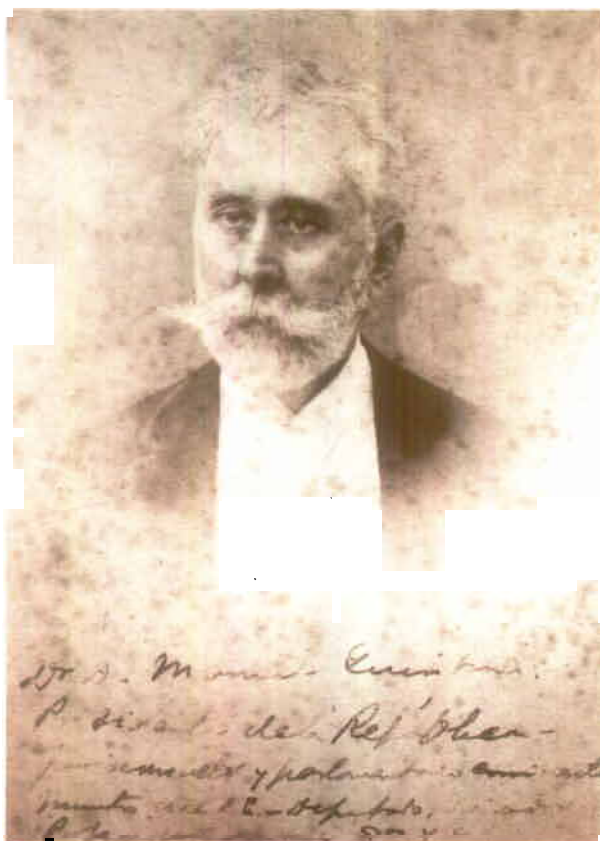
⁵⁶ Rama, Carlos M., *Historia de América Latina*, Barcelona, 1978, pág. 149-150.

⁵⁷ Ugarte, M., *El porvenir de América Latina*, Buenos Aires, 1910, pág. 91, Citado por Escudé, *Op. cit.*

⁵⁸ Juan Carlos Puig, “Tendencias de la política exterior Argentina”, en *Conase, Lineamientos de un nuevo proyecto nacional*, Buenos Aires, 1970, pág. 341-377.

⁵⁹ Ferrari, G., *Esquema de la...*, *Op. cit.*, pág. 6.

⁶⁰ Pratt, J., *Manifest Destiny in the American Century*, *Op. cit.*, pág. 54. También Aron, R., *La República Imperial*, Ed. Emecé, Buenos Aires, 1974.



Manuel Quintana, fotografía del Archivo General de la Nación.



Roque Sáenz Peña.

al Congreso estadounidense a crear, por Ley del 7 de junio de 1884, una comisión encargada de estudiar las relaciones comerciales con los Estados americanos, la cual tiene la virtud de adentrar en el conocimiento de sus demás hermanos continentales. En Argentina, los miembros de esta misión presentan sus credenciales e instrucciones al Presidente Roca, el 8 de julio de 1885, celebrando una sola entrevista, en la que fijan el real alcance de su cometido, cuyos puntos el gobierno se reserva meditarlos con la atención merecida. [...] El éxito de la misión comercial norteamericana es señalado y fecundo. Por otra Ley del Congreso estadounidense, del 24 de mayo de 1888, se autoriza al Poder Ejecutivo para que convoque una Conferencia Americana, a reunirse en Washington al siguiente año, y para la cual se fija este temario:

Conservación de la paz y fomento de la prosperidad de los Estados de América.

Formación de una Unión Aduanera americana.

■ *Establecimiento de comunicaciones frecuentes y regulares entre los Estados de América.*

Adopción de un sistema uniforme de disposiciones aduaneras.

Adopción de un sistema uniforme de pesas y medidas, y leyes que protejan los derechos de patentes de invención, marcas de fábrica y propiedad literaria.

Adopción de una moneda común de plata.

Convenio recomendando a los gobiernos un plan definitivo de arbitraje.

Estudio de otras materias relacionadas para el bienestar de los países americanos”.⁶¹

⁶¹ Silva, C. A., *La política internacional de la Nación Argentina*. Ministerio del Interior, Subsecretaría de Informaciones, Buenos Aires, Imprenta de la Cámara de Diputados, 1946 pág. 43-46.

La primera *Conferencia Panamericana* tuvo lugar en Washington entre el 2 de octubre de 1889 y el 19 de abril de 1890. Los dos delegados argentinos serán más tarde Presidentes de la Nación: Manuel Quintana y Roque Sáenz Peña. Años después, Rubén Darío publica su comentario sobre un estudio aparecido en la *Revue de Paris* y dice: *poco se habló en el Congreso de arbitraje; 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.*⁶²

Los argumentos de Saenz Peña fueron, por un lado la defensa del libre comercio (la Argentina desarrollaba, como hemos mostrado un intenso comercio con Europa especialmente con Gran Bretaña) y por el otro, su posición frente al dilema “América o Europa”, que sintetizó diciendo *no me faltan afecciones ni amor por la América, me faltan desconfianza e ingratitud para Europa*. Esta adhesión a Europa, principalmente a Gran Bretaña y Francia, se mantiene en décadas posteriores, aún después de que ambas naciones pierdan buena parte de su antiguo poder y esa adhesión se convierte en obstáculo para la comprensión y el relacionamiento con los Estados Unidos.

La reunión tuvo poco éxito después del fracaso de la idea de la unión aduanera. Surgió de ella la *Unión Internacional de las Repúblicas Americanas para la pronta compilación y distribución de datos sobre el comercio* que se instaló en Washington D.C. y sería conocida como la Ofi-

cina Comercial de las Repúblicas Americanas, financiada por los países según una distribución acordada.

Después de esta primera reunión, la Argentina participa en la *II Conferencia de los Estados Americanos*, que tiene lugar en México entre octubre de 1901 y febrero de 1902. Durante la Conferencia se presentó un informe en el cual se sugería que se convocase una *convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las Repúblicas Americanas para formular acuerdos y disposiciones sanitarias*.

La *III Conferencia* se reunió en Río de Janeiro en 1906 y la *IV* en Buenos Aires, en 1910. En la sesión inaugural de esta última, el presidente de la Asamblea, el Dr. Antonio Bermejo, a la sazón presidente de la Suprema Corte de Justicia argentina, relacionó, como expresiones de solidaridad americana, a las conferencias diplomáticas con los *congresos científicos celebrados en Buenos Aires, Montevideo, Río de Janeiro y Santiago de Chile; con los congresos de medicina reunidos en las mismas capitales, [...] referencias al tema del capítulo de las Memorias de un Higienista de Emilio R. Coni que se reproduce íntegramente, ya que arroja luz sobre la intención de fortalecer el panhispanoamericanismo o el paniberoamericanismo como condición previa para adherir al panamericanismo y que compartían varios de los salubristas argentinos*. La Iª Guerra Mundial interrumpió la realización de nuevas Conferencias hasta 1920.

⁶² Rubén Darío. *Op. cit.*

Memorias de un médico higienista*

Dr. Emilio R. Coni

Capítulo XLIII: Desaparición de los congresos científicos y médicos latinoamericanos

Habiendo cooperado activamente, en la medida de mis fuerzas, en los congresos científicos y médicos latinoamericanos celebrados en varias ciudades sudamericanas, me ha sido muy sensible verlos desaparecer, por cuyo motivo vime obligado a formular una protesta por el hecho, en las columnas de "La Nación" de fecha octubre 18 de 1915.

Un telegrama de Chile anunciaba que la cancillería de ese país había recibido oficio del gobierno de los Estados Unidos, comunicándole que correspondía elegir de entre los delegados chilenos al congreso científico panamericano, el presidente de éste. Hechos posteriores demostraron la exactitud de la referencia.

Dije entonces, que a ser exacta esa información, la resolución adoptada, era completamente contraria a las prácticas establecidas en los congresos internacionales.

Pero en este caso, conviene recordar algunos antecedentes de cierto interés. El año 1898, la Sociedad Científica Argentina, a la que tantos servicios debe el país, con el propósito de conmemorar su XXV aniversario, realizó el primer congreso científico latinoamericano. Como fue el primer certamen internacional efectuado en la América Meridional, los organizadores, entre los que me contaba, no dejaron de abrigar serios temores sobre su buen éxito. Felizmente, alcanzó un resultado brillante, y más que todo contribuyó a suavizar las relaciones con Chile, que en ese momento no podían ser más tirantes. Como rasgo de alta diplomacia, la comisión organizadora resolvió nombrar como presidente titular a uno de los delegados chilenos: el doctor Paulino Alfonso.

* Dr. Emilio R. Coni,

Memorias de un médico higienista.

Contribución a la historia de la higiene pública y social argentina. 1867-1917.

Buenos Aires, Asociación Médica Argentina, 1918, pp. 649-653.

En 1901 se reunió en Santiago de Chile el primer congreso médico latinoamericano, en el que tomaron parte delegados de casi todos los países del nuevo continente. Su presidente titular fue argentino: el doctor Federico Texo, delegado del gobierno argentino. En el mismo año se celebró en Montevideo el segundo congreso científico latinoamericano, cuyo presidente fue el delegado argentino doctor Roberto Wernicke.

Sucesivamente, tuvieron lugar en Buenos Aires (1904) el segundo congreso médico latinoamericano; en Río de Janeiro (1905) el tercer congreso científico latinoamericano; en Montevideo (1907) el tercer congreso médico latinoamericano y el cuarto de la serie, en Río de Janeiro (1909).

El cuarto congreso científico latinoamericano se congregó en Santiago de Chile (1909). Su comisión organizadora creyó conveniente transformarlo en panamericano, a mi juicio sin fundamento ni derecho alguno, pues procediendo en 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).

En épocas anteriores se habían realizado varios congresos panamericanos en los Estados Unidos y otros países de la América Central. Así, pues, los peruanos reunieron en uno solo todos los que habíanse efectuado en el continente. No quiero entrar a analizar las razones que tuvieron para hacerlo, pero el hecho evidente es que los chilenos primero y los peruanos después, han hecho desaparecer los congresos latinoamericanos. La influencia y la absorción del gran coloso del norte resalta a todas luces. En los dos congresos panamericanos efectuados en San Francisco de California primero y en Nuevo York después, ha predominado en absoluto el elemento yanqui, y los países de habla española y portuguesa han ocupado un rango muy secundario.

En resolución de los estadounidenses de nombrar *a priori* un presidente chileno en el congreso de Nueva York, es violatoria, como lo dejo dicho, de las prácticas establecidas. Son los congresos en su sesión inaugural los que deben elegir, por intermedio de los delegados oficiales, su presidente efectivo, ya sea confirmando en su cargo el de la comisión organizadora, o bien eligiendo uno entre los delegados oficiales de las naciones.

A mi ver, la resolución de los Estados Unidos de América puede interpretarse como un agradecimiento manifiesto a Chile, por la transformación operada, sin razón ni conveniencia alguna, y en simple detrimento de los intereses de la América Latina.

He mantenido durante cuarenta años demasiados vínculos amistosos y relaciones científicas con Chile y Perú, para que puedan mis opiniones sufrir una interpretación desfavorable por mis amigos peruanos y chilenos, porque también son harto conocidos mis sentimientos de confraternidad americana.

Los congresos panamericanos no darán, en mi entender, los resultados halagadores que habían producido los latinoamericanos, porque la intromisión del elemento anglosajón, 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 peruanos no tuvieron razón en 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 austríacos, 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 prudente 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 probable 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 bueno hora, como decía Rafael Conte, la unión de todas las Américas; hagamos, como se pretende, una "Grater América latino-anglosajona", pero hagamos primero una "Formidable América exclusivamente latina", porque entonces y solamente entonces, podemos tratar con los yanquis de igual a igual, de potencia a potencia.

La creación de la Oficina Sanitaria y la ausencia argentina

La Primera Conferencia Sanitaria Panamericana

Entre 1880 y 1900 la sanidad pública había recibido el aporte de los hallazgos bacteriológicos presagiados por los anteriores de Pasteur, Koch y Neisser: Eberth identifica al agente de la fiebre tifoidea en 1880, Koch el de la tuberculosis en 1882 y el del cólera en 1883, Frenkel el de la neumonía en 1884. Desde 1880, Finlay insistía en la transmisión vectorial de la fiebre amarilla, que confirmó Walter Reed en 1900. En poco más de dos décadas los conceptos sobre el origen miasmático de las enfermedades transmisibles fueron reemplazados por conocimientos con base experimental sobre agentes causales y mecanismos de transmisión. Si el entusiasmo simplificó en exceso la etiología, aparecieron voces que alertaban sobre el tema, como la de Max von Pettenkofer en su polémica con Koch.

En el Capítulo de las *Memorias* de Coni que se transcribe, se mencionan los Congresos Médicos Panamericanos, que se desarrollaron paralelamente a los Latinoamericanos y que confluyeron finalmente. El tercero de estos Congresos Médicos Panamericanos tuvo lugar en México en 1901 y fue allí donde el entonces Inspector General del Servicio de Hospitales de la Marina

de los Estados Unidos, Dr. Walter Wyman¹, leyó (en inglés) una ponencia sobre “Saneamiento y Progreso”. Dijo Wyman: *Una investigación sobre las condiciones sanitarias de los puertos de las Repúblicas Occidentales demostraría que muchos de ellos se encuentran en las peores condiciones, con descuido de los principios más elementales del saneamiento y hasta con falta completa de cuarentena proteccionaria de una ciudad a otra. Las relaciones comerciales entre esas ciudades son cada año más frecuentes y por correspondencia y conversaciones con los representantes de las Repúblicas de América del Sur y del Centro, sé que en todos aquellos países se tiene cada verano el mismo temor que se experimenta en los Estados Unidos. Todas o casi todas esas Repúblicas han sufrido en su prosperidad comercial o mercantil con la visita o la amenaza de la terrible fiebre amarilla y me ha sorprendido de 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.*²

¹ Walter Wyman fue un destacado salubrista estadounidense. Nacido en 1848, ingresó tempranamente en el Servicio de Hospitales de la Marina. Designado Cirujano General en 1891, le tocó poner en práctica las medidas preventivas contra la fiebre amarilla y el cólera. En 1902 presidió la Oficina Sanitaria Internacional hasta su muerte en 1911.

² *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, México, 3ª Epoca, T. VII, N° 3, Septiembre 30, 1901, pág. 117-118.

En febrero de 1902, mientras está finalizando en la ciudad de México la IIª Conferencia Internacional de Estados Americanos, se reúne en La Habana una Conferencia Sanitaria Internacional (panamericana) en cuya sesión inaugural el Dr. Eduardo Licéaga expresa: *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 estén 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 llegar a suprimir, las restricciones cuarentenarias. Establecen la declaración obligatoria por parte de las naciones de las enfermedades transmisibles que se hayan de-*

*sarrollado 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 Sanitaria Internacional residente en aquella ciudad encargada de recoger los datos que se han aprobado estas resoluciones. Proponen que las Repúblicas signatarias transmitan a dicha Oficina todos los datos, sean de la especie que fueren, relativos a los estados sanitarios de sus respectivos puertos y territorios y le suministren todos los medios y auxilios a su alcance para el estudio de las enfermedades epidémicas que aparezcan en dichas Repúblicas, a fin de que la mencionada Oficina con esos medios coopere con su experiencia a la protección tan amplia como fuere posible a la sanidad de aquellas Repúblicas.*³

Una organización casi inexistente en el regazo del Servicio de Sanidad de los Estados Unidos

De acuerdo a lo previsto, la primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas se reunió en Washington en diciembre de ese año 1902. Asistieron representantes de 11 países, en su mayor parte diplomáticos acreditados en Washington, decidiéndose la creación de una Oficina Sanitaria Internacional que debía obtener de cada país información sobre el estado sanitario de los puertos y territorio nacional; proporcionar su experiencia y ayuda para el mejoramiento de la salud de los pueblos; facilitar el comercio entre las naciones y propender al mejoramiento sanitario de los puertos. Constaría de una Junta de por lo menos cinco personas y tendría sede en Washington. El Dr. Walter Wyman, Inspector General del Servicio de los Hospitales de la Marina, (institu-

Walter Wyman, el primer presidente de la OPS.



³ Boletín del Consejo Superior de Salubridad, 3ª Epoca, T VIII, N° 8, México, Febrero 28, 1902, pág. 377-379.

ción creada en 1798 y que tenía a su cargo la sanidad marítima), fue designado Presidente de una Junta de expertos de varias nacionalidades y que mantenían casi siempre su residencia en sus países de origen, así como también de las Convenciones que se pretendía se realizaran cada dos años. Con el correr de los años el Servicio de los Hospitales de la Marina se transformó en Servicio de Sanidad Pública, dirigido por el Cirujano General de los Estados Unidos. En esta 1ª Convención, Carlos Finlay presentó un nuevo informe sobre la transmisión de la fiebre amarilla por el mosquito, que había recibido la confirmación de la Comisión norteamericana presidida por Walter Reed, aunque algunos siguieron pensando que el mosquito no era el único medio de transmisión. (Penna conservaba sus dudas en 1911). Se decidió dotar a la flamante Oficina de un presupuesto de 5.000 dólares, que se distribuirían entre los países de la misma forma que en la Oficina Comercial análoga, que tenía también como propósito la pronta compilación y distribución de datos. Hasta que se contase con sede propia y empleados propios, la casi virtual Oficina se localizó en las dependencias del Servicio de Hospitales de la Marina.

En 1905 se reunió en Washington la IIª Convención Sanitaria, en la cual se acordaron medidas sobre protección cuarentenaria que permanecen vigentes en el Código Sanitario Panamericano de 1924.

Mientras esto sucedía en América, se siguieron realizando las Conferencias Sanitarias Internacionales a nivel mundial. La VIª tuvo lugar en Roma, 1885; luego en Venecia en 1892, en Dresden en 1893, en París en 1894, en Viena en 1897 y en París en 1903. En esta última se aceptó la sugestión de la IVª Conferencia de Viena antes mencionada, decidiéndose la creación en París de una Oficina Internacional de Higiene Pública “para reunir y dar a conocer a los estados participantes

los hechos y documentos de carácter general que se refieren a salubridad y, en especial, a enfermedades infecciosas, sobre todo a *cólera*, *peste* y *fiebre amarilla*, como también las medidas para combatir estas enfermedades.” Se estableció un presupuesto reducido para el organismo, cuya misión era la recopilación y difusión de informaciones epidemiológicas y que contaría con alrededor de una decena de funcionarios y empleados, reproduciendo en una escala mundial la misión y el tipo de Organismo que se había inaugurado en América.

En 1907 se reúne en México la IIIª Convención Sanitaria de los países americanos, que autoriza al Presidente a establecer relaciones con la Oficina que se creará en París (la cual inició sus actividades en 1909), decidiéndose allí cambiar la denominación de “Convenciones” para las reuniones periódicas por la de “Conferencias” sanitarias.

No hemos podido encontrar referencias sobre el éxito de la Oficina de Washington en recopilar y distribuir información proveniente de Sudamérica, pero una referencia⁴ sobre la invitación a la República Oriental del Uruguay para participar, en 1907, en la IIIª Convención Sanitaria Internacional, a celebrarse en la ciudad de México a fines de ese año, hace suponer que la información de los países del Sur no fluía como se deseaba. El Poder Ejecutivo uruguayo solicita a la Asamblea se autoricen fondos que permitan la asistencia del delegado uruguayo. El legislador que informa sobre el pedido, Sr. Berro, dice: *Me permito recordar a la H. Cámara que en esta Convención debe resolverse un asunto muy interesante relacionado con nuestro país. Con sujeción al inciso c) del artículo 3º de la IIª Convención de Río de Janeiro en 1906, debe designarse en la próxima Convención a*

⁴ El doctor Aron Nowinski, quien publicó una noticia sobre el tema, me orientó y ayudó en la búsqueda del material utilizado.

la ciudad de Montevideo como residencia del Centro Informativo Sanitario y por consiguiente la concurrencia del delegado uruguayo a esa convención tiene como cometido especial de positivo interés para este país el de lograr que se haga efectivo lo resuelto en la conferencia de Río de Janeiro, esto es, que sea ubicado en Montevideo el Centro Sanitario Informativo de las Repúblicas Sudamericanas, 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. Sería, pues, un singular honor, una alta distinción, para Montevideo el ser designada como residencia [...] por lo que solicito pronto despacho.⁵

Una noticia del Ministerio de Relaciones Exteriores da cuenta de que, habiendo el Gobierno aceptado dicha invitación, ha nombrado al Dr. Ernesto Fernández Espiro, ex presidente del Consejo Nacional de Higiene y actual Inspector de Sanidad Terrestre, para que represente a la República ante dicha convención. Cumplida su misión, Fernández Espiro presenta su informe al Canciller uruguayo y comunica que una resolución de la Conferencia establece que los Gobiernos designarán a los miembros de las Comisiones de cada país y también del centro de información sanitaria que deberá constituirse en esta ciudad, al cual se deberán remitir informaciones y datos sanitarios provenientes de la Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Perú, que éste a su vez transmitirá a la Oficina Sanitaria Internacional de Washington, que sería la encargada de recibir directamente los informes del Ecuador, Colombia, Venezuela, Cuba, Méjico y Repúblicas de Centro América.⁶ En 1911 se informa que, reunida la Comisión de Sanidad de Montevideo, a fin de proceder a la distribución de cargos del respectivo Centro Informativo, fueron nombrados, el doctor Ernesto Fernández Espiro, Director de dicho Centro, y el doctor Julio Etchepare, Secretario del mismo. Poco después el Ministerio de Relaciones Exteriores comunica al Director del Centro informativo sa-

nitario que con fecha 17 de diciembre último se comunicó a los Gobiernos de Bolivia, Brasil, Argentina, Chile y Paraguay el nombramiento de la citada Comisión, y que con esta fecha (2 de mayo de 1911) participo a los expresados Gobiernos, al del Perú y a la Oficina Sanitaria Internacional de Washington los informes que se expresan en el Memorándum que contesto.⁷

En 1910 se realiza en San José de Costa Rica la IV Conferencia Sanitaria Internacional (a partir de entonces se abandona la palabra "Convención" para denominarlas), en la cual se aprobó la decisión de solicitar un local en el edificio de la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas (después Unión Panamericana). A la V Conferencia, en Santiago de Chile, en 1911, no pudo asistir el Presidente de la OSI, (que falleció poco después). Lo reemplazó como Inspector General del Servicio de los Hospitales de la Marina el Dr. Rupert Blue, quien se convirtió también en Presidente de la Oficina Internacional y de sus Conferencias, aunque en los nueve años de su mandato no le tocó presidir ninguna. La Oficina continuó su existencia casi virtual, reducida al objetivo de compilar y difundir información sanitaria, hasta el punto de merecer del sucesor de Blue, Hugh S. Cumming, la aseveración de que *no existía más que de nombre*.⁸

En las publicaciones argentinas no existen prácticamente menciones sobre la relación con la Oficina en esos primeros dieciocho años, lo cual no resulta extraño, dado el carácter de centro de información que tuvo en esa época, su localización en Washington, que la convertía casi en un sello disponible para el Inspector General del Servicio de Sanidad nor-

⁵ Boletín del Consejo Nacional de Higiene, Montevideo, Diciembre de 1907.

⁶ Boletín del Consejo Nacional de Higiene, Montevideo, Año III, N° 18, abril de 1908, pág. 132.

⁷ Boletín del Consejo Nacional de Higiene, Montevideo, Año VI N° 57, julio de 1911, pág. 336 y 337.

⁸ OPS, Pro Salute Novi Mundi. Op. cit., pág. 36.



Rupert Blue, el segundo presidente de la OPS.

teamericano, el mayor interés de ese país en la información epidemiológica de países menos lejanos y las prevenciones existentes en Argentina respecto de las intenciones de la Administración norteamericana. Esas prevenciones tal vez se atenuaran en la III^a Conferencia Panamericana (Río de Janeiro, 1906), en la cual Argentina trató de hacer aprobar en el continente la “doctrina Drago”: *la deuda pública no puede dar lugar a la intervención armada, ni menos a la ocupación material del suelo de las naciones americanas por una potencia europea*, y los Estados Unidos le dieron cierto apoyo, así como en la II^a Conferencia de la Paz de la Haya (1907), en la cual la doctrina, con alguna modificación, fue defendida por la delegación norteamericana. Signo del mejoramiento de la relación es la carta del presidente Sáenz Peña a nuestro ministro plenipotenciario en Washington en 1911: *Doy a la vinculación con los Estados Unidos esta importancia de primera magnitud.*⁹

Si la Oficina Sanitaria Internacional de Washington no tuvo en esos años realizaciones notables, las Conferencias Sanitarias realizadas en el período tuvieron resultados positivos en acuerdos sobre cuarentenas marítimas y es seguro que sirvieron como foro de encuentro y de conocimiento de las autoridades sanitarias de los diferentes países, quienes fueron perfilando en ellas objetivos nuevos y más amplios para la cooperación internacional en salud.¹⁰ La Primera Guerra Mundial interrumpió la realización de conferencias hasta 1920.

Pero en esos casi veinte años, desde otra institución, se comenzaba a adquirir experiencia en la prestación de cooperación técnica internacional en salud. Desde comienzos del siglo John D. Rockefeller inició, como parte de sus actividades filantrópicas, la financiación de estudios, como el que encargó a Abraham Flexner sobre la formación médica en los Estados Unidos, (y que tuvo una importante repercusión en la transformación que se operó a partir de su publicación, en ese país) y de actividades, que pretendían catalizar progresos en las condiciones de salud. Un ejemplo de éstas fue la “Comisión de Sanidad Rockefeller para la erradicación de la anquilostomiasis en los Estados Unidos.” (La Fundación será uno de los primeros organismos, si no el primero, en encarar la erradicación en lugar de la reducción o el control.) En 1913, al constituirse la Fundación Rockefeller, se creó una Comisión de Sanidad Internacional, que se convertiría en Consejo en 1915 y en División en 1927. *La entonces recién creada Comisión de Sanidad Internacional se encargó de extender las actividades de erradicación de la anquilostomiasis a otros países y establecer en ellos organismos para promover el sa-*

⁹ Sáenz Peña, Roque, *Escritos y discursos*, Buenos Aires, 1915, T. II, pág. 134.

¹⁰ OSP, *Actas de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana*, Publicación N° 100, Intervención del Dr. Paz Soldán, pág. 162.

neamiento público y divulgar los conocimientos de la medicina científica.¹¹

En las décadas siguientes la Fundación desarrolla una vasta actividad de cooperación con varios países de América Latina (Brasil, Ecuador, Chile y Uruguay, entre otros). Ofrece su cooperación técnica —con pequeños componentes financieros— para catalizar progresos sanitarios a cargo de técnicos y profesionales nacionales de los países que aceptan libremente la cooperación. Sus funcionarios aprenden la importancia de la adquisición del idioma de los países en los cuales trabajan y, después de adquirido, también a conocer y a respetar a los técnicos nacionales. (Soper cuenta con detalle las diferentes circunstancias en las cuales adquirió experiencia en estas relaciones de cooperación, diferentes de la “asisten-

cia técnica”). Los técnicos y funcionarios nacionales, por su parte, adquieren conocimientos y tecnologías, pero también aprenden a trabajar más rigurosa y ordenadamente. En la Argentina de las primeras décadas del siglo se han registrado progresos en lo político, en lo económico y en lo social. Durante esos años Gran Bretaña fue el mejor cliente de la Argentina y ocupó el primer lugar como abastecedora del mercado argentino. [...] La Argentina presentaba un saldo favorable en su comercio con el mundo en general. Poseía el superávit suficiente para cubrir las demandas de los inversores del exterior y para pagar los múltiples servicios que adquiría del extranje-

¹¹ Fred L. Soper, *Andanzas por el Mundo de la Salud*, OPS, 1979, Publicación Científica N° 355, pág. 39.

Hotel de Inmigrantes, fines del siglo XIX, fotografía del Archivo General de la Nación.



ro.¹² Con respecto a los Estados Unidos, las cosas parecían mejorar. El presidente William Howard Taft, en 1909, decretó que habiendo podido comprobar que *la República Argentina no impone términos ni condiciones [...] a los productos agrícolas o manufacturados de los Estados Unidos*, se admita la producción argentina con la tarifa mínima de los Estados Unidos. Como resultado, las exportaciones argentinas a ese país crecieron hasta alcanzar a un 18,9% del total en 1919, para caer cuando entró en vigencia la restrictiva ley tarifaria de 1922.¹³

El gobierno de Roque Saenz Peña —aquel delegado que acuñó el *América para la Humanidad* en 1890— consigue la aprobación de la ley electoral que establece el sufragio secreto y obligatorio. En 1916 asume la presidencia Hipólito Irigoyen.

Entre 1900 y 1920 el saldo migratorio es positivo y supera el millón y medio de inmigrantes. El Censo nacional de 1914 registra una población de 7.8 millones de habitantes, de los cuales el 30% son extranjeros. Las grandes epidemias del siglo pasado han desaparecido, excepción hecha de la pandemia de influenza de 1918, aunque comienza a observarse el paulatino aumento de los casos de parálisis infantil, enfermedad que preocupa en Estados Unidos y algunos países latinoamericanos. La expectativa media de vida al nacer ha aumentado casi diez años desde el final del siglo pasado y exhibe un valor de 48,5 años. La mortalidad infantil en 1905 se aproxima a 100. El volumen del comercio exterior aumenta casi diez veces, con saldos positivos en todo el período. Las superficies sembradas aumentan y los volúmenes exportados de cereales y carne se duplican entre los primeros y los últimos años del período considerado. Las escuelas se multiplican y el analfabetismo desciende progresivamente.

El Departamento Nacional de Higiene continúa enfrentando el problema de jurisdicción, común a los otros países latinoamericanos de



Marcelo T. de Alvear.

organización federal,¹⁴ a lo cual se agrega el sucesivo recorte de competencias que se transfieren a otros ministerios (Trabajo, Ganadería, Educación).

Terminada la 1ª Guerra Mundial, Marcelo T. de Alvear, embajador argentino en Francia, es designado por el Gobierno argentino para participar en la Conferencia de París en la cual se considera establecer una liga de naciones. El texto del instrumento jurídico que da origen a la nueva organización data del 19 de junio de 1919, con algunas modificaciones posteriores. En el Artículo 23 se establece que *bajo la reserva y de conformidad con las disposiciones de las convenciones internacionales actualmente existentes o que se celebraran ulteriormente, los miembros de la Sociedad:*

Se esforzarán en asegurar y mantener condiciones de trabajo equitativas y humanas para el hombre, la mujer y el niño, tanto en sus propios territorios como en todos los países a los que se extendieran sus relaciones comerciales.

[...]

¹² Ferns, H. S., *Gran Bretaña y Argentina en el siglo XIX*, Ed. Solar, Buenos Aires, 1966, pág. 483.

¹³ Lanús, J. A., "La frustración Comercial", *Archivos del Presente*, Año 6, N° 24, Buenos Aires, abril/ mayo/junio 2001, pág. 134 y 135.

¹⁴ Bustamante, Miguel E. y otros, *La Salud Pública en México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Mexico D.F., 1982 y Archila, Ricardo, *Historia de la Sanidad en Venezuela*, Imprenta Nacional, Caracas, 1956.

¶ Se esforzarán en adoptar medidas de orden internacional para prevenir y combatir enfermedades.¹⁵

Como concreción de ese compromiso se creó, en 1923, la Sección de Higiene de la *Sociedad de las Naciones*, con sede en Ginebra, con objetivos algo más amplios que los de la Oficina de París. Probablemente ambas organizaciones se hubieran fusionado, de no mediar una razón importante: la duplicación de organismos mundiales —una Oficina en París y otra en Ginebra— se explica en razón de que los Estados Unidos no aceptaron formar parte de la Sociedad de las Naciones. Esta situación se mantendrá hasta el fin de la IIª Guerra Mundial.

En la Argentina, mientras tanto, la sociedad mantiene su cambio acelerado. En 1922 termina la primera presidencia de Irigoyen, durante la cual los jóvenes universitarios argentinos han emprendido y ganado la Reforma de la Universidad, suceso seminal que tiene ecos en muchos países latinoamericanos. La I Guerra Mundial, favorece el desarrollo de muchas industrias que resultan o se sienten amenazadas por crecientes exigencias de los trabajadores y, finalizado el conflicto, por el retorno de Europa a condiciones normales. La agitación obrera se nutrió de ideas socialistas y anarquistas y tuvo su momento culminante en 1919. En las elecciones del 2 de abril de

1922 triunfó por amplio margen el todavía embajador en Francia, Marcelo T. de Alvear, que gozaba del apoyo de Irigoyen.

Durante la presidencia de Alvear, Aráoz Alfaro fue designado presidente del Departamento Nacional de Higiene, en el que realizó una gestión memorable.

En 1922 visitó Buenos Aires José Vasconcelos, secretario de Educación del gobierno mexicano de Alvaro Obregón, que aceptó crear en Buenos Aires una Unión Latinoamericana, en la cual participaron José Ingenieros, Alfredo Palacios, Carlos Sánchez Viamonte, Aníbal Ponce y Gabriel del Mazo. En 1923 Leopoldo Lugones pronunció algunas conferencias sobre Mussolini y el fascismo, que atrajo adhesiones de grupos que aspiraban a un nuevo nacionalismo. En 1925 visitó el país Albert Einstein y José Ortega y Gasset hizo, en 1928, su segunda visita. Los artistas formaban grupos, *Florida* y *Boedo*, por ejemplo, con sus revistas, *Martín Fierro* y *Claridad*, y adoptaban posiciones filosóficas e ideológicas, se criticaban y publicaban o exponían pinturas y esculturas. La vida cultural y la producción literaria y plástica de esos años creó para Argentina la reputación de poseer una sociedad culta y refinada. En 1928 fue reelegido presidente, casi octogenario, Hipólito Irigoyen.

La construcción de un organismo internacional

La VI Conferencia Sanitaria Panamericana: nuevos objetivos y una identidad propia

Después del paréntesis producido por la 1ª Guerra, se convocó a una nueva Conferencia Sanitaria que tuvo lugar en Montevideo en 1920, la cual otorga otra vez un papel protagónico al Río de la Plata, pues en ella se transforman los objetivos de la Oficina a través de reinterpretar su misión en los nuevos tiempos. Fue una Conferencia re-fundacional. Rupert Blue había abandonado poco antes su cargo de Cirujano General del Servicio de Sanidad Pública y fue reemplazado por Hugh S. Cumming. El 12 de diciembre de ese año se inauguró la Conferencia, (presidida por Ernesto Fernández Espiro, quien había estado al frente de la Oficina de Montevideo). Se designó a Cumming como Director (no ya presidente de un comité directivo) de una Oficina que se reorganizó profundamente, reinterpretando su misión a la luz de los aportes de las cinco Conferencias Sanitarias anteriores y ampliando su capacidad de acción pero también asignándole una identidad propia. Se designó como Vicedirector al Cirujano General Auxiliar, Dr. J. H. White, como Secretario al Dr. Julio Bianchi (de Guatemala) y como voca-

les a los Dres. Joaquín Llambías (Presidente de la Cruz Roja Argentina), Carlos J. Ribeiro das Chagas (Director General de Sanidad Pública del Brasil), Juan Guiteras (de Cuba), y Luis Razetti (Secretario Perpetuo de la Academia de Medicina de Venezuela). Con la incorporación de Llambías la Argentina comienza a participar en la renovada Oficina Sanitaria Internacional. Como parte del nuevo funcionamiento, se decidió la publicación de un boletín mensual, que comenzó a editarse en 1922 con el título de *Boletín Panamericano de Sanidad*. Se recomendó también llevar a 20.000 dólares el presupuesto de la Oficina. Cumming recibió un centro de recopilación y difusión de información y el mandato de transformarlo en un organismo de asistencia técnica en salud. Su dedicación y su talento lograron que cumplierse con éxito la difícil tarea. El Servicio de Sanidad estadounidense continuó facilitando expertos, ahora en comisión, entre los cuales se destacan John D. Long y Clifford R. Eskey, con quienes se iniciaron las actividades de asistencia técnica en muchos países del continente.

En 1923 se cambió la denominación tanto de la Oficina como de las Conferencias por Oficina Sanitaria Panamericana y Conferencia Sanitaria Panamericana, se duplicó el personal —de



Hugh S. Cumming, director de la OPS a partir de 1920.



John D. Long, primer representante viajero de la Oficina.

tres a seis empleados— los cuales compartían el salón cedido unos años antes por la Unión Panamericana. A pesar de la recomendación de la VIª Conferencia, el presupuesto de gastos de ese año no alcanzó los 12.000 dólares.

52

Sin embargo, desde 1923, las actividades de la Oficina se ampliaban aceleradamente, bajo el liderazgo inteligente de Cumming. Long comenzó a viajar en 1923 como Comisionado Viajero, esto es, antes de la creación del puesto en la Conferencia de Lima de 1927. Sus primeros viajes tuvieron como destino países de la América del Sur, asesorando técnicamente al Ministerio de Higiene de Chile (1925-1927), desempeñándose luego como jefe de Sanidad Marítima en el Canal de Panamá, como asesor en temas de saneamiento y provisión de agua potable en Costa Rica, como asesor en la lucha contra la fiebre amarilla en Colombia, como asesor del servicio antipestoso en Ecuador y en Perú, circunstancia que aprovechó para promover un

acuerdo sobre la coordinación de medidas sanitarias en la frontera. Nuevas consultorías en Chile, Bolivia, Argentina, Uruguay y Brasil tuvieron como objeto la lucha contra enfermedades exóticas, el saneamiento, la elaboración de reglamentos o leyes sanitarias y todo asunto de salud pública que lo requiriese, llevando, como él mismo decía, *las experiencias y conocimientos adquiridos en un país a otros, para que puedan aprovecharlos en cuanto les sean útiles*. Araújo Alfaro le dirá, años después, que *no sólo ha hecho el bien a manos llenas sino que ha aprendido a hablar el español; no ya lo que él llama «lenguaje panamericano» sino en realidad un español castizo [...]*

A la VII Conferencia Sanitaria Panamericana, que tiene lugar en La Habana en 1924, asistieron, como delegados argentinos, el presidente del Departamento Nacional de Higiene, Gregorio Araújo Alfaro y, por supuesto, el vocal de la OSP y presidente de la Cruz Roja Argentina, Joaquín Llambías. Las 21 Repúblicas americanas



Regorio Ayo: Alfaro (a la derecha) con Ricardo Rojas, fotografía del Archivo General de la Nación.

se habían afiliado a la Oficina y 18 estuvieron presentes en La Habana. En varias de las Conferencias los gobiernos habían designado como delegados a sus diplomáticos acreditados en Washington o a personalidades que no tenían directa vinculación con la dirección de los organismos nacionales de sanidad, por lo cual se decidió convocar periódicamente a Conferencias de Directores Nacionales de Sanidad, la primera de las cuales se realizó en 1926. (En 1948 tuvo lugar la última de estas reuniones, ya que las máximas autoridades de sanidad de los países concurrían regularmente las Conferencias). La Argentina participaba más asiduamente y con delegados de solvencia técnica. Se aprobó allí el *Código Sanitario Panamericano*, en el cual el Capítulo IX establecía las funciones y deberes de la Oficina Sanitaria Panamericana. Se decidió además aumentar nuevamente el presupuesto, entonces a 50.000 dólares anuales.

La *VIII Conferencia Sanitaria Panamericana* se realizó en Lima en octubre de 1927, asistiendo por Argentina los Dres. Laurentino Olascoaga, Nicolás Lozano y Alfredo Sordelli. Se aprobó en esta ocasión el Protocolo Adicional al Código Sanitario Panamericano, que establece que el inicio de la vigencia del Código en cada uno de los Estados signatarios será en la fecha de la ratificación. Se creó el cargo de “Comisionado Viajero” para oficializar las valiosas actividades de asesoramiento que, desde hacía unos pocos años, desarrollaba John D. Long. Se aprobó también que la Oficina actuase como agencia regional de la Oficina de París. No menos importante fue la Recomendación que se dirigió a los Gobiernos, instando a aquellos que aún no lo hubieran hecho, a establecer *Ministerios de Sanidad Pública, «para la cabal ejecución de una política sanitaria nacional e internacional»*. Los sanitaristas norteamericanos creían que instituciones de jerarquía ministerial me-

jorarían la situación sanitaria, comprometida por la persistencia de focos, y la calidad y pertinencia de la información. Durante las intervenciones norteamericanas fundadas en la enmienda Platt se establecieron en 1909 la Secretaría de Sanidad y Beneficencia de Cuba y en 1921 la de Sanidad, Beneficencia y Obras Públicas en la República Dominicana. La idea era compartida por muchos sanitaristas latinoamericanos, como lo demuestran las expresiones de Aráoz Alfaro y Leopoldo Bard, en la *Primera Conferencia Sanitaria Nacional* de 1923, o la creación, en 1924, del Ministerio de Higiene de Chile. De todas formas, la recomendación de la *VIII Conferencia* tuvo resultados visibles: a partir de 1928 se establecieron el Ministerio de Salubridad Pública y Protección Social de Costa Rica, el de Agricultura y Previsión Social de Ecuador, el de Higiene y Beneficencia Pública de Nicaragua, el de Salubridad de Agricultura y Cría de Venezuela y el de Educación y Sanidad en Brasil, estos dos últimos en 1930. En 1935 se estableció el Ministerio de Salud del Perú y en 1940 se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México. (Como nadie es profeta en su tierra, en los Estados Unidos la salud y la educación alcanzaron rango de secretaría de Estado en 1958, durante la presidencia del general Eisenhower). En el discurso de clausura, Cumming afirmó ante el plenario de delegados que *sin duda, la Oficina alcanzará la importancia y prestigio que ustedes deseen. Nos encontramos en la misma situación que el albañil. Si ustedes no proporcionan los ladrillos y la mezcla, no nos será posible construir el edificio. Y agregaba: He visto a la Oficina de París funcionar de forma tan letrárgica que de vez en cuando fue necesario pincharla con un alfiler para saber si estaba viva. Por algún tiempo, esta Oficina se hallaba en la misma condición pero creo que ha experimentado un cambio.*

El cambio era evidente, sus logros no sólo eran percibidos por los gobiernos de los países sino que otros organismos panamericanos la consideraban un ejemplo del beneficio que

era posible obtener mediante la cooperación interamericana.

En 1930 se produjo en Argentina la primera ruptura institucional del siglo. El General Uriburu derrocó al anciano presidente Irigoyen y estableció una restauración conservadora, aunque entre los nuevos conservadores aparecen entonces grupos nacionalistas y corporativistas. *En su forma más genérica, el nacionalismo es hispanista, antiliberal, católico y partidario de los regímenes de fuerza. En su época, este último atributo lo identificó con el fascismo europeo,*¹ manifiesta uno de sus expositores en 1970. Uriburu llamó en 1932 a elecciones, vetando al candidato radical para asegurar, fraudulentamente, la victoria del candidato oficialista, el general Justo. Los gobiernos radicales habían adoptado en varias ocasiones actitudes de rechazo a presiones externas, en defensa de la soberanía. El gobierno conservador tuvo que hacer frente a la decisión británica de otorgar preferencias al comercio de sus dominios (conferencia de Ottawa), el cual ponía en riesgo las exportaciones argentinas, y emprendió negociaciones diplomáticas que culminaron en la firma del tratado Roca-Runciman, que aseguraba el flujo de las exportaciones a cambio de importantes ventajas al capital inglés, en desmedro de los capitales norteamericanos que deseaban competir con aquellos, *pero también en desmedro de la soberanía, tan celosamente resguardada por los gobiernos anteriores. El asunto, igual que operaciones financieras turbias que dejaron cuantiosas ganancias a los banqueros y pérdidas al Tesoro, fueron denunciadas en el Senado por Lisandro de la Torre.*² Sus análisis y críticas no han perdido

¹ Hernández Arregui, J. J., *La formación de la Conciencia Nacional*, Ed. Hachea, 2ª Edic., 1970, pág. 166.

² Smith, Peter H., *Carne y Política en Argentina*, Paidós, Buenos Aires, 1968, pág. 139. También ver *Obras Completas de Lisandro de la Torre*, Edit. Hemisferio, Buenos Aires, 1952. Los temas aparecen en varios de los 8 volúmenes de la obra, pero una síntesis breve puede hallarse en la presentación hecha ante el senado el 21 de marzo de 1935, Tomo IV, pág. 409 y siguientes.

interés, después de sesenta y cinco años. Las dificultades en las relaciones diplomáticas o comerciales con los Estados Unidos no tuvieron impacto alguno en las que se mantenía con la Oficina Sanitaria.

Los adelantos tecnológicos que comenzaban a transformar las comunicaciones se demostraron útiles para las actividades de salud internacional: una publicación de la Oficina presenta a las autoridades nacionales de salud el código telegráfico que puede utilizarse para cumplir los compromisos de transmitir información. Pero el progreso contiene beneficios y riesgos. El establecimiento del correo aéreo, años después, permite la comunicación rápida con Europa. Los aviones que parten de París hacen escala en Senegal, (África) y Natal (Brasil) para llegar a Río de Janeiro, Buenos Aires y Santiago. En 1930 el entomólogo de la Fundación Rockefeller, Raymond C. Shannon, descubrió que uno de los vectores más eficaces del *plasmodium falciparum* en Africa, conocido como *Anopheles gambiae*, había establecido una cabeza de puente en las Américas. Casi tres años de lucha y el auxilio de una sequía en 1932, hicieron suponer que se había conseguido su erradicación. (En 1938 el *A. gambiae* volvería a conquistar las primeras planas).

Hagamos aquí un paréntesis. Fred L. Soper se había hecho cargo en 1930 del Servicio cooperativo de fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller, el cual administraría el programa en Brasil —excepto en la Capital— con una financiación conjunta del gobierno y la Fundación. Hasta entonces las intervenciones habían tenido el doble objetivo de aislar los enfermos (reservorios del virus) y reducir la proporción del *Aedes* en la población de mosquitos a menos del 5%. Con ese enfoque se habían logrado los éxitos espectaculares de Gorgas en La Habana y en Panamá.

Pero la situación cambió cuando hacia 1932 se identificó la forma selvática de la enfermedad, transmitida al hombre desde primates selváti-

cos infectados, a través de vectores que podían ser distintos del *Aedes*. La propagación ulterior se producía sólo si existían *Aedes* que aseguraran la transmisión interhumana. Soper había podido comprobar estos hechos en varios lugares de la América del Sur y creía que, junto con su experiencia exitosa de erradicación del *Aedes* en una zona de Brasil en 1933, significaban un replanteo del problema de la fiebre amarilla que debía ser comunicado a todos los países involucrados en la lucha. Solicitó por eso participar en la IX Conferencia Sanitaria Panamericana como consultor de la delegación brasileña, siendo informado de que por problemas presupuestarios no se concurriría a Buenos Aires. Las autoridades de la Fundación se comunicaron con Gregorio Aráoz Alfaro, quien lo invitó a participar como representante de la Fundación. Su comunicación en Buenos Aires fue el comienzo de una nueva estrategia. Relató también su experiencia sobre transmisión malárica por el *Anopheles gambiae*, especie que los aviones postales habían llevado a Brasil desde Africa, lo cual venía a cuento porque en la agenda de la reunión estaba incluida la aprobación de una Convención Internacional de Navegación Aérea. Durante la misma, se agregó la consideración de los servicios que la aviación podía brindar a la sanidad, incluyéndose una resolución sobre aviación sanitaria (Fue en esta reunión donde Cumming afirmó que, a su llegada a la Dirección, la Oficina no existía más que de nombre.

A la IXª Conferencia Sanitaria Panamericana, que se realizó en Buenos Aires en 1934 asistieron no sólo los delegados de las 21 Repúblicas Americanas sino también de la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones (Oficina de Ginebra), de la Oficina Internacional de Higiene Pública (Oficina de París) y de la División de Sanidad Internacional de la Fundación Rockefeller.

Presidió la Asamblea en la Sesión Inaugural el Canciller argentino, Carlos Saavedra Lamas,



Conferencia Sanitaria Panamericana de 1934, inauguración a cargo de Carlos Saavedra Lamas, fotografía del Archivo General de la Nación.

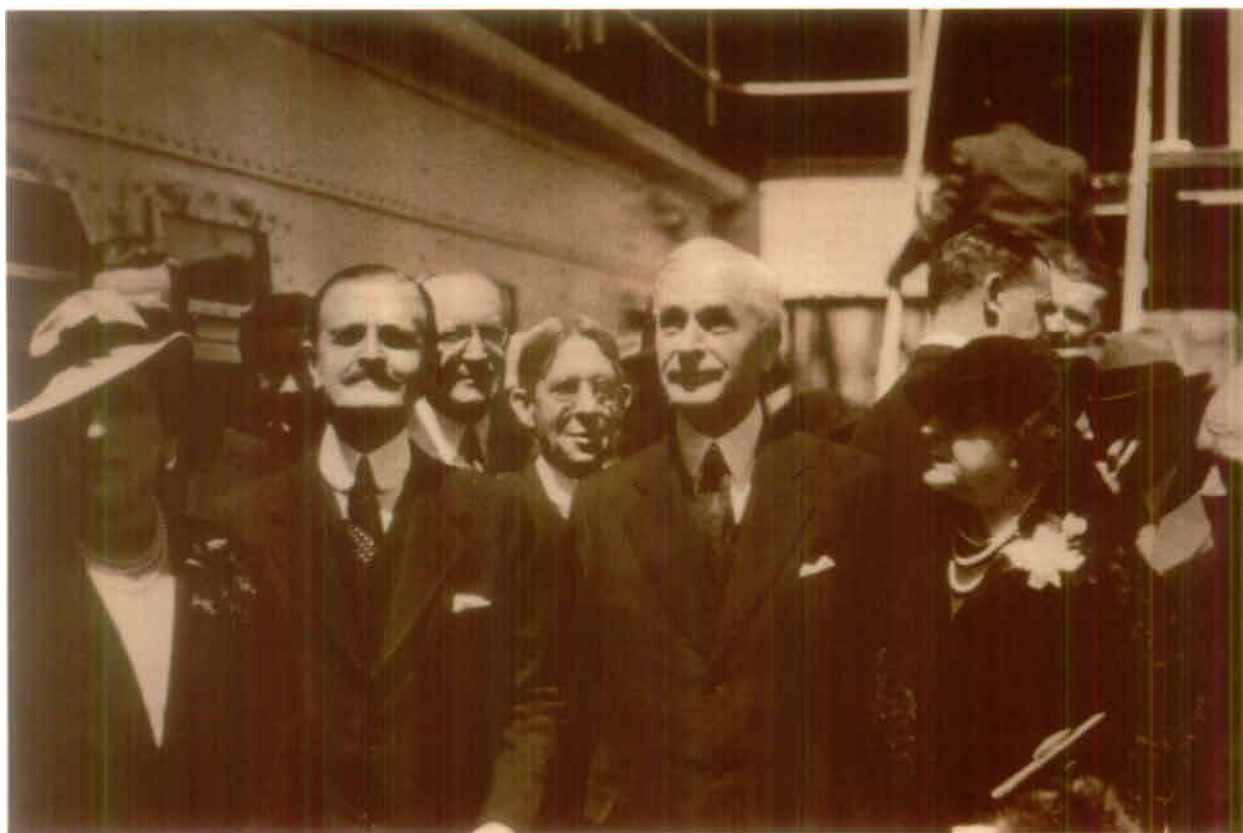
quien en su discurso recordó la firma de la Convención Sanitaria de 1887 como origen de la cooperación interamericana, hecho que señaló también Cumming con las palabras antes mencionadas.

56.

Además de Aráoz Alfaro, integraban la delegación Miguel Sussini, presidente del Departamento; Bernardo Houssay, profesor de Fisiología e investigador de gran prestigio, Alberto Zwanck, que se desempeñó como Secretario de la Reunión y era profesor de Higiene; Raúl Vaccarezza, Director de Lucha contra la Tuberculosis en el Departamento, entre otros. Aráoz Alfaro, presidente de la Conferencia, afirmó que *la Oficina es nuestro vínculo constante y nuestro organismo permanente de acción*, pero recordó también a la Fundación Rockefeller (que estaba representada por Fred Soper) *cuya acción benéfica para América y para el mundo entero nunca podremos agradecer bastante*. Más adelante precisaba: [...] *en todas las cuestiones sanita-*

rias, la colaboración de los hombres más capacitados de América se establece en nuestras reuniones periódicas y se prosigue después gracias a las vinculaciones personales que en ellas se establecen y a la acción permanente de la Oficina Sanitaria Panamericana [...]. Tuvo también palabras de reconocimiento para los Estados Unidos. En muchos de esos asuntos tenemos felizmente una hermana mayor, que es para los demás ejemplo y guía, como lo ha sido en nuestras instituciones políticas y jurídicas: los Estados Unidos de América. En casi todos los órdenes de actividad sanitaria, de previsión y de asistencia, la gran República del Norte en la mayoría de sus Estados, ha realizado adquisiciones tan hermosas, progresos tan grandes, que su colaboración en nuestra obra conjunta tiene que sernos de un valor inapreciable.

Pero a continuación definió la interpretación argentina del “americanismo”, expresando: [...] *nuestro americanismo no encierra por cierto ni hostilidad ni siquiera prevención contra el viejo*



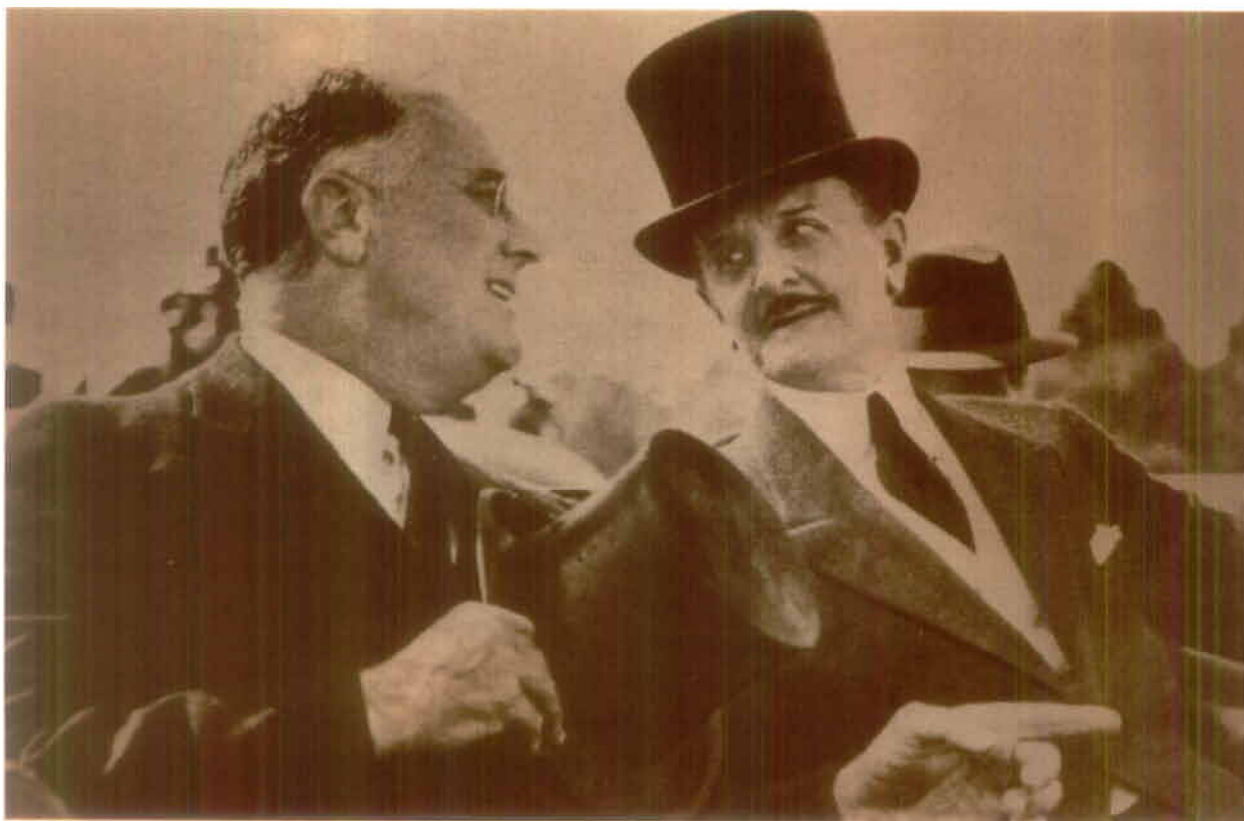
Carlos Saavedra Lamas con Cordell Hull (1936), fotografía del Archivo General de la Nación.

mundo. Al contrario, la mayor parte de nuestros países latinoamericanos somos principalmente deudores de nuestra cultura científica, literaria y artística a las naciones europeas. En materia sanitaria, ya lo he dicho, trabajamos unidos los hombres del mundo entero. Nunca se vio mejor que hoy las ventajas e importancias de esa colaboración universal.³ Hugh S. Cumming se retiró poco después del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, pero permaneció en sus funciones de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, la cual había adquirido durante su gestión una existencia propia y distinta, aunque todavía dependiente, del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos. La incorporación de Argentina a la vida de la Oficina se produjo no sólo durante la Dirección de Cumming sino, en gran medida, gracias a la transformación que produjo. Durante sus 27 años como Director, Cumming prestó sus servicios sin remuneración.

Tiempos difíciles en una relación tormentosa

En 1936 tuvo lugar en Buenos Aires la Conferencia Interamericana de Consolidación de la Paz. Cuenta Escudé: *La conferencia... fue tormentosa. Los objetivos norteamericanos eran asegurar consultas obligatorias, establecer una comisión consultiva permanente, y extender los principios de neutralidad a América Latina. Saavedra Lamas, por el contrario, abogó por la cooperación latinoamericana con la Liga de las Naciones (a la que la Argentina había vuelto a ingresar en 1933), consultas por simple intercambio diplomático, y absoluto anti-intervencionismo. De manera análoga a la pretensión norteamericana de hablar por el «hemisferio» en asuntos mundiales, Saavedra Lamas quería afirmar el derecho argentino de hablar por América Latina*

³ OSP, Actas de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana, Publ. N° 100, Washington, D.C., 1935, pág. 34.



Carlos Saavedra Lamas y E. D. Roosevelt (1936), fotografía del Archivo General de la Nación.

[...] La Conferencia contó con la presencia del presidente Roosevelt y el secretario de Estado Cordell Hull. Tan pronto como el proyecto de Hull fue presentado, Saavedra Lamas lo atacó como un intento de crear una liga regional de naciones, lo que era contrario al espíritu de la Liga mayor. Afirmó brusca y francamente que el problema clave en los asuntos interamericanos no era la posible intervención en el Nuevo Mundo de una potencia extracontinental, sino la intervención de un Estado americano en los asuntos de otro. [...]

El éxito de Saavedra Lamas en esta conferencia culminó una carrera brillante que había llevado a la Argentina a una posición de considerable influencia en los asuntos mundiales. Además del Premio Nobel de la Paz, había conseguido treinta adherentes para su Tratado Anti-Guerra y había sido electo presidente de la Asamblea de la Liga de las Naciones. Había frustrado los objetivos norteamericanos y elevado el liderazgo argentino. Su actuación fue enteramente consistente con los intereses argentinos. Los argenti-

nos en general sentían que tenían poco que temer de las acciones de las potencias europeas, y consideraban al aislamiento como una amenaza mucho mayor, lo cual era ciertamente verdad considerando la inserción de la Argentina en la economía mundial. Así Saavedra Lamas se opuso a cualquier medida que pudiera aislar al «hemisferio» de Europa. Sin embargo, su actuación convenció a Cordell Hull que la Argentina era insufriblemente recalcitrante, y fue un factor causal en la dura política anti-argentina que adoptaría después de 1941.⁴

Alguien podría decir, como síntesis, que Saavedra Lamas enarboló las banderas de Alberdi, deslumbró a su auditorio, adhirió a una institución internacional en decadencia y se granjeó una década de hostilidad y antipatía por parte del Departamento de Estado.

El progreso de la Argentina era notable. En 1937 el Producto Bruto per cápita era, medido en dó-

⁴ Carlos Escudé, *La Declinación Argentina*, Op. cit., pág. 44-45.

lares de 1955, de 510 dólares, muy próximo al de Francia (540) y superior al de Italia (280), Portugal (230), Austria (370). El de los Estados Unidos era de 1.330 y el del Reino Unido de 1.055.⁵ La población —alrededor de 12 millones de habitantes— exhibía tasas de analfabetismo inferiores a las de varios países de la Europa meridional y la más baja (junto con Uruguay) de América Latina, una expectativa de vida al nacer de alrededor de 55 años y una mortalidad infantil (95,2) menor que la de los demás países latinoamericanos, (en realidad casi igual a la de Uruguay, de 95,9)⁶ Sin embargo, se estimaban en 200.000 los palúdicos en las provincias del norte, la anquilostomiasis afectaba a una cuarta parte de los habitantes de Corrientes y en 1934-1936 se registra en el Centro y Norte la primera epidemia destacable de poliomielitis, con alrededor de 1.000 casos. Periódicamente se producían brotes de viruela y esporádicamente algunos casos de peste bubónica.

La Xª Conferencia Sanitaria se llevó a cabo en Bogotá, en 1938. En ese año, en Argentina se realizaron otra vez elecciones fraudulentas en las cuales resultó ganador Roberto M. Ortiz. Razones de salud lo obligaron a renunciar en 1940, dejando a cargo del gobierno al vicepresidente, Ramón S. Castillo. En 1939 comenzó la IIª Guerra Mundial y en 1941 se produjo la agresión japonesa en Pearl Harbor. Al año siguiente tuvo lugar, en Río de Janeiro, la XI Conferencia Sanitaria Panamericana. Pocos meses antes, en ese mismo año, se había realizado, también en Río de Janeiro, la IIIª Reunión de Cancilleres Americanos. Una de sus resoluciones fue:

XXX. *Mejoramiento de la salud y de la salubridad pública*

La Reunión de Consulta de los ministros de Relaciones Exteriores de las Repúblicas Americanas [...]

Resuelve:

Recomendar a los gobiernos de las repúblicas americanas que, individualmente o mediante acuerdos complementarios entre dos o más de

ellas, tomen las medidas necesarias para solucionar los problemas de salubridad e higiene, contribuyendo, según su capacidad, con materias primas, servicios y fondos.

Recomendar que para la realización de estos objetivos sean utilizados la ayuda técnica y el consejo de los servicios nacionales de sanidad de cada país, en cooperación con la Oficina Sanitaria Panamericana.

En esta reunión de Río se agravaron los desencuentros entre la Argentina y el Departamento de Estado, que estaba resentido por hechos pasados y preocupado por el entorno nacionalista de Castillo y por su renuencia a abandonar la neutralidad, la cual había sido propiciada por el Departamento hasta el ataque a Pearl Harbor.⁷ El Instituto de Asuntos Interamericanos, creado en ese año de 1942 en Washington, organizó una División de Salud y Saneamiento. Muchos países establecieron acuerdos con los Estados Unidos para proyectos a realizarse en esos países, los cuales se establecían en un convenio que creaba un Servicio Cooperativo, generalmente dirigido por el jefe de misión designado por la Dirección del Instituto. La financiación era aportada al principio fundamentalmente por el Instituto y la participación local crecía paulatinamente. *Argentina y Cuba fueron los dos únicos países latinoamericanos que no firmaron este tipo de acuerdos y no tuvieron, por lo tanto, proyectos asistidos por el Instituto.* Pero las relaciones de la Argentina con la Oficina se mantuvieron sin cambios apreciables, mostrando que se la consideraba como un organismo internacional, cada vez más diferenciado de las instituciones norteamericanas.

⁵ Maizels, A., cit por Escudé, C., *Op. cit.*, pág. 17.

⁶ Oficina Sanitaria Panamericana. *Informe Biodemográfico y Epidemiológico de las Américas*, Pub. N° 195, Washington D.C., Febrero 1943.

⁷ Peterson, H. F., *La Argentina y los Estados Unidos, II, 1914-1960*, Hyspamérica, Buenos Aires, 1985, pág. 123 y sig.

En 1943 el desprestigiado presidente Castillo disgustó a algunos grupos nacionalistas que lo rodeaban y sobre todo, a grupos nacionalistas del ejército. El 4 de junio de 1943 el Ministro de Guerra, Pedro Pablo Ramírez, encabezó la insurrección. El problema principal del gobierno era salvar los compromisos de algunos grupos con los países del Eje, frente a una sociedad mayoritariamente pro-aliada. Después de una humillante gestión del Canciller, se resolvió en enero de 1944 declarar la guerra a Alemania y Japón.

Durante ese período el militar que se desempeñaba como subsecretario de guerra, Juan Domingo Perón, fue designado presidente del Departamento Nacional del Trabajo, al cual transformó en Secretaría de Trabajo y Previsión. Su gestión le brindó el apoyo de algunos grupos sindicales existentes y de otros que ayudó a configurar. Ramírez fue reemplazado por Edelmiro J. Farrell en febrero de 1944 y Perón ocupó poco después la vicepresidencia del gobierno provisional. El gobierno limitaba progresivamente la libertad de prensa, perseguía a los opositores y se apoyaba en forma creciente en grupos del ejército y del movimiento sindical, lo cual acrecentaba el descontento y la desconfianza de sectores que veían en esto una amenaza cierta para las instituciones democráticas. El 19 de septiembre una multitud —probablemente un par de cientos de miles— se congregó en la Plaza del Congreso: la Marcha de la Constitución y la Libertad desfiló por Callao y llegó hasta Plaza Francia. La presión de sectores políticos conservadores sobre una parte del ejército los llevó a exigir la renuncia y el procesamiento de Perón, quien renunció el 9 de octubre y fue detenido y conducido a Martín García el 13. El 17 grupos de trabajadores se congregaron en diversos puntos del conurbano bonaerense (cuya población se aproximaba a dos millones), confluyeron hacia el centro de la ciudad y desbordaron la plaza de Mayo, reclamando

la libertad de Perón y su regreso. El gobierno negoció y condicionó. El reclamado apareció en los balcones de la casa de gobierno y saludó a la multitud que lo aclamaba.

Pocos meses antes de la finalización de la guerra, Cordell Hull se retiró del Departamento de Estado. Fue reemplazado por Edward Stettinius y Nelson Rockefeller asumió el cargo de Secretario Asistente para Asuntos Latinoamericanos. Conviene destacar que si las relaciones con los Estados Unidos habían sido difíciles durante la guerra, las que se mantuvieron con Gran Bretaña fueron excelentes, abogando muchas veces la Cancillería británica para ablandar las posturas estadounidenses con la Argentina. Gracias a los esfuerzos de Rockefeller y contra la oposición soviética, la Argentina fue finalmente invitada a la Conferencia de San Francisco y sus representantes, Cárcano e Ibarra García, firmaron la Carta de las Naciones Unidas como miembro fundador. En momentos en que tanto N. Rockefeller como la Cancillería argentina percibían signos de paulatino mejoramiento de la relación bilateral, el Departamento de Estado designó a S. Braden como embajador en Argentina. Desde su cargo, Braden expresó su apoyo a los partidos políticos opositores a Perón, en una clara intromisión en los asuntos internos. En las elecciones de febrero de 1946 Perón obtuvo un 55% de los votos. Braden regresó a Washington para reemplazar a Rockefeller. Los signos de mejoramiento se evaporaron.

La Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud

En las actas de la *Conferencia de San Francisco* puede leerse: *En la preparación de un plan de organización sanitaria internacional, recomiendan que se dé plena consideración a las relaciones y los métodos para asociarse con otras instituciones, nacionales e internacionales, que existan o se creen en*

el campo de la salud. Recomiendan también que la organización propuesta se ponga en relación con el Consejo Económico y Social. Aunque los delegados autores de la propuesta⁸ —de Brasil y de China— sugirieron que la Conferencia para este propósito se realizara a fines de 1945, la resolución del Consejo Económico y Social se adoptó en febrero de 1946, indicando que el Comité Técnico Preparatorio debía reunirse en París. Presidido por el Dr. René Sand, el Comité esperaba que se estableciera una sola organización mundial para resolver todos los problemas de salud internacional. Ello significaba la absorción o disolución de la Oficina Internacional de Higiene Pública, de la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones y de la Oficina Sanitaria Panamericana.⁹ El Comité convocó la Conferencia, que tuvo lugar en Nueva York con la asistencia de 51 naciones y que adoptó, con ligeras modificaciones, la Constitución propuesta por el Comité Preparatorio. Hasta que la Constitución entrara en vigencia, con la adhesión formal de por lo menos 26 estados, se creaba una Comisión interina con representantes de 18 estados, la cual fue primero dirigida por el Dr. Krothov (de Rusia) y dos días después por el Dr. Andrijas Stampar, destacado salubrista yugoslavo. Durante dos años, la Comisión debió afrontar el trabajo cotidiano que recibió de las Oficinas de París y de Ginebra, así como problemas urgentes como el estallido de un brote de cólera en Egipto, lo que permitió que se aprovecharan los conocimientos y la experiencia y el talento del Director de la Escuela de Salubridad de Zagreb, Dr. Stampar. Cuenta Fred L. Soper (a la sazón funcionario de la División de Sanidad Internacional de la Fundación Rockefeller): *En una visita a Washington en setiembre de 1946 hablé del futuro de las organizaciones internacionales oficiales de salud, en particular de la Oficina Sanitaria Panamericana, con el Dr. Cumming, el Dr. John R. Murchlock, del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, que actuaba como ayudante del Dr. Cumming, el Dr.*

Thomas Parran, Cirujano General del Servicio de Salud Pública, el Dr. L. L. Williams Jr. y el Dr. James A. Doull.

El Dr. Cumming me expresó su deseo de retirarse durante la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, en enero de 1947, y el Dr. Parran me comunicó que yo era su candidato para la Dirección de la Oficina. [...] El Dr. Doull me señaló las aportaciones del Servicio de Salud Pública de EE.UU. a la OSP, inclusive los sueldos de médicos, ingenieros, enfermeras y otro personal que figuraba en la nómina del Servicio. Indicó que para junio de 1947 deberían estar terminados los planes para retirar de la OSP al personal del Servicio de Salud Pública con el fin de que pudiese colaborar con otros países, mediante negociaciones directas. No capté el mensaje de que Doull también retiraría los fondos para subvenciones y becas, con los que se financiaban las actividades principales de la Oficina en el ejercicio económico de 1947. Tampoco supe prever que, más tarde, Estados Unidos se opondría, por un tiempo, a cualquier aumento de las contribuciones a la Oficina, insistiendo en que este organismo debería recurrir a la OMS para el financiamiento de su Oficina Regional para las Américas.

Mi visita a la Administración del Valle de Tennessee se había organizado de manera que coincidiera con la del Dr. Andrijas Stampar, Presidente de la Comisión Interina de la OMS y la del Dr. Aly Tewfik Shousha, de Egipto, miembro de la Comisión. [...] Stampar y Shousha expusieron numerosos detalles de la reunión de Nueva York. El motivo principal de desacuerdo era el futuro de la Oficina Sanitaria Panamericana. En la euforia general que existía inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial, cuando se esperaba que el lobo iba a convivir en paz con la oveja, había una gran presión para que la Organización Mundial de la Salud, que pronto se establecería, absorbiera a todos los demás organismos sanitarios. [...] En la Conferencia Sanitaria Internacional —1948— se llegó por fin a un compromiso en virtud del cual la Oficina Sanitaria Panamericana

⁸ Dr. De Paula, Gerald H. y Dr. Szeming Sze.

⁹ Fred L. Soper. *Op. cit.*

quedaría integrada a su debido tiempo, sobre la base de un acuerdo mutuo. [...]

Antes de que se creara la Organización Mundial de la Salud, el desarrollo de un programa de Estados Unidos para negociar directamente los programas de salud sostenidos por ese país en naciones latinoamericanas, había alterado de manera notable la posición de la Oficina. En 1942 se había creado el Instituto de Asuntos Interamericanos (IAI), por un período de cinco años con el propósito desarrollar programas bilaterales en América Latina, sobre todo en los campos de salud, educación y agricultura. Los fondos facilitados al Instituto eran mucho mayores que los que podían conseguirse con anterioridad, por medio de la OSP y la Fundación Rockefeller. Estas organizaciones, que hasta entonces habían compartido las actividades de salud internacional en América Latina, se encontraron súbitamente con que tenían que competir con el IAI para patrocinar proyectos de salud en esa región.

El Servicio de Salud Pública y la Secretaría de Estado de EE.UU. colaboraron en la planificación de la OMS y en la modificación de la Oficina, de modo que constituyera la oficina regional de la OMS. Al mismo tiempo, el Servicio de Salud Pública de EE.UU. creaba su propia Oficina de Salud Internacional, para prepararse a actuar en escala internacional en cuanto el IAI cesara de existir, transcurrido el período de cinco años.

62

La experiencia en cooperación técnica a la ingreso a la Oficina

En enero de 1947, en Caracas, Fred Lowe Soper fue elegido Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Descendiente de un farmacéutico de familia inglesa y de una maestra de origen irlandés, nació en Kansas en 1893. Obtuvo una licenciatura en la Universidad de Kansas y en 1919 entró en contacto con el Dr. Víctor G. Heiser, quien estaba buscando personal para el Consejo de Sanidad Internacional de la Fundación Rockefeller y que lo invitó a visitar la sede del Consejo en Nueva York. Con-



Fred Lower Soper, director de la OPS hasta 1958.

tratado para trabajar en Brasil, con la perspectiva de un sueldo de 208,33 dólares al mes, más 20,08 por la prestación de servicios en el extranjero, me llené de deudas; contraí matrimonio, compré prendas de vestir, zapatos, ropa de cama, jabón y artículos de tocador para los tres años que permanecería en San Pablo, Brasil; pasamos un día en las cataratas del Niágara, el lugar tradicional para la luna de miel y el 1 de enero de 1920 nos hospedamos en el hotel McAlpin (hoy Sheraton Atlantic) de Nueva York.¹⁰ En 1922-1923, enviado por la Fundación, obtuve una licenciatura en Salud Pública en Hopkins. Su experiencia en la Fundación, para la cual trabajó hasta 1947, estuvo llena de logros y significó un valioso aprendizaje, tanto del trabajo en terreno (durante muchos años en Brasil) como de hombres y países, tal como cuenta en sus *Memorias*, publicadas en 1979 por la OPS con base en los diarios, documentos personales y publicaciones que se conservan en la Biblioteca Nacional de Medicina de los Institutos Nacionales de Salud en Bethesda, Maryland. Muchas veces dijo que tomase sus opiniones como si proviniesen de un sudamericano y no de un norteamericano. Acaso este americanismo que trascendía las fronteras responda a la pregunta de Gladwell

¹⁰ Soper, F. L., *Andanzas por el mundo...*, Op. cit., pág. 11.

de por qué no es considerado un héroe en los Estados Unidos.¹¹ Alto, erguido, con ojos penetrantes desde las rendijas de los párpados y el labio superior sombreado por un fino bigote, con una capacidad asombrosa de trabajo y una rigurosidad para realizarlo que suscitaba el respeto y la obediencia en sus colaboradores, tenía también una acabada comprensión de las dificultades burocráticas y políticas de programas de envergadura nacional e internacional.

En la misma XII Conferencia Sanitaria Panamericana, en Caracas (enero de 1947), en la que se elige a Fred Soper como Director, se aprueban los términos generales de una nueva Constitución que redimensiona y reorganiza la institución, en adelante Organización Sanitaria Panamericana, con cuatro órganos: la Conferencia Sanitaria Panamericana, el Consejo Directivo, el Comité Ejecutivo, y la Oficina Sanitaria Panamericana. Así, pues, la Oficina dejó de ser una Junta Ejecutiva, y se convirtió en la Secretaría de la Organización Regional Argentina fue uno de los siete países elegidos para el Comité Ejecutivo, que se reunió en abril de ese año. El representante del Brasil propuso que Buenos Aires fuese la sede de la reunión del primer Consejo Directivo. La relación con la OMS no afectaría la identidad del organismo panamericano.

Dejemos que Soper nos cuente esa historia: *Durante la Segunda Guerra Mundial, Estados Unidos de América había facilitado recursos a la Oficina, encausados a ciertos programas especiales y a la adjudicación de becas. [...] Pero el Servicio de Salud Pública quería suspender el apoyo en forma de personal y reducir los fondos para becas. [...] En la XII Conferencia, algunos de los participantes deseaban que la OPS se desarrollara y ampliara, mientras que otros la concebían como totalmente dependiente de la OMS. El resultado fue que la cuota de 0,40 dólares por mil habitantes continuó en 1947. Pese a la votación favorable a la ampliación del Programa, y a la obtención de una nueva sede para la OPS, no se tomó*

medida alguna para aumentar la contribución de los gobiernos.

La Fundación Rockefeller, que por largo tiempo se había interesado en el desarrollo de servicios oficiales internacionales de salud, había sostenido en gran parte las primeras actividades de la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones. En 1947, me asignó a la OSP y continuó pagándome el sueldo durante ese año. Esperaba que la OMS nos ayudaría en la obtención de fondos para la Oficina. Pero mi esperanza se desvaneció cuando, en marzo de 1947, asistí a la Reunión de la Comisión Interina de la OMS en Ginebra, y me enteré de que la propia Comisión tenía un presupuesto muy reducido y no disponía de fondos para la Oficina [...] Fundamentalmente como Director de la OSP me alegraba de que la OMS no pudiera prestar ayuda inmediata a la Oficina, pues si en 1947 hubiera dispuesto de fondos suficientes, lo más probable es que la Oficina se hubiera convertido en su organismo regional. En la fluida situación de aquel año, era sin duda alguna importante mantener las actividades de la OSP, e incluso aumentarlas, antes de que entrara en vigor la constitución de la OMS. En la Primera Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS (abril de 1947), sugerí que se autorizara al Director a solicitar y recibir contribuciones voluntarias especiales de los gobiernos miembros. El Representante de Estados Unidos de América fue el que más se opuso a esa propuesta. Afirmó que se veía obligado a tomar esa posición porque el gobierno de su país nunca votaría fondos para aportaciones de esta naturaleza a una Organización internacional. Ante mi insistencia continua, por último, estuvo de acuerdo con los demás miembros del Comité. En la Primera Reunión del Consejo Directivo de la OPS, celebrada en Buenos Aires, en octubre de 1947, se examinó la campaña para la obtención de contribuciones voluntarias al presupuesto de la Oficina. [...] Así empezaron las promesas de aportaciones voluntarias que permitieron a la Oficina disponer de un presupuesto aprobado, para 1948 de 1.300.000. Este pre-

¹¹ Gladwell, M., *The mosquito killer*, The New Yorker, July 2, 2001, pág. 42-51.

supuesto se basaba en una cuota de 1,00 dólar por mil habitantes de los Estados Miembros (285.000) más 1.000.000 prometido por 8 países en forma de donativos:

Argentina	400.000
Brasil	260.000
Chile	1.900
El Salvador	2.500
México	200.000
República Dominicana	5.000
Uruguay	50.000
Venezuela	75.000

En 1947 (desde el 24 de septiembre hasta el 2 de octubre) tuvo lugar en Buenos Aires la Reunión del Consejo Directivo de la Organización. El delegado titular de Argentina, Alberto Zwank, declaró inaugurada la reunión y el Canciller, Bramuglia, dio la bienvenida a los participantes. A continuación habló el Ministro de Salud Pública argentino, quien entre otros conceptos, manifestó:

Somos también los primeros en reconocer públicamente que gracias al esfuerzo de esta Organización, gracias a sus directivas inteligentes, desde que fuera fundada en 1902, se ha conseguido un adelanto considerable en la salud pública de las Américas. [...]

La Argentina, en 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 men-

saje 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.¹²

Es muy probable que la efectivización del compromiso argentino haya demorado algún tiempo, como se verá más adelante.¹³

Pero en esa reunión el Consejo Directivo acordó encomendar a la Oficina Sanitaria Panamericana la solución del problema continental de la fiebre amarilla urbana, basada fundamentalmente en la erradicación del *Aedes Aegypti*.

La expansión de la Oficina de Fred L. Soper

Nadie mejor que Fred Soper para cumplir con ese encargo. Pionero de las erradicaciones, experto en el manejo de programas de lucha antivectorial, conocedor de los países y los hombres latinoamericanos, el desarrollo de la tarea a nivel continental era casi un premio. Los esfuerzos para lograrlo comenzaron de inmediato. En la Argentina, el programa de erradicación comenzó rápidamente.

Los empleados y funcionarios de la Oficina, poco más de una docena en la gestión anterior, crecieron en forma importante: en 1952 se contaba con 66 oficiales médicos, 4 veterinarios, 3 ingenieros, 20 enfermeras, 20 científicos, 44 tecnólogos y otro personal de campo no profesional, provenientes de treinta países. En la XIIIª Conferencia Sanitaria Panamericana, realizada en Santo Domingo (entonces Ciudad Trujillo) en 1950 Soper sugirió considerar una posible relocalización de la Oficina. Se

¹² Archivos de la Secretaría de Salud Pública, Buenos Aires, Vol. II, N° 110, oct. de 1947.

¹³ En las últimas páginas de esta primera parte se transcriben algunas de las apreciaciones de Soper, consignadas en su Diario, sobre esta primera reunión del Consejo Directivo.

debió la posibilidad de trasladarla a otro país, México, Panamá y Perú se ofrecieron, junto con los Estados Unidos. Se decidió que permaneciese en Washington, pero en un edificio que permitiese el trabajo del numeroso plantel de funcionarios, por lo cual Soper consiguió un crédito sin intereses de la Fundación Kellogg, merced al cual trasladó las instalaciones de Washington desde el local que ocupaba en el edificio de la Unión Panamericana a un edificio de la Av. Connecticut. Descentralizó las operaciones, estableciendo Oficinas de Zona en México, Guatemala, Lima, Río de Janeiro y Buenos Aires. La OMS respetó la identidad de la Oficina y la designó su organismo regional.

En 1951 la Organización de Estados Americanos reconoció a la OPS como organismo interamericano especializado.

Sobre la base de una realización iniciada por Cumming en los últimos meses de su gestión, a través de la firma de un convenio con los gobiernos de Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá que establecía la creación del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá¹⁴ (INCAP), Soper continuó creando nuevos Centros Panamericanos. El éxito del programa conjunto de México y Estados Unidos¹⁵ para controlar una epidemia de fiebre aftosa, enfermedad animal que no afecta a los seres humanos, pero disminuye hasta en un 25% la productividad de la ganadería y compromete por lo tanto la nutrición humana, lo decidió a aceptar en 1950 el pedido de la Unión Panamericana de establecer un Centro para el apoyo de la lucha contra la aftosa. PANAF-TOSA se inauguró en las proximidades de Río de Janeiro, basado en los planes preparados por el jefe de la Sección de Salud Pública Veterinaria de la OSP, Benjamín D. Blood, quien sería designado después como experto en la Zona II (Buenos Aires), donde se desempeñaría como reemplazante del Jefe de Zona durante sus ausencias.¹⁶

Estrategias para resolver el problema jurisdiccional en la salud pública argentina

Conviene aquí abrir un paréntesis para examinar la evolución de las instituciones de protección de la salud en Argentina, cuya comprensión parece imprescindible para poder evaluar los cambios que las nuevas autoridades, con un poder inédito, establecen a través del ministerio reclamado desde principios de siglo.

Se ha mencionado varias veces el problema jurisdiccional de los organismos de sanidad. En 1892 el Departamento Nacional de Higiene resolvió su primer conflicto jurisdiccional, el más fácil, con las autoridades capitalinas. El ministro del Interior podía arbitrar ya que el intendente era un funcionario designado por el Presidente. Pero el organismo nacional carecía de competencia en las provincias.

Hasta 1906 había establecimientos nacionales en la Capital y en algunos territorios nacionales, pero muy pocos en las provincias. En ese año, por la ley 4.963 basada en un proyecto del Canciller Manuel Montes de Oca, se creó la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales. Desde su Dirección, Domingo Cabred¹⁷ sembró de establecimientos (hospitales monovalentes y polivalentes, sanatorios para

¹⁴ El Instituto fue creado el 20 de febrero de 1946 con el objetivo de ser una entidad técnica con el propósito de concentrar la atención sobre los problemas de la nutrición humana de los países citados y con el fin de coadyuvar de manera efectiva a su resolución. Se inauguró formalmente el 15 de septiembre de 1949, aunque las instalaciones de los laboratorios concluyeron unos meses después.

¹⁵ Shahan, M. S., "La fiebre aftosa: una amenaza para los Estados Unidos", *Bol. OSP*, Junio 1953, pág. 576 y 577.

¹⁶ Blood, B. D., y Rodríguez T. R., "Centro Panamericano de Fiebre Aftosa", *Bol. OSP*, Dic. 1951, pág. 559-562.

¹⁷ Domingo Cabred (1859-1929). Nacido en Corrientes, estudió medicina en Buenos Aires y manifestó tempranamente su vocación por la psiquiatría, en la cual se perfeccionó en Francia y Alemania. El canciller Montes de Oca, que lo admiraba, creó para él dentro de su ministerio una Comisión de Asilos y Hospitales Regionales. Su realización más conocida fue el establecimiento de enfermos mentales en Luján, Provincia de Buenos Aires, conocido como *Opendoor* y que mereció un ditirámico elogio por parte de Clemenceau cuando visitó la Argentina.



Domingo Cabred (en el centro), fotografía del Archivo General de la Nación.

tuberculosos y colonias para enfermos mentales) tanto las Provincias (Córdoba, La Rioja, Salta) como los Territorios (Chaco, La Pampa, Misiones, Río Negro), en los cuales se totalizaron unas 7.000 camas. Cabred creó los establecimientos, los organizó y los dirigió en sus comienzos. Permanecieron luego dependientes, como la Comisión, del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto.¹⁸

En la época del Centenario, el Departamento Nacional de Higiene había adquirido prestigio nacional e internacional. Entre sus programas de lucha contra las endemias se destacaba el de lucha antipalúdica, iniciado en la primera década del siglo. El plan de campaña profiláctica contra el paludismo, propuesto por el entonces Director, José Penna, había sido aprobado por decreto en 1911, (su personal incluía un Jefe y diez funcionarios en el nivel central y decenas de técnicos y centenares de operadores en las provincias en las cuales se desarrollaban las acciones; la quinina se en-

cargó a Europa, en razón de la mala calidad de las existentes en plaza).

En la década del treinta, cuando Carlos Alberto Alvarado, ocupa la Dirección Regional de Jujuy y realiza valiosos aportes al conocimiento de la biología del *A. pseudopunctipennis*, la especie de mayor importancia en el noroeste argentino, el área palúdica se calculaba en 250.000 km cuadrados con una población de alrededor de un millón de habitantes. Sus trabajos permiten reorganizar la campaña y reducir sus costos, como cuenta Miguel Sussini, presidente del Departamento, en un capítulo que titula "Lo que se ha hecho".¹⁹

En 1933 la Cancillería convoca a la *I Conferencia Nacional de Asistencia Social*. Recuérdese, para evitar sorpresas, que del Ministerio de Rela-

¹⁸ Veronelli, J. C., *Medicina, Gobierno y Sociedad*, Ed. El Coloquio, Buenos Aires, 1975, pág. 53.

¹⁹ Sussini, M., "La sanidad en Argentina", *Bol. Oficina Sanitaria Panamericana*, Año XVI, junio de 1937, N° 6, pág. 509.

ciones Exteriores y Culto dependían la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales y una de sus Subsecretarías era la de Beneficencia y Culto. Como resultado de la reunión, Carlos Saavedra Lamas presenta un proyecto de ley que pretende “ordenar y coordinar la acción privada y pública” en materia de asistencia, pero también promover el dictado de un Código Sanitario que organice el combate las enfermedades infectocontagiosas y de las endémicas. A partir de entonces las instituciones destinadas a la protección colectiva y las asignadas a la atención individual serán consideradas como un conjunto, sin percibir las diferencias que las caracterizan.

En 1936 Rodolfo Vaccarezza, Director de la Sección de Profilaxis y Asistencia de la Tuberculosis del Departamento, presenta un proyecto de ley que se funda en el análisis de los efectos perniciosos de la multiplicidad institucional y la poca coordinación del Estado nacional y los Estados provinciales, propone que un sistema coordinado análogo al conseguido en la educación —ley Láinez— permita el reconocimiento médico periódico y obligatorio y la atención de aquellos que lo requieran, en una organización uniforme que tenga como base la estación sanitaria y como cúspide el Departamento Nacional de Higiene²⁰ La lucha antituberculosa se basaba en la detección temprana de los afectados y su tratamiento y eventual aislamiento, es decir, se asentaba sobre servicios de atención médica. Tanto el proyecto del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto como éste, del Ministerio del Interior, del cual dependía el Departamento Nacional de Higiene, avanzaban y se desviaban de las propuestas originales de centralización de la sanidad, apuntando al ámbito de la atención médica, cuya centralización no es necesaria ni, probablemente, conveniente.

En 1940 Juan Jacobo Spangenberg afirmaba en la *IV Conferencia Panamericana de Directores de*

Sanidad que el hecho más significativo del progreso sanitario argentino era la tendencia observada hacia la unificación de los servicios de sanidad y de asistencia social, la cual —decía con algo de ingenuidad— ya existía en la práctica, pues él había sido puesto al frente tanto del Departamento Nacional de Higiene como de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales.

Por fuera del Departamento, Salvador Mazza había fundado en 1926, dependiente de la Universidad de Buenos Aires, la Misión de Estudios de Patología Regional Argentina, (MEPRA). Allí identificó, con Cecilio Romaña, el complejo perioftalmoganglionar, que se convirtió en el signo más visible de las formas agudas de la enfermedad de Chagas. Posteriormente Romaña creó y dirigió el Instituto de Medicina Regional de la Universidad de Tucumán.

En la década de los años veinte Aróz Alfaro había planteado la necesidad de centralizar la protección de la salud colectiva, citando enérgicas expresiones de José Penna de comienzos del siglo.²¹ En la década de los treinta y en los primeros años de la siguiente, nadie discute la necesidad de una efectiva coordinación, pero sí los alcances y el significado mismo del término. Los portavoces de las corrientes liberales se oponen al crecimiento del poder del Estado. Algunos portavoces del socialismo (Alfredo Palacios, por ejemplo) reclaman la coordinación estatal, en tanto otros previenen contra el intervencionismo del Estado, como Juan Lazarte, figura de gran interés en temas de organización sanitaria, quien dice en 1943 *que conviene que sepamos de una vez por todas que ya no es el Estado liberal el que se nos presenta, sino un Estado dictatorial, que para unos es el fascismo y*

²⁰ Vaccarezza R. A., “Creación de un Organismo Nacional de Profilaxis y Asistencia de las Enfermedades Sociales”, Apartado de la *Rev. de Tuberculosis*, mayo-junio de 1936.

²¹ Departamento Nacional de Higiene, *Conferencia Sanitaria Nacional, antecedentes, sesiones y conclusiones*, Edit. Argentina de Ciencias Políticas, Buenos Aires, 1923.

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.²²

En la provincia de Santa Fe, donde el debate tuvo una riqueza singular, se creó en 1939 el Departamento de Salud Pública, reemplazando a la anterior Dirección General de Higiene, y en 1941 se la volvió a reemplazar, ésta vez por un Ministerio (provincial) de Salud Pública y Trabajo.

En la década de los cuarenta el tema será presentado por el Poder Ejecutivo nacional y la oposición, minoritaria, se opondrá a la centralización desde la defensa del federalismo, teniendo como portavoz prominente a Nerio Rojas. Mientras esto sucede en Argentina, en Gran Bretaña se debate la universalización de los servicios de salud a través de un seguro nacional o de un servicio nacional de salud. La coordinación de todos los servicios, necesaria para afrontar la guerra, provee la experiencia que avala la creación ulterior del Servicio Nacional de Salud. En los Estados Unidos las asociaciones médicas y hospitalarias estigmatizan tanto el seguro obligatorio como un servicio nacional como muestras de estatismo totalitario o desvío comunista.

El Ministerio de Salud Pública, nuevo actor en la relación

El gobierno de facto surgido de la revolución de 1943 reemplazó el Departamento Nacional de Higiene por una Dirección Nacional de Salud Pública, a cargo del cirujano del Ejército y profesor de la Facultad de Medicina, Dr. Eugenio Galli. El *Boletín de la Oficina* informa que, por decreto de noviembre de 1943, se creó en Argentina la Dirección Nacional de Salud Pública, la cual tendrá a su cargo en todo el territorio de la República lo concerniente a beneficencia, hospitales, asilos, asistencia so-

cial, sanidad e higiene, pasando a formar parte del nuevo organismo el Departamento Nacional de Higiene, la Comisión Asesora de Hospitales Regionales, el Instituto Nacional de la Nutrición, la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal, el Registro Nacional de Asistencia Social, la Dirección de Subsidios y todos los organismos de Salud Pública, Asistencia Social y cuerpos médicos que dependen de los ministerios, dependencias y reparticiones autárquicas de la nación.²³

*La primera Dirección Nacional de Salud Pública (decreto N° 12.311), 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 doctor Galli, que fue el autor de la iniciativa tendiente a centralizar la sanidad argentina, como en su tiempo lo fue Gorman. El doctor Galli consiguió el aludido decreto, 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 la Asistencia Social y se la lleva a la entonces Secretaría de Trabajo y Previsión [...] Ese no cumplimiento motivó la renuncia del doctor Galli, lo mismo que en 1778 con su predecesor, el doctor Gorman.*²⁴

De todas maneras, la Dirección Nacional de Salud Pública significó un avance en la concentración de las hasta entonces excesivamente dispersas instituciones dependientes del gobierno nacional, aunque la reunión de las instituciones de salud pública con los establecimientos hospitalarios del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto determinaron que el componente asistencial eclipsara al de

²² Lazarte, *Problemas de medicina social*, Ed. Americalee, Buenos Aires, 1943. Citado por Belmartino, S.; Bloch, C.; Carnino, M. y Persello, A. V., *Fundamentos históricos en la construcción de relaciones de poder en el sector salud*, OPS/OMS, Representación en Argentina, 1991, pág. 49.

²³ *Bol. Oficina Sanitaria Panamericana*, Año XXIII, junio de 1944, N° 6, pág. 560.

²⁴ Ramón Carrillo, *Contribuciones al Conocimiento Sanitario*, Min. de Salud Pública de la Nación, Buenos Aires, 1951, pág. 397-398.

sanidad. Renunciado Galli, se hizo cargo de la misma el Dr. Manuel A. Viera, secundado por dos Secretarios Generales, Rodolfo Rey Sumay y Armando L. Domenech. Se promovió la realización en 1944 de un Congreso Sanitario para considerar la estrategia de la nueva Dirección para afrontar el problema jurisdiccional, que se entendía había sido central para el Departamento, antecesor de la Dirección.

Debe tenerse en cuenta que los problemas jurisdiccionales son menores en los gobiernos *de facto* (que fueron relativamente frecuentes en Argentina): los gobernadores son designados por el Ejecutivo Nacional y se subordinan con naturalidad; los parlamentos están suspendidos. De todas maneras la Dirección presentó a los delegados provinciales su propuesta de dejar en manos de las provincias la medicina asistencial y organizar y dirigir la medicina preventiva y sanitaria desde el organismo nacional, lo que permitiría utilizar fondos de ayuda federal que la Nación otorgaría, después de la firma de un convenio de cooperación, a las provincias que quisieran incorporarse. Era una propuesta razonable, pero su cumplimiento dependía de la capacidad de la Nación para disponer de fondos para la ayuda federal. La única mención a la Oficina Sanitaria Panamericana es la cita de una recomendación sobre la declaración temprana del embarazo aprobada en la *IX Conferencia*²⁵, sin que se haga referencia alguna a la rica discusión que en ella tuvo lugar sobre organización sanitaria y que se incorporó a las resoluciones con el título “Coordinación”.²⁶

Entre las recomendaciones que el Congreso hizo al Poder Ejecutivo en su reunión de clausura, a la cual asistió el entonces vicepresidente, coronel Juan Domingo Perón, estaba *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.*²⁷ Tampoco se hizo mención de la resolución de la VIII Conferencia Sanitaria en el mismo sentido.

En mayo de 1946 el gobierno provisional creó por decreto la Secretaría de Salud Pública y designó como Secretario (con rango de Ministro) al Dr. Ramón Carrillo, el cual fue confirmado en el cargo por Perón, al asumir la presidencia constitucional el 4 de junio.

Ramón Carrillo había nacido en Santiago del Estero en 1906; era hijo de un profesor que se había desempeñado en tres oportunidades como diputado provincial y cursó en Santiago sus estudios primarios y secundarios. Ingresó en 1924 a la Facultad de Medicina donde obtuvo calificaciones relevantes, lo cual le permitió incorporarse como practicante interno en el Hospital Nacional de Clínicas. Allí conoció a su primer maestro de Cirugía, el Dr. José Arce y colaboró con Manuel Balado, neurocirujano brillante e investigador destacado. Se graduó en 1929, con la medalla de oro de su promoción. En 1930 obtuvo la *Beca Universitaria de Buenos Aires*, gracias a la cual trabajó durante dos años en el prestigiado centro neuroquirúrgico de Amsterdam. Siguió cursos en centros de Berlín y París y regresó a Buenos Aires en 1933, donde alternó su carrera médica con la frecuentación de artistas e intelectuales. Frecuentó círculos nacionalistas de la época, cuya somera caracterización se esbozó en páginas anteriores. Si desde el Servicio de Neurología y Neurocirugía del Hospital Militar Central se interesó en la morbilidad que afectaba a una alta proporción de los jóvenes que llegaban del interior para realizar su servicio militar, cabe destacar que no tenía ninguna formación en salud pública ni administración sanitaria, y sus discursos y confe-

²⁵ Dirección Nacional de Salud Pública, *Primer Congreso Nacional de Salud Pública. Memoria*, 23 al 30 de setiembre de 1945, Buenos Aires, 1945, pág. 96.

²⁶ OSP, *Actas de la IX Conferencia...* Op. cit., pág. 413.

²⁷ Dirección Nacional de Salud Pública, Op. cit., pág. 137.

rencias derivaban de su cultura, de su experiencia y de lecturas ocasionales. Carrillo es un médico de amplia cultura general que se expresa con precisión y galanura, lo cual se percibe leyendo sus discursos y conferencias. Pero tiene la formación de un médico especialista, con experiencia en la práctica de la neurocirugía. Sus estudios se han realizado en la Europa continental, donde la preocupación por la administración sanitaria y hospitalaria se consolidarán en décadas posteriores.

Argentina tenía en 1947, 16 millones de habitantes, de los cuales sólo el 15% había nacido en el exterior. La expectativa media de vida al nacer en el período 1946-1948²⁸ era de 59 años (19 años más que en 1905 y 28 años más que en 1870). La mortalidad infantil se había reducido a 67,5 por mil y la natalidad había descendido a 26,3 (aunque en la región del Noroeste seguía siendo cercana a 40). Los menores de 15 años representaban el 30% de la población, y los mayores de 60, el 6,5% con una relación de 4,7. El analfabetismo era ligeramente inferior a 13%.

La gestión del primer ministro de Salud Pública, que se extendió desde 1946 hasta 1954, es difícil de caracterizar. (La Secretaría fue transformada en Ministerio cuando la reforma constitucional lo hizo posible en 1949). Actuó en un período acerca del cual la opinión se polarizó apasionadamente y esta polarización persistió en la opinión pública por muchas décadas. Además, las publicaciones de la época asignaban significación fundacional a casi todas las acciones. Esta no era la situación en el área de la salud pública, pero es la impresión que recogerá quien lea las conferencias o los discursos del ministro sin conocer los hábitos comunicacionales de la época.

La visión de Carrillo del problema jurisdiccional parecería reducirse a la multiplicidad institucional, como se desprende de su reseña sobre la historia de la sanidad en la Argentina.²⁹ Desde su designación, la gestión se realizó en

el marco de un gobierno con un liderazgo personal exclusivo que reducía la importancia de las divisiones político-administrativas. Probablemente sus características formativas y las circunstancias de su tiempo expliquen muchas de las acciones de la gestión ministerial, que en los primeros cuatro años contó, como en general el Poder Ejecutivo, con recursos financieros abundantes. A partir de 1950, una sequía prolongada y el descenso progresivo de los precios internacionales, que habían permanecido elevados en la inmediata posguerra, junto con decisiones gubernamentales como la compra, a precios elevados, de varias empresas de servicios públicos, redujeron los recursos disponibles. El gasto público se mantuvo, pero con aumentos de la emisión monetaria y la correspondiente inflación.

En una publicación que el ministro realizó en 1949 en una revista médica³⁰, el subsecretario Dr. Lorenzo A. García firmó unas “palabras preliminares”, que ejemplifican el estilo apologético y la autopercepción de una gestión fundacional, manifestando: *La apretada síntesis intitulada «Política de Salud Pública» que sirviera de base para el desarrollo del programa de labor de este Departamento de Estado para los años 1949-1952 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 inmovible, por ende, de la acción sanitaria presente y futura. Su clara redacción permite una concepción 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.*

El trabajo enumera acciones en los campos de la “Medicina Asistencial o Curativa”, de la

²⁸ Somoza, J. L., “La mortalidad en la Argentina entre 1869 y 1960”, en *Celade, Temas de población de la Argentina*, Santiago de Chile, 1973, pág. 27.

²⁹ Carrillo, R., *Contribuciones... Op. Cit.*, pág. 395-398.

³⁰ Carrillo, R., “Política de Salud Pública”, Publicado en *Jornada Médica*, 12 de agosto de 1949 y reproducido en *Contribuciones... Op. cit.*, pág. 269 y sig.

“Medicina Sanitaria o Profiláctica” y de la “Medicina Social o Preventiva”, y lineamientos para la construcción de establecimientos, la financiación de la salud pública y la administración sanitaria y la legislación sanitaria. En el primer campo se establece la asistencia gratuita con el objetivo de obtener la curación social; la racionalización técnica de los servicios, con reajuste de personal y materiales; la organización de la asistencia de crónicos sobre la base de la laborterapia; la organización y coordinación de 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 emergencia existentes; acordar con las provincias y/o instituciones una sola organización que asegure un régimen uniforme en cantidad y calidad de los servicios y, *mientras se construyen los hospitales necesarios, nacionalizar los privados existentes para ampliarlos y aumentar su rendimiento; semisocializar al médico, es decir, pagarle un sueldo para que atienda por un número de horas semanales, en su consultorio, a pacientes no pudientes, respetando la libre elección de los pacientes y el libre ejercicio para los facultativos que no deseen incorporarse; fortalecer la formación de enfermeras y organizar y distribuir a los médicos, implantando un servicio en áreas rurales por tres años después de graduarse, para adecuarlos al objetivo de uno cada mil habitantes.* Al mismo tiempo se construirían ciudades-hospital y centros sanitarios y se promovería el desarrollo de sanatorios privados para personas pudientes.

En el campo de la Medicina Sanitaria, los objetivos eran eliminar o reducir a cifras inapreciables la tuberculosis (a través de la combinación de acciones sociales y médicas) y la lepra, la brucelosis y la sífilis; sostener lo conquistado en erradicación del paludismo y reducir a cifras inapreciables la mortalidad por enfermedades transmisibles; circunscribir y erradicar endemias —anquilostomiasis, traco-

ma, Chagas— realizando campañas integrales periódicas; ampliar las vacunaciones. En el campo de la Medicina Social y preventiva, profundizar los logros en vivienda, política alimentaria, salud laboral, rehabilitación de inválidos, política demográfica, estadísticas vitales y sanitarias. Organizar la detección temprana a través de exámenes periódicos y el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades transmisibles, realizar la profilaxis médicosocial de las neurosis y el delirio. Reseñó también medidas sobre medicamentos, insecticidas —DDT— y películas radiográficas. Nunca se pudo decir con más propiedad que todo estaba dicho y hecho y todo por decir y por hacer.

En lo relativo a construcción de establecimientos, reserva para la Nación la construcción de ciudades-hospitales y asigna a las provincias la construcción de hospitales de 10 a 60 camas, hasta conseguir la meta de 10 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes. En aquella época se pensaba que 10 camas hospitalarias totales y alrededor de 5 para internación de agudos, eran metas razonables, aunque casi ningún país las hubiera alcanzado. (Decimos casi ningún país porque Suecia, como resultado de una evolución hospitalaria muy particular desde las *Begger Regulations* del siglo XVI, tenía esa proporción de camas desde los primeros años del siglo XX.)

En lo que hace a financiación, descarta la posibilidad de implantar un seguro dada la escasez de recursos físicos, pero anticipa el establecimiento de un impuesto sanitario. *Finalmente, destaca su intención de organizar la cooperación sanitaria internacional, asegurar la efectivización de los tratados firmados con Brasil, Uruguay, Bolivia, Paraguay, Chile y con las Organizaciones Mundial de la Salud y Panamericana de la Salud.*

Los logros de la época se refieren en primer lugar a la construcción de establecimientos. En 1946 se contaba con 66.300 camas totales;

en 1951 con 114.600 y en 1954 con 134.200.³¹ Teniendo en cuenta las camas totales —para agudos y crónicos— sólo de hospitales nacionales, las magnitudes son 15.400; 27.300 y 37.900. La tasa de camas totales por mil habitantes pasó de 4,14 a 6,66 y luego a 7,25; la de camas para agudos alcanzó casi el 5 por mil. Conviene destacar que diferentes fuentes ofrecen cantidades diferentes de las camas hospitalarias totales, ya que no se especificaba con claridad si se trataba de camas de dotación o camas totales habilitadas (los establecimientos de salud mental se habían deteriorado desde las reformas de Cabred y eran usuales porcentajes ocupacionales de hasta 150%) y que la calidad de los registros estadísticos era insuficiente y heterogénea. *Pero puede de todos modos afirmarse que fue el momento en el cual un porcentaje cercano al 80% de las camas hospitalarias estaban en el ámbito público, creando una oportunidad inédita para la adopción de alguna de las configuraciones “nacionales” de servicios de salud. No lo aprovechó el Ministro ni lo percibieron o aconsejaron los expertos después del cambio de gobierno.* La dispersión institucional (dentro del Estado) se mantuvo, y a veces se acrecentó, a pesar de los esfuerzos del ministro. La muerte de Eva Perón en 1952 determinó el pasaje de los “policlínicos” de la Fundación Eva Perón al Ministerio de Salud Pública, pero sin la financiación que les otorgaba la Fundación. (Los presupuestos del Ministerio eran superiores a los de la Fundación en 1948 y 1949, casi iguales en 1950 e inferiores a partir de 1951). Además, el traslado sucede en momentos en los cuales el Ministerio tiene comprometidos todos sus recursos en las construcciones que realiza. A partir de entonces el programa de construcción de hospitales se desorganiza, se retrasan los equipos necesarios para habilitar las nuevas plantas físicas y en los últimos meses de la gestión, los equipos son retirados después de la inauguración para ser llevados a otra planta que debe ser inaugurada.

De las campañas de lucha contra las enfermedades endémicas, la que logra mejores resultados es la lucha antipalúdica. Carrillo apoya a Alvarado en los primeros años de su gestión y le consigue recursos. Además, el DDT (introducido hacia 1942) representa un recurso de eficacia inédita. En la VI Reunión de Directores de Sanidad —que sería la última de su tipo— Alvarado lo confirma: *El control de la malaria ha sufrido un cambio radical con la aparición de los nuevos 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.*³²

El ministro expresa en 1951: *Cuando me hice cargo del Ministerio, ese fue el problema angustioso: contener el paludismo invasor. Había en aquella época cien mil casos nuevos de palúdicos por año, de contaminados y de reinfecciones. Después de cuatro años de lucha, hemos llegado a tener seis o siete casos por año, es decir, estadísticamente cero, un progreso extraordinario.*³³

El progreso era realmente extraordinario; si la introducción de los insecticidas de acción residual representaban una innovación que lo hacía posible, ningún país de la Región obtuvo tan velozmente reducciones de la magnitud de las obtenidas en Argentina. Véase la evolución del número de casos registrados en los quince años que median entre 1946 y 1960, y compárense con los del país que hizo,

³¹ El número de camas hospitalarias que se utiliza debe tomarse con reservas, ya que distintas fuentes proveen diferentes valores, con variaciones cercanas a las 15.000 camas. Las deficiencias de la normalización de la estadística hospitalaria en la época seguramente inducía a que a veces se contabilizasen las camas de dotación, otras las camas habilitadas, y a veces estimaciones sobre una media anual.

³² Alvarado, C. A., “Control de las enfermedades transmitidas por mosquitos”, OPS/OMS, *Sexta Conferencia de Directores de Sanidad*, Washington D.C., 1948, pág. 78 y 81.

³³ Carrillo, R., “Introducción al conocimiento de la Salud Pública”, Conferencia dictada el 12 de febrero de 1951, En *Contribución al conocimiento sanitario*, Op. cit., pág. 400.

después del nuestro, la reducción más importante: los Estados Unidos.

Casos registrados de malaria en Argentina

Estados Unidos 1946-1955 1956-1960

AÑO	ARGENTINA	EE.UU.
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
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, Washington D.C.

1946-1955: *Scientific Publications* N° 38, August 1958, p. 36
 1956-1958: *Scientific Publications* N° 48, August 1960, p. 73.
 1959-1960: *Scientific Publications* N° 58, April 1962, p. 43.

Pero el afán reorganizador³⁴ no perdonó ni lo que funcionaba bien. *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 Direcciones Federales para representar al Ministerio en cada núcleo civil —comunidades, provincias y territorios—, a fin de extender 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 allá ya existía una organización, aunque ru-

dimentaria, que tuvo cierta eficacia, pues concluyó con el paludismo tradicional de aquellas regiones.

... cuando se creó por primera vez el nosotro disolvi no entonces la Dirección de ... actividades ... transformamos ... nuevos objetivos, nuevas misiones, ... En la ... con ... de Sanidad del Norte. No puede disculparse el ... de integrar una campaña de ... programa vertical en los servicios de salud ... de las ... de ... establecimiento o mejoramiento de los servicios generales de sanidad deben seguir durante muchos años rumbos paralelos, orientados a la integración de todas las actividades ... un programa unico³⁶

En varias conferencias Carrillo expone sus ideas sobre el sistema de servicios que pretende alcanzar. Cita a Laroque (Pierre Laroque fue el reorganizador, desde 1946, de la seguridad social francesa; algunos lo califican como el Beveridge francés) y sugiere conocer las ideas de Beveridge y los debates de la época sobre la instalación del Servicio Nacional de Salud británico. La construcción del Servicio británico (1946-1948) así como la del Servicio chileno, de alcance más reducido, en 1952, no son comentadas en las publicaciones oficiales. (Tampoco serán objeto de explícita consideración a la hora de afrontar la herencia de Carrillo.) El ministro analiza el mecanismo de la financiación colectiva, que le parece superior al individual o privado, y cree debe superarse la financiación de la salud a través de rentas

³⁴ Abraham Horwitz decía en 1971: *hace 10 o 12 años, con la aparición de los insecticidas, todos cometimos la equivocación (y creo que fue una equivocación honesta) de sobresimplificar la erradicación de la malaria*. En PAHO, *Vector control and the recrudescence of vector-borne diseases*, Scientific Publication N° 238, Washington D.C., 1972, pág. 83.

³⁵ Carrillo, R., "La organización del Ministerio de Salud Pública de la Nación", Conferencia, del 28 de marzo de 1950, En *Contribuciones al Conocimiento Sanitario*, Op. cit., pág. 295 y 296.

³⁶ González, C. L., "Las Campañas de Masa y los Servicios Generales de Salud". OMS, *Cuadernos de Salud Pública* N° 29, Ginebra, 1968, pág. 62.

generales, para lo cual crea el Fondo Nacional de Salud, que debería alimentarse desde un impuesto específico al que todos aportarían. El fondo financiaría sólo la atención de los no pudientes en hospitales mayoritariamente a cargo del Estado y en los consultorios privados de aquellos médicos que aceptaran libremente trabajar en un régimen semisocializado. La meta final sería un sistema de seguridad social, que no detalla.

Hasta que el Fondo se concretara, cosa que no ocurrió, una ley de coparticipación federal reemplazaría las anteriores ayudas federales y los subsidios y permitiría que la Nación aportase el 60% de los gastos de los establecimientos médico-asistenciales de aquellas provincias que adhirieran al plan³⁷.

En la práctica, se multiplicaron los hospitales, como se ha mencionado antes; se multiplicaron también las reparticiones del ministerio cuyo organigrama adquirió una singular frondosidad. En 1947 dependían directamente del ministro tres direcciones generales (de Administración, de Despacho y de Personal, así como la secretaría del plan quinquenal, la secretaría privada y cuatro direcciones. Las direcciones técnicas (27) estaban reunidas en equipos coordinados por uno de los directores. Existía, además, un Consejo de Construcciones hospitalarias y el conjunto de los hospitales de La Sociedad de Beneficencia. Cada dirección técnica se dividían en secciones técnicas y cada una tenía un jefe de despacho, un jefe de personal y un jefe administrativo vinculados con las Direcciones Generales análogas.³⁸ La conversión de la Secretaría en Ministerio hizo crecer aún más la planta, aunque al poco tiempo la financiación comenzó a escasear: véase como ejemplo la organización de la Dirección General de Personal, que contaba en 1954 con un Director General, un Subdirector, cinco departamentos con dos o tres secciones cada uno, una división y una Secretaría con tres secciones.³⁹ El número de em-

pleados alcanzó a más de 35.000, de los cuales la mitad trabajaba en la sede central, (compárese con la estructura de la Dirección de lucha antipalúdica del Departamento Nacional de Higiene).

Enfrentado a la carencia de personal especializado en Salud Pública, esa carencia que se destacaba en las Conferencias Sanitarias Panamericanas desde hacía dos décadas, establece un convenio con la Universidad del Litoral, en la cual se había creado en 1946 una Escuela de Salubridad, transformada al año siguiente en Facultad de Higiene y Medicina Preventiva. El decano de esta Facultad era el doctor Lorenzo García, también Subsecretario Técnico del Ministerio de Salud Pública. Poco después Carrillo crea, dentro de la estructura ministerial, un Instituto Superior de Cultura Médica, destinado al perfeccionamiento del personal superior de la institución.

De todos modos, la insuficiencia de personal capacitado conspiró contra la gestión de los muy numerosos servicios, cuya organización se modificaba frecuentemente, a medida que se incorporaban nuevas dependencias, que superponían y duplicaban competencias con otras. Véase un ejemplo: una resolución del 18 de diciembre de 1950 crea un Comité Directivo de las Investigaciones y Profilaxis de la enfermedad de Chagas en el país, designándose al técnico en esta afección Dr. Cecilio Romana, coordinador de los programas del nuevo organismo, fundándose en la gran difusión de los triatomíneos en todo el país. Otra, del 30 de enero de 1951, establece que el laboratorio y todos los ambientes del primer piso del

³⁷ Carrillo, R., Discurso del 14 de nov. de 1950, En *Contribuciones al conocimiento*, Op. cit., pág. 168-179.

³⁸ Secretaría de Salud Pública de la Nación, *Manual del Funcionario de Salud Pública*, Buenos Aires, 1948, pág. 95 y sig.

³⁹ Ministerio de Salud Pública de la Nación, Dirección de Racionalización y Auditoría de Salud Pública, *Racionalización en el Ministerio de S. P. de la Nación*, Buenos Aires, 1954, pág. 37.

edificio que ocupa el Ministerio en Bernardo de Irigoyen 244 serán la sede del coordinador, en su carácter de Director del Instituto Nacional de Investigación y profilaxis de la enfermedad de Chagas, a crearse, para el desarrollo de los programas resueltos por el Comité Directivo precitado.

Desde 1948 las actividades filantrópicas de Eva Perón se extienden al área de las prestaciones sanitarias. El ministro no deja registro de eventuales conflictos, aunque en la época se comentaba que existieron. También desde entonces unos pocos gremios consiguen que se establezcan descuentos obligatorios a los obreros o empleados de su rama de actividad para engrosar fondos asignados a brindar servicios de bienestar —incluidos los de salud— cuya administración queda a cargo de las autoridades sindicales (Obras sociales). Se crean así hospitales para el uso exclusivo de los afiliados y sus

familias. El desarrollo de este sector no es muy grande en ese período, a diferencia de lo que sucede a partir de 1970 cuando se establece su generalización.

Es difícil también conocer sobre las relaciones entre la Organización en pleno desarrollo, liderada por Soper, realizador pragmático y perfeccionista, y este ministerio desconcertante, en permanente crecimiento, que deduce sus propósitos de un movimiento político único, creado a partir de una doctrina singular. El doctor Alberto Zwank, profesor de Higiene que hemos visto participar desde la década de los treinta, continúa actuando en las relaciones con la Oficina, designado Asesor de Política Sanitaria Internacional por la Resolución del 24 de marzo de 1947. En la estructura ministerial, el Reglamento Interno del Ministerio de 1950 incluye dentro de la Secretaría General (De la Asesoría Sanitaria In-

Alberto Zwank en la Reunión Panamericana, sentado a la izquierda del centro, en la cabecera. Fotografía del Archivo General de la Nación.



ternacional) una Asesoría de Política Sanitaria Internacional, a cargo de un Director General, el Dr. Gerardo Segura, en la cual figuran como asesores los Dres. Antonio Velasco, Ismael Urbano y Eduardo Berenguer.⁴⁰

Hemos solicitado al doctor Mario Boyer que explorase en los diarios de Soper, en la Biblioteca Nacional de Medicina de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, referencias al período. Encontramos así las impresiones que Soper registra en su Diario durante su visita a Buenos Aires en 1947, con motivo de la Reunión del Consejo Directivo que se mencionó antes. Zwank lo espera en el aeropuerto —Soper viene de Montevideo— y el 18 de septiembre lo acompaña al Ministerio a encontrarse con Carrillo. Se toman algunas fotografías y Soper advierte que se buscan enfoques que permitan visualizar en el fondo las fotografías del presidente y de su esposa. Le comunican también que se ha solicitado al Congreso la autorización para otorgar los cuatrocientos mil dólares ya mencionados a la Organización: *esto es algo más de lo que yo había esperado, pero Argentina aspira a dar tanto como los Estados Unidos.*

El representante del Paraguay —Dr. Ramírez Boettner— plantea al Director de la Oficina algunos problemas que se habían suscitado por la difusión radial de la aparición de algunos casos de fiebre amarilla antes de que se notificase del hecho a las autoridades argentinas, lo cual derivó en esa oportunidad en un cierre de la frontera (1937), lo cual fue entendido y aceptado por las autoridades paraguayas. Pero en 1945, con motivo de la aparición de

unas quince defunciones en un pequeño puerto paraguayo en el alto Paraná, completamente aislado del resto del país, se cerró el tráfico marítimo en el Paraná y el Paraguay por una semana. Soper comenta como interesante que el asunto (que se presentó en la conferencia) estaba centrado en el tema de la liberación del comercio de las restricciones de la cuarentena, es decir, el problema que fue la causa de que se creara la Oficina muchos años antes. Finalizada la reunión, Soper viajó al Norte, donde se encontró con sus colegas y amigos Romana y Alvarado.

En 1950 Soper regresó a Buenos Aires, donde encontró una situación diferente. Argentina no había cumplido su obligación financiera con la OMS el año anterior, con lo cual perdería su derecho a votar en la Asamblea que se realizaría en Ginebra poco después, por lo cual planeaba no asistir. Soper comenta que la política rígida de la OMS sobre la privación del derecho a voto frente a un atraso de corto tiempo le parece producto de una visión de corto plazo, demostración de ignorar que la paciencia es esencial en asuntos de pagos internacionales. (Posteriormente la OMS corrigió esa política).

Pero surge del *Diario* que tampoco se había efectivizado la donación (los 400.000 dólares mencionados). El asunto será tratado en detalle en el capítulo siguiente, a propósito del establecimiento de la Oficina de Buenos Aires, y las transcripciones del *Diario* de Soper permitirán conocer sus impresiones sobre los acontecimientos que sucedían en Argentina.

⁴⁰ Carrillo, R., *Obras Completas*, T. III, 2ª parte, Eudeba, Buenos Aires, 1974, pág. 591-593.

La Oficina de Buenos Aires

El establecimiento de la Oficina de Zona de la América Meridional

El 15 de junio de 1950 Soper comunica a Carrillo que el Comité ejecutivo ha resuelto establecer dos Oficinas de Zona en el Continente y, de acuerdo a estudios realizados, la Dirección entiende que la Ciudad de Buenos Aires reúne las condiciones requeridas para ser la sede de la Oficina correspondiente a la América Meridional. Carrillo le responde que *personalmente acojo con toda simpatía el proyecto y así lo he auspiciado ante el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto.*

En noviembre de 1950 Soper le responde a Carrillo agradeciendo la favorable acogida y le anticipa su deseo de designar al Dr. Emilio Budnik, calificado miembro de nuestro personal técnico, para iniciar las negociaciones preliminares conducentes a formalizar el acuerdo que determinará la organización y funcionamiento de la nueva Oficina de Zona en el continente.

En mayo de 1951 Paulo C. Antunes (Jefe en Washington de la División de Salud Pública) le comunica a Budnik, transitoriamente radicado en su país de origen (Chile), las dificultades financieras por las que atraviesa la Oficina en razón del atraso en el pago de las cuotas, lo cual podría comprometer la finan-

ciación de la nueva oficina, pero le sugiere continúe las gestiones iniciadas. En agosto de 1951 el Canciller Remorino firmó con Fred Lowe Soper el Acuerdo sobre el establecimiento de la Oficina de Zona (ver fotografía). Paulo C. Antunes había abandonado su cargo en la Oficina para hacerse cargo de una cátedra en la Escuela de Salud Pública de San Pablo y lo reemplazaba interinamente en Washington, el Dr. Abraham Horwitz. Budnik le envía el 25 de agosto un memorándum diciendo:

La ceremonia de la firma fue presidida por el Ministro de Relaciones Exteriores Dr. Gerónimo Remorino, con asistencia del Ministro de Salud Pública Dr. Ramón Carrillo y altos funcionarios de ambos ministerios, actuando en representación de la Oficina el Dr. Soper.

Después de la firma de los protocolos respectivos, el Dr. Remorino destacó la complacencia del Gobierno Argentino por la instalación de esta Oficina de Zona en Argentina, expresando la seguridad de que el Ministerio de Salud Pública contribuirá con toda eficacia para que la iniciativa sea una realidad de beneficio común para la América Meridional. Al responder el Dr. Soper destacó que prácticamente Argentina firmaba un Acuerdo consigo misma desde que la Oficina Sanitaria Panamericana constituye un organismo panamericano integrado por países que procuran un mejoramiento sanitario común.



Ramón Carrillo, Gregorio Remorino y Fred Lowe Soper, en la firma del acuerdo para establecer la oficina de zona, agosto de 1951, fotografía del Archivo General de la Nación.

78

Historió la labor de la Oficina y la forma precaria en que actuó en sus comienzos hasta 1902, en que se firmaron diez convenios que no tuvieron mayor eficacia por la falta de un mecanismo efectivo para hacerlos funcionar. Agregó que desde 1947 se había dado un mayor impulso a las actividades y que el presupuesto que anteriormente era de 115.000 dólares anuales ha sido elevado a cerca de dos millones, advirtiendo paralelamente un mayor interés de parte de los Gobiernos hacia las actividades de la Oficina. Agregó finalmente que la Oficina de Zona será el mecanismo adecuado para estudiar los problemas sanitarios de la zona y buscarles adecuada solución.

La ceremonia se desarrolló en el Salón Dorado del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto y constituyó un acto trascendente que fue considerado de extraordinaria importancia para la salubridad argentina y de las naciones vecinas.

Al completarse con tan señalado éxito esta iniciativa, es interesante recordar su gestión y desarrollo como asimismo las responsabilidades que determina.

Durante las reuniones del Comité ejecutivo en Washington, en abril de 1950, el tema de las oficinas de campo fue ampliamente discutido, estimando los delegados, de acuerdo con los principios de descentralización sustentados por la Oficina, la conveniencia de establecer una oficina en la zona meridional de la América del Sur. Por razones de conveniencia geográfica, facilidad de transportes, cambio favorable elección del país en relación con las necesidades de promover programas sanitarios, etc., la ciudad de Buenos Aires era estimada como la ubicación más adecuada, pero se temía no encontrar la mejor disposición del Gobierno, por lo cual se proponía Montevideo. Sin embargo el Dr. Zwank, representante de Argentina, hizo indicación formal de que no se tomara resolución respecto a la ubicación de la sede sin consultar antes oficialmente al Gobierno Argentino sobre su disposición. Si las gestiones no prosperaban, como se anticipaba, la ubicación sería Montevideo. El Dr. Capelletti, representante de Uruguay, aceptó y apoyó la proposición, consultándose para el efecto en el presupuesto, las sumas adecuadas para



Plaza San Martín y calle Charcas. Hoy Marcelo T. de Alvear, el mismo edificio sigue siendo la sede de la oficina de Buenos Aires. Fotografía del Archivo General de la Nación.

su financiación bajo el rubro de Otras Oficinas de Campo. [...]

Fue así como el infrascrito fue designado para coordinar los programas y las actividades de la región y negociar con las autoridades argentinas el Acuerdo que determinaría las condiciones, prerrogativas e inmunidades que debería otorgarse a la Oficina Sanitaria en relación con el establecimiento de la Oficina de Buenos Aires.¹

La instalación de la Oficina de Zona se realizó en 1952, con la llegada del Representante de Zona, Dr. Emilio Budnik, quien se había desempeñado hasta entonces como coordinador de la Zona Meridional residiendo en Chile y anteriormente en el área de Servicios de Salud de la Oficina Central. La sede de la representación se constituyó en la calle Charcas, hoy Marcelo T. de Alvear, en el edificio en el cual continúa desarrollando sus actividades. Soper vuelve a Buenos Aires en 1952, después de haberse encontrado con el entonces Director de la OMS (Chisholm) quien le comenta so-

bre el atraso de los pagos de la Argentina. Se encuentra, junto con el Representante en Buenos Aires (Budnik) con el ministro Carrillo, que los acompaña a la Casa Rosada con la intención de ver al presidente, lo cual no les resulta posible. Carrillo consigue que el tema se trate en una reunión de gabinete, en la cual el presidente manifiesta su interés en que se materialice el pago a la OMS y a la OPS. En el Banco Central les informan que se ha recomendado que se concrete el pago del millón y medio de pesos de contribución especial a la OPS, los 79.000 de la cuota de 1949 y los 130.000 de la de la OMS. El Dr. Gerardo Segura le informa que después de que se deposite el monto para asistencia técnica, se formaría un Comité Interministerial para estudiar las necesidades de la Argentina y las

¹ OSP, Memorandum N° 80, fechado en Santiago de Chile el 25 de agosto de 1951 que se conserva en la Representación en Buenos Aires.

posibilidades de aprovechar esa asistencia. Soper añade que *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*. Hemos incluido estos detalles porque nos parece ayudan comprender los cambios de actitud que las modificaciones de la situación económica producen en el gobierno.

Entre 1952 y septiembre de 1955 la Representación de Zona II de la OPS se ha consolidado y se cuenta, además del representante, con un consultor veterinario (B. D. Blood), un oficial médico (A. U. Paterson), una enfermera (M. X. Rogan), un oficial administrativo (M. Casabianca) y nueve empleados. Se otorgan becas en diferentes campos del quehacer sanitario. Para el proyecto en curso de erradicación del *Aedes Aegypti* se cuenta con los servicios de un oficial médico (P. Rouanet) y dos técnicos. Blood difunde los objetivos y medios para el control de la fiebre aftosa y se otorgan becas para capacitar veterinarios. El Ministerio ha ofrecido que el país sea sede de un Centro Panamericano dedicado a la investigación y capacitación en zoonosis, con acuerdo de los otros países del Plata (Brasil, Paraguay y Uruguay). La Oficina apoya al Instituto Malbrán y a la Biblioteca de la Facultad de Medicina, promueve la educación en enfermería; apoya el control de la viruela en áreas de frontera y recibe el pedido de asesoramiento del Ministerio de Obras Públicas para la provisión de agua potable a poblaciones rurales.

Desde 1954 Carrillo tiene desacuerdos con otros integrantes del gobierno, el cual comienza a enfrentarse con la Iglesia Católica. En julio de ese año abandona el Ministerio, al frente del cual lo sucede Raúl Bevacqua. En octubre de 1954 viaja a Estados Unidos y en noviembre de 1955 a Brasil, donde fallece en diciembre de 1956.

Las crecientes actividades de cooperación de una relación madura

En 1955 se perciben signos de debilitamiento del gobierno, que tiene que afrontar en junio un golpe militar que se frustra, pero en septiembre es derrocado por las fuerzas armadas. La "Revolución Libertadora" establece un gobierno provisional presidido primero por el general Eduardo Lonardi y poco después por el general Pedro Eugenio Aramburu. A diferencia del gobierno anterior, el que se establece en 1955 solicita la cooperación de numerosos organismos internacionales, al tiempo que declara su propósito de *afianzar el federalismo*.

En salud, el período que se inicia verá multiplicadas las actividades de cooperación con la OSP, crecientemente reconocida. También desaparecen desde entonces las fricciones anteriores en las relaciones con los Estados Unidos. Pero estos dos hechos no parecen tener relación el uno con el otro. La Oficina Sanitaria de Soper es ya sentida como propiedad de los países latinoamericanos tanto (o más) que de los Estados Unidos; es claramente un organismo panamericano. Pocos años más tarde un latinoamericano, que ha sido funcionario de la OSP, ocupará la Dirección de OMS (Marcelino Candau) y otro latinoamericano, también ex-funcionario, la de la OPS (Abraham Horwitz), confirmando la sensación de la pertenencia común para todos los países de América y del mundo de ambas instituciones.

El país que Perón abandonó en 1955 era muy diferente del que había encontrado en 1946. La población superaba los dieciocho millones. La Capital mantenía sus tres millones anteriores, pero el cinturón que la rodea había duplicado su población anterior y se acercaba a los cuatro millones. Poblaban este cinturón, en gran medida, provincianos atraídos por el auge del empleo que generaba la industrialización sustitutiva, cuyo éxito coincidía con la declinación de la ilusión de que el país debía

ser la dehesa del mundo. Se acumulaba allí casi la mitad de la población de la provincia, en un suburbio que no estaba preparado para recibirlos y que carecía de los servicios básicos. Pero los alentaba la esperanza de asimilarse en unos pocos años en la cultura urbana con la cual se sueña en el interior pobre.

Desaparecida la figura del líder carismático, con su propuesta de un camino diferente al del capitalismo y al del socialismo, las élites dirigentes intentan recomponer el proyecto y corregir los vicios introducidos por el personalismo populista. Uno de los críticos más lúcidos del peronismo, Ezequiel Martínez Estrada, que había señalado los problemas de la cultura nacional en *Radiografía de la Pampa y La cabeza de Goliath*, compara la estatura del líder corruptor con la de los que pretenden corregir los vicios y reformular el proyecto y publica un grito de angustia titulado *¿Qué es esto?* En el sector salud, *el conjunto de hospitales pertenecía, en 1955, en alrededor de un 80% al sector público, y casi la mitad de ellos, al Ministerio de Salud Pública*. El problema jurisdiccional no había variado en esencia, aunque, como se mencionó, las características del gobierno lo habían hecho inaparente. El desorden y la frondosidad burocráticas reclamaban una corrección urgente. Algunos de los técnicos que ocupaban cargos jerárquicos renunciaron y poco después solicitaron su ingreso a la Oficina, que estaba incorporando expertos (como ejemplos pueden citarse a Martín Vázquez Vigo y a Héctor Coll, que tuvieron ambos una larga y destacada actuación en la OPS. Desde el punto de vista sanitario, algunos viejos problemas habían desaparecido: el paludismo se hallaba reducido a esas cifras inapreciables de las que hablaba el ministro, aunque la integración, en opinión de algunos técnicos, había sido apresurada.

En 1956 una epidemia de poliomielitis puso en vilo al país, que descubrió la incapacidad del sistema sanitario para afrontarlo. Se repro-

chó a las autoridades anteriores el haber silenciado un brote epidémico en 1953. (Durante la epidemia se hicieron a la OPS numerosos pedidos de cooperación y visitaron el país varios expertos, se adquirieron recursos y se facilitaron viajes. La aparición providencial de la vacuna Salk y poco después de la Sabin evitaron la repetición de la enfermedad, que produjo unos seis mil casos de su forma paralítica).

La mortalidad infantil, que había descendido en la década anterior, estaba casi estancada en 1955. En la provincia de Buenos Aires, las tasas se mantenían estacionarias desde 1948. La mitad de los menores de un año fallecidos morían por diarrea, y una parte considerable pertenecía al conurbano,² donde se carecía de agua potable, de sistemas de eliminación de excretas y de leche pasteurizada. Muchas veces, también, de leche pasteurizable. Piolín de Macramé acuñó un epigrama: *la leche es un producto que nace en el tambo y muere en el Hospital de Niños*.³

El primer ministro de Salud Pública de la que se denominó Revolución Libertadora fue el Dr. Argibay Molina, a quien sucedió poco después el Dr. Francisco Martínez. El 17 de diciembre de 1955 el Dr. Francisco J. Elizalde, Subsecretario de Asistencia Social y Salud Pública, expresó al Representante de Zona de la OPS/OMS el propósito del Ministerio de *perfecturar la organización de los servicios de Salud Pública: Bienestar Social del país y, consecuentemente, mejorar también las condiciones sanitarias de la población y facilitar así su desarrollo económico y social*, por lo cual tenía especial interés en llevar a efecto un *estudio total del problema que abarca las situaciones en el orden nacional, provincial y municipal*.

² Ministerio de Salud Pública, Prov. de Buenos Aires, Proyecto Disabo, *Diagnóstico Sanitario del Aglomerado Bonaerense*, 1965, pág. 83 y sig.

³ Seudónimo del pediatra y escritor Florencio Escardó.

El informe de los Consultores Internacionales y sus consecuencias

Fred L. Soper recibió en diciembre de 1955, a través del Representante de zona, Dr. Emilio Budnik, el pedido de las autoridades argentinas de analizar el sistema de salud existente y sugerir medidas para corregir eventuales distorsiones, que las autoridades sectoriales anticipaban vinculándolas con defectos fundamentales, como la falta de la debida coordinación y la dispersión y duplicación de servicios. Las solicitudes de cooperación sobre el sistema de salud total de un país son poco frecuentes en la OPS. El Gobierno de facto había señalado desde su asunción el avasallamiento que se había producido en virtud del centralismo del régimen anterior de la estructura federal del país. Soper designó para la delicada misión una Comisión de expertos entre los cuales se destacaba el Subdirector de la Oficina, el salubrista venezolano Dr. Carlos Luis González, así como el experto brasileño Paulo C. A. Antunes (Profesor de Parasitología Aplicada e Higiene Rural de la Facultad de Higiene y Salud Pública de la Universidad de San Pablo y hasta unos meses antes, Director de la División de Salud Pública de la OSP) y los estadounidenses W. Palmer Dearing (Cirujano General Adjunto del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos) y Abel Wolman (Profesor de Ingeniería Sanitaria de la Escuela de Higiene de John Hopkins). La Comisión acordó tres objetivos fundamentales:

- análisis de los problemas sanitarios del país,
- evaluación de los recursos disponibles y de la manera en la cual se aplicaban y
- formulación de recomendaciones concretas para el mejoramiento de los servicios nacionales, provinciales y municipales de salud pública, dentro de un plan de trabajo a largo plazo compatible con las normas de administración de salud pública universalmente aceptadas.

El primer paso era reunir la información necesaria para efectuar el análisis crítico, tarea que las autoridades nacionales encargaron a la Oficina de Coordinación creada por Resolución Ministerial 1060 de marzo de 1956. En abril los Consultores realizaron su primera reunión en Buenos Aires, en la cual acordaron con las autoridades y expertos nacionales los diversos aspectos del estudio y sugirieron los datos que estimaban debía contener el Informe que les prepararía la Oficina de Coordinación. En julio y agosto tres de los miembros de la Comisión visitaron varias regiones del país y uno de ellos regresó en setiembre y octubre. El informe final fue presentado para su aprobación y eventual transmisión al Director de la OPS en junio de 1957.

El análisis de los consultores se basó en un corte temporal del sistema de salud argentino. La referencia más antigua es la Ley de Bases que orientaba la gestión de la Secretaría de Salud Pública (Ley 13.012 del 22 de setiembre de 1947). Nada de lo ocurrido antes fue descripto ni analizado, por lo cual los caminos sugeridos partían de la crítica de la situación presente, característica frecuente de los informes de los organismos internacionales de salud.

Tal vez sea la oportunidad de subrayar que llamamos “internacionales” a organismos que son, en realidad, intergubernamentales, y por ello sensibles a aceptar como válidas las intenciones de cambio de las autoridades nacionales que solicitan el estudio. Sólo en contadas oportunidades un informe de este tipo sugiere cosas diferentes de lo que el Gobierno desea escuchar, y cuando lo hace, debe fundarse en un estudio de gran profundidad, que abarque períodos largos de la vida institucional. El Representante local se convierte en elemento clave para orientar la tarea. En el caso que nos ocupa, un gobierno militar se convertía en campeón del federalismo establecido en la Constitución Nacional y que habría sido

avasallado por el anterior gobierno constitucional, durante cuya gestión se había realizado una Convención constituyente que había aprobado una nueva Constitución en la cual se mantenía el régimen federal de gobierno. En 1972 el general Alejandro Lanusse, cuyo gobierno también asume la defensa del federalismo, subraya la paradoja de que sean gobiernos militares los que lo hacen, modificando lo establecido por gobiernos democráticos (encabezados, además, por hombres del interior del país).

En el mundo de posguerra habían emergido configuraciones novedosas de sistemas de salud y en Chile se había instituido un Servicio Nacional de Salud que aunque carecía de la universalidad de cobertura del Servicio británico, expresaba la vocación de alcanzarla. Ninguna consideración de este tipo se incluyó en el análisis, restringido a detectar y corregir los defectos que se han descrito al narrar la gestión del Ministro Carrillo. Los logros, que también los había, si se examinaba la situación desde la perspectiva amplia de las instituciones iniciales, no resultaban perceptibles en el corte temporal analizado.

Como resultado del análisis se aconsejó la descentralización de los servicios: *la Comisión está de acuerdo con el deseo expresado por el Gobierno de la Nación de transferir a las provincias y municipios las actividades de salud pública que son de carácter exclusivamente federal y de estimular la iniciativa privada de asumir cada vez más un papel importante en esos problemas. Además de basarse en sanos principios administrativos, esta orientación se conforma a los principios constitucionales de la República, a la gran extensión territorial del país, a la diversidad de sus condiciones ecológicas y a las tendencias a favor del gobierno local que han sido tradicionales del pueblo argentino [...] El Gobierno Federal ha dado ya los pasos iniciales para la transferencia de responsabilidad a las provincias y municipios en el funcionamiento de los hospitales.*⁴

Pero los consultores advierten que esa transfe-

rencia debe constituir un proceso necesariamente lento, precedido y acompañado por acciones de planificación y capacitación de personal: *...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 de la cooperación de todas las partes interesadas. La disponibilidad de personal capacitado en número suficiente constituye, acaso, el problema de mayor importancia. Por lo tanto, habría que hacer planes para un largo período de adaptación, durante el cual se efectuarían los ajustes que inevitablemente han de presentarse.*⁵

Se destaca la necesidad de establecer un sistema de estadísticas, se pone énfasis en la actividad normativa y coordinadora del Ministerio Federal, en el disímil desarrollo de los organismos sectoriales provinciales, en la necesidad de crear unidades de planificación y de enfermería, reiterando la necesidad de preparar al personal y sugiriendo desarrollar una zona de demostración, a través de la elección de una provincia y dentro de ella una localidad donde se instalaría la nueva organización.

Junto con este Informe, se remitió también el Informe Especial que preparó el experto brasileño Odair Pedroso (profesor de Administración Hospitalaria de la Escuela de San Pablo) sobre la situación de los hospitales. Con base en estos informes, la Oficina acordó con el Gobierno contratar, por un período más largo, a un experto en Administración de Hospitales, para lo cual la Oficina eligió al médico chileno Hugo Enríquez Frödden, quien se había formado en Estados Unidos en la década de los 30 y había adquirido gran prestigio en Chile, como Director de uno de los hospitales más complejos, el Hospital J. J. Aguirre. En

⁴ OPS, Informe presentado por la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, al Gobierno de la República Argentina, Junio de 1957, mimeografiado, pág 69 y 70.

⁵ *Idem*, pág. 78.

enero de 1958, Hugo Enríquez entregó su *Programa de atención médica en un plan de salud pública*.⁶

Enríquez permaneció como consultor en Argentina hasta su retiro en 1971, brindando con singular generosidad sus amplios conocimientos y rica experiencia. Fue una de las figuras más queridas y respetadas en los ambientes médico sanitarios argentinos y se desempeñó en sus últimos años como Director Fundador del Centro Latinoamericano de Administración Médica.

En su *Programa*, Enríquez se dedica al componente que podía descentralizarse con mayor facilidad —de hecho, aquel cuya centralización no había sido reclamada en la larga historia de la sanidad argentina— identificando primero las principales deficiencias, para esbozar después los objetivos de un programa de atención médica y formular un plan de acción. Destaca la ausencia de una política sanitaria, afirmando: *De todos los estudios realizados fluye 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 directivas hacia una atención integral de la salud de la población en sus aspectos de protección, promoción y reparación [...] 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. [...] Frente a los hospitales nos encontramos ante un panorama muy especial. 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.*

Laín Entralgo sistematizó los modos formales de re-

lación del conocimiento de un momento dado en relación con su pasado, adscribiéndolo a tres formas principales: la prosecución, la adversación o la divergencia. En 1946 Carrillo había elegido su camino entre la prosecución y la divergencia, aunque su interpretación de la historia de la sanidad fuese demasiado subjetiva y el discurso, pero sólo el discurso, pareciese adversativo. La gestión fue muchas veces apresurada, contradictoria y desordenada. Pocas veces pudo decirse con más justicia que todo estaba dicho y hecho y todo por decir y hacer. En 1955 se examinó la realidad en clave de adversación. Entre 1956 y 1958 se trazaron nuevos derroteros que serían recorridos en las décadas siguientes. La cooperación de la OPS se intensificó y transitó todos los nuevos caminos: la formación de personal, la planificación, la difícil búsqueda de coordinación, la organización de los ministerios o direcciones provinciales, la organización y administración de servicios de atención médica, el diseño y el establecimiento del sistema de estadísticas, para citar sólo algunos. Sin embargo el sujeto más importante, la configuración y organización del sistema de salud y de sus componentes, el subsistema de salud pública, sanidad o salubridad y el subsistema de atención médica o asistencia médica, ya no fue identificado como sujeto del análisis y dejó de ser objeto de consideración en el ámbito oficial y por supuesto, en el de la cooperación técnica.

Calla aquí el narrador y cede la palabra a los testigos y actores de los tiempos siguientes, cuyas diferentes visiones enriquecerán, hasta cuando disientan, esta crónica que pretende explorar los derroteros abiertos y recordar a quienes se destacaron al desarrollarlos, sin pretender ni un registro de actividades realizadas ni una evaluación de resultados, los cuales requerirían apoyarse en búsquedas documentales más que en la memoria de actores y testigos.

⁶ OSP. *Un Programa de Atención Médica en un Plan de Salud Pública*, Hugo Enríquez Frödden, Buenos Aires, 1958, (mimeografiado).



Introducción

En los capítulos siguientes se abandona el orden cronológico, para explorar, a través del testimonio de actores o testigos, los caminos por los cuales se diversificaron los esfuerzos nacionales y las actividades de cooperación. Con el propósito de que el lector pueda ubicar los contextos de los sucesos que se mencionan, se intentará resumir la cronología de los cambios de gobierno que sufrió la Argentina después de 1955.

El derrocamiento de Juan Domingo Perón y la iniciación del gobierno de la “Revolución Libertadora”, que presidió el general Pedro Eugenio Aramburu, han sido reseñadas en la primera parte. En el área de la Salud, después de la breve actuación de un médico de la sanidad de las Fuerzas Armadas, el Dr. Argibay Molina, fue designado como ministro el Dr. Francisco Martínez y como subsecretario el Dr. Francisco Elizalde. Fue entonces cuando se solicitó a la OPS el estudio del sistema de salud y se recibió el Informe de los Consultores Internacionales. La descentralización estaba previamente decidida e iniciadas las transferencias. El primer capítulo de esta segunda parte contiene el testimonio de esa gestión.

En 1958 asumió la presidencia el Dr. Arturo Frondizi, ganador de unas elecciones en las cuales el peronismo estuvo proscripto. Encargó el Ministerio de Salud a un hombre del interior, el Dr. Héctor Virgilio Noblía, quien manifestó su acuerdo con la política de descentralización. La experiencia modelo que se había iniciado en el Chaco tropezó con dificultades y se cuestionó la validez de la generalización de sus resultados, por lo cual se inició en San Juan el segundo plan provincial. Durante esta gestión el nuevo director de la OPS, Dr. Abraham Horwitz, y el ministro Noblía inauguraron oficialmente el Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO), que había iniciado sus tareas en la gestión anterior.

Noblía apoyó vigorosamente la capacitación de recursos humanos, uno de los aspectos en el que pusieron mayor énfasis los Consultores Internacionales. Después de expresar su acuerdo con la descentralización, Noblía agregaba: “... De ahí a transferir esos hospitales a provincias empobrecidas que ni cuentan con los medios para mantenerlos, hay una diferencia.” Continuaron los esfuerzos para erradicar el *Aedes Aegypti*, la vacunación con-



Dr. Héctor Noblia (a la derecha) con el Dr. R. Frondizi, fotografía del Archivo General de la Nación.

tra la poliomielitis y las acciones de protección de alimentos.

En 1962 las elecciones para gobernadores evidenciaron el triunfo del Peronismo (dividido) en diez provincias. Se produjo entonces un evidente malestar en las Fuerzas Armadas. El presidente decretó la intervención de cinco de esas provincias. En la madrugada del 29 de marzo de ese año un comunicado radial les informó a los argentinos que los comandantes de las Fuerzas Armadas habían destituido al presidente y que lo habían conducido a la Isla de Martín García. Antes de que decidieran quién lo sucedería, en horas de la tarde, el presidente provisional del Senado y segunda figura en la línea de sucesión presidencial (por renuncia anterior del vicepresidente), el Dr. José María Guido, prestó juramento como primer mandatario.

El gobierno de Guido fue breve. El ministro de Salud fue el Dr. Tiburcio Padilla, que había sido secretario del Departamento Nacional de Higiene en los tiempos de Aráoz Alfaro y en los últimos años se desempeñaba como profesor titular de Semiología en la Universidad de

Buenos Aires. Su gestión tuvo un tinte adversativo, y en opinión de los funcionarios del ministerio, estuvo teñida por cierta “arrogancia universitaria”.

En 1963 asumió la presidencia el Dr. Arturo Umberto Illia, ganador en un acto electoral en el cual nuevamente se había proscripto al Peronismo. Se designó como ministro de Salud a un médico salteño de gran prestigio en el norte argentino, el Dr. Arturo Oñativia.

Lo acompañaron como subsecretarios Bernabé Cantlon, primero, y Plácido E. Nosiglia, después. Oñativia expresa su acuerdo con la política de descentralización pero aclara: “Mientras no se resuelva una efectiva política de descentralización que posibilite el desarrollo, la evolución y el progreso de las regiones del interior del país, favoreciendo el auge de las autonomías económicas provinciales, no se les permitirá, entre otras cosas, absorber los presupuestos que les demanda la medicina asistencial. Mientras tanto, Salud Pública de la Nación debe asumir la responsabilidad de mantener la eficiencia de sus hospitales.”



Dr. Arturo Onatibia, fotografía del Archivo General de la Nación.

En esa gestión se consigue el reconocimiento internacional de la erradicación del *Aedes*. Se inicia un plan para proveer de agua potable al área rural y se encara la regulación de la producción y la comercialización de medicamentos, tema que involucra a poderosos intereses económicos nacionales e internacionales.

En junio de 1966 las Fuerzas Armadas derrocan al presidente Illia. En los años siguientes bajo la presidencia de los generales Juan Carlos Onganía, primero, de Roberto Levingston, después, y de Alejandro Lanusse, finalmente, el Ministerio de Salud es convertido en Secretaría. Asume como titular el Dr. Ezequiel Holmberg y como subsecretario, el Dr. Alberto Mondet hasta 1970. A partir de entonces ocupa la secretaría el Dr. Horacio Rodríguez Castells. El gobierno vuelve a poner énfasis en el federalismo. Dirá Alejandro Lanusse en sus memorias: “Resulta paradójico que un gobierno militar, centralista por definición, se preocupara por mantener la autonomía de las provincias.” Pero en Salud las autoridades ya saben que no se puede descentralizar por de-

creto. Se completa el programa nacional de estadísticas y se inician las actividades de programación. El gasto en Salud se coordina con las provincias. Casi en el final del gobierno, un nuevo ministro de Bienestar Social, Francisco Manrique, generaliza a todo el ámbito laboral la cobertura obligatoria de obras sociales, a cargo de la dirigencia gremial (que el ministro controlaría desde el Instituto Nacional de Obras Sociales —INOS—, que se crea para ese fin). Se produce la generalización, pero la renuncia del ministro debilita el control.

En 1973 el ganador de las elecciones, el Dr. Héctor J. Cámpora asume la presidencia y se designa en la secretaría de Salud Pública al Dr. Domingo Liotta. Se produce el retorno de Perón. Cámpora anuncia su alejamiento y convoca a elecciones, en las cuales triunfa la fórmula Juan Domingo Perón / María Estela Martínez de Perón. Liotta se mantiene como ministro. Se reexamina la configuración del sistema de Salud. Al parlamento se presentan dos versiones de un sistema integrado de Salud: la del oficialismo, que había sido elaborada con el asesoramiento de Carlos Canitrot y Aldo Neri, y la de la oposición radical, en la cual habían colaborado con Plácido Nosiglia los doctores Juan Carlos Veronelli y Sergio Provenzano. Se sancionó el proyecto oficial, creándose una figura que sólo produjo algunas modificaciones en las provincias más pequeñas y se agotó en unos pocos años.

En 1976 la viuda de Perón, a cargo de la presidencia desde el fallecimiento del líder del Peronismo, fue destituida por las Fuerzas Armadas. Se inició entonces una dictadura militar que se recuerda con horror. En Salud se sucedieron secretarios que provenían de la sanidad militar. Se produjo la transferencia de un gran número de establecimientos.

En 1983 asumió el Dr. Raúl Ricardo Alfonsín. Sus ministros de Salud fueron los doctores Aldo Neri, Conrado Storani, Ricardo Barrios Arrechea, y Enrique Beveraggi.

En enero de 1989 se desató una crisis económica con hiperinflación por lo cual el candidato triunfante en las elecciones debió anticipar la asunción de su cargo. Carlos Saúl Menem convocó en 1994 a una Convención Constituyente que, como la de 1949, hizo po-

sible su reelección. Volvió a ganar en 1995 y gobernó hasta diciembre de 1999. El ministro de Salud de mayor duración en la década fue el Dr. Alberto Mazza. Durante su gestión se completó el proceso de transferencia de establecimientos. ■

La descentralización de los Servicios de Salud Pública

En 1956 se inicia una nueva etapa en la cooperación técnica, con la solicitud de un estudio global del sistema de salud. El Gobierno aceptó e inició la ejecución de las líneas establecidas por los Consultores Internacionales. El los Diarios de Soper se menciona con frecuencia en ese período al joven y dinámico Subsecretario argentino de Salud Pública. Es un privilegio contar con el testimonio del Dr. Francisco Elizalde, quien recuerda:

Al asumir como subsecretario de Asistencia Social y Salud Pública, durante la gestión de Francisco Martínez, el Dr. Francisco Elizalde cuenta que una de las primeras dificultades que enfrentó fue descubrir que no había estadísticas, instrumento que consideraba imprescindible para planificar su trabajo. “El primer objetivo es siempre averiguar con qué se cuenta”, apunta. Esa necesidad de información fehaciente, motivó su búsqueda de ayuda en la OPS. “Necesitaba un relevamiento. Lamentablemente, el informe de los consultores internacionales, entre los cuales se destacaba Hugo Enríquez, reflejó la historia de un fracaso. No había posibilidades de encontrar datos para elaborar estadísticas y programar la gestión”, subraya Elizalde. “Era necesario efectuar un estudio que enfocara los problemas sanitarios, evaluara los recursos disponibles y su aplicación presente y futura, y determinara la función específica de los servicios nacionales, provinciales y municipales de Salud Pública en cada jurisdicción”, se explicaba en

un informe sobre la labor desarrollada entre 1956 y 1957 por el ministro Martínez.

Allí mismo se advierte que se cumplieron “planes federalistas de descentralización sanitaria” y que, dentro de las medidas esenciales “debe destacarse la que se encamina a conocer permanentemente la realidad nosológica del país mediante la implantación de un sistema de estadística que, iniciado en todo el territorio de la Nación, se centralice en la Capital Federal, pudiéndose saber en cualquier momento los antecedentes fundamentales de las causas de mortalidad, las enfermedades que gravitan en la población [...]”

“La anarquía reinante en lo referente al aspecto técnico-administrativo de los establecimientos sanitarios —destaca el informe de gestión—, llevó a la conclusión de que era necesaria una dirección especializada en la organización de los mismos para asegurar que la información nosológica y de mortalidad permitiera sentar las bases firmes sobre las que ha de fundarse la actividad principal del Ministerio”.



Presidente Pedro Eugenio Aramburu junto a Francisco Martínez y Francisco Elizalde.

Como paso previo a la transferencia de los servicios de salud, se llevó adelante una investigación sobre el estado de los mismos. Para eso la OPS designó una comisión de consultores internacionales, compuesta por: Paulo Antunes, profesor de parasitología aplicada e higiene rural, de Brasil; Palmer Dearing, cirujano general adjunto del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos; Carlos Luis González, subdirector de la OPS; Abel Wolman, profesor de ingeniería sanitaria. Odair Pedroso fue designado como consultor especial en materia de organización hospitalaria. Las conclusiones del trabajo que encaró este equipo fueron valoradas como una valiosa contribución para planificar y coordinar las actividades técnicas del Ministerio. Durante la gestión de Martínez también se reconoció la colaboración de Hugo Enriquez, técnico en administración hospitalaria de Chile, “cuya investigación era de eficiencia indudable”.

Como bases de su acción administrativa y técnica, las autoridades surgidas de la Revolución Libertadora enumeraban “una orientación normativa centralizada; ejecución descentralizada; otorgamiento de la autoridad ejecutiva a los directores responsables; restitución de las facultades que son privativas de los poderes provinciales mediante la transferencia de los bienes inmuebles, muebles y de las partidas de presupuesto aplicados a los servicios existentes en sus respectivas jurisdicciones a los gobiernos provinciales”.

Elizalde busca un ejemplo para demostrar la importancia de haber transferido los servicios de salud a las provincias: “Desde Buenos Aires se mandaban heladeras a Tierra del Fuego y mantas a Chaco”. Así grafica que la compra de insumos y la distribución de los mismos no estaban bien organizadas. “El desorden provocado por una mala administración era evidente en todas las áreas”, recuerda Elizalde.



Francisco Elizalde, jornada de transferencia de hospitales.

“Se mantenían en las provincias establecimientos de toda índole con un rendimiento deficiente y un elevado costo de mantenimiento debido al encarecimiento producido por la distancia entre ejecutores y dirigentes”, explican en la memoria de gobierno.

“De los 1.772 hospitales existentes en el país, 230 dependían directamente del Ministerio. De 2.052 servicios de atención ambulatoria, 204 correspondían a Salud Pública. Para la atención de esta organización sanitaria federal revistaban aproximadamente 35.000 empleados que insumían del presupuesto total de poco más de 1.156 millones de pesos, 550 millones de pesos”.

El 8 de febrero de 1957, “como paso previo a una racional distribución de los establecimientos a sus zonas de influencia”, se dictó el decreto 1.375, que autorizó al Ministerio a convenir con las autoridades provinciales y municipales la transferencia de los organismos asistenciales habilitados y por habilitar “que no estén

aplicados a la materialización de los planes de grandes luchas sanitarias que la Nación tienen a su cargo”. En el mismo decreto se aclaraba que la descentralización “tendrá una repercusión económica evidente y propenderá a la expansión comercial de la Capital Federal hacia el interior del país, con relación a todos los aspectos vinculados con el mantenimiento de los establecimientos que se transfieran”.

“Me llevó dos años de viajes constantes al interior para convencer a gobernadores y ministros sobre el traspaso del manejo de los servicios”, señala Elizalde. Como resultado de esos encuentros se firmaron los convenios formales de transferencia con Corrientes, Formosa, La Rioja, La Pampa, Misiones, Salta, Río Negro, Chaco, Santa Cruz, Chubut, San Juan, Jujuy, San Luis, Entre Ríos, Neuquén, Santa Fe, Córdoba, Santiago del Estero, Tucumán, Mendoza y Tierra del Fuego. El total de establecimientos entregados fue de 272.

“Lo más difícil fue convencer de la necesidad del cambio, educar al interior para asumirlo. Ese esfuerzo se perdió muchos años después”, concluye Elizalde.

Reconoce Elizalde que el desmantelamiento de estructuras construidas con fines políticos fue una de las cuestiones de mayor interés durante su gestión como subsecretario. “Es indudable que el cumplimiento de los planes trazados ha llevado tiempo para eliminar la frondosidad burocrática preexistente, particularmente en cuanto se refiere a la administración central y a la falta de organización adecuada para la realización de programas de verdadero alcance sanitario”, subraya la reseña de su gestión. La intención de esta reorganización que partió de las entrañas del Ministerio era “la recuperación del equilibrio

funcional, sensiblemente perdido por el imperio del desorden”.

El mayor problema que hoy advierte en el área de Salud Pública es la discontinuidad de las políticas instrumentadas. “Los cuadros técnicos no son respetados, no se aprovecha ni su formación ni su experiencia. Quien asume una nueva gestión pone siempre en tela de juicio lo que hizo el funcionario anterior. Sin embargo, falta la discusión de temas de fondo”. Elizalde critica también el mal manejo de los fondos. “En este país se gasta mucho, pero se gasta mal. Por otra parte, los economistas piensan que destinarán mejores partidas a Salud Pública y Desarrollo Social cuando dispongan de más dinero, cosa que nunca ocurre. Esa postergación del área es una clara injusticia del sistema político argentino”. ■

El proceso de descentralización de los servicios y la modernización de la administración hospitalaria

El proceso de descentralización esquematizado por el ex Subsecretario Elizalde se enriquece con el testimonio del Dr. Alberto Mondet, que inicia su actividad pública después de 1955, inicia la modernización de los hospitales capitalinos, colabora como asesor destacado en la gestión de Oñativia y acompaña a como Subsecretario a Ezequiel Holmberg.

Cuenta Mondet que se recibió de médico en 1948 y en 1955 asumió como presidente de la Comisión Asesora del Ministerio de Salud, durante la gestión de Francisco Martínez. Tuvo más tarde a su cargo los hospitales de la Capital Federal y participó de los cambios más importantes de esa época, entre ellos, la descentralización del sistema nacional de salud.

“Entonces 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, e incluso, del presidente de la Nación. Era una cantidad de expedientes infernal”. Sin embargo, Mondet reconoce que “en la época del doctor Ramón Carrillo la centralización estaba bastante bien organizada. Se había creado, por ejemplo, un parque de abastecimiento para enviar desde allí los insumos a los hospitales del interior”.



Mondet en la reunión de la OPS, en primer plano el Director de Relaciones Internacionales del Ministerio, Dr. Victorio Olguín.

El proceso de descentralización estuvo signado por marchas y contramarchas. “Las provincias fueron asumiendo responsabilidad. Pero esta historia tiene casi cincuenta años y aún no ha terminado. Este tipo de cambios no culmina con la generación que los puso en marcha. Arnold Tombee decía que un pájaro que picotea desde la cima de una montaña de granito tardaría en molerla apenas un instante en la eternidad. Hay que comprender que estos proyectos necesitan ajustes y adaptaciones. La falta de continuidad de las ideas frenaba los cambios. Los funcionarios se sucedían y abandonaban el impulso emprendedor del anterior. Nadie leía lo que se había hecho antes”. Mondet comparte la madurez de su visión: “La Argentina continúa siendo un país teóricamente federal pero con un profundo concepto unitario. Las decisiones siguen tomándose desde Buenos Aires, signo de centralización que perdura desde los orígenes coloniales. No es que los argentinos hayamos sido menos hábiles que otros sino que son procesos con rai-

gambre profunda. Aquello de que la ley se acata pero no se cumple aún tiene vigencia”.

Desde el Ministerio de Salud Pública decidió que para llevar adelante un cambio radical en la organización del sistema debía contar con profesionales capacitados. Recurrió a la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) y contó con el asesoramiento del doctor Odair Pedroso, “quien elaboró un informe sobre los hospitales y aportó soluciones inteligentes, aplicables a la Argentina. Después, durante la gestión de Héctor V. Noblía, señalé que el manejo de los recursos y las decisiones de cambio debían resolverse en las provincias que estaban preparadas para hacerse cargo de esa responsabilidad. Pero pasó lo de siempre: el traspaso de los fondos fue turbio, un enorme desorden que dura hasta hoy. ‘A río revuelto, ganancia de pescadores’. Los técnicos se fueron apartando de este proceso de descentralización para evitar quedar manchados”.

Describe Mondet “el hecho filosófico más importante de ese momento: la concepción del

hospital como apéndice de la familia”. Se intentó promover un enfoque diferente del servicio de la Salud Pública: “El hospital es un bien de la comunidad y debe interpretar sus necesidades, de manera que no tenía sentido pretender advertir los requerimientos de los catamarqueños desde Buenos Aires, por ejemplo. El hospital debe estar en contacto directo con la comunidad y ésta debe colaborar en la organización hospitalaria. Con el cariño comunitario los hospitales alcanzan verdadera vitalidad, dejan de ser instituciones frías. Pero los médicos deben propiciar la participación social. En Mendoza por ejemplo, se tiene una clara idea del valor de ese aporte pero eso se explica por la cercanía con Chile, donde esto está muy avanzado”.

La crítica le resulta inevitable. “En ese entonces había provincias relativamente capacitadas para asumir la responsabilidad, otras lo consiguieron con el tiempo y otras están igual que hace cincuenta años. Sabíamos que el cambio era imprescindible pero fracasó el cómo porque se le dio demasiado peso a provincias que no estaban preparadas y porque los mismos funcionarios que impulsábamos la transformación no éramos técnicos en la materia. *Creo que fue un acto de humildad pedir a la OPS un experto como Odair Pedroso.* La gran oportunidad fue partir del diagnóstico y la opinión de alguien que sabía. El tiempo dio la razón a sus observaciones, pero faltó capacitación previa a la puesta en marcha de los cambios. Hay que evaluar, además, la resistencia que siempre generan las transformaciones. En muchos casos no le interesaba a nadie reorganizar los hospitales, en otros la mayor parte del presupuesto se la llevaban los sueldos de los médicos y no había plata para nada más. Se formaba un círculo vicioso y la única forma de romperlo era que la comunidad interviniera”. La síntesis de esos años aflora como una sentencia: *Hubo un alto nivel de conciencia de necesidad de los cambios pero no hubo recepción noriue*

juicio preparación para asumirlos e instrumentarlos

Mondet indica también que “si bien la Nación no envió al interior todo el dinero que correspondía para afrontar la reorganización del Sistema de Salud Pública nadie pensó en generar recursos propios antes que resignarse a esperar”.

“El estado actual es muy parecido porque un proceso de esta naturaleza es muy lento. Se requiere la adaptación del conocimiento, la aceptación de la responsabilidad e incluso la capacitación en la comunidad. Para que la situación se revierta hay que hacer lo que se hizo hace cincuenta años pero corrigiendo los errores que se cometieron. Seleccionar las provincias por descentralizar en forma total, mediante una evaluación comprobar si hay gente en condiciones de llevar adelante el cambio (con la actitud de promoverlo). No hubo continuidad en el hacer político, pero este no es sólo un mal de la Argentina. De todas formas, hay ahora mucha gente joven con formación en Salud Pública y empiezan a darse las condiciones para la transformación [...] pero pasaron cincuenta años”.

La creación del Cemic en el Hospital Rivadavia, una entidad privada dentro de un hospital público, también significó romper el esquema tradicional. “Siempre hubo que luchar contra la oposición de un grupo que teme perder su *status*, cuesta mucho trabajo dar un salto cualitativo”. En esa tarea “la participación de la OSP fue muy importante —advierete—. Promovió la democratización del Sistema de Salud Pública al abrirlo a las provincias. Fue una simiente que germinó con el tiempo. En ese ir y venir de la centralización a la descentralización algo fue quedando”.

Mondet destaca su preocupación por la transformación de los hospitales, que se originó con su experiencia en los Estados Unidos. En 1958 Mondet ingresó al Massachusetts General Hospital, de Harvard, y trabajó como investigador en cirugía, para alcanzar un concepto

más científico del trabajo. “Al volver me di cuenta que el hospital no podía darme apoyo para los cambios que yo pretendía aplicar porque faltaba organización. En el Hospital Ramos Mejía, colaboré con el doctor Ayerza, que entonces tenía a su cargo la dirección, y después trabajé con el doctor Ramón Angel Caballero, que era el Secretario de Salud Pública de la ciudad de Buenos Aires. En 1962 fui designado Secretario de Salud Pública de Buenos Aires. Entonces pude aplicar lo que había visto en los Estados Unidos. Elegí al hospital en el que yo había trabajado para poner en marcha nuevas experiencias. Allí creamos el Departamento de Docencia e Investigación, que estuvo a cargo del doctor Clemente Morel, y el Servicio de Enfermería. Hasta entonces, la labor de las enfermeras se consideraba secundaria, algunas de ellas eran tratadas como mucamas. “Le dimos la misma categoría que el resto de los servicios. Al punto de que en las reuniones los médicos quedaban anonadados porque había una enfermera sentada entre ellos. Aquí la distancia social era enorme. Pero sin enfermeras no podíamos hacer nada y tratamos de revalorizar ese trabajo”.

Por otra parte, previendo que las obras sociales irían a los hospitales también se inició una remodelación, con asesoramiento de la OSP. “El desempeño del doctor Hugo Enríquez Fröeden, que tomó al Hospital Rivadavia como eje de transformaciones, me sirvió de ejemplo. Fue uno de los hombres de los que más aprendí. Lo seguí muy de cerca, tuve en él un apoyo extraordinario, al igual que de Emilio Budnik, que en ese momento era Representante de Area de la OSP en Buenos Aires”.

Entre las modificaciones que Mondet impulsaba figura la historia clínica única. “El cambio provocaba una reacción adversa en los médicos, acostumbrados a que la historia clínica era prácticamente su propiedad. No se daban cuenta de que la información que generaban era un documento público. Acumu-

laban datos no elaborados, un cementerio de datos que no rendía beneficios”.

Decidió, además, incorporar recursos técnicos para controlar el horario de los médicos. “Necesitábamos estimar costos para evaluar la eficiencia en la gestión. Incluso se creó un departamento de mantenimiento, que estaba a cargo de un ingeniero. También se fue preparando al hospital para que ingresaran los médicos residentes (los estudiantes tenían que aprobar un examen muy severo para entrar en los hospitales; hoy muchos de ellos son jefes de servicios)”. Mondet explica que esa corriente de renovación se emparentaba con el modelo de salud anglosajón y que los cambios eran difíciles de instrumentar por la resistencia que se generaba entre los médicos. Sin embargo, hubo una experiencia modelo que todavía hoy evidencia el valor del cambio gestado por el equipo médico de un centro de salud y con la participación de la comunidad. Según narra Mondet, en el Hospital Regional de Mar del Plata “la gente se había unido para hacer del organismo algo muy importante, y lo consiguió. Pero al entonces ministro de Salud Pública bonaerense, Abelardo Costa, no le gustó el sistema y lo borró. Aquel grupo de médicos se refugió entonces en una pequeña clínica privada infantil y allí reorganizó su labor”.

Entre las figuras trascendentes de esa época Mondet insiste en señalar a Hugo Enriquez Fröeden. “Tenía un concepto muy global del problema, sabía muchísimo y tenía experiencia. Se tomaba los desafíos como propios, era muy perseverante. Sus críticas se apoyaban en la evidencia, fue el que más hizo para eliminar el ‘más o menos’ en la Salud Pública. Promovió la creación de centros de estadística para que se distinguiera la diferencia cualitativa entre un cementerio de datos e información organizada. Demostraba el por qué de los cambios, le interesaba hacer comprender que el hospital era una unidad, no un conjunto de feudos, es decir, que los jefes de servicios no

eran los dueños de las salas. Fue un maestro que se valía del ejemplo para enseñar. Puso en práctica el método científico en la organización del sistema de salud. Indicó la importancia de proponer, propiciar, ejecutar y evaluar”. También Alvarado está presente en la reseña de Mondet. “En su lucha contra la malaria, introdujo la figura del agente sanitario. La estrategia consistía en preparar una persona que conocía bien a una comunidad, especialmente en las más dispersas. Caso típico era el de un comprador de cueros que recorría lugares de altura para encontrarse con las familias de cazadores, que podía ver los problemas de salud, indicar cómo cuidarse e incluso acercarlas a un centro de salud”.

En la trayectoria de Mondet también está incluida su activa participación para el establecimiento del Centro Latinoamericano de Administración Médica (CLAM), por encargo del Ministerio que dirigía Oñativia. El asunto se había iniciado en agosto de 1965, en una conversación de las autoridades ministeriales con el Director de la OSP, que visitaba Buenos Aires. “En Washington, el doctor Abraham Horwitz, el doctor Patullo (de la Fundación Kellogg), Rai Trussel (decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Columbia) y yo, decidimos crear una institución en la que se formara personal para fundar escuelas de Salud Pública”, recuerda.

Una carta remitida por el Dr. Abraham Horwitz, entonces director de la OPS, dirigida al ministro Oñativia, indicaba: “Los estudios realizados recomendaron como impostergable la necesidad de crear un centro que aborde la preparación del personal superior, técnico e intermedio para los distintos aspectos de la medicina administrativa. Asimismo, organizar un área tipo en la que se establezca un plan de atención médica, integrada dentro de un área general de servicios de salud. En esta misma área que servirá de terreno de enseñanza, adiestramiento práctico y de demos-

tración, se deberán realizar las investigaciones sobre atención médica y medicina administrativa relacionadas con la planificación de la salud en que están empeñados los gobiernos de América Latina”. En 1966 se firmó el convenio entre el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública y la OPS para la creación del mencionado organismo.

“El CLAM —según evalúa Mondet— pretendió generar cambios pero no le dieron tiempo, tuvo muy poca vida. Fue un recién nacido con buena formación genética y buena alimentación pero no lo dejaron desarrollarse”.

Mondet también participó en la fundación de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires en 1959, junto con el doctor David Sevlever, el primer director. Señala el retraso en la organización formal de la capacitación, veinte años después que Chile. “Hoy nuestra escuela no tiene peso, en el sentido de que no influye en la instrumentación de los cambios necesarios, por ejemplo, en que se asuma que el hospital forma parte de la comunidad, que es una extensión de la familia”.

Entre 1966 y 1970, cuando Mondet se desempeñó como Subsecretario de Salud Pública de la Nación, el desafío más importante al que hizo frente fue acentuar la descentralización y dirigir un programa de agua potable rural iniciado en la gestión Oñativia (en realidad, para los pueblos de menos de 1.000 habitantes) del que participaban las comunidades, las provincias y la Nación. “También hubo que crear centros de enseñanza y darle mucha importancia a la capacitación en estadística, en todos los niveles. Se crearon centros de emergencia sanitaria que cubrieron el país y desde allí se intentó propiciar cambios. Se buscó que los delegados regionales fueran ministros de las provincias para que los problemas se solucionaran donde surgían”.

Treinta años después de su gestión, Mondet señala la persistencia de un “profundo error

en el concepto del hospital”. De manera que las sugerencias de cambio propuestas hace mucho tiempo mantienen vigencia. “Con el presidente de la Asociación Pro Reestructuración Hospitalaria presentamos una serie de reformas, por ejemplo que los médicos fueran *full time* en los hospitales, para evitar que se convirtieran en canguros que saltan de una institución a otra para asegurarse un ingreso mensual estable”. Señala Mondet el valor del médico *full time*: “Puede recoger datos y ofrecerlos para su evaluación. Puede participar en la conformación del hospital. De lo contrario

el hospital seguirá siendo un conjunto de piezas de reloj tendidas sobre la mesa. Constituyen un reloj, pero no funcionan”.

Como en Estados Unidos, “la jornada se iniciaría temprano y terminaría a las seis de la tarde. Ese es el futuro del hospital argentino, que todavía no se ha conseguido, salvo en Mar del Plata. La gran distorsión consiste en *fabricar* médicos cuando no se necesitan, algo así como producir heladeras en el Polo Norte. Eso deteriora el sistema hospitalario porque no hay posibilidad de capacitar a todos, de ahí que resulte imprescindible la residencia”. ■

La cooperación técnica para la organización sanitaria en las provincias

Durante la gestión del ministro Martínez se intentó iniciar la nueva modalidad de organización avalada por los Consultores Internacionales y que tenía como unidad de aplicación la provincia. La Constitución de la Provincia del Chaco sancionada en 1957 decía en su artículo 33: “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 técnica adecuada”. Con el acuerdo del ministro de Asuntos sociales y Salud Pública del Chaco y después de varias visitas de funcionarios nacionales y expertos internacionales, el ministro Martínez dictó el 27 de marzo de 1957 la Resolución 888 que “fija la provincia del Chaco como área de demostración del Plan Nacional de Salud Pública trazado con intervención de la Oficina Sanitaria Panamericana” [...] Un año más tarde se comenzó a encontrar dificultades de infraestructura, transportes, etc. y se entendió que se había elegido una provincia muy diferente de la mayoría de ellas. Se decidió incorporar una segunda, eligiéndose esta vez una de larga tradición: la de San Juan. (Posteriormente se realizaron esfuerzos análogos en Tucumán, Neuquén, Chubut y otras.) Uno de sus actores principales, el sanitarista sanjuanino Dr. Virgilio Alonso, recuerda la experiencia.

En 1952 se recibió de médico en Montevideo, Uruguay y poco después de volver a San Juan trabajó en un puesto sanitario rural de la provincia y durante dos años, después del derrocamiento del general Perón, se desempeñó en el servicio de urgencias del hospital de San Juan. Luego ingresó al servicio de clínica médica del Hospital Rawson, donde además colaboró ad honorem en Hematología, área que dirigía el doctor Martínez Colombres. Durante el gobierno de Arturo Frondizi, el gobernador Américo García nombró a Martínez Colombres como director del hospital y Alonso fue designado secretario técnico, con una función similar a la del subdirector.

Después, por un cambio en el gobierno, Martínez Colombres ocupó la Secretaría de Salud Pública y Alonso fue Subsecretario Administrativo. “En esa época empezamos la relación con la Oficina Sanitaria Panamericana, que había iniciado su labor en el interior del país, en Chaco. Allí se elaboró un diagnóstico y se formularon las soluciones posibles. Pero ese trabajo murió en el nivel político”.

La colaboración en San Juan empezó un año después. “En el hospital Rawson contábamos con el asesoramiento de Hugo Henríquez Frøeden, médico chileno especialista en administración hospitalaria. Con su ayuda creamos un Departamento de Enfermería y establecimos concursos para ordenar los movimientos de personal dentro del hospital. Hasta entonces todos los nombramientos eran a dedo”.

También con la ayuda de la OPS se organizó una Escuela de Auxiliares de Enfermería, “en la que se daba preferencia al personal que ya estaba trabajando. En todos los servicios de San Juan, tanto públicos como privados, sólo el 6% de las enfermeras tenía estudios, el resto eran ‘mucamas que tiraban la escoba y agarraban la jeringa’. Ese emprendimiento funcionó muy bien. Hoy todo el personal ha hecho el curso”.

En esa época Alonso participó de la creación de un Centro de Salud y de Adiestramiento de Personal en el área llamada Gran San Juan, “que funcionó al menos hasta hace siete años”. La inquietud por capacitar al personal lo llevó a pensar en la formación universitaria de las enfermeras. “Tratamos de becar bachilleres o maestras, hijas de médicos, para hacer cursos de dos años en Buenos Aires o Córdoba. Cuando regresaron las pusimos a organizar y dirigir los planteles de auxiliares de enfermería. La decisión de elegir hijas de médicos fue fundamental porque muchos consideraban a las enfermeras como bien de todo uso, pero cuando la que tenía el mando era pariente de un colega se frenaban”.

Examinando las historias clínicas en el Hospital Rawson, con el doctor Henríquez Frøeden, Alonso descubrió que la mayor parte de ellas tenía muy pocos datos. “Cuando una persona pasaba de un servicio a otro en la misma internación o en otra los médicos no sabían qué atención había recibido antes porque cada área guardaba su propia información. Entonces diseñamos una historia clínica única, con esquemitas del cuerpo humano para marcar las lesiones. Imprimimos el material y conseguimos imponerlo, con gran colaboración del cuerpo médico”. Este adelanto, que se gestó entre 1958 y 1959, “fue la base de un sistema de información y estadística en el hospital”.

Alonso describe las situaciones que motivaban los cambios. “Había dos servicios de maternidad en el Hospital Rawson. El promedio de internación era de ocho días, en cambio en las clínicas privadas apenas rozaba los tres días. Propuse a los directores estudiar el problema y proponer una solución. A las dos semanas plantearon unificar los servicios y organizar la atención de las parturientas en equipo porque generalmente el médico que atendía el parto no era el que había seguido el embarazo. También dispusieron que cada semana un médico sería responsable de reco-

rrer las salas para evaluar en qué momento correspondía dar el alta. Antes la estadía se prolongaba porque había gente muy pobre que se aseguraba la comida mientras estaba internada. Sólo con esas medidas, el hospital pasó de 2.800 partos a alrededor 5.000 en el año (el 50% de la provincia), con la misma cantidad de camas y de personal. El lapso de internación bajó a tres días”.

El abastecimiento del hospital era otro asunto por reorganizar. “Descubrí que un solo proveedor abastecía de botones, sábanas, harina, carne, papas, guardapolvos, telas, sábanas, medicamentos, películas radiográficas... Fuimos desmontando el monopolio mediante licitaciones públicas, así conseguimos que los fabricantes entregaran directamente la mercadería, entre ellos los laboratorios farmacéuticos”. *Enríquez asesoró durante dos años al Hospital de San Juan.* “Su principal aporte fue la lectura crítica de cuanto ocurría y la propuesta de soluciones. El venía de Chile, donde el sistema de salud era uniforme para todo el país, allí no hay federalismo como en la Argentina. Acá cada provincia maneja lo suyo. La salud siempre se consideró una cuestión local. La palabra salud no figuraba explícitamente en la constitución hasta 1994, cuando se efectuó la reforma y se adhirió al Pacto de San José de Costa Rica. Antes se hacía referencia al bienestar pero no a la salud explícitamente”.

Alonso recuerda la historia del Sistema de Salud Pública. “Originalmente había un Departamento de Higiene, que dependía de la Dirección de Provincias del Ministerio del Interior. Cuando asumió Ramón Carrillo, en la primera época del gobierno de Perón, creó el Ministerio de Salud. En ese momento había 14 provincias y 10 territorios nacionales. El Ministerio de Salud absorbió los servicios de salud de esos territorios y después creó centros de salud en todas las regiones. Se originó un sistema que, sin ser unitario, cubría todo el país pero de manera desorganizada. Le dio

impulso a las construcciones, al punto que casi existía un ministerio de obras públicas dentro del Ministerio de Salud. El problema es que construían los edificios pero después no tenían con qué equiparlos. Lo cierto es que el ministerio adquirió una serie de establecimientos, que en general no eran hospitales.

“En San Juan la Nación no tenía ningún hospital hasta que la Fundación Eva Perón construyó dos escuelas-hogar y una de ellas se transformó más tarde en el hospital San Roque. Sin embargo, al poco tiempo hubo un convenio entre las provincias y la Nación por el cual se traspasaba la responsabilidad al nivel local. San Juan fue una de las primeras provincias que eliminó los servicios nacionales. En otras hubo un ir y venir de responsabilidades. En pocos meses, por decreto, se establecía un cambio de jurisdicción. En algunos lugares esto se repitió hasta tres veces. Finalmente todo quedó en manos de las provincias y el traspaso fue positivo”.

Alonso intentó en todo momento combatir la desorganización imperante. “Cuando me nombraron Subsecretario de Salud quise recorrer toda la provincia. Al llegar al hospital provincial de Rodeo, encontré una puerta cerrada con candado y pregunté qué había allí. Me dijeron que pertenecía al Centro de Salud de la Nación, que ya no funcionaba, pero que un encargado guardaba los medicamentos, la leche, y todo lo que llegaba desde Buenos Aires. Pregunté qué hacían con eso. El director del hospital no sabía. Llamamos entonces al encargado. No quiso abrir la puerta porque yo no era autoridad nacional. Cuando le dije que con oficiales de la policía tiraríamos todo a la calle porque estaba en un ámbito provincial, accedió. Había penicilina vencida, leche vencida... de todo. El Centro de Salud Nacional hacía cinco años que no funcionaba porque como no se pagaba el alquiler del local donde se había instalado lo habían desalojado judicialmente. Indiqué que todo lo que fuera útil

se preparara para enviar a Jáchal (donde funcionaba otro Centro de Salud de la Nación), que se hiciera un inventario de la mercadería vencida y que fuera devuelta a Buenos Aires. Al poco tiempo fui al Ministerio de Salud de la Nación y conté este problema. El ministro confirmó, finalmente, lo que yo le había descubierto. El Director Nacional de Salud me dijo que la única vez que había estado en Mendoza fue para la fiesta de la vendimia, o sea que nunca había visitado los servicios que debía supervisar. Eso da una idea de cómo puede funcionar un sistema de salud en estas condiciones”.

En el Centro Nacional de Salud de Jáchal, descubrió otra irregularidad. “Los médicos atendían hasta las 11 de la mañana. A esa hora se trasladaban al hospital provincial donde volvían atender a la misma gente que antes. Cobraban dos sueldos, uno nacional y otro provincial. Esto generaba un malgasto que perdura hasta hoy”. Las imágenes de esa época tienen resonancia en el presente. “En el hospital de Vicente López, en la provincia de Buenos Aires, el 30% de los partos que se atienden corresponde a habitantes del partido, el resto corresponde a foráneos. Cuando uno analiza los hospitales de la Capital Federal observa que reciben una avalancha de pacientes de las ciudades vecinas, tanto del oeste como del sur. El 60% de los pacientes que atiende el hospital Pedro de Elizalde provienen de la provincia. Eso se debe a una deficiencia de los servicios de salud bonaerenses”. Durante su gestión como subsecretario de Salud, entre 1959 y 1961, Alonso organizó un Plan Integral de Salud para San Juan. La OPS formó un equipo para colaborar en esa tarea. “Teníamos tres objetivos: un Código Sanitario, que unificara las normas que se aplicaban en la provincia porque había más de 400 leyes, entre provinciales y nacionales; la creación del Servicio Provincial de Salud y la puesta en marcha de una carrera de Salud Pública y Atención Hospitalaria”.

El principal asesor fue Francisco Vío Valdivieso, abogado chileno que permaneció dos años en San Juan. “Con él escribimos el Código Sanitario y la Ley de Organización del Servicio Provincial de Salud, que era autárquico, es decir, nombraba su personal, manejaba su presupuesto y tomaba sus decisiones, políticamente dependía de la Secretaría de Gobierno. En el Código Sanitario habíamos incluido la previsión de un terremoto, y en ese caso, declarada la emergencia por decreto del gobernador, automáticamente el director quedaría habilitado para gastar hasta un 25% por encima del presupuesto. También se organizó, mediante ley, la carrera de Salud Pública y Atención Hospitalaria. Hubiera sido importante lograr la ley de personal general de salud, pero no conseguimos acordar con los sindicatos”.

“El Servicio Provincial de Salud que organizamos tenía dos consejos, uno técnico y otro de la comunidad. El primero estaba conformado por el director, el subdirector, los jefes de departamento, el jefe de enfermería y el de estadística. Llevábamos libros de acta para registrar los temas de las reuniones. Hace diez años encontré al joven que habían designado en Salud Pública y me contó que hojeando los libros descubrió que ya todo estaba pensado, que sólo faltaba hacer. Siempre hacer es lo más difícil en la Argentina”.

Desde esa gestión Alonso advirtió que había unas diez obras en construcción, sin terminar. Entre ellas, un asilo de ancianos, un hospital para tuberculosos, un asilo para menores, un hospital de niños que había iniciado la Fundación Eva Perón, centros de salud, etcétera. “En el proyecto de presupuesto dispuse la finalización de esas obras. Se armó gran revuelo entre los diputados del Partido Intransigente, que fueron a ver al gobernador para cuestionar por qué en lugar de finalizar proyectos de gestiones anteriores no iniciábamos nuevas obras. Los convencí de que en la placa de la entrada se indicaría que el actual Go-

bierno había inaugurado las instalaciones y volvieron a la tranquilidad.

Terminamos todos los establecimientos, excepto el hospital de la Fundación Eva Perón, que se habilitó años más tarde. Ese edificio tenía terminados todos los revestimientos del interior, menos el gran hall de entrada. Le pregunté al arquitecto de Obras Públicas de la Nación por qué se demoraba y me respondió que esperaban que llegara desde Italia el mármol de Carrara. Hice una nota a las máximas autoridades nacionales y conseguí que pusieran azulejos. Otro detalle: el techo estaba diseñado con tejas. Le comenté al arquitecto que habría que cambiarlo porque en la provincia no servían. Había que hacer una losa de hormigón y una protección para el sol. Lo llevé a la estación ferroviaria, donde estaban amontonadas las tejas para el hospital, las siete primeras capas estaban pulverizadas por graniizo. Ese edificio se construyó en un terreno donado a la Fundación Eva Perón, en el Gran San Juan, área rodeada por cultivos. Tuvimos que habilitar caminos para que la gente pudiera llegar allí. Hubo que pedirle a las líneas de colectivos que incluyeran el sitio en el recorrido. En vez de planificar el hospital en el sitio más adecuado, aun cuando hubiera sido necesario expropiar casas y derrumbarlas, hubo que adecuar el lugar a la obra. Enfrente al hospital pedí hacer un barrio para que el personal pudiera vivir allí, en lugar de desplazarse hasta 12 kilómetros para llegar”.

Para referirse a los ejes de acción del Servicio de Salud Provincial, Alonso indica: “Le dimos prioridad a la prevención, sin descuidar la atención. La provincia se dividió en regiones de salud, integradas por distritos que tenían como cabeceras un hospital o un puesto sanitario. Se dio énfasis a la vacunación, al control de la embarazada y al saneamiento ambiental”.

La utilidad del ordenamiento legal era evidente, por ejemplo, en el caso de la lucha

contra la enfermedad de Chagas. “Era imprescindible tener buenos métodos de diagnóstico. El Código Sanitario establecía la creación de un Comité de Educación y Salud, que tenía representantes del Servicio de Salud y de la Dirección General de Escuelas. Frente al problema del Chagas era necesario que los niños y los adultos estuvieran informados. Entonces se organizó la preparación de los maestros, de los alumnos y finalmente, de las familias”.

En esa época también se previnieron las enfermedades transmisibles por vía oral. “La provisión de agua potable apenas alcanzaba al 45% de la población. Entonces hicimos un programa de trabajo para extender el beneficio a todos: Salud Pública compraba los caños, los vecinos hacían las zanjas y el personal del Consejo de la Construcción de la provincia hacía las conexiones. En el plazo de unos seis años, se pudo cubrir casi toda la población, con gran malestar del administrador de Obras Sanitarias de la Nación, que era responsable del servicio en San Juan. Un día me dijo que paráramos la obra porque no daban abasto con la producción de la planta de potabilización. Hacía cinco años habían pedido la ampliación de las instalaciones pero no obtenían respuesta. Hablé con el gobernador y él, con el presidente, que entonces era Arturo Frondizi, y se autorizó el acondicionamiento de aquél predio”.

Nada de lo que resolvía Alonso era ajeno a la evidencia real. “En un momento nos preguntamos qué era necesario darle a la población. Entonces hicimos una encuesta sobre las carencias que la misma gente reconocía. Lo primero que reclamaron fue un teléfono comunitario que funcionara las 24 horas. Los pusimos en los puestos policiales, donde también llevamos ambulancias. Además pedían agua potable en las zonas rurales. A través de UNICEF conseguimos equipamiento para el Plan Integral de Salud”.

Desde la Secretaría de Salud Pública de San Juan, Alonso denuncia que tuvo que lidiar también con problemas de información, entre ellos, las estadísticas vitales. “No se hacía entonces un certificado de defunción, por ejemplo. Entonces lo diseñamos de acuerdo con las normas internacionales que proveía la OPS. También elaboramos el certificado de nacimiento porque descubrimos la importancia legal de diferenciar al niño que nace vivo y muere del que nace muerto, uno here- da y otro no... Establecimos también un siste- ma de denuncias de enfermedades transmisibles para el sector privado y llegamos a tener los mejores indicadores de salud. Armamos un sistema de información administrativa y estadística en la provincia”.

El procesamiento electromecánico de la información fue otro adelanto que impulsó Alonso. “Instalamos un servicio de IBM, con tarjetas perforadas. Lo que nos permitía llevar la contabilidad, organizar los datos del personal y elaborar las estadísticas. Este fue el primer equipo de su tipo que se montó en San Juan. Nos permitió realizar un avance importante. En el censo de 1960 procesamos las planillas del Censo. Eso motivó que el presidente Frondizi, a cargo del Comité Censal Nacional, reclamara al gobernador el por qué no habíamos enviado los datos. Nosotros cumplimos a los seis meses, pero la publicación por parte de la Nación se hizo recién seis años después”.

“Yo sostengo que las estadísticas deben elaborarse donde se recogen y se van a usar los datos. Eso de mandar la información a Buenos Aires y esperar que vuelva procesada (si vuel- ve) no sirve, es tarde para cualquier cosa. Dis- pusimos que cada hospital procesara su infor- mación e incluso que los hospitales que dependían de la Nación —había muchos en to- do el país— informaran al Departamento de Salud de la Provincia. Antes existían dos esta- dísticas, la de los hospitales provinciales y la

de los hospitales nacionales y era engorroso juntar esa información”.

En 1962 Alonso se trasladó a Chile para hacer un curso de Salud Pública. Después ganó el concurso para el cargo de Subdirector del Ser- vicio Provincial de Salud, que desempeñó por un año. Cuando asumió Bravo como goberna- dor, el delegado sanitario federal de salud le ofreció trabajar como asesor en San Juan.

Finalmente, en 1965 un colaborador del mi- nistro Arturo Oñativia le propuso instalarse en Buenos Aires para hacerse cargo del Depar- tamento de Estadística. En dos años Alonso formuló el lineamiento del Programa Nacio- nal de Estadística, en el cual priorizó la des- centralización de la información.

“En el campo de la estadística fue necesario llevar a cabo dos etapas:

- 1 La actualización de la información básica, cumplida con el Primer Catastro Nacional de Recursos y Servicios de Salud.
- 2 Mantener su permanente actualización y terminar con graves deficiencias en este sector, como:
 - a) la falta de uniformidad en la recolección de datos de todos los niveles;
 - b) notificaciones incompletas en cuanto a información hospitalaria;
 - c) en los índices de morbi y mortalidad;
 - d) elaboración y tabulación manual de da- tos que dificultan y demoran la utiliza- ción de los mismos;
 - e) fallas en el acopio, tabulación y análisis e información posterior;
 - f) escasez de personal adiestrado en los ni- veles centrales y periféricos.

“La reorganización de la Dirección de Estadís- ticas y Economía Sanitarias permitió un cam- bio sustancial en su orientación y en la diná- mica de sus actividades, en su mejor funcionamiento y coordinación con los demás sectores del ministerio y comenzó la ta-

rea de mejorar los dispositivos y mecanismos de la información estadística, base fundamental para la formulación racional de los planes y programas de Salud Pública”, se advierte en “Política Sanitaria y Social, Tomo I, elaborado durante la gestión de Oñativia.

Virgilio Alonso subraya al respecto que “los datos deben ser procesados primariamente en el lugar en el que se reúnen y secundariamente en otros niveles. Durante nuestra gestión establecimos, por ejemplo, que un hospital provincial o nacional debía informar a la unidad de estadística provincial, ésta a la delegación sanitaria federal de la región cabecera y ésta a la Nación”. Lo segundo en importancia fue la capacitación del personal. “Creamos tres niveles: auxiliares, técnicos y profesionales de la estadística. En varias provincias organizamos cursos para auxiliares, dirigidos por los técnicos egresados de la Escuela de Salud Pública de Buenos Aires. En poco tiempo logramos formar alrededor de 6.000 auxiliares en todo el país y entre 700/800 técnicos. También otorgamos becas que nos ofrecía la OPS a los médicos con inquietud por perfeccionarse en el exterior. Además, a los estadísticos que se recibían en Santa Fe les hacíamos completar su carrera con el curso de Salud Pública. Alrededor de diez profesionales manejaron todo el sistema de información. Lamentablemente todo eso duró tres años. Después ocurrió lo de siempre, los que vinieron desestimaron el trabajo. Pero al menos había quedado una masa de personal importante, sobre todo de auxiliares, que hoy son los que mantienen el sistema de estadística. Mi experiencia indica que hay que preparar muchos soldados y pocos generales. Y además, que la preparación del personal para los servicios públicos debe ser continua”.

“Cuando llegué a Buenos Aires las estadísticas vitales las llevaba el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Por decreto del

Poder Ejecutivo de la Nación conseguimos que las llevara Salud Pública y que ésta área le informara al INDEC (que requería menos datos). Esto funcionó así alrededor de 15 años”.

La información que se recolectaba entonces era cuantitativa, la calidad no era aun tema predominante. “En cuanto a los servicios, registrábamos la circunstancias en que se hacía la consulta, el diagnóstico, los análisis que se pedían, el tratamiento dado, los medicamentos utilizados, las características de la persona y las características de la prestación. Respecto de las estadísticas vitales, descubrimos que mientras en Jujuy la mortalidad infantil era la más alta del país, en Formosa la cifra era bastante más baja. Nos extrañaba la diferencia porque estas provincias tenían condiciones económicas similares. Decidimos hacer un estudio y descubrimos que los niños que nacían eran inscriptos en el registro civil hasta un año más tarde. Los padres calculaban que si los niños cumplían el año tendrían posibilidad de seguir viviendo, por eso no había ninguna evidencia de los que morían antes. Cuando terminamos el estudio la tasa de mortalidad infantil era casi igual a la de Jujuy”.

El hacer de Alonso enfocó siempre a las mismas falencias del sistema de salud. Es por eso que su relato salta en el tiempo sin perder continuidad. Los errores que él advertía en un área se repetían en todas las jurisdicciones en que se desarrolló. “Cuando fui Director general Técnico Administrativo de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Buenos Aires (entre 1986 y 1987) instalé una PC en cada hospital, pero en lugar de asignarla a un fin determinado decidimos que debían compartirla (por turnos) estadística, personal, contabilidad, etc. Funcionó bastante bien hasta que las computadoras se multiplicaron y se organizaron redes de información dentro de los hospitales y, a su

vez, redes generales. Pero todavía eso requiere una reformulación. No está a la altura de los tiempos del manejo de información". El ejemplo sobreviene. "En los hospitales de la Municipalidad de Buenos Aires se requiere registrar algunos datos que no estaban previstos en los programas compilados que se adquirieron. Entonces, como no disponen del lenguaje fuente tienen que depender de los expertos que mandan las empresas para hacer las adecuaciones correspondientes. Pero ese servicio es muy oneroso".

Cuando se le pregunta cómo evalúa las actuales estadísticas, Alonso señala: "Hoy faltan datos importantes, por ejemplo la nacionalidad de las personas que se atienden en Buenos Aires. De los servicios hay bastante información porque en algunos lugares adaptan los programas de computación para conservar los datos que les interesan. La información es todavía muy cuantitativa porque lo cualitativo es más difícil de examinar, para ello hay que establecer protocolos o normas de diagnóstico y tratamiento de las diferentes enfermedades. Cuando se hacen auditorías se evalúa sobre la base de la opinión, no hay referencia objetiva que defina lo que está bien o mal en términos de calidad. Este es un trabajo que falta, yo he insistido mucho en esto. Cuando estuve en la Municipalidad de Buenos Aires conseguí que se hicieran las normas de diagnóstico y tratamiento de las principales afecciones en todos los hospitales que dependían del gobierno de la ciudad. Se hicieron en total 2.800 normas, de muy variada calidad".

El potencial de Alonso como observador crítico de la salud pública aparece con mayor

fuerza en sus últimas apreciaciones. "El modelo de atención de salud nacional es malo. Es un modelo pasivo, los servidores de la salud se meten entre cuatro paredes y esperan que los enfermos vengan a pedir ayuda pero muchos vienen moribundos y ya no hay nada que hacer. Ese sistema no sirve porque no previene. La población sólo se acerca cuando ya está afectada por un problema. Un buen servicio de salud, además de tener una organización para brindar atención de calidad debería contar con un servicio que fuera casa por casa (habíamos iniciado esa experiencia en San Juan, para eso UNICEF había provisto valijas con el instrumental necesario, pero ese trabajo dejó de hacerse). Es la única forma de palpar la situación sanitaria del país. Eso facilita el alta precoz de los internados, descongestiona los hospitales y favorece la internación domiciliaria. Con un sistema de este tipo se puede ahorrar costos".

Entre las estrategias de atención activa que Alonso considera ejemplares, figuran en primer lugar las experiencias del doctor *Alvarado* en las zonas rurales de Jujuy y Salta, que después se extendieron a casi todo el país. "Averiguaba en cada pueblito quién hacía de curandero y lo entrenaba durante varios días para controlar la presión, por ejemplo. El hombre hacía el recorrido y venía con los datos. Después lo preparaban para vacunar y así sucesivamente hasta que al cabo de dos o tres años se convertía en auxiliar de enfermería. Eso provocó una enorme baja de la mortalidad infantil, por lo menos del cincuenta por ciento. La que mejor instrumentó este modelo fue la provincia de Neuquén". ■

El proceso de descentralización de los servicios, una empresa difícil

La descentralización de los servicios se continuó en los años de la Revolución Argentina, en los cuales Salud Pública estuvo a cargo de los Dres. Ezequiel Dago Holmberg, primero, y Horacio Rodríguez Castells, después. De esta época datan la generalización de las Obras Sociales (Ley 18.610), la inauguración del CLAM, así como la introducción de nuevos modelos de gestión de hospitales. La posibilidad de contar con el testimonio del Dr. Holmberg representa un privilegio.

“En aquel entonces tuvimos muy buen apoyo de la OPS porque continuamos una política de descentralización, que había sido iniciada en 1955 —explica Ezequiel Holmberg¹—. La gran mayoría de los hospitales del país seguían siendo administrados por el Estado Nacional. Por eso durante 1966 impulsamos la transferencia de los hospitales a los niveles provincial y municipal (salvo los especializados como leprosanatorios o los de salud mental, que serían delegados en una segunda etapa). Sin embargo, ese proceso fue prácticamente paralizado con los gobiernos constitucionales”.

Subraya Holmberg que “la OPS ayudó a evaluar los hospitales sujetos al cambio de jurisdicción para determinar su condición física y operativa. A partir de la información recolectada por los asesores, se definió un programa de recuperación de los hospitales en mal estado, dentro del alcance del presupuesto, por lo cual fue necesario un estudio de la relación costo-beneficio”.

El traspaso de la responsabilidad de los organismos de salud a las provincias significó también una intensa labor de comunicación con el personal que trabajaba en ellos. “Hubo que aclarar la intención de la transferencia. Costó mucho vencer la resistencia a depender de la jurisdicción provincial, de manera que

acordamos que en la medida que se renovarían los planteles, quedarían a cargo de la órbita provincial”.

Según narra Holmberg, la descentralización no fue tarea sencilla: “Después tuvimos problemas con el Ministerio de Economía porque había que dar de baja algunas partidas. Se generaron muchas discusiones, hubo idas y vueltas. En este aspecto también nos apoyó la OPS, contándonos las experiencias de otros países, sugiriendo ideas, analizando presupuestos y planes de recuperación de establecimientos. Había que encarar ese proceso para cientos de hospitales”. También se transfirió a las provincias la responsabilidad de los programas nacionales, como el dedicado a la lepra y el de parasitosis. Holmberg reconoce que “el proceso fue fructífero, a pesar de que nunca se consiguió transferir el recurso financiero”.

El uso racional de los recursos fue uno de sus principales objetivos. “Como en toda estructura burocrática, cada integrante arma su

¹ Se recibió de médico en 1950. Hizo su residencia en los Estados Unidos. En 1960 se incorporó a la carrera del investigador y durante seis años se dedicó a la experimentación. Fue subsecretario de Salud Pública entre 1966 y 1970. Terminada su gestión hizo el curso de Administración Hospitalaria en la Universidad de Buenos Aires. Desde entonces nunca abandonó la Salud Pública.

mostrador propio. En el interior era frecuente encontrar junto a un hospital un centro de salud materno-infantil, un centro de tuberculosis... todos independientes. Entonces iniciamos un proceso de integración de esos programas especiales con los hospitales para desprenderlos de la ciudad de Buenos Aires, de la que en muchos casos dependían, incluso hasta en la región patagónica. También en este emprendimiento brindó su apoyo la OPS". También se integró la Escuela de Enfermería del Ministerio con la de la Universidad de Buenos Aires y la biblioteca del Ministerio con la de la Facultad de Medicina de la UBA.

Holmberg indica que la capacitación del personal de salud fue uno de los ejes de su gestión pública. "En 1959 se iniciaron en el país las residencias médicas y en 1967/8 se organizó el Comité Nacional de Residencias Médicas (Conareme), que debía administrar y coordinar las residencias que se hicieran en los hospitales públicos. Empezó a funcionar bien pero después, por desinterés político, se transformó casi en un organismo gremial más. Entonces fue muriendo de a poco y hoy ya no existe. De cualquier forma, fue importante. Como también el Centro Latinoamericano de Administración Médica. Desgraciadamente la iniciativa duró lo que un suspiro, porque el siguiente ministro la suspendió y perdimos una institución muy valiosa".

Explica Holmberg que, al mismo tiempo que se elaboraba el Programa Nacional de Estadística, se capacitaron más de 5.000 agentes para cubrir todos los hospitales del país. Era imprescindible una correcta obtención de la información. Pero desde entonces nunca más se ofreció formación técnica, de manera que, además de que los datos se procesan con retraso, no resultan confiables. El sistema está bien, pero como siempre, nos quedamos en la sanción de la ley y no vigilamos su aplicación. Mientras hubo técnicos las cosas anduvieron mejor, pero no existe un trabajo sostenido y entonces todo se deteriora".

Subraya que, mientras fue secretario, la sanción de algunas leyes marcó cambios importantes en el sistema de salud. *Entre las de mayor importancia señala la que universalizó la cobertura de las obras sociales para el personal dependiente del área sindical y del área nacional, y la de hospitales de la comunidad (que había sido impulsado como proyecto por Arturo Oñativia), que modificaba la estructura y la administración de esas instituciones. Llegó a aplicarse en algunos lugares como El Dorado, Misiones; Güemes, Salta; Ushuaia, Tierra del Fuego, y en zonas rurales de Santa Fe. Estos hospitales tenían autonomía administrativa y financiera (podía manejar su propio presupuesto), podían establecer su régimen de personal (dentro del cuadro normativo general) y firmar sus propios convenios. El director tomaba decisiones a partir del asesoramiento de un consejo en el que participaban miembros de la comunidad. Con ese proyecto se buscaba iniciar un proceso de cambio.*

"Como siempre —se queja Holmberg—, cuando asumió el siguiente ministro, la experiencia murió por falta de apoyo. Lo curioso es que desde aquella época hasta ahora se han sancionado cuatro leyes del mismo tipo y ninguna ha funcionado porque no hay decisión política para extender este modelo. Posiblemente hoy a los economistas les falte madurar el concepto de salud como gasto o como inversión, lo cual tiene grandes implicancias".

Holmberg vuelve sobre las limitaciones que enfrentaron en el traspaso de responsabilidad a las provincias. "Cuando se elaboró el proyecto de ley de obras sociales en 1968/9 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. Por ejemplo, nosotros proponíamos que todo trabajador de una jurisdicción provincial, incluyendo los empleados nacionales que desarrollaran su actividad en una 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 por ciento. 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”.

Elogia Holmberg el aporte de los asesores de la OPS en materia de saneamiento ambiental, estadística y organización hospitalaria (“por el impulso a la historia clínica única, que ya había sido establecida por la municipalidad de Buenos Aires a principios de la década del sesenta, y que todavía existe como hecho pero en un número importante de hospitales está vacía”). Aclara: “la organización de un archivo único de historias clínicas suena hoy muy elemental como innovación, pero en aquella época eran imprescindibles para combatir el caos. Los hospitales en la Argentina nunca fueron una unidad sino una yuxtaposición de servicios. Las salas de cirugía, por ejemplo, tenían su propio quirófano. Romper esa tradición de administración feudal costó mucho. Pero finalmente se logró que todos los servicios reportaran a una dirección general”.

Destaca Holmberg los cambios que pudieron lograrse, pero insiste: “Nos hemos quedado ahí, en el comienzo. La carencia más evidente es la falta de decisión política, nadie quiere enfrentar al sindicato de sanidad ni a los médicos. Como consecuencia, los hospitales no están al servicio de los pacientes sino del personal y de los profesionales. Cuando hicimos el estudio de cuánto tiempo efectivo trabajaban los médicos en la Ciudad de Buenos Aires descubrimos que era de sólo 1,20 hora. Así es lógico que no alcance la plata”.

A la hora de evaluar su gestión, dice que “la OPS apuntaló el esfuerzo para generar cambios” y que muchos médicos recuerdan que “en aquél tiempo se hacían cosas”.

“De los siete días de la semana pasaba cuatro en el interior. Era necesario ir en busca de los problemas en lugar de administrar desde Buenos Aires o sólo viajar para inaugurar obras. Hoy se discute sobre todo pero no se hace nada”, describe.

Destaca la importancia de haber iniciado las reuniones anuales de ministros de salud de todo el país y el trabajo de evaluación por regiones. De este trabajo surgió el apoyo financiero y de supervisión de la Nación para programas especiales diseñados en las provincias para enfrentar un problema postergado o de difícil resolución. “Se planificaban y se ponían en marcha, pero sólo en la medida que se cumplieran los objetivos se enviaban los fondos”.

Como experiencia fundadora, cita el programa de Salud Rural, propuesto en 1966 por Carlos Alberto Alvarado, ministro en Jujuy. “Los visitantes médicos recorrían casa por casa. Eran entrenados cada quince días en aspectos muy sencillos. Tenía que averiguar cómo eran las casas que visitaban, si tenían agua y letrina, cuántas personas vivían allí, si había niños y mujeres embarazadas, cómo era la alimentación de las familias... Ese agente sanitario, que pertenecía a la misma comunidad que evaluaba, debía elevar un informe sobre cada una de las casas y, a partir de la información recogida, debía iniciar una labor docente: enseñar a cocinar, a construir letrinas turcas, a disponer de la basura, etc. Incluso él fumigaba contra el Chagas”. *Para medir el impacto de este programa, Holmberg cita un indicador.* “En Tilcara, que fue la base operativa del programa, en el término de seis meses se triplicó el número de partos institucionalizados”.

“Dieciséis provincias se plegaron a esta iniciativa. Pero cambió el gobierno y empezamos todo de nuevo. Ese programa debería tener vigencia en la actualidad, pero como copiamos todo de

Estados Unidos o de Inglaterra y queremos tener el último adelanto técnico no le damos importancia a las acciones sencillas”, lamenta Holmberg.

Observa que los problemas que debió enfrentar durante su gestión no son distintos de los actuales: la mal nutrición, la parasitosis y las enfermedades endémicas como Chagas, tuber-

culosis y lepra. “Tal vez se han agudizado —explica—. Ahora se agrega una importante limitación económica, por lo cual es imprescindible el uso racional de los recursos, cosa que se declama pero no se hace. Seguimos malgastando el dinero y es más fácil protestar porque no hay más fondos que preocuparse por hacer rendir lo que hay”. ■

Los Planes de Salud Provinciales

Mientras se desarrollaba el “Plan San Juan” se inició el “Plan Tucumán” que lideró hasta su fallecimiento el ministro César Pepa. Poco después se inició el “Plan Neuquén”, cuyos logros espectaculares y la permanencia por varios años de sus innovaciones lo han destacado dentro del conjunto. Los doctores Néstor Perrone y Elsa Moreno participaron de los planes provinciales (especialmente en Neuquén) y sus testimonios se benefician de su experiencia como docentes.

Néstor Perrone, que participó del Plan de Salud de la Provincia de Neuquén entre 1970 y 1971, destaca que fue posible una labor fructífera gracias a la formación de un equipo técnico con una intensa vocación por la Salud Pública y a la regionalización de la provincia. Reconoce Perrone que nada se hubiera logrado sin el explícito apoyo político y económico que ofreció el gobierno provincial, a cargo de Sapag. “Hubo una estratégica inversión en el área de la salud”, apunta.

Subraya además que durante el período de Onganía hubo un fuerte apoyo a la planificación del desarrollo técnico en las distintas regiones del país, entre ellas, el Comahue, a la que pertenece Neuquén.

“Nosotros 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”, subraya Perrone.

“Se elaboró un plan de trabajo integral —explica—, 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)”.

Entre las estrategias, Perrone enumera:

- Se trajeron médicos residentes de pediatría para el programa materno infantil, que fue prioritario y sobre esa base se normalizó la captación y el control de la madre y del niño. Se instrumentó la residencia para los médicos rurales y se incorporó un número significativo de médicos jóvenes, que ocuparon lugares claves en el interior de la provincia (lo importante es que estaban adiestrados en las técnicas del control y seguimiento materno infantil, entre otros aspectos).

Se capacitó a las enfermeras que, en su mayoría, sólo tenían formación empírica. Algunas se convirtieron en auxiliares y otras en enfermeras profesionales.

Una de las actividades consideradas clave era la evaluación de las actividades para saber hasta qué punto los establecimientos alcanzaban cobertura en sus respectivas áreas de responsabilidad. “Según algunas normas podía medirse cuán extendida estaba la atención de las madres y de los niños, menores de 1 año, de 1 a 2 años y menores de 5 años. Después se incluyeron los niños en edad escolar y posteriormente a adolescentes y jóvenes”.

Uno de los indicadores más importantes para medir la efectividad del plan de salud fue la mortalidad infantil. “Cuando iniciamos el trabajo la mortalidad infantil alcanzaba un promedio de 110 muertos cada 1.000 nacidos vivos. El primer año de trabajo la cifra disminuyó a 75 muertos cada 1.000 nacidos vivos y continuó descendiendo hasta alcanzar los más bajos niveles de mortalidad infantil a nivel nacional”, señala Perrone.

“La efectividad de la estrategia de atención primaria, ya había sido demostrada por la labor de Carlos Alvarado en la provincia de Jujuy”, anticipa Perrone. La organización de aquellos planes de salud rural sirvió de modelo para definir una estrategia de salud en Neuquén, donde era palpable la falta de cobertura en extensas zonas del territorio. No obstante, la experiencia de Neuquén no repitió exactamente aquella iniciativa sino que innovó en algunos aspectos. “Se orientó hacia la atención primaria y a la extensión de la cobertura, pero en lugar de apoyarse sólo en agentes sanitarios, fueron los médicos y otros profesionales de la salud los que llevaron adelante un plan de carácter integrado y horizontal. Así aparecieron también odontólogos y bioquímicos sumándose al trabajo en los centros de salud”.

“Debe tenerse en cuenta —advierte Perrone— 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*”.

Los programas verticales, según explica Perrone, eran dirigidos desde un organismo central desde el cual se organizaba la metodología de intervención y se decidía qué recursos específicos se destinarían a resolver problemas como la enfermedad del Chagas, el paludismo o la tuberculosis. “Eso terminó provocando un enrarecimiento de la organización del sistema de salud — observa Perrone—. Por ejemplo, se establecían diferentes días y lugares de la atención, de manera que, si una mujer llevaba a su hijo a controlar un martes, pero ella también necesitaba consultar al médico, debía esperar el día correspondiente para ser atendida o bien, debía volver para recibir alimentos destinados a los casos de desnutrición, tratándose de cajas que estaban allí mismo disponibles pero en ese momento tenían otro programa como destino...”

“El cambio hacia una estrategia horizontal permitió un mejor uso de los recursos, una mejor fragmentación y una mayor lógica en la atención”, concluye Perrone.

“La atención primaria era entendida como extensión de cobertura, es decir, primero darle servicio 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 proce-

so 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”.

La regionalización del territorio provincial, que permitía el contacto permanente entre los efectores y el nivel central, fue uno de los ejes sobre los cuales se desarrolló la coordinación del trabajo. “De ese modo nos conectábamos con los problemas de la periferia y discutíamos las normas que debían aplicarse para solucionarlos. La comunicación fue lo que nos permitía rever y analizar la realidad sanitaria. Había un programa de reuniones periódicas que aseguraba que los problemas no pasaran inadvertidos porque desde los médicos y los directores de hospitales hasta los jefes regionales y el ministro debían estar al tanto de los problemas que surgían, para contenerlos y resolverlos”.

La continuidad del plan una vez terminada su gestión fue, en opinión de Perrone, una de las señales del éxito: “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*”.

Moreno cuenta que en 1954 se recibió de farmacéutica y cuatro años después, de médica en la Universidad Nacional de Tucumán (UNT). Hizo la especialidad de Clínica Médica en España, y de Pediatría Clínica y Social en Chile. Trabajó en clínica pediátrica durante 10 años y al terminar los estudios de Salud Pública en 1968 en la Universidad de Buenos Aires, se dedicó definitivamente a esa actividad.

Elsa Moreno narra las experiencias más gravitantes en su carrera: “En la época en que yo me dedicaba a la pediatría la Argentina tenía serios problemas estructurales en los servicios de salud. Acepté trabajar un día a la semana en la supervisión de un Programa de Salud Materno-Infantil en el sur de la provincia

de Tucumán. Veía que los recursos estaban concentrados en la Capital de la provincia y era necesario ayudar a la gente del interior. Creo que aun persiste la inequidad en la distribución de los beneficios. Se ha hecho una medicina de privilegio para los que pueden pagar y una medicina estatal para el resto, ya que ésta carece de personal y de medios suficientes”.

La crítica atraviesa el relato. “Los problemas nunca se solucionaron. El sistema de salud, por ejemplo, mantiene aún la fractura de siempre. Los tres subsectores no están coordinados ni planificados. Ahora que estoy dedicada a la docencia es uno de los temas que más me preocupa. Es un sistema inequitativo, ineficiente —porque somos el país que más gasta en América Latina y nuestros indicadores de salud no son los mejores—. Además, tenemos superpoblación médica e insuficiencia de población de enfermería!”

Entre 1966 y 1968 fue Subsecretaria de Salud de la provincia de Tucumán. En 1969, por iniciativa del Secretario de Salud de la Nación, Ezequiel Holmberg, Elsa Moreno ejerció el cargo de consultora para las provincias del Comahue. Inició su tarea en La Pampa y Río Negro. Al llegar a Neuquén decidió quedarse a trabajar con Néstor Perrone, Secretario de Salud Provincial, con quien diseñó y puso en marcha un programa de ordenamiento del sistema público de salud, hasta 1973.

“Era una de las provincias de más alta mortalidad infantil. Logramos capacitar mucho personal y llevar la atención en forma homogénea a toda la provincia. Incluso radicamos médicos en lugares donde nunca se había llegado con atención. También se mejoraron las instalaciones de los hospitales rurales y se fijaron prioridades, como la salud materno infantil (objetivo muy sentido por el mismo personal de salud y por los niveles políticos). Esto demuestra que los programas materno infantiles, cuando tienen apoyo logran impacto.

Empezamos privilegiando la atención de la madre, de la embarazada y del niño hasta los dos años”.

Con medidas muy simples, según cuenta Elsa Moreno, pudieron asegurar la cobertura y la calidad de la atención. “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 el centro de salud barrial, logramos que reunieran dos realidades: la de mayor complejidad en el servicio y la del acceso al sistema. Esto se ha sabido mantener”.

Señala que uno de los aciertos del programa fue asignarle importancia a la calidad de la información, desde el principio. “Las estadísticas son fundamentales para el estudio de la evidencia. No sólo pudimos mostrar a los niveles políticos el impacto que se logra cuando se cuenta con apoyo y recursos suficientes, sino también a toda la población”.

Más allá de la experiencia, Moreno observa una mejora en las estadísticas argentinas, en la calidad de los datos y en la oportunidad con que se procesan. “Son indicadores confiables, a excepción de algunas provincias que no impactan mucho en los promedios nacionales, donde se cree que hay subregistros. En este momento también en la Argentina se pueden hacer trabajos que demuestran la evidencia del impacto de la atención primaria”. La doctora Moreno sigue muy de cerca el éxito de Neuquén: “La provincia tiene una mortalidad infantil significativamente menor al promedio nacional. Allí se han mantenido las prioridades, el trabajo en la comunidad y la derivación si es necesaria. El sistema de salud trabaja como una red integrada: del nivel más simple al nivel más complejo”.

La provincia de Neuquén utiliza el modelo de evaluación de la atención primaria diseñado por un equipo de la Universidad Nacional de Tucumán que coordinó Elsa Moreno.

El diálogo fluye como un río que se desparra en afluentes, sin perder el vigor del cauce principal. “La atención primaria tiene que ser programada. Es imprescindible saber qué pasa con la gente que viene a atenderse pero también saber qué pasa con los que no vienen, ir a buscarlos. Esta concepción del servicio de salud como responsable de toda la población es todavía un gran déficit en este país. La renovación de la atención primaria es una necesidad en la Argentina... En la UNT acabamos de escribir una Guía para la Programación Local, que editó el Ministerio de Salud de la Nación. Espero que se forme un equipo de gente para cubrir el territorio nacional porque de lo contrario la calidad de la atención primaria seguirá sin ser adecuada”.

Su lectura de la realidad reúne la visión de muchos años de trabajo, pero no pierde frescura ni vitalidad. “En la Argentina, en general, se consideró que la cooperación técnica de la OPS no era tan necesaria, que había mucha capacidad profesional, situación que no comparto. En Argentina los problemas no pasan sólo por la capacidad de los médicos sino por las deficiencias estructurales. Incluso las reformas del sector salud de la década del noventa no han sido productos del diálogo y el consenso de todos los actores, por eso es que estamos más estancados. Creo que las reformas, que han salido por decretos y no se han podido debatir ni siquiera en el Congreso, no han resultado de una convocatoria a la participación de todos. Este es un país difícil porque es federado y las políticas que fija el Ministerio de Salud sin el consenso de las jurisdicciones son difíciles de llevar a cabo”. Entre 1973 y 1976 Elsa Moreno ocupó el cargo de Directora Nacional de Salud Materno-Infantil. De 1976 a 1981 se desempeñó como asesora de la OPS en Salud Materno-Infantil en Honduras, Guatemala y Brasil. “La de Brasil fue una de las experiencias más importantes que viví. Estaba en un país de grandes desafíos, con áreas

muy postergadas en el norte y muy desarrolladas en el sur. Recuerdo cuando una vez tomé el avión en Fortaleza, donde había trabajado con parteras empíricas, allí llamadas “curiosas” y durante cinco horas volé para reunirme con los médicos de la Cátedra de Pediatría de la Universidad de San Pablo, de un nivel técnico muy alto. Estos contrastes eran muy interesantes”.

En 1977 fue convocada para participar en Washington de la redacción del documento que la Región de las Américas presentaría en la reunión de Ministros de Salud que se organizaría en Alma Ata. El trabajo escrito consistió en una revisión de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. “Tema que hasta hoy considero una prioridad. He dedicado mi vida a señalar su importancia”, comparte Moreno. “Yo llevaba una experiencia muy completa de Neuquén y conocía de cerca el trabajo de Carlos Alvarado, en Jujuy y Salta. Yo admiraba ese trabajo, el servicio organizado no para satisfacer las necesidades de los prestadores sino de la gente. Esa fue la motivación de mi trabajo en el Sur. Mucho de lo escrito en

el documento se conservó textual en la versión final. La filosofía de la atención primaria sigue vigente para todos los países y todos los grados de desarrollo. Debe concebirse la salud como un producto social no como un resultado de los servicios de salud”, explicó Moreno. Entre 1981 y 1983 fue Representante de Área de la OPS, con sede en México, y cooperación a Cuba, Haití y República Dominicana. “Fui la primera mujer que ocupó ese cargo, que dependía del director de la OPS. Ese trabajo fue muy valioso, me permitió conocer otras culturas y promover el intercambio. En ese momento Cuba estaba alcanzando indicadores de salud muy buenos. Pude ver cuáles eran las estrategias instrumentadas y cooperar con ellos. El resto de los países eran muy pobres”. Luego se trasladó a Washington para desempeñarse como Coordinadora del Programa de Salud Materno-Infantil de la OPS, cargo que ocupó hasta 1989. “Al asumir el doctor Carlyle Guerra de Macedo se impulsó una nueva estructura de la organización y se creó un gran programa de Salud Materno-Infantil, en el que

Fisa Moreno con Carlyle Guerra de Macedo



se unían todas las necesidades de los niños, las madres y las mujeres en edad fértil. Lo que ahora está en la OPS disperso, como inmunizaciones y enfermedades prevalentes de la infancia, en ese momento se incluían en el mismo programa. Trabajamos sobre todo en tecnología de hidratación oral e inmunizaciones, creamos los programas de salud del adolescente y de enfermedades respiratorias del niño. En esa época se logró que la diarrea no ocupara una de las cinco primeras causas de muerte infantil en la mayoría de los países. También se inició el programa de erradicación de la polio, para lo cual tuvimos apoyo de todas las agencias. Conseguimos importantes partidas de dinero para emprender las tareas de campo

y alcanzar altas coberturas de vacunación”. Perteneció a la Comisión Internacional de Poliomiélitis, y tuvo la gratificación de firmar el acta de erradicación de la enfermedad en la Región de las Américas. “Fue significativo no sólo porque el programa dependía de mi sino porque en mis comienzos, cuando yo trabajaba como pediatra en la sala de enfermedades infecciosas del Hospital de Niños de Tucumán, vi el drama de perder niños o dejarlos lisiados, incluso con el apoyo tecnológico muy rudimentario del pulmotor, que hoy está superado. Eso había quedado muy marcado en mí”. “No es fácil en estos tiempos promover la salud... Nada en salud es fácil pero no imposible”, evaluó Elsa Moreno. ■

La cooperación OPS/OMS en la formación en Salud Pública

El Informe de los Consultores Internacionales había señalado como uno de los problemas de mayor urgencia e importancia la formación de personal especializado en Salud Pública. El ministro de Salud Pública del Gobierno que, presidido por el Dr. Arturo Frondizzi, se hizo cargo de conducir el país desde 1958, fue el Dr. Héctor Virgilio Noblía. Desde su asunción afirmó su preocupación por la capacitación del personal y específicamente, por la formación en Salud Pública. En 1959 en uno de los informes trimestrales de la Oficina de Zona puede leerse: “Al margen de las acciones que se estaban promoviendo conjuntamente entre las Autoridades Universitarias y la Oficina, el Ministro de Salud Pública creó una Escuela de Salubridad dentro de esa dependencia, la cual inició sus actividades en agosto con un curso de siete meses para 15 aspirantes a Directores de Hospitales y Centros de Salud. El Dr. Abraam Sonis² fue uno de los actores protagónicos en el proceso y su testimonio es singularmente relevante.

Sonis cuenta sobre cómo se originó su preocupación por la formación en Salud Pública. “Siempre tuve inquietud por los aspectos sociales, organizativos y estadísticos de la salud, por lo cual fui designado asesor del doctor

Héctor V. Noblía, ministro de Salud durante el gobierno de Arturo Frondizi (1958). Empecé a

² Se recibió de médico en la Universidad Nacional del Litoral, en 1947. Estudió salud pública en la London School of Hygiene



Abraam Sonis en la Escuela de Salud Pública.

conocer los problemas de salud nacionales que, en gran medida, siguen siendo actuales: las enfermedades endémicas —como enfermedad de Chagas y paludismo—, la mortalidad infantil, la falta de saneamiento ambiental y el auge de las enfermedades crónicas —lo que se llama la transición epidemiológica, es decir, las enfermedades transmisibles e infecciosas fueron sustituidas por *plagas modernas* como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer... Dos años después gané una beca para estudiar Salud Pública en la Universidad de Londres. Tuve la oportunidad de conocer a maestros como Bradford Hill, que desarrolló la estadística médica y las pruebas clínicas controladas para la evaluación de procedimientos terapéuticos”.

Respecto del origen de las escuelas de Salud Pública, Sonis narra:

“En las últimas décadas del siglo XIX, como consecuencia de la creciente demanda de personal en Salud Pública, surgieron cursos so-

bre higiene, control de enfermedades infecciosas, transmisibles o tropicales, y saneamiento ambiental, en el seno de universidades, ministerios de salud, institutos o laboratorios”.

Reconoce Sonis dos modelos conceptuales que orientaban estas actividades docentes: el

ne, entre 1959 y 1960. Fue profesor y director de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, entre 1962 y 1971. Dirigió el Centro Latinoamericano de Administración Médica, que dependía de la Universidad de Buenos Aires, del Ministerio de Salud de la Nación y de la Organización Mundial de la Salud, entre 1971 y 1974. Fue consultor en docencia e investigación en salud en Colombia, Uruguay, Venezuela y Estados Unidos. Estuvo a cargo del Centro Latinoamericano de Información en Ciencias de la Salud entre 1976 y 1982. Fue consultor de la Fundación Rockefeller para el Desarrollo de la Información Biomédica en América Latina, en 1982. Presidió el Grupo de Trabajo de la Organización Panamericana de la Salud para promover la cooperación técnica entre los países en desarrollo, en 1984. Se desempeñó como jefe del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, entre 1987 y 1988. Es decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Maimónides desde 1991. En 2000 fue designado académico titular de la Academia Nacional de Medicina y obtuvo el premio A. Horwitz, de la OPS, a la excelencia y liderazgo en salud y educación en América Latina.

alemán, basado en los institutos de investigación —dependientes o no de las universidades— que hicieron posible las grandes adquisiciones bacteriológicas, físicas, químicas e inmunológicas que cambiaron el panorama sanitario de los países en pleno desarrollo industrial y el modelo inglés, que tenía por objetivo la capacitación de los médicos oficiales de sanidad que en las distintas comunidades eran los responsables de los programas de Salud Pública, basados fundamentalmente en inmunizaciones y saneamiento ambiental. El primer modelo promovía la generación de conocimientos. El segundo, en cambio, priorizaba la aplicación de esos conocimientos a la solución de problemas puntuales mediante una adecuada gestión.

“Estos paradigmas fueron plasmados en la creación de escuelas de Salud Pública o, al menos, de cátedras de Higiene o de Medicina Preventiva, que integraban la planificación de los posgrados. Como consecuencia, el sistema educativo se afianzó y los alumnos empezaron a ocupar cargos de responsabilidad social. Sin embargo, poco a poco se desgastó el entusiasmo por modificar el sistema de Salud Pública, por razones ajenas al funcionamiento y la eficacia de las escuelas”.

En su opinión, la realidad resultaba más compleja que lo previsto. “La siguiente etapa, es de una severa autocrítica e incluso de escepticismo sobre la utilidad de la enseñanza en el área. Sin embargo, se acentuó la voluntad de adaptación a una realidad diversa y cambiante. La necesidad de contar con el personal idóneo para llevar a cabo las funciones que posibilitaran el control de endemias y epidemias, hizo surgir la Salud Pública como una actividad profesional específica y con límites precisos frente a las actividades tradicionales de atención individual de la salud. Era imprescindible crear una clase profesional que pudiera llevar a la práctica estos programas de salud colectivos más allá de la atención individual

de la enfermedad y, en la mayoría de los casos, totalmente al margen de esta atención”.

La escuela de Johns Hopkins fue creada en 1918, con el fuerte apoyo de la Fundación Rockefeller, por un grupo de destacados profesionales en cuya selección influyó decisivamente Flexner. Los cursos fueron transformándose en escuelas de Salud Pública: en pocos años, o incluso en meses, Harvard, Columbia, Yale y Michigan crean sus escuelas, que adoptan las líneas trazadas por Johns Hopkins, abandonando en algunos casos desarrollos promisorios, tal como el de Nueva York (Columbia) en ciencias sociales.

Algo similar se produjo en Canadá (Toronto, 1924) y en Europa. La vieja London School of Tropical Medicine, —creada hacia fines del siglo XIX— con su experiencia en la capacitación de médicos ingleses radicados en las colonias y enrolados en las fuerzas armadas coloniales, sigue esta corriente y se transforma en 1922 en la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* imprimiendo, al mismo tiempo, algunas de sus características a las escuelas existentes y futuras.

Respecto de América Latina, una encuesta realizada por la OPS en 1968 señala que la creación y evolución de las escuelas de Salud Pública guarda una estrecha dependencia doctrinaria con las escuelas de los Estados Unidos, ya que la mayoría de los profesores latinoamericanos se han formado en Johns Hopkins, Harvard, Columbia, Chapel Hill, Ann Harbor, California y otras.

En nuestra región, surgen en esos años los núcleos de las dos primeras escuelas: en México en 1922 —dependiente de su Secretaría de Salud— y en Brasil en 1924. En este último país se crea la Escuela de Higiene y Salud Pública del Estado de San Pablo, con la dirección de dos egresados de la primera promoción de la Johns Hopkins y que en una segunda fase — en 1945— se transforma en la actual Facultad de Higiene y Salud Pública de la Universidad

de San Pablo. Esta segunda fase (1945-1950) está representada fundamentalmente por la escuela de Santiago de Chile (1944), que fue durante largos años el centro de capacitación en Salud Pública de América Latina de mayor proyección y que influyó considerablemente no sólo en las restantes escuelas de la región sino en todo el pensamiento sanitario de nuestros países, a través de figuras brillantes de Salud Pública de nuestros países, a través de figuras brillantes de la Salud Pública que desbordaron las fronteras nacionales. En la Escuela de Santiago de Chile cursaron muchos profesionales argentinos y gran parte de los primeros profesores de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.

En Argentina ya a principios de siglo, Emilio Coni, uno de los patriarcas de la Salud Pública del país, había insistido en la necesidad de crear una escuela de higiene pública para el perfeccionamiento de médicos, veterinarios, químicos e ingenieros y en 1911, Gregorio Araújo Alfaro propone la creación de un Instituto Superior de Higiene y Medicina Pública para realizar investigaciones, asesorar a los poderes públicos y formar especialistas en salud. *Si bien desde 1942 empieza a funcionar el curso de médicos higienistas de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, la primera escuela específicamente dedicada a la Salud Pública nace en 1947 con la creación de la Facultad (primero Escuela) de Higiene y Medicina Preventiva de la Universidad Nacional del Litoral, con sede en Santa Fe. En los planes de Salud Pública 1952-58, del ministro Ramón Carrillo, se concluye: “El problema de formar personal útil al Estado y que pueda ejecutar el plan, es de decir, de técnicos que no sólo sepan curar enfermos sino dirigir organizaciones sanitarias, es una cuestión de tiempo, de estipendios adecuados y de estímulo. Todo puede hacerse en los años del plan 1952-1958, ya que las bases han sido sólidamente establecidas y ejecutadas parcialmente al cumplirse el plan 1946-1951”. En 1956 la Facultad de Santa Fe se desdobra*

y continúa como Escuela de Técnicos en Sanidad, mientras que en la Facultad de Medicina de Rosario se crea la Escuela Superior de Sanidad para la docencia de posgrado.

El siguiente impulso se inició en 1959 con la creación de la Escuela Nacional de Salud Pública (que dependía del Ministerio de Salud de la Nación) y, un año más tarde, de la Escuela de la Universidad de Buenos Aires. En los años siguientes se establecieron escuelas en Caracas, Río de Janeiro, La Habana, Lima, y Medellín.

Cuenta Sonis que al tiempo de regresar de sus estudios en Inglaterra se crearon en Argentina dos escuelas de Salud Pública, una en el Ministerio de Salud y otra en la Universidad de Buenos Aires. Entonces se inició la historia de la capacitación de personal en Salud Pública. “Hasta ese momento la mayoría de los argentinos estudiaba en Chile, que poseía una de las escuelas de Salud Pública de gran tradición en Latinoamérica, otros iban a Londres, a Estados Unidos o a San Pablo (Brasil).”

Sonis fue director de la escuela del ministerio hasta 1962, cuando por indicación del Ministro de Salud Pública, Dr. Tiburcio Padilla, se fusionaron las dos instituciones dentro del ámbito de la Universidad de Buenos Aires. Desde ese año hasta 1966 fue profesor en la escuela de la Universidad. Después volví a ser director hasta 1971.

“La escuela del Ministerio formaba parte de un proyecto amplio que enfocaba la formación de los recursos humanos de todas las categorías para las necesidades del sector de salud. Reforzando carreras ya existentes en el Ministerio (Dirección de Enseñanza e Investigación Científica) y creando otras, se estructuraron rápidamente cursos para becarios de todo el país, expertos en administración hospitalaria, enfermería, técnicos en saneamiento ambiental, en estadísticas de salud, en educación sanitaria, residencias médicas en especialidades médicas y quirúrgicas, y un nuevo tipo de personal como el egresado del

bachillerato en sanidad, en convenio con el Ministerio de Educación.

“La escuela de la UBA centró sus esfuerzos en adquirir prestigio y alcanzar estabilidad en la Facultad de Medicina (enfrentaba limitaciones de todo tipo, desde falta de espacio físico y disponibilidad de docentes de tiempo completo hasta escasez de libros). La escuela se desenvolvía en un estado que podría calificarse como de equilibrio con problemas ya crónicos: la Facultad de Medicina tolera la escuela como un síntoma de modernización, pero la considera como un cuerpo extraño en su organismo, que debe permanecer en el molde prefijado, sin expandirse y sin demandar demasiados recursos, especie de feudo fronterizo para frenar a los bárbaros en los límites del mapa feudal que constituye la Facultad”.

Sonis subraya que para su creación, ambas escuelas de Salud Pública recibieron gran apoyo de la OPS, a través del asesoramiento de consultores. Paralelamente la OPS organizó cursos de posgrado, entre ellos el de planificación de salud, que se dictaba en Santiago de Chile, en forma conjunta con la CEPAL (Comisión Económica para la América Latina, de Naciones Unidas). “Cada año iban entre uno y tres argentinos. A partir de 1966 la escuela empezó a expandirse con gran apoyo del decano de la Facultad de Medicina, Andrés Santas, y también con apoyo del Ministerio de Salud de la Nación, donde estaba como secretario Ezequiel Holmberg”, explica Sonis.

La escuela aumentaba la cantidad de cursos a medida que recibía más alumnos y también de acuerdo con la formación previa que trajeran consigo, porque habían empezado a cursar algunos profesores de la Facultad de Medicina.

La carrera formaba especialistas en Estadística Médica, en Epidemiología, en Planificación, en Administración de Programas de Salud y en Administración Hospitalaria. Una vez que adquirían estas herramientas, los médicos viajaban al interior para aplicarlas.

El contexto en el que se desarrollaba la educación en Salud Pública fue descrito en 1965 por el director de OPS, Abraham Horwitz, en la IV Conferencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina: “La demanda social en todos los países es muy superior a la calidad y cantidad de los recursos humanos y de los elementos indispensables para atenderla. Por ello hay que identificar los problemas en términos de magnitud y trascendencia, establecer prioridades, definir objetivos para cada cual, así como los métodos que recomiendan la ciencia y la técnica modernas, registrar las acciones y los efectos logrados y evaluar todo el proceso, en una palabra, planificar. La planificación en salud ha revelado asimismo la enorme debilidad en la organización y en la administración de los servicios. Se proclaman las concepciones de John B. Grant sobre la integración de la prevención y la curación, regionalización y educación continua, y sólo por excepción se observan realizadas. En la práctica no hay una relación clara entre objetivos por cumplir y recursos por invertir porque interfieren la falta de sistemas y métodos administrativos de tal suerte que las acciones, a más de no corresponder a prioridades reales, se ejecutan en forma irregular y discontinua”.

Durante su gestión como director Sonis tuvo gran apoyo de la OPS a través de consultores, becas y subsidios. También participó en varias reuniones internacionales. “La Facultad de Medicina de la UBA se convirtió en uno de los ejes de las modificaciones curriculares de la formación de recursos humanos en Salud Pública en América Latina. Fue por eso que la OPS empezó a enviar becarios a la Argentina”. En 1970 la Asociación Americana de Escuelas de Salud Pública lo invitó a su reunión anual para explicar los cambios que se habían producido en América Latina.

Los consultores de OPS, que tenían experiencia adquirida en otros países, participaban dando clases y fomentando trabajos de inves-

tigación. Ellos iban señalando áreas en las que debíamos perfeccionarnos. Además, recorrían el país junto con profesores y alumnos para hacer un diagnóstico de los problemas de salud y evaluar qué programas debían establecerse para resolverlos.

“Cada dos años se organizaban reuniones de escuelas de Salud Pública latinoamericanas. Se discutía cuál era su papel en la atención de la salud y cómo debía enseñarse. Ese intercambio produjo desde cambios de contenidos hasta de metodología y el fortalecimiento de las actividades prácticas. Teníamos un convenio con varias provincias para que los alumnos fueran a desarrollar programas de vacunación y control de la enfermedad de Chagas, por ejemplo. Se metían en la realidad del interior: Salta, Jujuy, Chaco, San Juan, Entre Ríos, Tucumán, Neuquén, Río Negro. Había que fomentar en los alumnos la lectura crítica y darles el bagaje metodológico para poner en marcha programas específicos”.

Sonis explica que como bibliografía se utilizaban las publicaciones de la OMS, de la OPS, de Europa y de los Estados Unidos, hasta que también aparecieron las publicaciones argentinas. En 1971 pasó a dirigir el Centro Latinoamericano de Administración Médica (CLAM), que se había creado varios años antes por un convenio que firmaron la Oficina Sanitaria Panamericana, la UBA y el Ministerio de Salud Pública de la Nación. La idea de la creación del Centro se originó en el Ministerio que encabezaba Arturo Oñativía. Entre la gestión de Oñativía y la de Holmberg no hubo grandes discontinuidades, en parte porque uno de los asesores en la primera gestión fue designado subsecretario con Holmberg. También porque la planta de funcionarios del Ministerio sufrió pocos cambios. Mondet tuvo una participación importante en la creación del Centro en 1967 y en que lo dirigiese Hugo Enríquez, designado por la Oficina, y Plácido Nosiglia, designado por la Secretaría de Salud Pública.

“Hugo Enríquez era consultor de la OPS y un reconocido maestro de la administración hospitalaria. Enríquez sentó las bases del CLAM y nosotros expandimos su alcance: a la investigación le agregamos la formulación de programas de terreno y la atención primaria. El grupo humano que se reunió se destacaba por su alta calificación. Iniciamos una serie de programas, inéditos hasta el momento, desarrollando investigación en los servicios de salud”. En su opinión, las falencias observadas en aquel entonces eran las mismas que ahora: la falta de coordinación y la superposición de programas. Pero lo que considera más grave era la falta de continuidad de una política de salud. “Con los cambios de gobierno y de ministros de salud algunos programas quedaban en la mitad y los problemas que atendían no llegaban a solucionarse. Es decir, las iniciativas no se sostenían en el tiempo. Por el cambio de autoridades perdían el apoyo que necesitaban para desarrollarse. Sin embargo, hubo programas que fueron trascendentes, como el de atención primaria en Salta y Jujuy, que llevó adelante el doctor Carlos Alberto Alvarado”. Sonis completa su relato con referencia al Centro Latinoamericano de Administración Médica (CLAM).

“El apoyo a través de los consultores era logístico. También se ofrecieron becas de perfeccionamiento en escuelas de Salud Pública de otros países, hubo intercambio de docentes y subsidios. Hasta el cierre del CLAM tuvo auge la enseñanza de Salud Pública. En 1976 el gobierno militar no sólo retiró su apoyo al CLAM sino que prácticamente decapitó la escuela de Salud Pública de la UBA. Después entró en un cono de sombra y hasta ahora no se pudo recuperar.

“En sus nueve años de existencia, muchos profesionales fueron capacitados en el CLAM. Cada uno la aprovechó en su ámbito de trabajo. Venían médicos de toda la República y de otros países de América Latina. Ellos elaboraban un trabajo de investigación en el CLAM y

lo desarrollaban en el interior. Cuando se cortó el *cordón umbilical* quedaron trabajando aislados. Pero al menos, llevaban inquietudes...

“En 1976 el gobierno militar no entendió lo que era y no renovó el convenio que le dio origen, en 1966. La disolución del CLAM fue un duro golpe para la Salud Pública porque no se ha podido reconstruir un centro similar para desarrollar programas de investigación”.

“En los últimos años han proliferado las maestrías en Administración de Salud, en universidades nacionales y privadas y en institutos creados especialmente. Sin embargo, la investigación en servicios de salud y epidemiología siguen siendo deudas. No se ha desarrollado la infraestructura necesaria, que debe ser una conjunción de las instituciones de enseñanza con los prestadores de la atención.

“Tampoco se ha conseguido introducir la investigación de los servicios de salud como actividad habitual dentro de las instituciones que prestan la atención médica, de manera que nadie mide la calidad ni el costo”.

La cooperación de la OPS, en opinión de Sonis, continua siendo muy buena, a pesar de las restricciones económicas. La OPS actúa como un organismo catalizador de inquietudes y de programas. La Salud Pública en la Argentina padece un atraso relativo, es decir, al mismo nivel que nosotros, Chile y Brasil tienen mejores programas de salud. En América Latina se destacan Costa Rica y Cuba. El mundo actual demanda la renovación del enfoque de la enseñanza. Estima imprescindible una propuesta con potencial evolutivo para la sociedad de nuestros días y de las próximas décadas. ■

Las estadísticas sanitarias nacionales

Las deficiencias en la cantidad y calidad de la información disponible fueron reiteradamente destacada en los Informes de los Consultores Internacionales, lo mismo que la ausencia de planificación y programación. Los esfuerzos realizados para corregir esa situación son comentados por uno de sus protagonistas, el Dr. Carlos Ferrero.

120

“Creíamos en la Salud Pública y logramos cambiarle la cara al país”, destaca el Dr. Carlos Ferrero, quien formó parte del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, como director de Estadísticas Sanitarias. “Entre 1960 y 1963 desarrollamos un Programa Integral de Estadísticas Vitales pensando que si podía instrumentarse en Buenos Aires, sería viable para el resto del país. El programa funcionó muy bien, coordinado por un pequeño

grupo de profesionales de alto nivel técnico”, comenta.

Ferrero formó parte del equipo que definió el *Programa Nacional de Estadísticas de Salud*, que se desarrolló entre 1964 y 1972.

“Quienes estábamos en la Escuela de Salud Pública percibimos la necesidad de un cambio. Con el consultor de la OPS, Raúl Vargas escribimos y formalizamos entonces el Programa Nacional de Salud de la Argentina, que

después siguió bajo la dirección de Mario Dalton Hamilton. Desde allí concebimos el sistema, lo programamos y lo lanzamos”. Reconoce Ferrero que la contribución de Raúl Vargas fue esencial, y también las becas que otorgaba la OPS para que los profesionales alcanzaran la más alta calificación. De hecho, gracias a ese apoyo pudo estudiar Salud Pública en la Universidad de San Pablo, Brasil, y después especializarse en estadística en la Universidad de Columbia, Estados Unidos.

Ferrero subraya que la creación del Programa Nacional de Estadísticas de Salud significó un hecho trascendente. “Antes lo único que existía era la obra estructural de Ramón Carrillo. Primero extendió la estructura hospitalaria por todo el país y después puso en marcha un sistema estadístico básico, que consistía en un sumario de lo que se hacía en los hospitales. Lo que nosotros intentamos, con muy poca suerte, fue buscar un sistema más comprensivo, que abasteciera las necesidades de los que demandaban la información.

“Las falencias en el sistema de información devenían del proceso por el que atravesaba la Argentina —explica—. Carrillo creó una estructura enorme, pero no la dotó de los instrumentos necesarios para poder planificar. Había una brecha significativa entre los grandes hospitales y los sistemas que elaboraban y procesaban los datos”.

“Desarrollamos el sistema de estadística sobre una base de capacitación, asistencia tecnológica y equipamiento. En 1968, por primera vez en la Argentina, alquilamos equipos de perforación y tabulación que, distribuidos en las provincias, aseguraron un procesamiento eficiente de los datos. En ese momento las computadoras ocupaban habitaciones enteras y por razones de costos no estaban disponibles”.

Uno de los objetivos del programa era que el personal tuviera formación específica: “Distribuíamos becas para que alcanzaran el título

de técnicos en estadísticas de salud y organizaran su trabajo de acuerdo con las pautas que incorporaban”.

Resume Ferrero el final de la historia con cierta decepción: “El sistema nacional de estadísticas dejó de tener vigencia porque no había demanda de información y porque no había capacidad creativa para adaptarlo a las necesidades cambiantes”.

Entre 1964 y 1968 organizó la *Encuesta Nacional de Salud*, que se desarrolló en todo el país. “Demandó un esfuerzo enorme llevarla adelante durante la gestión de Onganía. Para hacerme cargo del trabajo puse como condición que no hubiera ninguna intervención política. La encuesta fue muy importante pero después fue destruida y se transformó en un gasto inútil. Mucho después reconocí que esa encuesta era una burbuja suspendida en el aire porque si un instrumento de esa naturaleza no está amarrado a los procesos de decisión política, no tiene sentido, es una sofisticación intelectual que no sirve para provocar cambios”.

“Ese estudio permitió arribar a conclusiones importantes. Consistía en una entrevista social, un examen físico, radiológico y electrocardiográfico. Logró terminarse en las provincias de Buenos Aires, Mendoza, Córdoba y Rosario. La información del resto del país quedó en cintas de computadora, pero desapareció”.

Un hecho destacable fue la creación del primer centro de cómputos de salud del país, que funcionó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. “Eso marcó un punto de inflexión en el abordaje tecnológico al análisis de las encuestas”, apunta Ferrero. En 1986, tras regresar de Washington, donde fue Asesor Regional en Sistemas de Información para la OPS, Ferrero fue invitado a participar de las discusiones del Programa Nacional de Estadísticas. “Descubrí que era el mismo que yo había diseñado antes. Eso signi-

ficaba que durante 14 años no había habido capacidad creativa para adecuarlo al cambio de la realidad, incluso en términos políticos”, lamenta.

“Los técnicos no habíamos percibido que no bastaba con una herramienta técnica apoyada en una intención social meramente declarativa. No habíamos asumido que la Salud Pública no tiene sentido si no forma parte de un sistema de desarrollo social. Ahora mismo, los servicios de salud no se orientan al bienestar de la población sino más bien justifican la apropiación de fondos”.

“En 1978 —recuerda—, en la reunión internacional organizada en Alma Ata se asumió el compromiso de lograr salud para todos en el año 2000. Fue un paso importantísimo en la conceptualización de la salud, pero no prendió en ningún país. La conclusión fue que la Salud Pública debe estar asociada a los procesos de promoción social. Sin apoyo político ni económico de los gobiernos, la cobertura de la salud no logró extenderse y siguió siendo un privilegio para algunos. El personal del área no ha entendido que sin apoyo político no pueden alcanzarse cambios reales. Un hecho que agrava esta situación es la creencia de que la salud se resuelve con hospitales”.

Ferrero comparte su crítica evaluación: “Hoy tenemos en claro que el proceso de salud es distinto al que concebimos a partir de los se-

menta. Si no se articula con los programas de soporte social no existe planificación posible. Si no se tiene una idea de cómo aplicar los datos en el sistema de salud, la lectura ilustra pero no enriquece para cambiar. Queríamos que los datos estadísticos sirvieran para transformarse en hechos de cambio. Ese era el objetivo de estructurar un Programa Nacional de Estadística, esto era parte del proceso de planificación. Se planificaba para introducir el cambio”. “Lamentablemente los años de enseñanza de evaluación de los sistemas de salud no sirvieron porque nadie advirtió que realmente era necesaria. Hoy vemos con claridad que no hay planificación ni estadística sin la percepción de las necesidades sociales ni la voluntad de instrumentar un cambio”, concluye.

De entre los asesores de la OPS Ferrero tuvo mayor vinculación con Raúl Vargas y Roberto Yabo. Valora de ellos el soporte técnico que ofrecieron para impulsar sus iniciativas y las experiencias desarrolladas en el interior del país. En el caso del primero, recuerda Ferrero que entre 1964 y 1968 Vargas participó del Programa de Estadísticas de San Juan, y tiempo más tarde colaboró en Chaco en un trabajo desarrollado en las comunidades rurales. En el caso del segundo, destaca su participación en un estudio sobre mortalidad de adultos en la ciudad bonaerense de La Plata. ■

La cooperación técnica en el desarrollo y la formación en enfermería

Tanto el Informe de los Consultores Internacionales como el Programa de Atención Médica de Hugo Enríquez pusieron énfasis en destacar la escasez de enfermeras y las deficiencias de la formación en enfermería en el país, a pesar de algunos esfuerzos de las décadas anteriores. El desarrollo de la enfermería era un tema que preocupaba a la Oficina Sanitaria, la cual respondió a las solicitudes de cooperación del gobierno formulando un programa de cooperación sobre el tema en el cual participaron numerosas consultoras, entre ellas Margaret Cammaert, María Teresa Mac Dermitt y María Lasthenia de Chiari. La Lic. Alicia García Bates³ nos resume el desarrollo de la enfermería. Relata:

A nivel nacional, el desarrollo de la enfermería en la Argentina ha sido el reflejo de gran parte de los cambios sociales y políticos internos que caracterizaron al sector salud y al país a lo largo de toda su historia conocida.

Fero, sumados a los cambios que se produjeron a nivel global, las enfermeras argentinas en particular recibieron una fuerte influencia de otros factores —tanto internos como externos— que desde sus orígenes le han ido imprimiendo un perfil bastante peculiar, diferenciándolas bastante de las enfermeras latinoamericanas.

Con un trazo grueso y arriesgadamente simplificador, podríamos destacar tres factores que actuaron como verdaderas influencias en su desarrollo; influencias que en gran medida contribuyeron a delinear el perfil particular que caracterizó por mucho tiempo a gran parte de las enfermeras argentina: la influencia religiosa; la influencia inglesa y la influencia de las asesorías internacionales.

La influencia religiosa viene desde la Colonia en la que, tanto los Jesuitas como otras ordenes religiosas que colaboraban en la atención

de enfermos, heridos y moribundos, asumieron el rol de supervisar las tareas domésticas y de enfermería que desempeñaban los fieles y esclavos de la época, sin ningún adiestramiento para llevarlas a cabo.

Esta influencia que se extiende por mucho tiempo, llega a impregnar hasta las actividades de administración y conducción de las salas de internación y los consultorios externos de los hospitales a cargo —hasta no hace muchos años— de monjas y hermanas de la caridad que además de ejercer una fuerte autoridad sobre todo el personal y los pacientes, le imprimieron a las enfermeras asistenciales de

³ Graduada en 1964 como Licenciada en Enfermería en la Escuela de la Universidad de Buenos Aires y Diplomada en Salud Pública en 1967 en la Escuela de Salud Pública de la misma Universidad, obtuvo una maestría en Administración de Salud en la Escuela de Administración de la Fundación Getulio Vargas, de San Pablo y siguió cursos de especialización en Enseñanza de la Administración en Salud en la Escuela de Salud Pública del Ministerio de Salud de Brasil y en la Escuela de Salud Pública de Lisboa. Se desempeña como Jefe del Departamento de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y como asesora de posgrado en la Facultad de Ciencias Económicas (UBA). Es, además, asesora del Min. de Salud de Brasil y de la Asociación de Universidades con Programas de Enseñanza de la Administración de Salud.

entonces, un sello indeleble de “vocación” y “sacrificio” como requisito indispensable para ejercer el “apostolado de cuidar enfermos”. Recordemos que con esta misma línea orientación se fundó en 1914 la Escuela Católica de Enfermeras y en 1936 la primera asociación legalmente constituida: la Asociación Argentina de Enfermeras Católicas.

La influencia inglesa se introduce al país a través del llamado “sistema Nightingale”, que condicionó no sólo el aspecto técnico de la educación sino que también delineó fuertemente la personalidad de gran parte de las enfermeras argentinas.

Este modelo viene a sumar nuevas rigideces a estos recursos humanos, tanto en el sistema de enseñanza como en el ejercicio de la enfermería que se llevaba a cabo en la mayoría de los servicios asistenciales del país.

Sustentado en principios morales y un estricto código de ética, disciplina, obediencia, honestidad y dedicación total a la tarea de cuidar enfermos, centró su predominio en el aprendizaje de técnicas y habilidades predominantemente manuales dependientes con exclusividad de la autoridad médica.

El marco de referencia principal de este esquema educativo fue la Escuela del Hospital Británico, que se incorporó y tuvo vigencia por muchos años en el resto de las escuelas de enfermería, convencidas sinceramente que contribuían a “jerarquizar” la profesión utilizando a veces estrategias tan secundarias como la de cambiar la denominación de “enfermera” por la de “nurses”; almidonar los delantales y hacer obligatorio el uso de medias blancas y la “toca”, entre las más difundidas.

A partir de la década de los cuarenta la Argentina comienza a recibir el asesoramiento internacional de enfermeras (en un comienzo predominantemente norteamericanas), en su mayoría procedentes de Fundaciones —como la Rockefeller— y más tarde de funcionarias de carrera de la Oficina Sanitaria Panamericana

y también de la Organización Mundial de la Salud. Es a partir de este momento que se produce un salto cualitativo importante sobre las tendencias antes mencionadas, introduciendo profesionalismo, especialmente al campo de la enseñanza y la formación de enfermería.

La asistencia técnica de la OPS en particular puso su foco de atención en lograr la modernización de los requisitos de estudio, el currículum y las técnicas de enseñanza de las entonces “tradicionales” escuelas de enfermería —en su mayoría dependientes de la Cruz Roja Internacional y de hospitales públicos y privados—; los cuales, desde la pionera escuela creada por la Dra. Cecilia Grierson en 1886, a raíz de la epidemia de cólera en Buenos Aires, *estaban dirigidas por médicos*.

Pero aquellas consultoras de la OPS, también aportaron conocimiento y soporte técnico para la organización, desarrollo y jerarquización de los servicios hospitalarios de enfermería y los niveles de conducción central municipal, provincial, regional y nacional, adelantándose casi una década a las políticas nacionales de salud que vendrían a concretarse en el sistema de salud del país, recién en la década del 60, predominantemente con la regionalización, las Delegaciones Sanitarias Federales y la departamentalización de los hospitales.

A lo largo de los años 1950 y 1960 las enfermeras asesoras de la OPS adoptaron como estrategia de despegue para elevar el nivel de educación de la enfermería en la Argentina, el otorgamiento de becas de capacitación y perfeccionamiento en el extranjero, a través de las cuales lograron identificar un considerable número de líderes nacionales, oriundas en su mayoría de las provincias de Santa Fe, Córdoba, Buenos Aires, Tucumán, Chaco y la Capital Federal.

De este esfuerzo surgieron muchas de las directoras y docentes de las nuevas escuelas universitarias de enfermería que se iniciaron

en la década de los cuarenta, cuando se creó —con apoyo técnico de la OPS y financiero de la Fundación Rockefeller— la primera escuela dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario en la Provincia de Santa Fe.

A partir de entonces, y también con la asistencia técnica de las enfermeras consultoras permanentes y temporarias que estaban en la Representación de OPS en Buenos Aires, se fueron creando nuevas escuelas universitarias a lo largo del país, como la de Tucumán en 1952, la de Córdoba en 1956 y la Buenos Aires en 1960.

A esta tendencia se sumaron más tarde otras Universidades públicas y privadas, con el objeto de acompañar y responder a la necesidad de elevar la formación de este recurso humano, acorde a los avances científicos y tecnológicos que la atención médica venía teniendo en el país y el mundo.

La influencia de la OPS en el desarrollo de la enfermería argentina se extendió también al campo normativo y legal, tanto de la formación como de su ejercicio profesional: en este aspecto vale recordar algunos hitos significativos, como fue en 1944 la puesta en vigencia del Decreto 6.216 (Ley 12.912) que a través de su “famoso” artículo 30, regulariza —hasta su caducidad en el 59— la situación del personal empírico sin formación específica y con más de diez años de ejercicio de la enfermería, incluyéndolos formalmente en los escalafones de su ámbito laboral. Es también en esta década cuando se inicia la inscripción y matriculación obligatoria de las enfermeras, en la Ex Dirección Nacional de Salud Pública, y se reglamenta (por primera vez en 1947, por Resolución N° 1.089) la enseñanza de la enfermería en el país, oficializando la expedición de certificados y el registro de las escuelas por el Estado Nacional.

En 1951 y 1958 luego de una ardua tarea de sensibilización —de la que OPS también formó

parte— se modifica aquella Resolución del 47 y se sientan las bases (a través de la Resolución N° 34.636 y 350 del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública) de un plan de estudios no menor de 3 años; el cumplimiento obligatorio de 3.340 horas teórico-prácticas y el requisito de que los cargos de dirección y de instructoras de las escuelas fueran ejercido por enfermeras graduadas.

Ya en la década del 60 la OPS participa activamente en la organización y convocatoria de los primeros Congresos Argentinos de Enfermería y en la participación de representantes del país en Reuniones Internacionales de Enfermería, de los cuales surgieron importantes decisiones en este campo, que tienen vigencia hasta el día de hoy.

Una de estas decisiones tuvo su producto en el Decreto 1.469 del 68, a través del cual se estableció:

1. Un currículum único para la enseñanza de la enfermería no universitaria;
2. Dos niveles de formación: a) enfermera profesional (con requisito mínimo de estudios secundarios completos) y b) auxiliar de enfermería (con requisito mínimo de estudios primarios completos);
3. El traslado de la dependencia de las escuelas y cursos no universitarios de enfermería, del entonces Ministerio de Salud al de Cultura y Educación de la Nación.

Vale destacar que también las consultoras de la OPS acompañaron, en 1968, la reestructuración de los planes de estudio de las escuelas dependientes de universidades argentinas públicas y privadas, en dos ciclos: un primer ciclo en el que se otorga el diploma de enfermera/o y un segundo ciclo a través del cual se obtiene el título de licenciada/o en enfermería.

Un logro significativo para la enfermería universitaria del país —vigente hasta hoy— y del cual las consultoras de la OPS tienen reconocida parte del mérito.

Como puede observarse, la década del 60 fue clave para el desarrollo de la enfermería argentina, coincidiendo obviamente con el impulso que se intentó dar por esos años a la modernización, la tecnificación y capacitación específica de todos los niveles de gestión del sector salud del país, especialmente de la salud pública

y la administración de servicios hospitalarios. Este dinamismo tuvo respuesta y acompañamiento en la OPS, quien destinó, para asesorar al país durante estos años, a algunas de sus “mejores espadas” en enfermería, que por esos años integraban el plantel de consultoras permanentes y temporarias en la Región. ■

La cooperación en salud materno-infantil y del adolescente

El área de la salud materno-infantil y más tarde, del adolescente, fueron un sujeto de gran importancia para las actividades de la salud pública nacional y también para la cooperación técnica. La Dra. Mabel Munist actuó en esa área desde que se graduó y su testimonio evoca los hechos y los protagonistas.

“Durante los últimos cuarenta años, el aporte de OPS en el área materno infantil y de la adolescencia se centró en la promoción del crecimiento y desarrollo en los niños, en la introducción del tratamiento de diarreas y en la Acción Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), en el Programa de Salud del Adolescente y en el apoyo de eventos nacionales e internacionales”, destaca Mabel Munist.

Según refiere, un área de especial significado en la cooperación de OPS fue el apoyo para el mejoramiento en los Servicios de Atención a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia. “A través seminarios y talleres, con apoyo técnico y económico de OPS, se capacitaron a cientos de jefes de servicio y profesionales vinculados a la organización y dirección de establecimientos de salud”.

“El desarrollo de las guías de evaluación de los servicios de salud materno infantil y de la adolescencia, iniciado en la escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires, recibió el apoyo de los consultores de la OPS en el país y fue ampliamente difundido por América. Asimismo, muchos de los créditos y proyectos financiados por el Banco Mundial y el BID fueron orientados por los consultores de OPS con miras a una mejor atención de la mujer, la niñez y la adolescencia”.

Al evaluar su carrera, Munist subraya: “He tenido el privilegio de asistir a hitos importantes del desarrollo de la salud en la Argentina, como el combate de la poliomielitis. La erradicación de este flagelo es una de las grandes conquistas a nivel continental. Sin embargo, creo necesario destacar que si bien Argentina ha avanzado en la aplicación de acciones de

prevención, no ha tenido igual desarrollo en cuanto a la promoción de la salud. Esto significa el reconocimiento de que la salud es un bien social, significa desplazar el protagonismo de los profesionales de la salud en beneficio de la población.”

Se recibió de médica en 1958 en la Universidad de Buenos Aires. En 1959 fue becada por la OPS para estudiar Salud Pública en Chile. Allí obtuvo la especialización en administración de programas de salud materno infantil. Munist recuerda la figura docente del Dr. Francisco Mardones Restat. “Su figura ha orientado y enriquecido por 25 años el área de Salud Materno Infantil y de la Adolescencia. Destaco entre sus cualidades una inquietante habilidad creadora, humildad cuando refiere a su propia experiencia y natural capacidad de transmitir afecto y generar confianza. Vino a la Argentina en 1959/60, cuando se empezaba a considerar la Salud Pública como un tema significativo en la agenda política nacional. Elaboró un informe de análisis de la realidad sanitaria argentina y dividió al país en dos áreas: una la de las cuatro provincias privilegiadas (Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Mendoza), y la otra el resto de las Provincias. Señaló que había dos países y dos estrategias por desarrollar. También destacó la falta de un centro de formación en Salud Pública y promovió la entrega de becas por parte de la OPS para que médicos, enfermeras, estadísticos y oficiales de saneamiento estudiaran en distintas escuelas de Latinoamérica. Mardones Restat introdujo el concepto de atención primaria de la salud, adelantándose a lo que se desarrolló en la reunión de Alma Ata”, reseña Munist.

“En el área de capacitación —agrega—, impulsó la creación de un curso internacional de salud materno infantil, que se organizó en la Argentina en 1967 y atrajo alumnos de más de veinte países de América. También contribuyó al desarrollo de un curso internacional en el Centro Latinoamericano de Perinatolo-

gía (CLAP), que funciona en Montevideo y depende de la OPS”.

Al volver de Chile Munist comenzó a trabajar en un programa de Desarrollo de la comunidad como directora del Centro de Salud de la Isla Maciel. “Se puso en marcha un programa de salud materno infantil que apuntaba a la promoción y prevención de la salud. Esa experiencia marcó mi vida y mi orientación”, explica Munist. Al mismo tiempo integró el Departamento de Salud Materno-Infantil en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.

Munist recuerda al primer director de esa institución, el Dr. David Sevelever, “quien logró el liderazgo de la escuela en América Latina tanto en la concepción de la salud como un fenómeno intersectorial como en el enfoque transdisciplinario del proceso salud-enfermedad. Dentro de ese núcleo de docencia e investigación se desarrolló un grupo dedicado a la salud materno infantil que pronto adquirió trascendencia nacional e internacional por la calidad de sus actividades. Varios de sus integrantes hicieron contribuciones significativas a la Salud Materno Infantil en la región de las Américas”.

A partir de 1966 Munist dirigió durante tres años el programa de Desarrollo de la Enseñanza de la Pediatría, que se organizó a partir de la Asociación de Facultades de Medicina de la Argentina. “El trabajo apuntó al análisis de la enseñanza de la pediatría y a su inserción en la currícula de la carrera de medicina. Este programa se desarrolló con la participación permanente de los docentes de la especialidad y la participación esporádica de los alumnos en encuestas y en las reuniones que se realizaban con todas las Cátedras de Pediatría. Durante la época del proceso militar esta iniciativa tuvo continuidad en la Sociedad Argentina de Pediatría”. Munist cita en esta labor a José Raúl Vázquez y Arturo Pizzia, como permanentes impulsores de la estrategia.

Entre 1971 y 1976 Munist permaneció en Chile. Allí se incorporó a la Cátedra de Salud Materno-Infantil de la Escuela de Salubridad, en la que se había formado. En 1978 trabajó en el Programa del gobierno brasileño de Salud Materno Infantil. Finalmente se trasladó a Washington, Estados Unidos, donde trabajó en el *Children Hospital* y obtuvo la especialidad en Salud del Adolescente Entre 1993 y 1995 se desempeñó como asesora de la OPS en Salud en Adolescencia y colaboró en la edición de dos libros: *Manual de Medicina de la Adolescencia* y *La salud del adolescente y del joven*.

Durante su estadía en los Estados Unidos trabajó como asesora del Banco Mundial y de UNICEF: supervisó, evaluó y preparó programas de salud materno infantil en Ecuador y en varios países Centro América. “Una de las experiencias que destacó es la planificación y evaluación de un curso para formar a los indios knoves como agentes de salud, en Panamá. Ese trabajo me permitió enriquecer mi mirada de la salud mediante la vivencia de una concepción distinta de la vida, la salud y del ser humano”.

En 1998 participó de la redacción del “Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes”, de la OPS, la Fundación Kellogg y la Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional. “Resiliencia es la capacidad de los seres humanos de resistir la adversidad y salir fortalecido de ella”. Si bien ya en otros países de América se estaba trabajando en este tema, a partir de 1996 impulsamos en la Argentina esta nueva visión del acontecer humano, buscando aquellos factores que permiten a las personas sobreponerse a la adversidad. La idea de resiliencia propone una mirada esperanzadora del futuro de un niño. Hoy trabajo en el Centro Internacional de Información e Investigación de Resiliencia, que depende de la Universidad Nacional de Lanús. La palabra proviene de la física y demuestra la capacidad que tienen los cuerpos

de recuperar su forma anterior una vez que una presión que los deformaba ha desaparecido. Las historias de Albert Camus (escritor), Rigoberta Menchú (poetisa quiché de Guatemala, Premio Nóbel de la Paz) y Ana Frank (niña judía que vivió oculta con su familia en Ámsterdam para escapar de los nazis en la Segunda Guerra, quienes al final la hacen prisionera y muere en un Campo de Concentración), son ejemplos de personalidades resilientes”.

“Con veneración debemos reconocer que el Dr. Carlos Gianantonio fue un precursor del concepto de resiliencia cuando nos hablaba de la *desviación positiva* para referirse a la llamativa capacidad de algunos niños para sobreponerse a las dificultades”, destaca Munist.

Ya en la Argentina además de trabajar en el Centro Internacional de Información e Investigación de Resiliencia, realiza tareas docentes en la Universidad Nacional de Lanús (en las Carreras de Enfermería, Trabajo Social y Educación Física). “Esta casa de estudios me permite, después de largos años de deambular por América, volver a convivir y enseñar a los grupos que por su condición social tienen menos posibilidades de acceso a la educación”.

La doctora Munist consideró como aspectos positivos del desarrollo de la Salud Materno Infantil en Argentina “el haber logrado un programa nacional, que primero fue regionalizado y más tarde asumido como propio por cada provincia; la formación de un grupo de trabajo a través de la Escuela de Salud Pública de la UBA, y la incorporación de una visión epidemiológica de la salud de los niños desde la Sociedad Argentina de Pediatría”.

“Si uno mide la evolución en términos de mortalidad infantil, se ha progresado. El Dr. Escardó, con su original e inteligente manera de poner los temas en la agenda, comenzó a hablar de mortalidad infantil cuando no conocíamos su real magnitud y promovió la in-

troducción de los factores psicosociales y familiares en el análisis de la salud infantil. Sin desconocer el esfuerzo de sus antecesores, él formó una generación de investigadores pediátricos. Los progresos en la recuperación de la salud han sido altos respecto de otros países. Sin embargo, un tema pendiente es el desarrollo de la promoción de la salud. Tal vez valga la pena citar a los teóricos de la salud, que explican que *la promoción significa la democratización del conocimiento, darle a los seres humanos la posibilidad de elegir su propia salud*".

"Apenas si estamos alcanzando los niveles de prevención de la salud. Es inaceptable que las inmunizaciones de nuestros niños dependan de decisiones que no tienen que ver con sus necesidades reales de salud", se queja Munist. "Otra deuda pendiente —agrega— es la incorporación de enfermería en los programas de promoción de la salud materno-infantil y del adolescente. Por otra parte, recién se están desarrollando estrategias innovadoras en lo referente al control del embarazo y del parto". Entre los logros Munist señala: "Todo lo que hace al control del crecimiento del niño, la introducción de la vacuna BCG en las maternidades, la promoción de la lactancia materna, esfuerzo conjunto de UNICEF, OPS y la Nación, casi todas las Provincias y la Sociedad Argentina de Pediatría; la complementación de la alimentación materna y, si bien no está totalmente instalada, el desarrollo de la atención primaria de la salud".

Aún quedan muchos problemas por resolver en cuanto a Salud Materno Infantil en la Argentina. Entre las razones que han retardado

su solución cabe mencionar: falta de continuidad en las políticas, a veces formuladas pero pocas veces implementada concretamente; escasa cobertura e inadecuada orientación de la educación para la salud de la comunidad, los conocimientos transferidos han tendido a reforzar el modelo reparador, en vez de promover el verdadero ejercicio del derecho a la salud y el desarrollo de estilos de vida saludable; inadecuada formación de los recursos humanos, centrados especialmente en la curación de la enfermedad, en desmedro de la promoción de la salud.

Destaca Munist como hecho promisorio que los alumnos de las cátedras de Pediatría de tres Universidades analizan y aplican la estrategia de AIEPI para la atención y prevención de las enfermedades respiratorias en la comunidad (diseñado por la OPS/OMS, y aplicado en América).

"Mediante esa estrategia además de estandarizar la atención de los problemas respiratorios se entrega a la madre herramientas para la prevención de las enfermedades respiratorias y la capacita para reconocer los síntomas de gravedad de la enfermedad", describe.

Munist señala además que el Programa de Salud del Adolescente, si bien todavía incipiente, ha comenzado a tener presencia en la Agenda Nacional y en las de algunas provincias. La iniciativa contó desde el principio con el acompañamiento de técnicos de la OPS: se fortaleció la capacitación del personal, y se dio impulso a las actividades que desempeñaban el Comité de Adolescencia de la Sociedad Argentina de Pediatría. ■

El primer Centro Panamericano en Argentina

En 1946 el establecimiento del INCAP abrió la posibilidad de desarrollar centros sub-regionales, pero a partir de la creación de Panaftosa en 1951, el nuevo Director de la Oficina, Dr. Fred Soper, manifestó sus preferencias por los centros panamericanos. Después de establecida la Oficina de Zona en Buenos Aires se iniciaron conversaciones con el Gobierno sobre la posibilidad de la creación de una institución de ese tipo en Argentina que realizase investigaciones y capacitase personal en asuntos relacionados con las zoonosis. El asunto fue presentado por el representante argentino en una sesión extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social en 1953 y en la XIX Reunión de la OEA se encargó a la OSP como la agencia especializada responsable. El cambio de gobierno en Argentina demoró las decisiones finales sobre el tema por lo cual el acuerdo entre la República Argentina y la Oficina Sanitaria Panamericana se firmó en agosto de 1956: el CEPANZO se convertía en el primer centro internacional especializado en zoonosis del mundo. Para conocer sintéticamente su desarrollo, entrevistamos al Vet. Norberto Morán⁴, quien relata:

Las actividades del Centro se iniciaron en agosto de 1956, aunque la inauguración oficial se realizó recién en abril de 1959 con la participación del nuevo Director de la Organización, Dr. Abraham Horwitz, y los Ministros de Salud Pública y de Agricultura y Ganadería de Argentina y representantes de varios países latinoamericanos. Las actividades se estaban ya desarrollando en Azul, Provincia de Buenos Aires, en un edificio de la Ciudad de Azul y en un Campo Experimental de alrededor de 150 hectáreas, ambos cedidos al efecto por las autoridades provinciales, con un presupuesto reducido pero que permitió realizar actividades de diagnóstico e investigación en rabia, brucelosis e hidatidosis, especialmente las destinadas al país sede, así como cursos que muchas veces contaban con financiación

de la OEA. Desde su creación hasta 1966 fue dirigido por el Dr. Benjamín Blood. El siguiente Director, el Dr. Boris Szyfres, debió responder a una mayor demanda de cooperación internacional para lo cual el Gobierno argentino apoyó la formulación de un proyecto de reforzamiento del Centro y su presentación ante el PNUD, tanto en su sede de Azul como en las que se le habían cedido en Ramos Mejía, Prov. de Buenos Aires, en parte del edificio que hoy alberga al Hospital Prof. Alejandro Posadas.

⁴ Norberto Morán se graduó como veterinario en la UBA en 1963 y obtuvo una maestría en la Universidad de California. Profesor Adjunto, Director de Posgraduación y Secretario académico en la Facultad de Ciencias Veterinarias de la UBA e Inspector Veterinario y Director del Laboratorio de Productos de origen animal del Ministerio de Agricultura y Ganadería, se desempeñó como consultor de la OPS y actuó por muchos años en el área de Epidemiología de CEPANZO. Actualmente es funcionario del INPPAZ.



Hall entrada, en Martínez.



Centro de documentación, en Martínez.



Frontispicio de la sede, en Martínez.



Entrada al bioterio, en Azul.



Auditorio, en Martínez.



Campo experimental de Cepanzo, en Azul.



Laboratorios de producción, en Martínez.



Bioterio y laboratorio, en Azul.

(El proyecto fue aprobado y entró en vigencia en enero de 1967.)

A partir de 1968 se iniciaron las Reuniones Interamericanas de Nivel Ministerial sobre el Control de la Fiebre Aftosa y otras Zoonosis (RICAZ) que establecían un ámbito para la participación de los gobiernos en el desarrollo de la cooperación internacional, cuyos programas presentaron evaluaciones periódicas de sus actividades para recibir la aprobación y las sugerencias de cambio de las autoridades sectoriales, antes de ser elevadas a los Cuerpos Directivos de la Organización. A partir de resoluciones de RICAZ se decidió establecer, en 1969, un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Rabia en las Américas en el cual el CEPANZO actuaría como centro de referencia y coordinador del sistema de información.

Posteriormente el CEPANZO se convirtió en centro de referencia también para la tuberculosis animal, la brucelosis, la leptospirosis y la hidatidosis.

En los laboratorios del Centro se producían reactivos diagnósticos entre ellos el conjugado antirrábico que se utilizaba para el diagnóstico en muchos países (en Argentina se comenzó a producir recién en los últimos años). Las investigaciones del Centro permitieron mejorar las vacunas antirrábicas (por ejemplo, la incorporación de la vacuna en cerebro de ratón lactante y su semipurificación por ultracentrifugación). El trabajo realizado en CEPANZO por el Dr. Eduardo Fuenzalida Palacios ha tenido amplia repercusión internacional, especialmente en el diseño de esquemas de vacunación para el hombre pre y pos-exposición al virus rábico. También suministraba alrededor de 50 antígenos de referencia, sueros y vacunas, así como una variedad de cepas y líneas celulares utilizadas para el diagnóstico y la producción de biológicos, que fueron la base para el Programa de Control del Diagnóstico de las Zoonosis del Centro. Con el correr de los años, el Centro se convirtió en la

sede del control de referencia de los biológicos producidos o adquiridos por los países (incluidas algunas vacunas de uso humano incluidas en el PAI).

Las solicitudes de referencia y de tipificación de cepas provenían todos los años de un buen número de países de la Región —entre 15 y 20—. En el Centro se desarrollaron y modificaron técnicas de aislamiento de virus, de contrainmunolectroforesis, así como de diagnóstico directo y diagnóstico serológico, las cuales son utilizadas por más de un centenar de laboratorios de la Región.

Las actividades de investigación no se restringieron a la rabia. En tuberculosis se ha evaluado la resistencia de *Mycobacterium* a drogas antituberculosas y en la valoración de la eficacia de la vacuna BCG. En leptospirosis se identificaron reservorios animales. En brucelosis se identificaron por primera vez especies y biovariedades de *Brucella*. En hidatidosis se investigó y aplicó una metodología diagnóstica para pacientes asintomáticos a nivel asistencial.

Se producían también animales de laboratorio para diagnósticos de referencia y control de calidad de biológicos y también como “pie de cría” para colonias reproductoras. Frente a la posible necesidad de muchos de los elementos mencionados en países en los cuales se produjesen situaciones de emergencia, el Centro mantenía líneas de producción y “stocks” especiales. La adaptación de la mullita o armadillo (*Dasypus hybridus*) a la crianza en cautiverio fue otra conquista que aportó a la investigación biomédica.

No menos importantes han sido las actividades de capacitación del Centro, las cuales abarcan cursos, talleres y seminarios realizados tanto en la sede del Centro como en los países, así como actividades de adiestramiento en servicio. En la década de los setenta, en la cual el Dr. Ramón Rodríguez Toro reemplazó al Dr. Szyfres, que se jubiló, se iniciaron los

cursos de planificación en salud animal —que duraban unos ocho meses— en los cuales participaron profesionales de casi todos los países y que muchos de ellos estiman que tuvieron especial importancia en el mejoramiento de los programas nacionales.

También en esa época el Dr. Fernando Quevedo comenzó a desarrollar en el Centro su trabajo sobre microbiología de los alimentos, que suscitó pronto la atención de muchos países, entre ellos Argentina, que usualmente aprovechaba parcial y a veces tardíamente las potencialidades del Centro que albergaba y contribuía a mantener. El desarrollo de técnicas simples, rápidas y de bajo costo para el control sanitario en establecimientos que procesan alimentos fueron prontamente adoptados y difundidos. Los criterios microbiológicos para el control de lácteos que propuso el Centro se han incorporado en la formulación de normas técnicas internacionales.

Desde 1980 las reuniones de ministros cambiaron de nombre (Reuniones Interamericanas de Salud Animal a Nivel Ministerial, RIMSAs) y desde 1981 se realizan regularmente cada dos años.

Cuando en 1983 se hizo cargo de la Dirección del Centro el Dr. Virgilio Escutia se había adquirido para ampliar las instalaciones una planta industrial en la localidad de Martínez, Prov. De Buenos Aires, dedicada a la producción de antibióticos y que había sido clausurada por sus propietarios. La remodelación de la planta (la inauguración de las nuevas instalaciones se realizó el 9 de noviembre de 1984) permitió al Centro contar con una ampliación de sus laboratorios y bioterios, pero tam-

bién de los locales para el centro de documentación, para el manejo de programas informáticos avanzados y para la docencia. La microbiología de alimentos también pudo ampliar sus laboratorios (el Dr. Quevedo fue designado en Ginebra para continuar su labor en el ámbito mundial).

Durante 1984 el Representante en Argentina, Dr. Pedro Acha, se hizo cargo de la Dirección, que entregó al fines de ese año al Dr. Joe R. Held. A partir de esa época el plantel de personal nacional, que se restringía en general a técnicos, se amplió a profesionales.

La iniciación de una línea de investigación sin haber informado a las autoridades argentinas derivó en una severa protesta del Gobierno. El Dr. Held dejó la Dirección y fue reemplazado por el Dr. Elmer Escobar. Durante esos años se recuerda la labor de coordinación realizada por el Dr. Jorge Escalante. La renegociación con Argentina significó la introducción de cambios en la misión y la asignación de una nueva y mayor prioridad a la protección de alimentos, lo cual indujo a la Organización a terminar las actividades de CEPANZO, las cuales se integrarían en las asignadas a una nueva institución, el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ). Tanto el CEPANZO como el INPPAZ significan una importante inversión en plantas físicas, equipos de alta tecnología y colecciones documentales, pero sobre todo, en recursos humanos especializados que a veces son desaprovechados u obligados a rendimientos bajos como consecuencia de interrupciones temporales del flujo de los fondos que requiere su funcionamiento. ■

La cooperación técnica en rehabilitación

La cooperación internacional en rehabilitación se inició en 1956, a raíz de la epidemia de poliomielitis aguda ocurrida ese año y continuó desde entonces. El testimonio de la Dra. Alicia Amate es, como ella, vital y fervoroso.

La raíz de su vocación está en la infancia, cuando le diagnosticaron una enfermedad poco conocida entonces, que consistía en falta de osificación en las rodillas. Durante el largo tratamiento que recibió maduró en ella la vocación por la medicina.

Se recibió en 1955 y enseguida empezó a trabajar en la cátedra de Traumatología y Ortopedia, que funcionaba en el Hospital Durán. “En esa época éramos muy pocas mujeres las que nos dedicábamos a esa área”.

Las observaciones de aquella época todavía son una viva referencia para la doctora Amate. La historia de una niña que tuvo a su cuidado le reveló la orientación de su carrera. “Victoria venía desde Misiones, había tenido un accidente andando en sulky. Hubo que hacerle muchas operaciones. Mi tarea fue cuidar de ella durante una extensa internación. Un día me dijeron que era tiempo de darle el alta... Me quedé sin palabras. Después de tanto sacrificio se la dejaba ir cuando ella todavía no podía usar un brazo. Sentí una profunda desazón. La profesión que había elegido no era lo que creía que debía ser”.

La inquietud no cesaba. “De repente vi la realidad en el quirófano. Mi opción era ser igual a los médicos que me rodeaban, y no me gustaba, oirme”. Un amigo suyo que volvía de estudiar en Estados Unidos le dio la respuesta que buscaba: “Lo que yo quería hacer se llama-

ba Rehabilitación y decidí ir a la Universidad de New York para especializarme”. Viajó en 1957, cuando en la Argentina todavía afectaba la epidemia de poliomielitis. “En la universidad un doctor me recibió diciéndome: ‘Alicia, la estábamos esperando. Conocemos el impacto que tiene la polio en su país y usted tiene que dedicarse a tratar ese problema’. Con esa frase definió mi destino. Hice la residencia en Medicina Física y Rehabilitación. Trabajé un año casi exclusivamente con polio, era la época en que empezaba a utilizarse la vacuna de Sabin. Volví al país y comencé mi tarea en el Instituto Nacional de Rehabilitación y, a su vez, en la Asociación de Lucha contra la Parálisis Infantil (ALPI)”.

Amate reconoce que “lo más importante que aportó la OPS en materia de Rehabilitación fue el asesoramiento de expertos para el desarrollo de las escuelas de Terapia Ocupacional y de Ortesis y Prótesis. Pero también promovió la formación de los profesionales argentinos en el exterior”. En una segunda etapa del desarrollo de la Rehabilitación en la Argentina tuvieron gravitación tanto la doctora Amate como el doctor José Cibeira, ambos especializados en los Estados Unidos.

“La rehabilitación en la Argentina comienza temprano en el siglo, con el Patronato Nacional de Ciegos y la Coordinación de Obras de Rehabilitación del Cardíaco (Cordic). Incluso

en la Colonia Montes de Oca —que fue un orgullo cuando se creó porque fue uno de los primeros lugares en los que se atendió a los enfermos mentales en forma holística—, se buscó una salida a través del trabajo. Ese es el espíritu de la rehabilitación”.

Otro hito que señala Amate es la creación de ALPI en 1943. “Es el mejor ejemplo de lo que debe ser una obra no gubernamental. Señala la importancia de la colaboración comunitaria. Cuando estalló la epidemia de poliomielitis en 1955 en este país no había nada para hacerle frente. ALPI se organizó para eso. Un grupo de mujeres que estaban en muy buena situación económica, cuyos hijos habían sido afectados por la polio decidieron organizarse para ayudar a los niños que no tenían recursos y lo hicieron junto con Marcelo Fitte, jefe de servicio del Hospital de Niños de Buenos Aires. Con donaciones lograron comprar una casa para donde se atendiera a los enfermos locomotores. Después se sumaron Luis Alberto González, la doctora Albino y la doctora Gwendolyn Shepherd. Pero ALPI no daba abasto para satisfacer todas las necesidades. Entonces el salvavidas fue la ayuda internacional. Vinieron las primeras terapistas norteamericanas. Aquí no sabíamos ni siquiera cómo manejar pulmotores”.

“En marzo de 1956 se creó la Comisión Nacional de Rehabilitación (CNR). En lo que entonces era la ciudad infantil se internaban niños, adolescentes y jóvenes con secuelas de poliomielitis, y en la ciudad estudiantil se instaló el centro operativo de la comisión. Se observó la necesidad de crear escuelas para formar profesionales. Recibimos ayuda del gobierno de Inglaterra y de Naciones Unidas. Llegó a la Argentina Miss Mac Donald, quien creó la primera Escuela de Terapia Ocupacional del Continente. “A medida que se formaban los profesionales se organizaban los servicios de terapia ocupacional de muchos lugares, incluso en los hospitales Borda y Moyano. Desde

el principio la escuela trabajó en dos campos de la terapia ocupacional: el físico y el mental. Después incluyó el aspecto laboral”.

A principios de los años sesenta se creó la Escuela de Ortesis y Prótesis, la primera de América Latina. Entonces la OPS ofreció asesoramiento y pasantías para obtener capacitación en el exterior. Entre 1960 y 1985 muchos profesionales fueron beneficiados con ese intercambio”.

“La institución causó fuerte impacto porque hasta ese momento quienes hacían ortesis y prótesis se formaban con un criterio muy antiguo en una escuela que dependía de la Municipalidad de Buenos Aires. Antes se utilizaba la tecnología que había quedado de la Primera Guerra Mundial. No se fabricaban aparatos ni livianos ni funcionales para los enfermos de polio. No había una verdadera relación entre los que diseñaban esos instrumentos y los médicos. Los que viajábamos permanentemente a Estados Unidos y veíamos los adelantos técnicos queríamos conseguir aparatos más funcionales también la Argentina. Pero para eso había que traer nuevos profesores a la Escuela de Ortesis y Prótesis. La OPS envió a Eric Jensen y después a Rudolf Thyss. Esos profesionales se quedaban por años y se integraban a la institución. De ahí la importancia del apoyo que brindaba la OPS”.

“Cuando fui Directora Nacional de Rehabilitación —a mediados de la década del setenta— me dediqué a la Atención Primaria (participé de la reunión de ministros de Salud en Alma Ata). Las experiencias que se desarrollaron durante mi gestión dieron muy buenos resultados, al punto que, a través de la OPS muchos profesionales de América Latina vinieron a observarlas”.

“Tecnifiqué lo que se hacía. Logramos la regionalización del país, agrupando los recursos disponibles para rehabilitación y categorizando los servicios. Lo más importante es que yo trabajaba con las provincias, y una vez por

año reunía a los representantes de todas ellas para que me plantearan qué había que resolver. Nunca hice nada que no estuviera consensuado. La regionalización, la rehabilitación con base en la comunidad e incluso la Ley de Protección a la Discapacidad surgieron de un fructífero intercambio. Pero con el tiempo mucho se ha perdido.”

Amate lamenta que no perdurara la regionalización, “que hubiera permitido armar una red de complejidad creciente, y contar con grandes institutos distribuidos por todo el país para que la gente no tuviera que recorrer grandes distancias”.

Entre 1984 y 1994 trabajó en Washington como Asesora Regional en Rehabilitación con Base en la Comunidad. En ese lapso Amate organizó la versión latinoamericana del Manual de Rehabilitación Basada en la Comunidad, cuyo original había sido elaborado por la Organización Mundial de la Salud. “Y pensar que un médico argentino me dijo... ‘Pero doctora... nuestro país está para cosas más importantes’. Ese proyecto surgió en 1976, cuando la OMS congregó a especialistas de todo el mundo para evaluar si lo que se hacía era eficaz o no. Se llegó a la conclusión de que no se lograba cubrir ni el 2% de la demanda, que estaba altamente concentrada en los centros urbanos. La atención no abarcaba todos los problemas porque estaba enfocada desde el punto de vista médico más que social. Sin embargo, había profesionales que tenían experiencias creativas en la resolución de las necesidades comunitarias. Esas historias fueron recopiladas y distribuidas como ejemplos a promover. En nuestra región la experiencia se aplicó en México y en la Argentina (en las provincias de Jujuy, La Rioja y Neuquén, que tenían buenos planes de atención primaria de la salud y excelente personal en rehabilitación). Esta labor perdió continuidad pero, al menos, quedó gente formada. El cuadernillo estaba destinado al responsable del área de re-

habilitación nacional, provincial y municipal y tenía por objetivo la formación de un supervisor (que generalmente era un terapeuta ocupacional que se encargaría de capacitar a los agentes sanitarios y a las familias). La estrategia consistía en averiguar los problemas de salud más frecuentes en una comunidad para resolverlos en una instancia de menor complejidad. De esta manera logra solucionarse el 40% de los casos”.

Desde Washington Amate trabajó “con los países que más necesitaban ayuda”. Focalizó en Cuba y en Nicaragua (donde obtuvo ayuda de Finlandia y otros países escandinavos).

La rehabilitación basada en la comunidad —se advierte en “Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud”, editado por la OPS en 1993—, considerada por algunos como tecnología y por otros como estrategia, fue diseñada como una respuesta “a la falta de equidad, al desequilibrio entre la oferta y la demanda, y la escasa capacidad resolutive del sistema de salud”. El sentido de esta modalidad se explica por el contraste entre los servicios de rehabilitación actuales y lo que se propone. La centralización de la atención a los discapacitados en instituciones sin proyección a la comunidad, que se organizan en base a la oferta no a las necesidades sociales, que están orientados por sesgos profesionales (en la utilización de procedimientos y equipos foráneos y en la medicalización a ultranza del servicio) “no conforman una estación de un sistema, es decir, no contemplan la referencia y contra referencia como una modalidad de eficiencia técnico-administrativa. Por lo mismo, no se integran a otros programas dentro o fuera del sector”.

El reverso de un modelo de organización falto de equidad se genera en el seno de la misma comunidad. “Se basa en las necesidades de las personas y busca la resolución de problemas y no la aplicación de una técnica o el ejercicio de una profesión. Utiliza los recursos locales y

la tecnología autóctona. La referencia es un componente propio de la rehabilitación con base en la comunidad por lo cual se constituye en un nivel de un sistema que busca la intersectorialidad y se integra en programas de desarrollo de la comunidad”.

Amate hace un diagnóstico de los problemas actuales. Su lectura de la realidad muestra lo que todavía resta hacer. “El problema está en que ninguna facultad enseña lo que es rehabilitación. Y en creer que para ejercer la rehabilitación se necesita plata, que sólo se debe practicar en institutos de alta complejidad. La rehabilitación debe estar presente en los hospitales, pero no hay ninguno que la incluya en un servicio, salvo los hospitales de las Fuerzas Armadas y los privados. Se trata de entender que la rehabilitación también es una responsabilidad de los profesionales de la salud”. La evaluación de Amate coincide con lo que la OPS señala desde hace muchos años: “Si el

servicio de salud no incluye las necesidades funcionales de la población atendida no podrá hablarse de su efectividad y mucho menos de su equidad, ya que margina a un número importante de personas que presentan deficiencias, discapacidades y minusvalías”.

“A la escasez de servicios de rehabilitación debe sumarse la frecuente utilización irracional de modalidades terapéuticas y diagnósticas que no hacen más que agravar la ineficiencia y la falta de efectividad. Resulta entonces imperioso reestructurar el sistema, no sólo innovando en la modalidad de prestación sino también asegurando el control de calidad”.

Amate se desempeña en la actualidad como profesora de la Universidad del Salvador. Ha participado en las carreras de Terapia Física, Terapia Ocupacional, Musicoterapia y Profesorado de Sordos desde su creación. Ahora prepara una maestría para todos los profesionales que tienen relación con la Rehabilitación. ■

La cooperación técnica en la lucha contra los vectores de enfermedades

Se ha señalado que la lucha antivectorial tiene una larga tradición en el país. El Informe de los Consultores Internacionales de 1957 señaló la necesidad de continuar y profundizar estas actividades, lo cual las convirtió en el sujeto de numerosas actividades de cooperación técnica. El Dr. David Becker⁵ nos cuenta algunos de los hechos relevantes de ese proceso.

Becker recuerda que alrededor de 1956, con la colaboración de OPS, se desarrollaron programas de salud en las áreas rurales de Chaco, Jujuy y San Juan. “Ese fue el prolegómeno de la introducción de la atención primaria de la salud. Con la participación de la comunidad, el hospital era el organismo de referencia y de

control, pero también de educación de los agentes comunitarios”, describe.

En 1959, por convenios con la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial

⁵ En 1956 obtuvo el título de médico en la Universidad de Buenos Aires y en 1960 el de médico sanitarista en la Universidad de San Pablo (Brasil). En 1971 se desempeñó como jefe

de la Salud el gobierno argentino se instrumentó el Programa de Erradicación del Paludismo. Esa tarea se basó en varios tipos de acciones: el uso de insecticidas de acción residual para rociar las casas ubicadas en la región palúdica cada seis meses para lograr la interrupción de la cadena de transmisión, matando los mosquitos cuando se posaban sobre las paredes cargadas del producto químico; el agotamiento espontáneo de los parásitos del paludismo en el organismo del hombre, y el uso de medicamentos para lograr la curación radical de los enfermos.

Los funcionarios dedicados a este trabajo aclaran que no se pretendía la eliminación total del mosquito vector porque “no todos los ejemplares que constituyen una especie entran a las habitaciones del hombre para alimentarse y reposar, algunos tienen costumbres silvestres y se alimentan de sangre de animales”.

“El mosquito se desarrolla en aguas limpias de vertiente, ríos y arroyos, hasta una altura de 1500 metros en zonas de pedemonte”, de ahí la imposibilidad de exterminarlo. En la Argentina, “el agente etiológico es el *Plasmodium Vivax*, que es crónico pero no letal. Está demostrado que por acción inmunológica del organismo, sin tratamiento con drogas, el parásito desaparece antes de los cuatro años”.

Señala Becker que el doctor Carlos Alberto Alvarado inició la lucha antipalúdica en Jujuy durante la gestión de Ramón Carrillo⁶ y logró controlar la enfermedad en el Noroeste.

“En todo el norte argentino la endemia palúdica había tenido en el pasado gran incidencia, alcanzando cifras de morbilidad de hasta 20.000 casos por año hasta el desarrollo del programa de erradicación con el advenimiento de los insecticidas de acción residual”, señala la Guía de Paludismo, elaborada en 1981 por el Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente. Los técnicos reconocen en el país dos áreas palúdicas: la del Noroeste (que cubría alrededor de 170.000 kilómetros cuadra-

dos y abarcaba parte de Salta, Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero, Catamarca, y una porción de La Rioja, San Juan, San Luis y Córdoba) y el Noreste, que incluía Formosa y parcialmente Chaco, Corrientes y Misiones. En la primera zona, el paludismo es endémico, mientras que en la segunda es epidémico.

Hasta 1974 el control del paludismo se realizó en base a la lucha antilarvaria, el tratamiento de los enfermos detectados y una profusa distribución gratuita de medicamentos. El DDT (Dicloro-difenil-tricloroetano) transformó la estrategia de lucha al proteger al hombre con rociados intra domiciliarios de insecticidas de acción residual que, por seis meses, eliminaban al mosquito, interfiriendo la transmisión a nivel del vector adulto, y posibilitando la cobertura de extensas zonas. “Por consejo de los organismos internacionales, a partir de los ochenta se usaron insecticidas piretroides en reemplazo de los insecticidas clorados, pues los primeros tienen buena acción residual y repelente, y son atóxicos”, acota Becker.

El informe del grupo de trabajo para el estudio de la situación epidemiológica del paludismo en la Argentina, de abril de 1978 —que resultó de un relevamiento efectuado en las provincias de Buenos Aires, Salta, Jujuy y Misiones, por funcionarios de la Secretaría de Salud Pública de la Nación y consultores de la OPS— señaló los problemas que dificultaban

del Departamento de Zoonosis, Reservorios y Vectores de la Secretaría de Salud Pública de la Nación y entre 1972 y 1977 fue asesor de esa dependencia. De 1978 a 1981 estuvo a cargo de la Dirección Nacional de Promoción y Protección de la Salud, de la Secretaría de Salud Pública. Poco después fue jefe del Departamento de Vigilancia Epidemiológica e Inmunizaciones del Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente. De 1982 a 1988 encabezó la Dirección Nacional del Servicio Nacional de Chagas, del Ministerio de Salud y Acción Social. Hasta 1994 fue asesor de Epidemiología del Instituto de Zoonosis Luis Pasteur. Fue además consultor temporario de la OMS y la OPS.

En 1988 recibió el Premio Dr. Roberto Vaccarezza de la Academia Nacional de Medicina, por la investigación “Los vectores de la enfermedad de Chagas en la República Argentina”.

⁶ Detalles sobre las actividades de Alvarado desde los años treinta pueden encontrarse en la Primera parte de esta obra, en el capítulo 3

el progreso del programa de lucha e incluyó algunas recomendaciones. En este trabajo participó activamente David Becker, quien recuerda el valor de la experiencia y del documento que resultó de ese viaje.

En primer lugar, los técnicos indicaban que la “ruralización del paludismo” (dispersión de la población y dificultad para acceder a lugares alejados) complicaba las operaciones anti-palúdicas. “No existe en el país paludismo inaccesible, pero el hecho citado encarece la evaluación y el ataque, al requerir medios de transporte más costosos y acortar su vida útil con gastos de mantenimiento más elevados. El recurso humano debe aumentarse en proporción a la disminución de su rendimiento por las características del terreno. Estos hechos pueden subsanarse incrementando el presupuesto en la cantidad adecuada”. En segundo lugar, recomendaba un mayor intercambio entre el personal del Servicio de Paludismo y los servicios médico-asistenciales “para estimularlos en la toma de muestras de sangre a los enfermos febriles que acuden a las consultas, manteniéndoles permanentemente informados sobre la situación del paludismo, en relación con la distribución de casos e incidencia de las localidades infectadas”. Por otra parte, recordaban que “la educación para la salud de la población es un factor importante en toda campaña que necesita la colaboración de la comunidad”. Finalmente, sugerían que en los programas de enseñanza de enfermedades transmisibles y de parasitología de las facultades de Medicina y Bioquímica y en los programas de postgrado de Salud Pública, “se insista en todos los aspectos relacionados con el paludismo, para reactivar el interés de la profesión médica por esta enfermedad casi olvidada pero que continúa siendo un peligro potencial”.

El grupo advirtió que la escasez de recursos de todo tipo, desde médicos zonales, epidemiólogos y entomólogos encargados de las in-

vestigaciones operativas básicas hasta vehículos adaptables a todo terreno. Reconoció además la necesidad de readiestrar a gran parte del personal existente (“lo cual es difícil por carecer de sustitutos para que las actividades continúen al nivel requerido”) y dificultad de encontrar profesionales para reemplazar al personal que había desertado (básicamente por el desaliento de remuneraciones inadecuadas).

Entre las irregularidades que más afectaban la marcha del programa enumeraban: las demoras en el conocimiento de los montos asignados y el retraso en la comunicación de aprobación o rechazo de las partidas para reforzar el presupuesto asignado.

Los técnicos observaron que, en ese momento, el programa de erradicación había alcanzado avances tangibles: “Extensas áreas de mantenimiento y consolidación y solamente el 3,2% del área originalmente palúdica en fase de ataque”. Sin embargo, aun teniendo en cuenta que la enfermedad no es endémica, “las condiciones de receptividad y vulnerabilidad en que se encuentra el país podrían hacerlo volver a la situación anterior a 1956 si no se toman medidas que permitan asegurar una vigilancia epidemiológica adecuada”.

El grupo subrayó que el principal problema era la importación de fuentes de infección de los países vecinos. “Es indispensable obtener información periódica de los Servicios de Malaria de Bolivia, Paraguay y Brasil, y acordar que las actividades de vigilancia, evaluación y lucha en aquellos países, se realicen en forma homogénea y con igual intensidad que las que se llevan a cabo en territorio argentino. El grupo considera que la OPS/OMS podrá colaborar efectivamente en la coordinación de estas actividades”, comentaban.

En opinión de Becker “la lucha antilarvaria no sirvió para nada. La OPS/OMS determinó la necesidad urgente de establecer acuerdos de nivel regional porque los resultados aislados

no eran suficientes para exterminar el paludismo”.

Quizás la advertencia más significativa fuera que para que las actividades antipalúdicas se desarrollen con plena eficiencia, efectividad y eficacia “es necesario desarrollar una voluntad nacional que mantenga la estructura adecuada con respecto a fondos, recursos humanos, vehículos, insecticidas y otros elementos que aseguren el cumplimiento de los objetivos y metas del programa”.

La crítica del Dr. Becker señala lo que resta por hacer. Es partidario de que la lucha contra enfermedades vectoriales sea parte de la atención primaria de la salud. “La integración de la comunidad con los servicios formales de la salud es imprescindible para asegurar su participación en la planificación, organización, ejecución y evaluación de la atención médica”. En este sentido, recuerda los principios que resultaron de la Conferencia de Alma-Ata en 1978: la colaboración intersectorial, la participación de la comunidad, una distribución equitativa de los recursos sanitarios y de otra naturaleza y la necesidad de prestar atención a las actividades en el punto de contacto entre el individuo y los servicios de salud. En el caso del paludismo,

Becker destaca que el grupo de estudio de la OMS, reunido en noviembre de 1983 en Ginebra, señaló que es necesario pasar de una estrategia de erradicación en un tiempo limitado a una política de lucha antipalúdica, de manera que los países deberán incluir estas actividades en un contexto más amplio de atención de la salud; para mejorar el empleo de los servicios de salud existentes; la infraestructura sanitaria requiere una reorientación hacia la estrategia de participación comunitaria, y fortalecer la formación en paludismo.

La lucha antivectorial no se limita al combate contra la propagación de la malaria: en 1961 el Servicio Nacional de Lucha contra la Enfermedad de Chagas fue organizado vertical-

mente para la realización de las fases de ataque y de consolidación. Becker señala el alcance de ese trabajo: “A pesar de los múltiples avatares económicos, administrativos y técnicos, en áreas de elevada infestación triatomínica domiciliaria y alta prevalencia chagásica se logró el control del vector domiciliario, interrumpiéndose de esta forma la cadena de transmisión y evitándose la ocurrencia de nuevos casos agudos de la enfermedad. Sin embargo, debe señalarse que los resultados obtenidos no siempre perduraron en forma significativa a través del tiempo”.

Becker concluye que “esta estructuración vertical del servicio prácticamente determinó la pasividad de las diferentes jurisdicciones provinciales al no tener injerencia directa en el problema, dado que los compromisos, aún en aquellos que eran referidos al convenio entre la Nación y la Provincia no eran sustanciales para el desarrollo armónico e integrado del programa. De este modo, salvo excepciones, la participación comunitaria no fue la deseada. La lucha se desarrolló con énfasis casi exclusivo en la eliminación del vector, contemplando, pero no ejecutando acciones relevantes en otros aspectos del programa, que deberían haber sido realizadas por efectores locales”.

A partir de estas consideraciones Becker señala que “el mecanismo más idóneo para el desarrollo de la fase de ataque consiste en transferir la actividad operativa a las distintas jurisdicciones provinciales bajo la modalidad del programa asistido técnica y financieramente por la Nación. De este modo, el Servicio Nacional de Chagas asume la responsabilidad de la planificación, programación, coordinación, supervisión y evaluación, y las provincias la conducción y ejecución de las diferentes actividades”. En su opinión, esta metodología promueve el desarrollo de acciones como el diagnóstico y tratamiento del paciente chagásico, educación para la salud y formulación

de subprogramas para el mejoramiento de la vivienda y el reemplazo de los peridomicilios, con la intervención de organismos intra y extra sectoriales.

Becker aclara que esa estrategia no significa la horizontalización del programa de lucha. “Por el contrario, la incorporación del personal del Programa de Atención Primaria de la Salud y de los municipios permiten el aumento de cobertura pero el organismo efector específico tiene la responsabilidad de la conducción y ejecución con un sentido vertical”. Becker cita un informe sobre la enfermedad de Chagas editado por OMS/OPS en septiembre de 1969, en Washington: “La experiencia de los programas que desarrollan los países demuestra la conveniencia de mantener en un órgano central de normatización, supervisión y evaluación del programa de control de la enfermedad de Chagas e incluso la dirección general del mismo. En base a ello el grupo de estudio estima que aún no debe favorecerse la transferencia de la responsabilidad de las operaciones de campo a las unidades regionales de salud hasta que no se haya alcanzado la fase de vigilancia en las campañas de control [...] Sin embargo no debe desestimarse la válida colaboración de los niveles locales en todas las etapas del proceso, ni dejar de considerar transferencias oportunas de la conducción de las operaciones cuando los servicios periféricos están en condiciones, dispuestos conforme a las normas de actividades destinadas al control de la enfermedad de Chagas”.

A mediados de los ochenta recuerda su participación en un congreso internacional organizado por la OPS en Washington, en el que señaló que después de más de veinte años de actividad, “esta recomendación de OMS/OPS ha sido válida y su adaptación no sólo a la experiencia recogida sino también a nuestro sistema federal de gobierno constituye el medio más idóneo para el control de la endemia chagásica en toda el área”.

Respecto de la persistencia del Chagas en el país, Becker señala que dada la multicausalidad del problema y las posibilidades de reintroducción a través de mecanismos conocidos o desconocidos “será necesario que las acciones estén normalizadas, programadas, supervisadas, controladas y evaluadas por un organismo específico de carácter nacional”.

Por su larga experiencia en la lucha contra el Chagas y el paludismo Becker advierte que es necesario “un sistema referenciado desde el nivel más sencillo, para lograr que la población esté cubierta por programas que tienen metas e indicadores, que pueden ser evaluados y medidos”. También indica que el punto de partida debe ser siempre el diagnóstico. “Si se ignora de dónde se parte no podrá averiguarse cuánto se logró de los objetivos propuestos”.

“Soy un defensor de la atención primaria de la salud. Es imprescindible la extensión de la cobertura para garantizar equidad. Pero los médicos son renuentes a desarrollar actividades de menor complejidad porque aparentemente escapan al academicismo. Se trata justamente de estrategias sencillas para resolver problemas vectoriales, que constituyen la mayor parte de los problemas de salud”. Lamenta que el objetivo de “Salud para todos en el año 2000” terminara siendo una utopía.

El trabajo que se inició en 1961 tomó como modelo la experiencia del doctor Carlos Soler, que dirigía un programa piloto en Villa Mazán, La Rioja. En las provincias de Salta, Jujuy, Catamarca, San Juan, Chaco, Formosa, Tucumán, Córdoba, Santiago del Estero, San Luis y La Rioja se utilizó la misma estrategia: la aplicación de un insecticida de acción residual en las viviendas para la eliminación de la vinchuca.

“Era un programa vertical, dirigido desde Buenos Aires (la centralización no sólo incluía el manejo de personal sino también la administración de los fondos). En algunos lugares se obtuvieron buenos resultados pero inconsistentes en el tiempo por esa falta de

participación comunitaria y de la provincia”. Becker grafica su afirmación. “En Catamarca, por ejemplo, donde se consiguieron buenos resultados, el tratamiento con el insecticida que se utilizaba entonces consistía en dos ciclos de rociado con un intervalo de 90 días. Sin embargo, para alcanzar una baja concentración de vinchucas se necesitó el rociado permanente. El éxito, en esas circunstancias, era relativo porque no se estableció una verdadera vigilancia, para lo cual resulta imprescindible la cobertura. Se disminuyó el número de casos de Chagas, pero no fue tomada en cuenta la influencia del ambiente, ni desde el punto de vista geográfico ni desde el punto de vista sociocultural”. Según narra Becker, hasta los ochenta hubo muy poca participación comunitaria en este programa. “La educación de la salud es todavía una expresión de deseo”, concluye.

Los ejemplos que cita ayudan a entender el alcance de sus comentarios. “En La Rioja había áreas en las que el Chagas estaba instalado en la totalidad de las viviendas. Los pobladores habían plantado olivo y generaban importantes recursos, pero seguían viviendo en ranchos de palo a pique, paja y barro, construcciones ideales para el alojamiento y reproducción de la vinchuca”. Becker subraya que para revertir esa situación era esencial educar. Otra historia es más clara aún. “Cuando se materializó un embalse en la cuenca del Río Dulce, provincia de Santiago del Estero (la más afectada por el Chagas), la población fue trasladada a una zona con agua potable y viviendas de cemento. Seis meses más tarde fuimos a visitar el lugar. Encontramos instalaciones precarias para animales de granja, que constituían su economía de subsistencia. Había chiqueros, gallineros y corrales para cabras, hechas con paja, barro y palo a pique. Allí se alojaba la vinchuca. Además, la gran cantidad de perros fue determinante para la persistencia del Chagas. El Estado no intervino para educar a la comunidad. Si se hubie-

ran reconstruido con alambre y cemento esos peridomicilios se hubiera disminuido la incidencia de la vinchuca”.

“Así y todo —dice Becker— se fueron obteniendo algunos resultados a través de los años, pero no tanto por la denuncia de casos agudos sino por el seguimiento de determinadas poblaciones, como la de los jóvenes que ingresaban al servicio militar”.

A partir de los ochenta “comienza la asistencia técnica y financiera a las provincias para que el personal local efectúe el rociado con insecticida y coloque los censores dentro de la vivienda (una especie de cartón doblado en acordeón en el que caían las vinchucas). A eso se agregó la educación de la comunidad a través del agente sanitario del programa de atención primaria de la salud”.

A estas alturas, Becker subraya que el Estado debe dar jerarquía al problema del Chagas e incentivar la participación comunitaria en la resolución del mismo. “La vigilancia debe ser permanente en el área chagásica y debe continuar a través del tiempo”.

“Nuestras experiencias fueron válidas como las de los demás países de América. Lo valioso fue que, coordinadas por la OPS, tuvieron mayor provecho y sirvieron para reorientar programas y políticas. Por la intervención de la OPS las experiencias se utilizaron en beneficio de todos”.

Finalmente recuerda que la erradicación del *Aedes Aegypti*, a través de acciones de rociado y control de larvas, fue protocolizada en 1965 por nuestro país y la OMS/OPS. (Las acciones para conseguirla se habían iniciado en los años cincuenta.)

El Servicio Nacional de Vigilancia *Anti Aegypti* sigue existiendo. Desarrolló muy buena labor hasta mediados de los setenta, mediante un programa de carácter vertical, con ocho agentes sanitarios para todo el país, que controlaban los aeropuertos y cuando había algún problema, sobrevolaban las áreas de penetra-

ción, limítrofes con Bolivia y Paraguay. No fue posible conseguir el interés de la Nación ni de las provincias para lograr la participación de los agentes de atención primaria de la salud. “Señalé que ese servicio daba una falsa seguridad porque si no era enfocado como parte de la atención primaria de la salud era imposible que alcanzara cobertura. El *Aedes Aegypti* se cría en pequeños depósitos de agua, tan pequeños como un charco.

En las reuniones que se organizaron con personal de la OPS, sanitaristas locales y funcionarios de países limítrofes dije que sería conveniente no tener ese servicio porque daba una falsa seguridad o bien instrumentarlo como correspondía con una estrategia segura, que evitara la reintroducción del *Aedes* en nuestro país. El servicio pertenecía a la Dirección de Enfermedades Transmisibles (de la que Becker formaba parte), posteriormente

llamada Departamento de Zoonosis, Reservorios y Vectores.

Anticipé que se iba a reintroducir el *Aedes* porque algunos países limítrofes ya lo tenían. Reapareció por los ochenta y en forma marcada en los noventa, incluso llegó a la provincia de Buenos Aires y la Ciudad de Buenos Aires. ¿Qué se hace hoy? “La búsqueda permanente del *Aedes*, la identificación de focos en forma continuada y el diagnóstico temprano de las patologías que puedan parecer dengue. Pero una vez que el *Aedes* está se hace muy difícil efectuar un control. Asesores de la OPS señalan que los servicios de vigilancia deben tener cobertura permanente y sistemática de la patología porque vigilar no es controlar. Tanto la difusión del dengue como la urbanización de la fiebre amarilla son eventualidades que no se pueden descartar en lo absoluto y esta es una advertencia muy grave. ■

La cooperación técnica para la lucha contra la fiebre aftosa

Se ha mencionado que por solicitud de la OEA la Oficina Sanitaria Panamericana se involucró en la lucha contra la aftosa en el continente. En Argentina la presencia de esa epizootia desde fines del siglo pasado representó un inconveniente para la producción y la comercialización en el exterior de las carnes argentinas, renglón importante de las exportaciones. Las características del combate contra la enfermedad en el país, el recuerdo de la cooperación técnica recibida y los avatares del proceso son recordados por el Dr. Héctor Aramburu⁷

Nos cuenta el Dr. Aramburu que poco después de graduarse de veterinario ingresó al Instituto Nacional de Fiebre Aftosa, “creado para desarrollar investigaciones propias, reproducir y confirmar ajenas y mantenerse al

día en el conocimiento de la enfermedad”. Fue enviado al exterior para trabajar en des-

⁷ Médico veterinario, asesor de la Fundación Argentina para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (FADEFA) y miembro de la Academia Nacional de Agronomía y Veterinaria.

tacados laboratorios productores de vacunas antiaftosa.

“La República Argentina, país productor y exportador de carnes tuvo siempre dificultades, mayores o menores, para acceder a ciertos mercados con determinados productos cárnicos, debido a tener fiebre aftosa enzoótica en su territorio, aunque no en su totalidad”, señalaba Aramburu en una reseña escrita en 1996. El técnico recuerda que la enfermedad fue importada a la Argentina en 1870, por vía de los vacunos de raza, que en gran número provenían de Europa, especialmente de Francia e Inglaterra. “El país se vio inmerso en la oleada patológica, contribuyendo en gran medida el sistema argentino de cría-engorde que entraña numerosos traslados de ganado”.

Con la prohibición de Inglaterra de importar animales en pie procedentes de la Argentina, tras comprobarse que habían causado brotes aftósicos en ese país, en 1901 se inició una larga historia de tropiezos —describe Aramburu— y por esa misma causa, en 1928 se puso en marcha el convenio Bledisloe, “que legislaba sobre el origen y revisión de la hacienda, la desinfección de los medios de transporte y empacado, incluso sobre el salario del personal...” Esa norma dio origen a una verdadera red de veterinarios regionales, logropreciado por técnicos y productores ganaderos.

Poco antes (en 1927), Estados Unidos prohibió la entrada de carnes frescas de la Argentina y de otros países con fiebre aftosa, permitiendo sólo la entrada de carnes cocidas y enlatadas. Con el descubrimiento de la larga persistencia del virus y su muy alta concentración en, por ejemplo, la médula ósea, se suspendieron las compras de carnes con hueso y de ciertas vísceras congeladas y se reconoció el valor de la maduración para asegurar la acidez post mortem (que destruye el virus).

En 1959 Estados Unidos prohibió la importación de carnes vacunas curadas “pues se demostró pues se demostró que el virus aftósico

podía sobrevivir al proceso, no en las carnes, pero sí en los ganglios. Era anteriormente un comercio floreciente que, al cesar, trajo impensadamente algunos dones como la vacuna oleosa, las carnes cocidas y la científicamente demostrada indemnidad de Tierra del Fuego”. “En 1962 se formaron dos grupos científicos, uno argentino (del que yo formaba parte) y otro estadounidense, que debían dirimir sobre la situación epidemiológica”, recuerda. “Como se trataba de un asunto de las Américas intervino el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, del cual el Dr. Henderson era director. El me había recibido en Inglaterra en 1945, donde trabajé algunos meses en el Instituto Federal de Vacunas (primer laboratorio internacional que fabricaba vacunas antiaftosa)”.

Los estudios fueron focalizados en la isla de Tierra del Fuego, donde había unos 600.000 ovinos y alrededor de 4000 vacunos. “Se tomaron muestras de sangre de 12.000 ovejas para averiguar si había anticuerpos, lo que probaría la presencia o ausencia de la aftosa en algún momento. El Centro Panamericano planeó el catastro serológico antiaftósico y yo fui el responsable de llevar adelante la tarea. Para eso buscamos estudiantes de veterinaria de distintas provincias y los adiestramos para esa tarea. El resultado final indicaba que ni en ese momento ni en el pasado inmediato había habido fiebre aftosa en la isla. Y si se tiene en cuenta que está rodeada de aguas profundas, el paso entre el continente y la isla podía ser controlado”.

También el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa investigó el problema de la carne curada, “producto primitivo que interesaba a las fábricas norteamericanas para mezclarlo con buena carne local y así obtener un insumo in-

Reconocido como uno de los técnicos que más conoce la evolución de la enfermedad en la Argentina, Aramburu evalúa hoy los aciertos y errores en la política sanitaria. Su postura crítica significa un valioso aporte a la comprensión pública del problema. Es testigo calificado de la cooperación del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa.



Aftosa en la Argentina

dustrial. No se trataba ni de cuadriles ni de mondongos ni de hígados, eran trozos de carne ordinaria con sales para hacer el curado, que eran enviados en barriles”.

A raíz de la prohibición de ese producto en Estados Unidos, se planearon experimentos para demostrar la ausencia o presencia de aftosa tras el proceso de curado en esas carnes que provenían de animales vacunados. Era necesario comprobar si la exportación de ese producto podía provocar un desastre sanitario en Estados Unidos o no. Una parte del trabajo se hizo en el Instituto de Fiebre Aftosa, que dependía del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA)”.

Esa experiencia quedó retratada en un libro: “Estudios de fiebre aftosa”.

Sin embargo, poco duró aquella comprobación. Dos años más tarde —recuerda Aramburu—, “se incurrió en la imprudencia de ingresar vacunos desde la provincia de Buenos Aires para mejorar el rodeo de una estancia

fueguina. La isla perdió entonces su condición de libre de aftosa. Se mataron alrededor de 1600 animales. Pero en ese episodio no tuvo participación ni tampoco el INTA porque aquí todo cambio de Gobierno supone además un cambio de los equipos técnicos, no importa cuán eficientes hayan sido. En el exterminio intervino el Servicio de Lucha Sanitaria (SELSA), que fue el antecedente del Servicio Nacional de Calidad Agroalimentaria (SENASA)”.

Aramburu señala que en ese tiempo, cuando los resultados de las investigaciones jugaban un papel determinante en materia de comercio de carnes, el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa becó a muchos jóvenes profesionales argentinos para perfeccionarlos en Río de Janeiro.

Entre los tropiezos que reconoce Aramburu hay otro no menos importante: el embargo que dispuso Inglaterra a las carnes bovinas, porcinas y ovinas argentinas, cuando en

1967/68 se produjo un fortísimo brote de aftosa en ese país y debieron sacrificarse 440.000 animales. El hecho fue atribuido, aunque quedó sin demostrar, a carne ovina argentina. Esto significó también un refuerzo de las recomendaciones del convenio Bledisloe y mayores especificaciones técnicas derivadas de las investigaciones acerca de la supervivencia del virus en la carne y las vísceras.

“El gran obstáculo permanente ha sido y es la cerrada negativa de ciertos países libres de la enfermedad a recibir carnes argentinas crudas, frescas o congeladas”, advierte.

Entre los hechos trascendentes de la historia de la aftosa en este país, Aramburu señala la sanción de la Ley de Policía Sanitaria Animal en 1900 (“que aparte de ser un primor jurídico, considera que la enfermedad es denunciabile y es de tal amplitud que siempre es actual) y la puesta en vigencia de la Ley 24.305, dedicada a la lucha contra la Aftosa, desde 1993. También indica la obligatoriedad de la vacunación en 1959/60 y el trabajo del INTA para desarrollar en 1972 una vacuna con coadyuvante oleoso, similar a la que ya se había logrado en Estados Unidos. “Esa vacuna fue probada a gran escala por iniciativa de la Fundación Argentina de Erradicación de la Fiebre Aftosa (FADEFA), con irrestricto apoyo del Ministerio de Agricultura, en el denominado Plan Hipólito Irigoyen, entre 1974 y 1976”. La vacunación se aplicó a unos 200.000 vacunos, cerdos y lanares. Se obtuvo una excelente colaboración de los productores ganaderos y se prestó especial atención a la conservación de la vacuna por medio de una rigurosa cadena de frío. “Debe destacarse que el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa prestó gran colaboración, involucrándose en el estudio y que el mismo fue un espaldarazo para la vacuna oleosa. Este hecho dio lugar a numerosos trabajos de investigación”.

En los noventa se logró la cobertura del 90% de la hacienda y en muchos lugares se superó

esa cifra. El protagonismo de los mismos productores posibilitó el pasaje de un plan de control a un plan de erradicación, entre 1990 y 1997. Dada la favorable situación epidemiológica se iniciaron las negociaciones con países del circuito no aftósico, para poder iniciar las exportaciones de carne.

El 30 de abril de 1999 el presidente de la Nación, Carlos Menem, y el titular del SENASA, Luis Barcos, participaron de la que se había decidido fuese la última vacunación. Voces de alerta señalaban entonces el peligro de suspender la vacunación para alcanzar la situación de “libre de aftosa sin vacunación”: la posibilidad de perder todo lo ganado. “Ese será un momento crucial, un grave compromiso, en el que la lucha activa será suplantada por la pasiva y en la que la vedette, no será ya la vacuna sino el libro de las reglamentaciones y disposiciones profilácticas, no siempre más fácil esto que aquello y sin olvidar que el rifle sanitario estará muy a la mano. De todas maneras deberá ser muy estudiado antes de ponerse en práctica”, advertía Aramburu en 1996.

“El mismo día que se proclame el nuevo status y mejor aún si es antes, deben estar listos todos los sistemas de defensa, todos los planes de contingencia, todos los fondos que puedan necesitarse y bien asumida la responsabilidad de tan serio y trascendente paso como es el cesar, levantar y prohibir la vacunación”, comentaba Aramburu desde la revista de Medicina Veterinaria en 2000.

“La aparición de un brote aftósico —agregaba—. más si surge cuando la Argentina ha asumido exigentes compromisos comerciales, traería no sólo un evidente descrédito internacional sino también graves pérdidas, llevaría al país a una situación de retroceso sanitario de imprevisible magnitud y duración y naturalmente induciría a un descrédito profesional inocultable. En fin, una crucifixión”.

A fines de mayo de 2000, la OIE declaró a la Argentina como país libre de fiebre aftosa sin

vacunación. En agosto de ese mismo año reapareció la enfermedad animal. En febrero de 2001 el Gobierno admitió que vacunaría contra la aftosa. Poco después se perdió el status sanitario duramente conquistado y se cerraron los mercados más importantes: Estados Unidos y Europa.

Mediante un comunicado FADEFA señaló: “La actual emergencia es el resultado de una suma de imprevisiones por parte de las autoridades sanitarias, entre las que se destaca la demora en la implementación del cronograma de medidas preventivas oportunamente acor-

dadas a nivel de la Comisión Nacional de Lucha contra la Fiebre Aftosa... En la evaluación de cómo enfrentar dicha emergencia ha primado el concepto del interés político sobre el técnico... Se ha desestimado el trabajo en conjunto entre los distintos organismos técnicos oficiales y con el sector privado de la producción, herramienta que fuera fundamental en el logro de la erradicación de la fiebre aftosa”. “Advertimos que el país no estaba preparado para mantener la condición sanitaria que había conquistado en mayo de 2000”, subraya aún hoy Aramburu. ■

La respuesta de la cooperación internacional frente a enfermedades nuevas

La cooperación internacional es fundamental para que los países puedan afrontar enfermedades nuevas. Es el caso con el Síndrome de Inmunodeficiencia humana adquirida (SIDA). La Dra. Mercedes Weissenbacher⁸, Directora Científica del Centro Nacional de Referencia para el SIDA, que depende de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, relata:

“A mediados de 1981 el CDC (Centro de Control de Enfermedades, de los Estados Unidos) editó un pequeño trabajo en el que comunicaba la aparición de una extraña enfermedad en hombres que tenían sexo con hombres. Había manifestaciones extrañas para jóvenes, como neumonías, y se desconocía qué las originaba. Se diagnosticaron cada vez más casos y finalmente se hizo la descripción clínica. En 1982 se le dio el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y se describieron los tres mecanismos de transmisión: sexual, por sangre, y de la madre al hijo. Teníamos una larga trayectoria en investigación en virología. Cuando Montaner en Francia (1983) y Gallo en Estados Unidos (1984), esta-

blecieron la etiología viral del SIDA, el tema empezó a llamar la atención de los virólogos.

⁸ Inició su formación en Microbiología con el doctor Miguel Angel Etcheverry en el Laboratorio Central del Hospital Rivadavia. Se graduó de médica en 1963 y comenzó a investigar la Fiebre Hemorrágica Argentina junto al doctor Armando Parodi, en la cátedra de Microbiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Años más tarde, fue becada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet) para continuar esa tarea. Desde 1969 investigó sobre el tratamiento de virus oculares en el New York Medical College, de los Estados Unidos. Entre 1984/88 organizó y dirigió un grupo de estudio dedicado a infecciones respiratorias agudas en pediatría, con la cooperación de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos, y en coordinación con cuatro centros de atención pediátrica de la Ciudad de Buenos Aires. De 1987 a 1990 desarrolló y coordinó un laboratorio de diagnóstico e investigación sobre VIH/SIDA en el Departamento de Microbiología de la Facultad de Medicina de la UBA. Entre 1990 y 1993 coordinó la investigación sobre VIH/SIDA en América Latina, como Investigadora Principal del Programa de SIDA de OPS/OMS en

En 1985 encontraron metodología para realizar el diagnóstico de infección por HIV, detectando anticuerpos en el suero de la persona que se estima está infectada.

“Enviamos personal al exterior para capacitarse y en 1986 ya hacíamos diagnósticos aquí. Se generó una fluida interacción con los médicos clínicos. Ellos sospechaban de un caso y nosotros lo estudiábamos en el laboratorio. Por entonces los diagnósticos no tenían el nivel de precisión actual, se registraban muchos falsos positivos. Había que hacer un trabajo detectivesco con el médico clínico. Se averiguaban los antecedentes epidemiológicos de la persona, si tenía o no factores que aumentaran su riesgo —como uso de drogas inyectables, haber recibido una transfusión de sangre, hombres que tengan sexo con hombres—. Empezamos a interesarnos cada vez más y, de esta manera, formamos un equipo de trabajo al que se integraban cada vez más profesionales. Estudiamos las poblaciones más vulnerables y logramos demostrar que el número de personas infectadas sin síntomas de SIDA era mayor que el estimado. Eso sirvió para que el Gobierno le diera importancia al tema.

“En la Argentina el primer caso de SIDA en la Argentina se diagnosticó en 1982, en el Hospital Fernández. Después se detectaron dos casos más en el Hospital Muñiz. Las estadísticas indicaron después que los hombres que mantenían relaciones sexuales con hombres ocupaban el primer lugar, que a ellos les seguían los usuarios de drogas inyectables y, finalmente, las mujeres que se infectaban de éstos, o de hombres bisexuales por vía sexual o por transfusiones de sangre. Como consecuencia, alrededor de un tercio de los niños que nacían de mujeres infectadas contraían el SIDA durante la gestación o el parto, o por la lactancia”.

Weissembacher recuerda que “en noviembre de 1986 nació el primer niño de una madre

con SIDA. La mujer estaba internada en el Hospital Muñiz, donde no había facilidades óptimas para atender un parto con cesárea. Fue imposible conseguir que otros centros de salud la recibieran y al final se hizo la cesárea allí. Después no se lograba que alguien aceptara al niño. Entonces el Secretario de Salud de la ciudad de Buenos Aires lo llevó personalmente a la Casa Cuna, donde se hicieron cargo del recién nacido. A partir de entonces los hospitales y las maternidades empezaron a aceptar los casos de SIDA”.

La especialista reconoce que el comienzo fue difícil por el fuerte rechazo inicial de los profesionales, que fue necesario vencer.

“En el Centro Nacional de Referencia para el SIDA trabajábamos fundamentalmente con los médicos clínicos y los epidemiólogos. Al mismo tiempo otras instituciones investigaban, como la Academia Nacional de Medicina y los mismos hospitales que atendían a las personas infectadas. Por ese entonces se inició, a partir de los hospitales de la Capital Federal, el control de la sangre a trasfudir en los bancos de sangre. Se organizaron cursos en el CNRS y fue llamativo el interés de los profesionales y técnicos por aprender la metodología y luego implementarla. Este avance se complementaba con un interrogatorio al donante. Fue una gran iniciativa, que más tarde se incluyó en la Ley Nacional de SIDA, 23.798 (1990).

“En el verano de 1986 vinieron a la Argentina el primer director del Programa de SIDA de la OMS, Jonathan Mann; el director de la OPS en Washington, Fernando Zacarías, y el director de Programa de Enfermedades Transmisibles de la OPS, Ronald Saint John. Conversaron con

Washington D.C., Estados Unidos. De 1994 a 1996 fue Asesora para el Cono Sur en VIH/SIDA del Programa Mundial de SIDA de la OPS/OMS y desde entonces hasta 1999 continuó como asesora para el Cono Sur del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

En la actualidad es Investigadora Principal de la Carrera de Investigador Científico del Conicet y directora científica del Centro Nacional de Referencia para el SIDA, institución que colabora con OPS/OMS.

autoridades del Ministerio de Salud, médicos clínicos e investigadores. Fue una visita muy importante a nivel político porque los funcionarios no terminaban de darse cuenta de que el SIDA existía. Los técnicos trajeron cifras y datos epidemiológicos de otras partes del mundo. Desde entonces se estableció la cooperación técnica y el apoyo financiero. Eso mismo ocurrió en toda América Latina y el Caribe. Fue una tarea muy bien organizada y muy productiva de la OPS, que debería ponerse como ejemplo de trabajo ante una enfermedad emergente.

“Después la entidad envió grupos de profesionales: epidemiólogos, médicos clínicos, personas encargadas de laboratorios de bancos de sangre, especialistas en prevención del HIV, entre otros, que se conectaban, a través del Ministerio de Salud, con las personas clave para fortalecer instituciones y formar grupos de trabajo.

Para Weissembacher una característica de la época fue el activo intercambio de información propiciado por la OPS. “Incluso se ofrecían cursos y se sentaban las bases de la programación de campañas de prevención de SIDA en el país. Fue una labor docente desde el punto de vista científico y de colaboración económica, porque los presupuestos no se consiguen de un día para otro. Instaron a los países a la creación de un Programa de SIDA en el ámbito de los Ministerios de Salud”.

En la Argentina, en 1987, sobre el Programa Nacional de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) se organizó el Programa de SIDA, que recibió colaboración económica de la OPS para incorporar personal y realizar las primeras actividades. “En general, eso es lo que sucede con la ayuda de la OPS, el Gobierno va reemplazándola con presupuesto del país, lo cual es también la manifestación del interés político en un área. En la Argentina, las acciones del Programa de SIDA y el presupuesto estuvieron fundamentalmente dedicados a la

asistencia de personas con HIV, la mayor parte a la terapia con antirretrovirales.

“En 1987 apareció el AZT, la primera droga en el mundo para combatir el SIDA. En 1996 había antirretrovirales más efectivos, de distintas categorías, y comenzó a tratarse al paciente con tres drogas simultáneamente, lo que reduce muchísimo la cantidad del virus en la sangre (carga viral) y permite que se refuerce la inmunidad (que se mide a través de los llamados linfocitos CD4). Argentina fue uno de los primeros países en América latina, junto con Brasil, que dio asistencia con terapia antirretroviral a los pacientes que no tienen recursos. Hasta hace poco el costo era aproximadamente de US\$ 1.000 por mes. En la actualidad es bastante menor. La atención al paciente con SIDA es muy buena pero en materia de prevención falta mucho por hacer. Las leyes locales la señalan como prioridad y, sin embargo, sigue siendo una deuda. Pendiente. Weissembacher destaca que el objetivo de OPS era que cada país tuviera un programa de SIDA, con capacidad para realizar un diagnóstico epidemiológico nacional, para saber cuántas personas estaban infectadas de SIDA y cuáles eran los grupos humanos más vulnerables a la infección. “Todo eso era necesario para planificar mejor la asistencia y la prevención. La OPS brindó apoyo técnico y económico para que los profesionales se capacitaran en vigilancia epidemiológica. Primero cooperó en la evaluación en cada país, luego reunió la información de todo los países de América en Washington (recibía los datos cada seis meses) y, a su vez, como región de las Américas remitía su informe a la OMS, en Ginebra. Desde 1983 OPS ya empezó a recibir la información y terminó de organizarla en 1986. Ese trabajo que comenzó como vigilancia epidemiológica se convirtió en Programa Regional de SIDA en las Américas de OPS, con sede en Washington, dentro del Programa Mundial de SIDA de OMS”.

“La OPS condujo la organización de la lucha contra el SIDA en las Américas, y para su éxito fue clave la preocupación y el compromiso de algunos representantes de la entidad. Ya en 1990 la mayoría de los países de América tenían un programa específico sobre el SIDA dentro de los Ministerios de Salud. Algunas naciones eran más receptivas que otras, pero la indiferencia o el desinterés venía por parte de los políticos, no de los técnicos, que se dieron cuenta de la importancia del problema mucho antes. Lo interesante es que a medida que los Estados iban poniendo dentro de su presupuesto los programas de lucha contra el SIDA, la OPS iba retirando su apoyo económico pero no su cooperación técnica. La cooperación fue importantísima porque la enfermedad no era conocida y nadie podía estimar su tendencia (si quedaría en los pocos miles de casos o pasaría a los 40 millones de infectados que actualmente hay en el mundo). Se estimaba, había predicciones, pero siempre fueron pobres respecto de lo que mostraría después la realidad. La reacción de los países permitió conocer la extensión de la enfermedad y actuar con rapidez en algunas regiones, aunque en ningún lugar del mundo se intervino en una escala suficiente para interrumpir la cadena de infecciones”.

“Debemos reconocer —afirma Weissembacher— que el SIDA es una enfermedad que ha demostrado ser difícil de controlar. Es muy complejo prevenir infecciones que se transmiten sexualmente, que infectan en forma latente al huésped sin provocarle una enfermedad manifiesta por muchos años, pero que transmite la infección a otros sin saber que está infectado. Desde el punto de vista social, agrava la situación el hecho de que la infección se propaga aún más en condiciones de pobreza. El 95% de los afectados vive en países en desarrollo. Por ejemplo, en África al Sur del Sahara el 20/30 por ciento de la población adulta vive con SIDA. Cada vez hay más mujeres y niños in-

fectados en los países en desarrollo. En la Argentina se ha trabajado bastante en la prevención de la transmisión vertical. A la mayoría de las mujeres embarazadas que se atienden en maternidades de la ciudad de Buenos Aires, se les hace la serología para HIV, previo consentimiento, y se ofrece terapia si lo necesita. Esto falta en muchos lugares del país”.

Weissembacher reconoce que “la expansión de la enfermedad tiene connotaciones sociales, políticas, morales, religiosas. Por ejemplo, el uso de preservativo como instrumento de prevención o la educación sexual en las escuelas han sido muy combatidos. Sin embargo, resulta fundamental que los niños sepan a qué atenerse tanto en su inicio sexual como después, que posterguen la iniciación sexual, que valoren la fidelidad en la pareja. Es para todo esto es imprescindible la formación. “Qué van a hacer los chicos si no saben, si los padres no saben, si los maestros no saben, si los médicos no saben. El SIDA exige una educación formal y esa es la gran deuda. Se ha hecho mucho menos de lo necesario, dado el conocimiento acabado que tenemos del SIDA, de los mecanismos de transmisión y de las maneras para evitarla.

“En la Argentina siempre se atendió más la asistencia que la prevención. En realidad, casi se abandonó esa área, que es mucho más compleja y sobre todo, políticamente no redituable. En 1998 el país obtuvo un préstamo del Banco Mundial. Con esos fondos se mejoró la prevención del HIV, aunque no con programas estables y bien diseñados, sino con campañas cíclicas que no llegaron a toda la población que lo necesita.

“Argentina, Brasil, Uruguay y Costa Rica son los países en América Latina que proveen la terapia adecuada a las personas con HIV que carecen de medios económicos. En los demás países sólo se atiende la terapia de las mujeres embarazadas. El resto tendría que pagar su atención y tratamiento, pero casi nunca pue-

de hacerlo, con las lógicas consecuencias para el paciente y la población.

“Hay mucha gente capacitada en la Argentina que no dispone de los recursos para la prevención. Sin embargo, aquí y en cualquier parte del mundo si hay decisión política y detrás de ella un presupuesto adecuado, se pueden desarrollar y ejecutar políticas adecuadas de control de la diseminación del virus”.

Weissebacher destaca la importancia que tuvieron algunas personas e instituciones en la organización de la lucha mundial contra el SIDA: “Desde 1987 existe el Programa Mundial de SIDA de la Organización Mundial de la Salud. Jonathan Mann fue quien, con ímpetu y capacidad, consiguió dinero y lo volcó a los países junto con la cooperación de los técnicos y científicos para alertar sobre el problema y reaccionaron al mismo tiempo. Fernando Zacarías, que estaba entonces en la OPS, había recibido notificaciones de SIDA de los países de América mucho antes que la OMS y había impulsado la creación del Programa Regional de ETS/SIDA, que luego se integró al programa mundial de OMS. En 1996 se creó el ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA) que reemplazó al programa de OMS. Se unieron entonces la OMS, UNESCO, UNICEF, el Banco Mundial, PNUD y el Fondo de Población. Más tarde se incorporó el Programa de Lucha Contra las Drogas de Naciones Unidas”.

“En diversas áreas de América Latina el programa de SIDA de OPS tenía un funcionario que se radicaba en la zona, muy involucrado en los aspectos epidemiológicos, de diagnóstico, asistencia, prevención e investigación. Interactuaban con el director del programa de SIDA del país”.

Weissebacher advierte que en la Argentina el Centro Nacional de Referencia para el SIDA se origina en 1987, con el reconocimiento del Ministerio de Salud de los laboratorios de Virología del Departamento de Microbiología

de la Facultad de Medicina de la UBA. Desde entonces este Centro se dedica a la investigación del HIV y también a la asistencia a través del diagnóstico y monitoreo de los pacientes con HIV. Desde 1988 colabora con la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) en la validación de los equipos que se utilizan en la Argentina para diagnóstico y monitoreo de la infección por retrovirus humanos. En 1989 fue el primer laboratorio en aislar el virus en la Argentina. Es la única institución pública argentina que cuenta con laboratorios con nivel de bioseguridad Tipo III, lo que permite trabajar con cultivos de virus peligrosos en altas cantidades. Es un Centro Colaboradora con OPS/OMS desde 1997.

Según el último informe del Ministerio de Salud de la Argentina, hasta marzo de 2001 se registran 19.193 enfermos de SIDA. Pero dado el retraso en el envío de la información, las autoridades calculan que la cifra podría ascender a 22.500 enfermos diagnosticados. Si bien la epidemia se concentra en las grandes ciudades (Buenos Aires, algunos partidos del conurbano bonaerense, Córdoba, Santa Fe y Rosario) ahora se extiende al interior del país, donde hay menor densidad poblacional. La situación epidemiológica local muestra que el 74,6% de los enfermos notificados son hombres y el 18,5%, mujeres. El grupo de edad más afectado es de 25 a 34 años.

Los técnicos indican que aumenta el contagio pero que no cuentan con un registro histórico de los infectados, pues recién en junio de este año se organizó un registro nacional para los mismos. Las estimaciones señalan que existirían entre 130.000 y 140.000 infectados.

Weissebacher concluye afirmando que “el SIDA es la enfermedad infecciosa que desde hace pocos años produce la mortalidad de mayor número de personas en el mundo: cerca de 3 millones de personas por año, más aún que la tuberculosis o el paludismo”. ■

La cooperación técnica de OPS vista desde la Oficina de Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud

Como fue mencionado antes, desde la gestión de Carrillo se estableció en el Ministerio una repartición encargada de las relaciones internacionales en Salud, desde la cual Alberto Zwank, Gerardo Segura y muchos más fueron modelando la relación con otros países y con los organismos internacionales. El Dr. Oscar González Carrizo⁹ ha sido testigo de la evolución en las últimas décadas de esa relación, lo que da relevancia a su testimonio.

El funcionario cuenta que en 1971 empezó su carrera en el área de epidemiologías transmisibles. En 1976 ingresó en la Dirección de Sanidad de Fronteras. En 1983 pasó al área de Relaciones Internacionales, en la que todavía permanece y desde la que mantiene relación con OMS/OPS.

Carrizo señala que el área de las Relaciones Internacionales despertó interés en las autoridades, por lo cual fue asignada a profesionales capacitados sin que hubiera una estructura orgánica que respaldara esa responsabilidad. “Desde la Conferencia Sanitaria panamericana de 1934 y sobre todo desde la creación de las Naciones Unidas, cuando se hicieron más frecuentes las actividades con los organismos internacionales de salud, el doctor Alberto Zwanck, docente titular de Higiene de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires fue quien impulsó el intercambio. Era un hombre de confianza del ministro de salud, Ramón Carrillo, que aparece en los documentos fundacionales de OPS. En esa misma época, la Argentina empezó a interrelacionarse más estrechamente con los países limítrofes en materia de salud. Desde entonces se firmaron convenios en los que es posible reconocer modelos de cooperación. “En

los firmados en la década de los noventa predominan los temas de atención médica y persisten las enfermedades transmisibles, entre las que ahora se menciona al SIDA. En todos aparece la OPS como un organismo de interrelación que coopera con los Ministerios de Salud Nacionales”.

Según relata González Carrizo, desde la década de los cincuenta el área de Relaciones Internacionales en el Ministerio de Salud tiene presencia orgánica. Los grupos de profesionales abocados al tema tuvieron siempre vinculación directa con el más alto nivel de conducción. En los setenta se creó formalmente la Dirección de Relaciones Internacionales, cuya tarea específica consiste en mantener contacto permanente con la OPS y las cancillerías. “Hasta entonces el trabajo se reducía a la relación con los países limítrofes y con la OMS/OPS. En 1952 se instaló en la Argentina una representación de la OPS (durante el gobierno de Juan Domingo Perón, el canciller Gerónimo Remorino firmó el documento que formalizaba esa presencia). Y durante la gestión de Aramburu, en 1956, el canciller Podestá Costa

⁹ Dirección de Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud.



González Carrizo con Carlyle Guerra de Macedo.

firmó el acuerdo para la incorporación al país de los organismos técnicos de las Naciones Unidas, como la FAO, la UNESCO y la OMS. En los años del proceso militar, la Argentina vivió muy aislada. Cuando se retomó el régimen constitucional, la cooperación tuvo un fuerte impulso. Muchos países se acercaron para iniciar el intercambio en beneficio mutuo.

“El concepto de asistencia técnica predominó en los cincuenta y sesenta, pero después fue reemplazado por el concepto de cooperación. El primero señala una situación asimétrica de ayuda a los países en la solución de sus problemas. El segundo, en cambio, señala una relación menos asimétrica de trabajo conjunto con y entre los países, en el desarrollo de capacidades que facilitan la solución de un problema”.

Los temas de la cooperación —según González Carrizo— pasaron del predominio de enfermedades epidémicas, primero, y endémicas, después, en los años cuarenta, a la organiza-

ción de los diferentes componentes del sistema de atención médica, a fines del siglo XX y actualmente. Aparecieron como sujetos de actividades de cooperación la formación de los recursos humanos y la incorporación y el desarrollo de la tecnología médica (todo lo que hace al proceso científico-industrial). Las consideraciones éticas vinculadas a la atención médica también constituyen ahora un tema trascendente”.

“Los consultores de la OPS han sido puentes entre los grupos médico-sanitarios locales y los del exterior. Mantuvieron *aggiornado* al personal e imprimieron a la cooperación un tinte latinoamericano, lo que promueve una verdadera integración en el continente. Vale subrayar además, que hasta que Argentina desarrolló su propio sistema de formación de recursos humanos, a fines de los cincuenta, muchos médicos estudiaron salud pública en Chile y en Brasil, frecuentemente a través de becas de la OPS. En general aportaban infor-

mación sobre nuevas tecnologías de organización y de gestión en salud que entre nosotros todavía no habían sido incorporadas al quehacer médico-sanitario. En los últimos treinta o cuarenta años se abandona la relación de cooperación en cascada, a fin de que los países de más bajo nivel de desarrollo crearan sus propias tecnologías y se acuña el concepto de “tecnologías apropiadas. Antes, las relaciones podían graficarse en una escalera de conocimiento: el innovador, el adaptador y el receptor. Con el tiempo, las iniciativas de innovación que surgieron en los países asistidos, justificaron un cambio en el modelo de intercambio. Se regeneró el conocimiento y aparecieron propuestas originales. No sólo se lograba desarrollo científico y tecnológico propio sino también un profundo conocimiento del contexto en el que se iba a aplicar, es decir, se ejerció una lectura crítica de la propia realidad. Dejaron de ser intérpretes para ser generadores”.

Respecto de las iniciativas sub regionales, González Carrizo relata que la idea de coordinar la intervención en sub regiones se desarrolló a partir de la percepción de diferencias en los problemas sanitarios de la inmensa geografía americana. “Las circunstancias no eran homogéneas, es decir, algunos problemas en Uruguay o en la Argentina no tenían relación con los que preocupaban en las islas del Caribe.

La iniciativa de la Cuenca del Plata comenzó en la década de los setenta, cuando Brasil instaló grandes represas hidroeléctricas y en los países situados aguas abajo surgieron inquietudes por las consecuencias potenciales de esas obras de infraestructura. Entonces surgió una organización entre los países (Bolivia, Brasil, Paraguay, Uruguay y Argentina), por iniciativa de los mismos gobiernos. Uno de los grupos de trabajo debía ocuparse de la salud y la educación. La consideración de que estos elementos debían articularse fue un aporte

significativo, a pesar de que la iniciativa sólo produjo documentos y no llegó a instrumentar sus propuestas. La organización fue muy productiva para la integración de los países limítrofes e incluso para alcanzar cierta cohesión interna.

“Siendo director de la OPS Carlyle Guerra de Macedo, en los ochenta, se crearon grupos de países con el objetivo de articular la cooperación. Eso fue la Iniciativa del Cono Sur, que reunía a los países del Mercosur, más Bolivia y Chile. Había otro grupo en el Caribe y otro en los países andinos. En esa época Argentina inició contactos que se mantienen y profundizan con el Convenio Hipólito Unanue, que agrupa a los países andinos en temas de salud. En rigor se constituyó en un foro de reunión de los ministros del área”.

“Después surgió el Mercosur, que cuenta con un subgrupo dedicado a los temas de salud. Parece que hubiera procesos que se escalonan a lo largo del tiempo. En los setenta apareció la Organización de la Cuenca del Plata, por iniciativa de varias naciones, cuyo objetivo concreto eran los desarrollos de infraestructura hidráulica. Después, la iniciativa del Cono Sur se ocupó de articular la cooperación de la OPS. Y el 26 de marzo de 1991 se creó el Mercosur, también por iniciativa de los países. A lo largo de tres décadas se han reunido políticos y funcionarios que desarrollaron un proceso de integración, cuyo corolario, hasta el momento, es el Mercosur. A pesar de los cambios en los sistemas políticos, de gobiernos militares a gobiernos democráticos, hay grandes tendencias que se imponen.

Los esfuerzos se orientan a armonizar los programas y a cotejar las experiencias. El resultado ha sido la agilización de las relaciones y como resultado de ello, la formación de redes de trabajo y el intercambio personal de los profesionales de la salud. Estas organizaciones han servido para mantener puentes de comunicación entre las naciones. Por ejemplo, mientras

se desataban grandes conflictos en Centroamérica, Carlyle Guerra de Macedo impulsó con éxito el proyecto “Salud: Puente para la Paz”. Para González Carrizo, los objetivos de la Dirección de Asuntos Internacionales son actualmente el desarrollo de la cooperación con los organismos multilaterales de salud (especialmente la OPS y la OMS) y el mantenimiento de comunicaciones fluidas con terceros

países sobre todos los sujetos de cooperación que se han mencionado. Muchos esfuerzos se dedican hoy, preferentemente, a las enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión arterial, la diabetes, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la adicción al tabaco. Eso conlleva la revisión de la organización del sistema de salud y no sólo la organización de campañas de prevención”. ■

Epílogo

He releído por enésima vez los textos de las entrevistas que me envió Analía H. Testa, intentando destacar las frases que me parecen claves para la comprensión. Habíamos planeado que la última nos la haría a Vicente Mazzáfero y a mí, para tratar de ofrecer al lector una síntesis de cuánto hemos cambiado y cuánto nos queda por cambiar. La necesidad de cumplir con el plazo de entrega me obliga a intentar, en soledad, transmitir lo que conversé con Vicente.

En esta noche de diciembre en que escribo veo, cada vez que levanto la vista, desde la ventana del cuarto, los guiños que desde el horizonte fluvial me hace el faro de la Isla de Flores, esa isla en la cual se levantó el lazareto uruguayo como cumplimiento del acuerdo de aquella primera Convención Sanitaria de 1873. No sabían Pedro Mallo ni Eduardo Wilde ni Pedro Visca ni Gualberto Méndez que estaban iniciando la Salud Internacional en las Américas. Mientras se iban acumulando páginas y versiones, sentí muchas veces que escribía o leía asuntos en los cuales estaba personalmente involucrado, por conocer a muchos de los actores. Siendo niño, mi padre me presentó a Gregorio Aráoz Alfaro y a Alfredo Palacios; adolescente, a Ramón Carrillo y a Florencio Escardó; conocí como estudiante de medicina, a

Nerio Rojas, a José Arce, a Tiburcio Padilla; ya médico, a casi todos los ministros o secretarios de Salud Pública posteriores a Carrillo, así como a Carlos Alberto Alvarado y a Cecilio Romaña. Fui amigo entrañable de algunos de ellos: Arturo Oñativia, Bernabé Cantlon, Plácido Nosisiglia, Horacio Rodríguez Castells y soy amigo de muchos más. Extraño la ausencia de Néstor Rodríguez Campoamor, Sergio Provenzano, Alberto Osoreo Soler, Enrique Grande, Alfredo Rabinovich, entre otros muchos. Siento a nuestras instituciones sanitarias, a las que pertencí, como causas a las que continúo perteneciendo. Por eso me duelen sus dificultades. Conocí a Fred Soper un año antes de su muerte. Y a todos los directores de la OPS que lo siguieron. Tuve estrecha amistad con algunos de los que se fueron, como Abraham Horwitz y otros que continúan brindándonos su talento, como Carlyle Guerra de Macedo.

Conocí también a casi todos los representantes de la Oficina de Buenos Aires: Emilio Budnik (el primero, que con una breve interrupción permaneció por casi veinte años), Alberto Lari, Henrique Maia Penido, Luis Carlos Ochoa, Daniel López Ferrer, Pedro Acha, Carlos Vidal, Enrique Nájera, Henri Jouval y Juan Manuel Sotelo, a quien quiero como quise a su padre.

Recuerdo con cariño a muchos de los consultores que pasaron por Buenos Aires, desde Mario Casabianca, Raúl Vargas (a quien quiero tanto como respeto y a quien tanto le debemos), como también a Francisco —Pancho— Mardones, Hernán Durán, Hernán Urzúa, Norberto Espinoza, por mencionar sólo los más antiguos. Trabajé varios años con Hugo Enriquez y con Plácido Nosiglia en el CLAM. La amistad que tuve con ambos se prolonga con sus familias.

En el CLAM hice amistad con Aron Nowinski, Guillermo Arbona, Jack Ellinson y Vicente Navarro, entre otros. Siento a la OPS como una casa a la que pertenezco.

¡Qué difícil hubiese sido para mí tratar de ser objetivo en la narración de los sucesos de las últimas cuatro décadas! A pesar de mi tendencia a la crítica, cultivada en décadas de práctica de la autocrítica, que no sé si es buena, pero creo que ayuda a asimilar las lecciones de humildad con las cuales la vida intenta, obstinada y muchas veces infructuosamente, mejorarnos.

Este relato comenzó con los estragos que produjeron el cólera y la fiebre amarilla en aquél país de menos de dos millones de habitantes en cuyo puerto desembarcaban más hombres que mujeres, todos con más esperanzas que equipaje. Eran muchos los que soñaban con venir a formar parte de esta sociedad joven, en la que había diez niños en edad de ser nieto (menores de 15 años) por cada adulto mayor en edad de ser abuelo (mayores de 60 años). Los esperaba un territorio tan amplio y fecundo como el futuro con el cual soñaban. Con más ahínco que conocimientos o recursos, se hizo posible que la expectativa de vida creciera en poco más de quince años cada tres décadas, desde 1895 hasta 1947. Los progresos de la educación, especialmente de la educación de la mujer, fueron tan importantes como el mejoramiento del saneamiento urbano y mucho más importantes que los hospitales o aún que el aumento del ingreso, en la reducción de la mortalidad. Nuestros héroes sanita-

rios fueron muchos maestros de escuela y unos pocos higienistas.

Al promediar el siglo XX éramos ya una sociedad madura. Había casi cinco niños en edad de ser nietos por cada adulto en edad de ser abuelo. La mortalidad infantil —alrededor de 60 fallecidos por cada mil nacidos vivos—, era apenas superior a la del Uruguay y nos asignaba el segundo lugar entre los países de la América Latina. También nuestra expectativa de vida era la segunda, muy cerca de la uruguaya. En las sociedades maduras, y aún más en las envejecidas, la atención médica, con sus progresos espectaculares, tiene una baja incidencia en la reducción de la mortalidad. Lo cual no reduce su importancia para mejorar la calidad de vida y aliviar el sufrimiento. En el reciente final de siglo, los argentinos sumábamos alrededor de 36 millones, ahora con más mujeres que hombres. Por cada adulto en edad de ser abuelo había sólo poco más de dos niños en edad de ser nietos. Constituímos, como Uruguay, una sociedad envejecida, que deberá afrontar los desafíos de ese envejecimiento que anticipaba, en 1940, Gregorio Aráoz Alfaro. En el conjunto latinoamericano, la tasa de mortalidad infantil y la expectativa de vida nos colocan en el quinto lugar, mostrándonos que algunas sociedades han progresado más rápido que nosotros: la cubana, la costarricense y la chilena.

Hace diez años, en su séptima pandemia, el cólera volvió a desembarcar en América. Se difundió a casi todos los países, por tren, por barco o por avión. Sólo quedaron indemnes Canadá y Uruguay. Tuvo en todos los países una letalidad cincuenta veces menor que en las epidemias del siglo pasado. El agua, que tan mortífera resultaba, se convirtió en tratamiento efectivo con el agregado de sales. Pero en muchos países la enfermedad se pudo circunscribir en el espacio y en el tiempo, produciendo algunos centenares de casos en dos o tres años. Entre nosotros se propagó por bue-

na parte del territorio, permaneció casi diez años y produjo varios miles de casos.

No hemos tenido fiebre amarilla, pero sí brotes de dengue, lo cual ratifica la presencia del *Aedes* que erradicamos en 1965. La fiebre amarilla, para la cual se cuenta ahora con una vacuna, no ha aparecido, pero podría hacerlo.

Podrían agregarse otros ejemplos para sustentar la hipótesis de una vulnerabilidad que señala debilidades en nuestra organización sanitaria. Los éxitos para “encerrar”, como decía Zinsser, a algunos agentes “en el zoológico de las enfermedades dominadas, de donde sólo podrían salir si la ignorancia o la estupidez humana les abren la puerta”, requieren, para mantenerlos encerrados, de un riguroso sistema de vigilancia epidemiológica en todo el territorio nacional. (Como el que reclama el Dr. Aramburu para la lucha contra la fiebre aftosa).

Las erradicaciones, esas que entusiasman a Fred Soper y a Carlos Alberto Alvarado, y también el control, requieren organizaciones rigurosas, cadenas hechas de eslabones igualmente fuertes los unos que los otros. Todavía no lo hemos conseguido, tal vez, como recuerda Alberto Mondet, porque se trata de procesos de maduración institucional necesariamente lentos. Se han examinado tiempos de progresos rápidos por un camino que se pavimentó con confianza. Como dijo un poeta, “de una confianza buena, de las viejas, de esas que ya no se consiguen ni pagando al contado.”

Disponemos hoy de un valioso acervo de conocimientos y experiencias. El que comenzó a reunirse tras el reconocimiento de Rawson de nuestros problemas sanitarios y que compartimos en las Convenciones que inauguraron Mallo y Wilde. (Los progresos suelen iniciarse con el reconocimiento sincero de una deficiencia o una insuficiencia.) Pero tenemos también la de muchos países, incluso la de los más parecidos al nuestro, atesorados y evaluados en organismos especializados, como la

OMS, y también en esa organización que nos pertenece, como lo destacaba Soper en la inauguración de la Oficina de Zona de Buenos Aires. Que casi se instaló en Montevideo, por temor a un desplante.

A veces reconocer nuestras debilidades nos resulta difícil. Otras sentimos que son sólo nuestras, diferentes de las de los demás. Lo cual es cierto, aunque también es cierto que suelen ser muy parecidas a las de algunos otros. Otras, en fin, nos falta humildad para requerir o recibir colaboración. Sobre todo cuando al ser humano lo reemplaza el funcionario y al orgullo personal, el orgullo institucional. Como en la arrogante autosuficiencia que declaró alguna vez Carrillo, de la cual el ser humano talentoso y sensible que era no debía estar nada seguro. Pero eran tiempos de arrogancia.

Después, hemos sufrido y hemos aprendido. Estamos aprendiendo que la calidad de un funcionario no puede exceder la del ser humano que permanece detrás de los títulos de los cargos. Ojalá el conocimiento de la relación centenaria que hemos tratado de relatar permita un mejor aprovechamiento de la cooperación en salud.

También a los consultores que vienen a cooperar con nosotros puede resultarles útil concernos no sólo por nuestra circunstancia presente, sino también por lo que somos, y eso implica saber de dónde venimos y qué cosas nos sucedieron. Conociéndonos mejor, podrán entendernos y estimarnos. Sin entenderlo y sin estimarlo, no se puede colaborar eficazmente con nadie.

Levanto los ojos y la mirada se me escapa por la ventana del cuarto. Casi no se distingue el guiño del faro en la Isla de Flores, contra un fondo que se destiñe y se ruboriza apenas. Está amaneciendo en el Río de la Plata.

Juan Carlos Veronelli
Montevideo, Diciembre del 2001

ISBN 950-710-072-5



9 789507 100727