

Medir para planificar: el Estudio sobre Salud y Educación Médica y los límites de la política sanitaria de la "Revolución Argentina" (1966-1973)

Measure to Plan: The Study on
Health and Medical Education and
the Limits of the Health Policy of the
"Argentine Revolution" (1966-1973)

Medir para planificar: o Estudo sobre Saúde
e Educação Médica e os limites da política
sanitária da "Revolução Argentina"
(1966-1973)

Juan Pablo Zabala, PhD^{1*};

Juan Martín Librandi, Lic.²

Recibido: 01 de agosto de 2017 / **Aceptado:** 25 de febrero de 2018

DOI: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7271>

Para citar este artículo: Zabala JP, Librandi JM. Medir para planificar: el Estudio sobre Salud y Educación Médica y los límites de la política sanitaria de la Revolución Argentina (1966-1973). *Rev Cienc Salud*. 2018;16(3):550-70.

DOI: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7271>

Resumen

Introducción: el presente artículo analiza el desarrollo del Estudio sobre Salud y Educación Médica (ESSEM), una iniciativa de la Secretaría de Salud de la Nación Argentina dedicada a la producción de datos estadísticos sobre el sistema de salud que se desarrolló durante el gobierno de la llamada

1 Investigador Adjunto CONICET, Universidad Nacional de Quilmes, Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina.

* Autor de correspondencia: jpzeta@unq.edu.ar

2 Becario Doctoral CONICET, Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina.

Revolución argentina (1966-1973). *Desarrollo*: el ESSEM permite dar cuenta del modo en que el discurso de la planificación sanitaria cristalizó en las políticas de la Secretaría de Salud Pública. Mediante el análisis de documentos y de entrevistas, se estudian distintas dimensiones del objeto: las apuestas políticas que lo motivaron, los grupos profesionales involucrados, sus características técnicas, las concepciones acerca de la intervención sanitaria estatal y el contexto político más amplio en que se insertaron. Finalmente, se da cuenta de las limitaciones que existieron en su implementación y sus motivos, así como la valoración de algunas transformaciones que persistieron en otras formas institucionales. *Conclusiones*: el desarrollo del ESSEM muestra la importancia que tuvo el discurso de la planificación vehiculado por los sanitaristas, un grupo profesional protagonista de las políticas sanitarias desde la segunda posguerra. En su contenido, se encontró en el ESSEM la influencia de una agenda sanitaria propia de la época, motorizada, en buena medida, por organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud. Y, al mismo tiempo, se muestra cómo la política de salud fue perdiendo posiciones dentro del juego político más amplio de las políticas de asistencia social hacia el final del periodo analizado.

Palabras clave: salud pública, estadística y datos numéricos, Argentina, políticas públicas.

Abstract

Introduction: This article analyzes the development of the Estudio sobre Salud y Educación Médica (ESSEM), an initiative of the Secretaría de Salud de la Nación Argentina dedicated to the production of statistical data on the health system that was developed during the government of the so-called Revolución Argentina (1966-1973). *Development*: The ESSEM allows us to account the way in which the discourse of health planning crystallized in the policies of the Secretary of Public Health. Through the analysis of documents and interviews, different dimensions of the object are studied: the political bets that motivated it, the professional groups involved, their technical characteristics, the conceptions about the state health intervention and the broader political context in which they were inserted. Finally, we focus on the limitations that existed in its implementation, as well as the valuation of some transformations that persisted in other institutional forms. *Conclusions*: The development of ESSEM shows the importance of the discourse of health planning carried out by sanitarians, a professional group that has played a leading role in health policies since the second post-war period. In its content, we find in the ESSEM the influence of a health agenda of the time, driven, to a large extent, by international organizations such as Pan American Health Organization. And at the same time, it shows how health policy was losing positions within the broader political game of social assistance policies towards the end of the period analyzed.

Keywords: Public health, statistics & numerical data, study for health and medical education, Argentina, public policies.

Resumo

Introdução: o presente artigo analisa o desenvolvimento do Estudo sobre Saúde e Educação Médica (ESSEM), uma iniciativa da Secretaria de Saúde da Nação Argentina dedicada à produção de dados estatísticos sobre o sistema de saúde que se desenvolveu durante o governo da chamada Revolução Argentina (1966-1973). *Desenvolvimento*: o ESSEM nos permite dar conta do modo em que o discurso da planificação sanitária cristalizou nas políticas da Secretaria de Saúde Pública. mediante a análise de documentos e de entrevistas, se estudam distintas dimensões do objeto: as apostas políticas que o motivaram, os grupos profissionais envolvidos, suas características técnicas, as concepções acerca da intervenção sanitária estatal e o contexto político mais amplo em que se insertaram. Finalmente, dá-se conta das limitações que existiram em sua implementação e seus motivos, assim como a valorização de algumas transformações que persistiram em outras formas institucionais. *Conclusões*: o desenvolvimento do ESSEM mostra a importância que teve o discurso da planificação vehiculado pelos sanitaristas, um grupo profissional

protagonista das políticas sanitárias desde a segunda pós-guerra. Em seu conteúdo, encontramos no ESSEM a influência de uma agenda sanitária própria da época, motorizada, em boa medida, por organismos internacionais como a Organização Pan-Americana da Saúde. E ao mesmo tempo, mostra-se como a política de saúde foi perdendo posições dentro do jogo político mais amplo das políticas de assistência social para o fim do período analisado.

Palavras-chave: saúde pública, estatística e dados numéricos, Argentina, políticas públicas.

Introducción

Este artículo se propone analizar el desarrollo y posterior disolución del Estudio Sobre Salud y Educación Médica (ESSEM), que fue realizado en Argentina entre 1968 y 1973. Este estudio fue una iniciativa de gestión surgida a instancias de la Secretaría de Salud Pública de la Nación (SSP), que contó en su desarrollo con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina (AFACIMERA). Su existencia se extendió hasta 1973, y tuvo como propósito principal la elaboración de datos sobre el sistema de salud argentino con vistas a su intervención desde la órbita estatal.

El propósito último del ESSEM era la regulación y reasignación de recursos del sistema sanitario, para lograr una mayor eficacia y cobertura en la atención médica de la población. Para ello, se consideraba necesario: (a) la implementación de un seguro de salud como estrategia de garantizar la cobertura de atención médica; (b) la descentralización de la administración, en consonancia con las políticas generales de minimizar las funciones del Estado nacional; y, fundamentalmente, (c) la regulación del creciente sistema de obras sociales, organizaciones financiadas por los asalariados y manejadas por los sindicatos que asumieron en forma creciente la función de brindar cobertura médica para los trabajadores y su familia a partir de la década de 1950.

El objetivo de este artículo es rescatar esa experiencia de gestión desde una perspectiva micro, como estrategia para comprender la política sanitaria de la época, su contexto de surgimiento, las contradicciones internas que atravesaron ese proceso, las limitaciones que tuvo su implementación, así como las transformaciones que, pese a su limitado alcance efectivo, se dieron en el Estado con su desarrollo. En este sentido, este trabajo se inscribe dentro de la literatura que analiza la conformación del Estado “desde adentro”, concibiendo que se trata de un espacio social polifónico, donde se relacionan, expresan y batallan distintos grupos profesionales, lo que da lugar a un proceso marcado por tensiones y contradicciones que reflejan los diversos intereses puestos en juego (económicos, políticos, científicos, religiosos, etc.) (1-5).

En particular, se rescata el papel que cumplieron los sanitaristas, un grupo profesional que desde inicios de la década de 1960 intentó consolidarse en una “tecnoburocracia” específica de la administración de instituciones de salud (tanto públicas, de obras sociales

o privadas) (6, 7). Este nuevo grupo profesional implicaba, además, una renovación ideológica: los sanitaristas se presentaban como el paso de una salud estatal administrada por médicos higienistas, enfocados en saneamiento urbano y la prevención del contagio, hacia la administración y racionalización de los servicios de atención médicos desde espacios técnicos específicos (hospitales, ministerios, secretarías, obras sociales) (6). Ello implicaba, a su vez, la incorporación de distintos saberes profesionales que excedían, por mucho, a la clásica educación médica, pues incorporaban nociones propias de la estadística, las ciencias sociales y, fundamentalmente, de la administración hospitalaria (6, 8).

Desde este enfoque, el trabajo se propone como un aporte a la comprensión de las políticas sanitarias del periodo, que han sido objeto de investigación de distintos trabajos (6-12). En líneas generales, se encuentran rasgos de las ideas de modernización que atravesaron al Estado nacional en las décadas de 1950 y 1960 de las que ha dado cuenta la historiografía, asociadas con la planificación como herramientas de gestión política y racionalización del gasto, y con un fuerte impulso de los organismos internacionales ligados a la carta de Punta del Este (6, 7, 9-11). Y, en particular, interesa rescatar la impronta planificadora que significó el ESSEM, en un contexto en el que las políticas de asistencia social se transformaron en una apuesta importante del proyecto político del gobierno de facto de la denominada Revolución argentina, siguiendo en buena medida las ideas de “subsidiariedad” del Estado y de la participación comunitaria (13-17).

El enfoque micro, a su vez, se complementa con una reconstrucción, en la primera parte del trabajo, del contexto en el que surge el estudio, tanto de la situación del sector sanitario como de las políticas de asistencia social dentro de las que se enmarcaban las políticas de salud. En este sentido, cobran importancia también otros actores y marcos institucionales, tanto del espacio local como internacional. En particular, se subraya la importancia de la OPS, de gran influencia en la región y, en un nivel local, el papel central de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires ESPUBA como espacio de formación y reproducción de los sanitaristas (6, 18-20).

En términos metodológicos, el trabajo se basa en el análisis de diversas fuentes documentales y la realización de entrevistas a profesionales que participaron de la iniciativa, lo que permite complementar la información disponible con las percepciones y memorias de los actores. Las fuentes documentales constaron de informes y publicaciones generadas tanto por el propio estudio como por otros organismos nacionales e internacionales, la legislación vigente y publicaciones internas que dan cuenta del proceso analizado.

Desarrollo

Los sanitaristas y las políticas de salud posteriores al peronismo: modernización, planificación y descentralización

Las políticas sanitarias del gobierno de facto de la Revolución argentina, que se extendió entre 1966 y 1973, y, particularmente, el desarrollo del ESSEM, deben comprenderse como el resultado de procesos cuyo origen se encuentra antes del recorte temporal delimitado por el objeto de esta investigación. En este apartado se hará una breve reconstrucción de ese contexto, tanto en términos del escenario político como de las apuestas de los grupos profesionales involucrados, que brinde un marco de comprensión a esta iniciativa.

En términos generales, las políticas sanitarias posteriores al derrocamiento de Juan Perón, en 1955, se caracterizaron por la intención de desarmar y reorganizar el sistema sanitario estatal, que había tenido un fuerte crecimiento durante el gobierno peronista, bajo un modelo verticalista y centralizador en manos del Estado Nacional. Ese crecimiento de la importancia de la salud como asunto del Estado se reflejó, entre otros indicadores, en la creación del Ministerio de Salud Pública en 1949, dirigido por Ramón Carrillo, y en una importante ampliación de la capacidad estatal de atención médica, triplicando la cantidad de camas disponibles durante los años 1946-1955 (12, 21). Luego del derrocamiento de Perón, en un marco de profundo rechazo a las políticas y símbolos peronistas, de prohibición del Partido Justicialista de participar en la vida política y del exilio forzado de su líder, la caracterización del sector salud fue muy negativa. El diagnóstico general, apoyado en parte en un informe realizado por la Oficina Sanitaria Panamericana bajo la dirección del médico brasileño Odair Pedroso, hacía hincapié en la ineficacia de un sistema que había crecido muy rápidamente, pero sin haber mejorado la atención de los problemas de salud de la población (9, 21). La ineficacia atribuida al sistema sanitario en el periodo posterior al peronismo tenía sus principales argumentos en: (a) la supuesta irracionalidad con la que se habían distribuido los recursos, más para satisfacer intereses políticos que las necesidades sanitarias, (b) la poca capacidad de respuesta de una estructura de toma de decisiones centralizada, (c) el desarrollo de una burocracia encargada de administrar el sistema que había tenido un aumento exponencial en cantidad de empleados, pero sin la calificación necesaria y, (d) en la escasa información sobre los recursos sanitarios con que se contaba para atender la salud de la población (8, 9, 12, 21). Por cierto, tal como subraya Ramacciotti, este diagnóstico debe entenderse dentro del clima de enfrentamiento y rechazo hacia todo lo realizado por el gobierno peronista, que llevaba a negar cualquier valoración positiva del periodo e incluso a soslayar aportes puntuales como, en lo referido al último punto señalado, el Censo Sanitario de la Argentina publicado en 1954 por el Ministerio de Salud, que contenía abundante información sobre los recursos hospitalarios disponibles (9).

En este escenario de ruptura se produjo una renovación de los cuadros técnicos encargados de la gestión sanitaria, y comienza a consolidarse, hacia fines de la década de 1950 y comienzos de 1960, la incorporación a las burocracias estatales de un grupo profesional novedoso: los sanitaristas (6). Este grupo de expertos, que tuvo como espacio fundamental de formación y reproducción la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires creada hacia fines de la década de 1950, se atribuía poseer los saberes necesarios para ejecutar la modernización de un sector al que caracterizaban como arcaico (6, 20). Esta modernización descansaba, principalmente, en el recurso a la planificación como principal herramienta de la administración, para lo que era fundamental contar con información de los recursos disponibles y de las necesidades a las que debía responderse, y en la aplicación de un modelo de gestión descentralizado y con participación de la comunidad, que permitiría al mismo tiempo reducir la burocracia heredada del peronismo y aumentar la eficacia en el uso de los recursos (6, 9, 11).

La identidad de los sanitaristas poseía varias particularidades. De acuerdo con la caracterización de Iriart y colegas, este grupo buscó consolidarse en una “tecnoburocracia” específica de la administración de instituciones de salud (tanto públicas, de obras sociales o privadas), lo que en términos de trayectorias personales les permitió rotar entre la función pública, cargos en organismos internacionales y posteriormente en gremiales médicas (6). En términos ideológicos, proclamaban una exaltación de la eficiencia por sobre la eficacia y la subordinación de la racionalidad política a la técnica. De este modo, los sanitaristas se presentaban como el paso de una salud estatal administrada por médicos higienistas, enfocados en saneamiento urbano y la prevención del contagio, hacia la administración y racionalización de los servicios de atención médicos desde espacios técnicos específicos (hospitales, ministerios, secretarías, obras sociales) (6). Esta renovación estaba acompañada, la movilización de un espectro amplio de conocimientos, cuya aplicación era novedosa en la administración sanitaria: la estadística, la enfermería, las ciencias sociales, la educación médica y, fundamentalmente, la administración hospitalaria formaban parte del núcleo de saberes que se consideraban necesarios para llevar adelante la tarea (6, 8). Un rasgo adicional de esta identidad tecnoburocrática fue que, por tratarse de un cuerpo técnico joven y de reciente surgimiento, sus miembros quedaban desvinculados de la experiencia peronista, lo que facilitaba su inserción al Estado.

Cuando en 1966 comenzó el gobierno de facto de la denominada Revolución argentina, al frente del General Juan Carlos Onganía, las políticas sanitarias quedaron, como en los gobiernos posteriores a Perón, en manos de personas identificadas con este grupo profesional. La titularidad de la Secretaría de Salud Pública estuvo a cargo de Ezequiel Holmberg, un médico formado en investigación que tenía un perfil liberal clásico del funcionariado del gobierno (13, 21, 22). Se había formado en la Universidad de Buenos Aires y realizado estudios de posgrado en Estados Unidos durante el gobierno peronista. Especializado en

temas de leucemia, tuvo un rol destacado en la organización del Instituto de Investigaciones Hematológicas entre el año 1957 y 1966, lo que, de acuerdo con los entrevistados, le permitió desarrollar fuertes vínculos con los funcionarios de la OPS (22). También formaba parte de la elite social de la época, ya que era primo del general Lanusse (presidente de facto entre marzo de 1971 y mayo de 1973) y fue presidente de la Unión Argentina de Rugby.

El segundo de Holmberg fue el subsecretario Alberto Mondet, también médico, y quien más claramente pertenecía al grupo de los sanitaristas. De hecho, contaba con la experiencia previa de haber sido Secretario de Salud de la Municipalidad de Buenos Aires en 1963, y asesor de Arturo Oñativia, Ministro de Salud del gobierno de Arturo Illia (1963-1966), donde incorporó diversas innovaciones como, por ejemplo, el sistema de residencias médicas en los hospitales públicos (21, 23). Además, fue Vocal de la Asociación Argentina de la Salud Pública, organización que nucleaba a los sanitaristas de los diversos puntos del país y realizaba anualmente una jornada a la que concurrían destacados miembros del gobierno y las asociaciones profesionales (24).

Sin embargo, esta continuidad de los sanitaristas como ideólogos de la política sanitaria debe ser entendida en un contexto de pérdida de relevancia de la cartera de salud dentro del esquema burocrático. En este sentido, como parte de las reformas que introdujo el gobierno de Onganía, el Ministerio de Salud fue reducido a Secretaría de Salud Pública, y se incluyó en la órbita del Ministerio de Bienestar Social, que estaba compuesto además por las Secretarías de Promoción y Asistencia de la Comunidad, de Vivienda y de Seguridad Social (15, 16). Este nuevo Ministerio de Bienestar Social fue central para la estrategia de construcción de poder político del gobierno de la Revolución argentina, a partir del manejo de los recursos destinados a la asistencia social, incluidos los voluminosos fondos de las cajas jubilatarias (11, 12, 13).

Esta pérdida de estatus político por parte de las autoridades sanitarias, que se vio además agravado por la superposición de funciones que se dieron con otras Secretarías, implicó que las políticas de salud se vieran condicionadas en el futuro en al menos dos sentidos. En primer lugar, porque el propio contenido del proyecto sanitarista, que pretendía una regulación importante del sector, entraba en cierta contradicción con las políticas rectoras del Ministerio, basadas fuertemente en un proyecto “corporativista” que otorgaba al Estado una función subsidiaria de las organizaciones intermedias (13, 14). Esto es, que el Estado solo debía intervenir, en principio, donde no hubiera organizaciones de la sociedad civil que recogieran las demandas de la comunidad. Y, en segundo lugar, porque las medidas sanitarias quedaban subordinadas a las estrategias de alcanzar un equilibrio político con los demás actores sociales por parte del gobierno, en un escenario de alta inestabilidad política y social. El rol de los sindicatos fue vital en ese juego, por ser, al mismo tiempo, representantes del proscripto partido peronista, y administradores de las obras sociales, pilares fundamentales del sistema sanitario a partir de la década de 1950.

El ESSEM y el proyecto sanitarista: entre el retiro del estado y la pretensión de regulación de un campo heterogéneo

Como se ha señalado hasta aquí, un aspecto fundamental del proyecto sanitarista era la regulación del sistema de salud con el objetivo de racionalizar los recursos disponibles y disminuir el gasto estatal, argumentando que esto permitiría también disminuir las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria.

En este punto se sitúa el ESSEM, que pretendía generar la información necesaria para fundamentar las decisiones que permitieran introducir racionalidad en el funcionamiento del sistema. Así, al menos en términos discursivos, el ESSEM apareció como un punto nuclear de la política de la Secretaría de Salud:

El reconocimiento de la insuficiencia económica no nos exime de aplicar ordenamientos más ceñidos para utilizar los presupuestos actualmente disponibles y aprovecharlos al máximo. [...] Una primera dificultad para el propósito de coordinar recursos y acciones radica en la falta de cifras confiables de alcance nacional en cuanto se refiere a número de prestaciones, cobertura de población, origen, estructura y evolución del gasto. Se está realizando el Estudio Sobre Salud y Educación Médica, [...] y sus datos constituyen elementos utilísimos para el proceso de reordenamiento de la atención médica y su planificación adecuada. (23, p. 6-9).

El ESSEM recuperó y se identificó con esa función de reordenamiento y planificación de la atención médica, en línea con el “principio de subsidiariedad” que formaba parte del núcleo ideológico del gobierno de Onganía, enfatizando la función reguladora por sobre la responsabilidad en la prestación de servicios (13, 14). En los hechos, los sanitaristas concebían que esta articulación de los recursos debería lograrse por medio de la implementación de un seguro de salud. Esto era explícito en la fundamentación del ESSEM, donde se destacaba que este se constituyó con la finalidad de brindar información para

[...] todo el proceso de planificación de la salud y de la educación médica, focalizándolos hacia la obtención de los elementos indispensables para contribuir a desarrollar un plan sobre seguro de salud que se encuentre íntimamente ligado a todas las proyecciones indicadas para el desarrollo integral de la Argentina (24, p. 8).

Este estudio fue presentado, entonces, como un requerimiento transversal a toda la política sanitaria en tanto insumo indispensable para la planificación y, por tanto, racionalización de actores y recursos. También, en tanto componente de la planificación, como un objeto técnico capaz de sentar las bases para un abordaje sistemático, llevado a cabo por profesionales específicamente formados a tal fin y, pretendidamente, sin que en estos interfirieran intereses considerados espurios, único escenario en el cual la implementación de una regulación nueva como el seguro de salud podría realizarse de forma eficiente.

La referencia al seguro de salud también era esgrimida por el Secretario de Salud Pública, lo que permitiría al Estado regular el sistema sin que ello significara un mayor gasto en su presupuesto. En palabras del propio Holmberg:

El Estado deberá armonizar las fuentes de financiación de la salud actuales, que se encuentran distorsionadas, unificándolas y tendiendo a la creación de un seguro de salud para las prestaciones de atención médica integrada a través del sistema de seguridad social que deberá actuar como ente financiero y no como prestador de acciones (23, p. 45).

Las distorsiones a las que aludía Holmberg referían a la fragmentación y estratificación producida por las distintas formas de financiación y prestación existentes, que incluían al Estado en sus múltiples niveles, pero sobre todo al crecimiento de la importancia de las obras sociales como mecanismo de cobertura de las necesidades sanitarias de la población. Las obras sociales, organizaciones que pertenecían a los sindicatos y se financiaban con el aporte de los trabajadores, habían asumido la cobertura de la atención sanitaria de sus afiliados en forma creciente desde la década de 1940, ya sea mediante la prestación directa de servicios en sanatorios propios o por medio de la financiación de servicios privados, y hacia la década de 1960 eran un actor fundamental del sistema. Esto traía aparejado que, al ser cada obra social la encargada de tomar las decisiones en cuanto a dónde, cómo y cuándo invertir sus recursos, el resultado en términos del sistema de salud fue la existencia de zonas con exceso de recursos, junto con otras con capacidades sanitarias insuficientes. Es decir, sin tener, como pretendían instaurar los sanitaristas, una racionalidad de conjunto.

Por cierto, el ESSEM no fue la única iniciativa guiada por las expectativas de regulación del sistema sanitario. Durante esos años, la Secretaría de Salud también impulsó medidas que intentaron recortar en el corto plazo el poder de decisión de las obras sociales y de la corporación médica. Esta estrategia tuvo como puntos centrales la redacción de sucesivos Decretos entre 1967 y 1969 (N.º 17230/67, 17850 y 18045/68, 18483/69) con el objetivo de regular aranceles y normas de contratación, tanto desde el Estado como entre las obras sociales, los médicos y los prestadores privados. Sin embargo, estos intentos chocaron con los intereses de los grupos afectados, y su aplicación efectiva fue problemática (8).

También en esos años la intención de contar con más datos que apuntalaran la planificación del sector sanitario alcanzó a la reforma que se dio en los órganos de producción de estadísticas dependientes del Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE), una institución creada en 1961 con el objetivo de servir como apoyo y control al proceso de desarrollo económico y social (25). Así, en el marco de una reformulación y jerarquización del CONADE, se creó en 1968 el Sistema Estadístico Nacional, cuyo organismo rector era el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), encargado de regular y homogeneizar las distintas estadísticas temáticas (salud, educación, empleo, etc.). Dentro del Sistema Estadístico Nacional se creó

el Sistema Estadístico en Salud (SES), a cargo de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), responsable de la recolección y publicación de estadísticas vitales, de recursos sanitarios y de su uso.

Si bien, estas iniciativas funcionaron diferenciadamente, ambas fueron receptoras de los profesionales sanitarios, en su mayoría alumnos, egresados y docentes de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (UBA), lo que acentuó la homogeneidad entre estos espacios. Por ejemplo, Carlos Ferrero, director del ESSEM entre 1968 y 1970, fue el primer director de la DEIS, coordinador del instituto de bioestadística y primer profesor de estadística de la ESPUBA, becario de la OPS en Ann Harbor, organizador del sistema de estadísticas en salud de la Provincia de Buenos Aires y director del INDEC durante la década de 1990. En la dirección del ESSEM fue reemplazado por Mario Hamilton, que posteriormente fue consultor de OPS, docente y vicedirector de la Escuela de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz (26).

A pesar de algunas similitudes en los objetivos, la forma de producción de conocimiento (los objetivos y las metodologías puestas en juego) del ESSEM tenía ciertas particularidades que permiten entender su relevancia, y que se analizarán en el apartado siguiente.

Componentes y organización del ESSEM: nuevas redes para la reconfiguración de la problemática sanitaria

En el siguiente apartado se verá con más detalle el contenido del ESSEM y sus condiciones de surgimiento. La hipótesis que guía el análisis es que, por medio del examen de las redes de actores que lo llevaron adelante y del modo en que se plantearon los problemas a conocer, es posible identificar la cristalización en el Estado de un nuevo modo de encarar la problemática sanitaria. La novedad, en este sentido, tiene dos aspectos centrales: por un lado, la influencia de una agenda sanitaria internacional promovida por la OPS, que puede rastrearse tanto en el interés de este organismo en promover el desarrollo del ESSEM como en los temas elegidos para su relevamiento. El otro aspecto tiene que ver con las técnicas y concepciones utilizadas por el ESSEM, donde la incorporación de estadísticos, demógrafos, matemáticos y sociólogos con escasa o nula tradición en las instituciones de salud significó la incorporación de saberes provenientes de las ciencias sociales que venían siendo reclamados por los sanitarios en años anteriores y reconfiguraron la forma de plantear el abordaje de los problemas sanitarios (9, 24, 26).

A diferencia de los datos censales de tipo continuo que se esperaba que compilara la DEIS sobre la situación sanitaria de la población (cantidad de nacimientos y muertes anuales, sus causas, etc.), el ESSEM se planteó como un conjunto de estudios articulados entre la SSP, la OPS y la AFACIMERA que fuera capaz de brindar información precisa sobre los distintos ejes que componían el sistema de salud, en vistas a su reorganización (27). A diferencia de los datos ya existentes, el ESSEM prometía un nuevo nivel de precisión dado por la adopción de

definiciones muestrales novedosas, el uso de variables más precisas y modernas, conjugado por una velocidad de recolección, procesamiento y análisis que no era visto como posible en el sistema establecido. En las palabras de su director, el estudio buscó

[...] brindar los datos necesarios para que los órganos de planificación y atención médica puedan programar sus actividades [teniendo en cuenta] variables cuyo comportamiento es hasta aquí desconocido (28, p. 59).

Estas variables estaban contempladas en los seis componentes en los que estaba organizado el estudio (tabla 1).

Tabla 1. Los estudios del ESSEM de acuerdo con nombre, objetivo y fuentes de datos

Nombre	Objetivo	Fuente de datos
Estudio de población y fecundidad	Información sobre las características de la población y su fecundidad.	Censo 1960, Encuesta Nacional de Salud.
Estudio de recursos	Mapear el sistema de salud, su distribución y financiamiento.	Encuesta Nacional de Salud, relevamiento a instituciones y Catastro Nacional de Recursos de 1965.
Estudio de recursos humanos	Relevar los distintos profesionales, distribución y formas de financiamiento.	Formularios <i>ad hoc</i> completados por los responsables de las instituciones sanitarias.
Estudio de educación médica	Relevar las características de la educación médica en Argentina, con fines comparativos en Latinoamérica.	Datos suministrados por la Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina, formularios propios.
Utilización de recursos de atención médica	Conocer las formas de utilización y financiamiento de los servicios sanitarios. Fines comparativos	Encuesta Nacional de Salud, relevamiento a instituciones y Catastro Nacional de Recursos de 1965, estudio colaborativo.
Estudio de morbilidad	Conocer la relación entre morbilidad, percepción de morbilidad, utilización de servicios sanitarios y registro de las anteriores	Encuesta Nacional de Salud

La primera particularidad del ESSEM fue la elección del formato encuesta para la recolección de la información, lo que permitía una mayor flexibilidad en la recolección de la información. Esta apuesta se proponía como una técnica apropiada en contextos donde “se carece de estadísticas o cuando estas no son abordables por métodos estadísticos de tipo censal” (29, p. 19).

De este modo, para el desarrollo del ESSEM se creó una estructura administrativa encargada de generar los datos primarios, denominada Encuesta Nacional de Salud (ENS), por lo que informalmente se identificó al ESSEM como “la encuesta de salud”. La ENS fue una encuesta presencial, representativa de la población del país, organizada de acuerdo con las Regiones de Desarrollo establecidas por el CONADE, que fue reconocida por los técnicos de la época como poseedora de una sofisticación y exhaustividad metodológica inusual (7, 26). Por medio de esta encuesta se recogieron datos relativos a la autopercepción de accidentes y enfermedades; la demanda de servicios médicos, no médicos y paramédicos; el gasto en salud efectuado por la población; la utilización de los distintos sistemas de atención médica y del grado de cobertura financiado en Obras Sociales, mutuales o servicios médicos privados o prepagos; así como información demográfica y socioeconómica de la población en general. A su vez, el formato encuesta era valorado por organizaciones como la OPS como una forma más eficiente y eficaz de conocer el estado de salud de la población, en oposición a los métodos de recolección continua, como el utilizado por la DEIS.

Los datos provistos por la ENS constituyeron la fuente central de información con la que los equipos profesionales elaboraron los distintos componentes del ESSEM (30). El primero de estos componentes fue el “Estudio de población y Estudio de Fecundidad”, publicado como serie N.º 1, que relevó información sobre las características básicas de la población del país, centrándose en la estimación de medidas de fecundidad con objeto de contribuir a las metas de planificación sanitaria y poblacional, para lo cual se utilizaron los datos del censo de 1960, datos provistos por el Ministerio de Salud e información de la ENS generada específicamente.

En este primer componente también se encuentra embebido de la adhesión del ESSEM a una agenda sanitaria regional. Esto se reflejaba en la articulación que los grupos técnicos tenían con otros similares en América Latina, lo que condicionaba fuertemente la producción de información a las agendas y discusiones regionales (31). De hecho, formó parte de una experiencia incipiente de encuestas orientadas al estudio de fenómenos demográficos realizadas en América Latina, llevadas adelante por el Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) perteneciente a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), que financió el Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad de América Latina (PECFAL) y el Programa de Estudios Comparativos sobre Aborto Inducido y Uso de Anticonceptivos (PEAL), que se realizaron en diversos países de la región incluyendo la Argentina (32).

El segundo componente fue el “Estudios sobre recursos”, publicado como serie N.º 2, que tuvo como objetivo construir un gran mapa del sistema de salud que diera cuenta de cómo se distribuía y financiaba la atención médica. A partir de esta información, sería posible la redistribución y organización que intentaba llevar adelante la SSP. La primera parte de este componente estuvo orientado a un aspecto clave: la multiplicidad de formas de prestación

y financiamiento de la atención médica. Por cierto, esa tarea suponía un desafío de difícil resolución, en parte por la cantidad de obras sociales y mutuales, y su dispersión en todo el territorio nacional. De hecho, el intento de censar estas instituciones por parte de CONADE había fracasado pocos años antes y fue retomado como parte de los objetivos del ESSEM, en un formato más amplio en el cual se buscó constituir un mapa de actores y financiamiento de las prestaciones sanitarias (33).

Como era de esperar, este estudio dio cuenta del alto grado de fragmentación de los establecimientos existentes y de sus formas de financiamiento y dependencia. Entre ellas estaban la Salud Pública Nacional, Salud Pública Provincial, Salud Pública Municipal, obra social y sector privado, a lo que debían sumarse las instituciones de las Fuerzas Armadas, que por cuestiones de seguridad no se relevaron en el estudio (24).

La segunda parte de este componente apuntaba a dar cuenta de la cantidad y calidad de los recursos humanos del sistema sanitario, una preocupación central del ESSEM y, especialmente, de las Facultades de Medicina representadas por la AFACIMERA. El objetivo era relevar la educación y distribución de los médicos, señalados como el recurso nuclear del sistema de salud, y del personal de enfermería, que históricamente se consideró poco profesionalizado. Una vez más, los datos obtenidos reflejaron el complejo mundo médico hospitalario, dando cuenta de la función desempeñada por cada profesional, e hicieron hincapié en las diversas especializaciones y subespecializaciones existentes, pero también en el solapamiento de cargos, la centralización en las zonas ricas del país y la falta de personal auxiliar capacitado (6, 8, 26).

La importancia de este estudio radica en que la propuesta de reforma del sistema de salud no se agotaba en la redistribución de recursos hospitalarios, sino que contemplaba reformular la formación de los profesionales, fundamentalmente de los médicos. En esta premisa se incluyó también un intento de racionalización y redistribución que contribuyera a evitar nichos de vacancia y, por lo tanto, costos altos.

Este último objetivo, la formación profesional, fue retomado en otro componente del ESSEM: el “Estudio de educación médica”, publicado como serie N.º 3 (estudiantes de medicina de la Universidad de Buenos Aires) y N.º 4 (estudiantes de medicina, odontología y enfermería). En este componente también se ve claramente la influencia de la OPS, que venía motorizando desde hacía años el debate por la “sobreproducción” de médicos en relación con el resto del personal sanitario, por ejemplo, enfermeros (34). De hecho, en su propia fundamentación, este estudio se propuso como parte de un conjunto de acciones emprendidas por OPS desde 1955 y 1956, destinadas a estudiar la enseñanza médica en América Latina, con el objetivo de fomentar la enseñanza de la medicina preventiva por sobre la reparativa (34). A su vez, los cuestionarios utilizados fueron elaborados por el departamento de Recursos Humanos de OPS, con intención de que fueran comparables con los utilizados en otros países.

Tanto la publicación de los resultados, como las entrevistas realizadas en esta investigación, dan cuenta de que la recolección de los datos de este componente fue compleja, dificultosa y se prolongó más de lo previsto (35). Se realizó, en acuerdo con los decanos nucleados en la AFACIMERA, por medio de formularios que las autoridades enviaron a los administrativos de cada universidad, que en muchos casos no contaban con los datos solicitados y tuvieron que elaborarlos expresamente para responder lo pedido (35).

Sin duda, uno de los aportes más novedosos del ESSEM fue el “Estudio de utilización de recursos de atención médica”, cuyo objetivo fue conocer las formas de utilización de los servicios médicos disponibles por las poblaciones locales (35). Este estudio partió del supuesto de que la utilización de los recursos sanitarios se encontraba determinada tanto por la disponibilidad de estos recursos como por el imaginario de los usuarios respecto de esto. Y, al mismo tiempo, que el modo de utilización era ineficiente y producía un gasto excesivo (24). Metodológicamente, se introdujo aquí la novedad de realizar encuestas a la población general (en vez de consignar los datos de los registros hospitalarios), para conocer la demanda a los servicios formales de salud, independientemente de la evaluación externa sobre el grado de cobertura que tuvieran estos. Esta novedad da cuenta de la penetración de las ciencias sociales en el estudio de la salud, en la medida en que se proponía no solo relevar las cantidades objetivas sino también:

[...] valorar actitudes y comportamientos de la población frente a los servicios disponibles de atención médica en relación con los problemas de morbilidad del área. Ello motiva, además, la evaluación de la capacidad de los servicios de atención médica para adecuarse a la demanda total (35 p. 5).

Institucionalmente, este estudio funcionó separadamente de los otros y resultó un primer impulso al ESSEM, debido a que integró el “Estudio Internacional en Colaboración sobre Utilización de Recursos de Atención Médica”, que alcanzó a siete países de Europa y América: Argentina, Canadá, Estados Unidos de América, Finlandia, Gran Bretaña, Polonia y Yugoslavia (24, 36). Esto fue clave como forma de legitimación al interior de la SSP, debido al vínculo con reconocidos profesionales externos, y permitió la colaboración de expertos internacionales en cuestiones metodológicas y de recolección de información.

Las conclusiones de esta serie estuvieron en línea con el resto del ESSEM, destacando cuatro afirmaciones generales: (a) que la mitad de la población de las áreas metropolitanas se encontraba afiliada a algún sistema de seguridad social, (b) que de ellos, más de la mitad lo estaban por medio de las Obras Sociales, (c) que este porcentaje aumentaba en edades activas y (d) que también lo hacía a mayor nivel de ingreso. Esto ponía de relieve un complejo escenario para cualquier reforma general del sistema de salud, ya que enfatizaba la importancia del sistema de obras sociales y los prestadores privados y, con ello, las propias limitaciones de las intervenciones hasta allí desplegadas por la SSP.

Por último, se encuentra el “Estudio sobre morbilidad” (cuyos resultados se publicaron en la Serie N.º 6), uno de los más ambiciosos del ESSEM. Este estudio se propuso medir el volumen y naturaleza de las diversas enfermedades, accidentes y lesiones en la población para posteriormente compararlo con la percepción que tenía la población respecto de estos fenómenos. Buscó analizar la cobertura de los servicios de salud (considerando niveles, disponibilidad y costos), destacando las diversas fuentes de atención, el grado de complejidad y sus formas de financiación. Paralelamente, trató de identificar en qué medida algunas variables sociales, como la posición económica, influían en la severidad y distribución de las enfermedades, utilización de los servicios y costo de atención médica. Por último, buscó medir el impacto social y económico de los padecimientos de salud.

Desde una perspectiva técnico instrumental, este estudio se destacó por tres razones: (a) la cantidad de información producida; (b) la introducción de la percepción de morbilidad como dimensión independiente de la morbilidad en sentido biológico (y no necesariamente relacionada), a partir de considerar que es la percepción del estado mórbido lo que genera la demanda del recurso sanitario, y no necesariamente una alteración biológica “objetiva”; (c) la integración como parte del mismo análisis de la utilización del gasto, la perspectiva de morbilidad y la utilización de recursos. Los resultados de este estudio se publicaron parcialmente.

La focalización en la percepción de morbilidad fue una de las mayores innovaciones que introdujo el Estudio. Esto obligó a algunas modificaciones en la presentación de los datos, incorporando una cantidad de lenguaje textual inusual en relación con el resto de las publicaciones, y un mayor énfasis en el detalle y defensa de las posturas metodológicas adoptadas respecto de la posibilidad de cuantificar estas percepciones. Concretamente, se entendió morbilidad como enfermedad o sintomatología padecida en las últimas dos semanas, a partir de la manifestación del entrevistado de su padecimiento. Se valoraron, de igual manera, las manifestaciones “objetivas”, surgidas del diagnóstico médico, que las “subjetivas”, referidas a las valoraciones del entrevistado (37).

La tasa de percepción de enfermedad (porcentaje de la población que refirió problemas de salud en las dos semanas anteriores al relevamiento) fue del 33%. Para los responsables del ESSEM, este número fue “insospechadamente alto”, sobre todo porque “las limitaciones metodológicas tienden a señalar una subestimación de la percepción real” (37, p. 107).

Conclusiones

Racionalidad técnica frente a racionalidad política: alcances y limitaciones del ESSEM

Como se ha visto hasta aquí, el ESSEM significó una experiencia novedosa cuyo análisis permite conocer más a fondo el proyecto sanitarista de la década de 1960, fuertemente influenciado por la lógica de la planificación y el desarrollo. En este apartado se hará foco en las circunstancias que marcaron el final de esta experiencia y la imposibilidad de aplicar en los hechos lo que se había planificado en los papeles.

En un texto de principios de la década de 1980, Oszlak sostiene que “los planificadores fracasan porque pretenden [...] influir un juego, la política, que se rige por reglas diferentes. Nada más ajeno a la política que las premisas de neutralidad valorativa, racionalidad sustantiva y certidumbre propias de la planificación” (38, p. 208). En efecto, el primero de los motivos que es necesario rescatar es la debilidad política que sustentaba el proyecto planificador sanitarista, tanto al interior del gobierno como en relación con los otros actores de la sociedad civil (especialmente, las corporaciones médica y sindical), cuyos intereses se hubieran visto fuertemente afectados con las reformas propuestas.

Al interior del gobierno, la pérdida de poder político de la SSP se evidenció desde un principio, con la transformación del Ministerio de Salud en Secretaría, integrando las políticas sanitarias con el resto de las políticas sociales. Y se hizo aún más evidente cuando el titular de la Secretaría de Promoción y Asistencia a la Comunidad del MBS (SPAC), Santiago de Estrada, referente del proyecto “comunitarista” del gobierno y actor clave de la cartera, negoció con los sindicatos la sanción de una Ley que decretaba obligatoria la afiliación de todos los trabajadores en relación de dependencia a las obras sociales. Esa Ley, sancionada finalmente en 1970, se presentaba como una forma de:

[...] dar solución [...] a todos los trabajadores en relación de dependencia a través de Obras Sociales adecuadamente financiadas [...] sin alterar la estructura actual de nuestro sistema de Obras Sociales en que existen y se complementan las que son estatales y/o paraestatales y las pertenecientes a las asociaciones profesionales de trabajadores [...] ya que dicho sistema resulta adecuado y digno de apoyo” (39).

En términos concretos, esta normativa terminó por legitimar la estructura del sistema de salud existente y fortalecer la potencia negociadora de las obras sociales, agrupadas en la Confederación General del Trabajo de la República Argentina (CGT), pero sin desarticular el oligopolio de oferta de servicios dado por los colegios profesionales. Y, al mismo tiempo, tornar inviables los proyectos alternativos de reforma de los sanitaristas.

Un tercer momento clave fue la renuncia del presidente Onganía en 1969, como resultado de las fuertes tensiones sociales y del enfrentamiento político que enfrentaba, y la

renuncia encadenada del secretario Holmberg. Si bien, el ESSEM continuó a pesar de estos cambios, se vio debilitado en la nueva gestión del Ministerio, a cargo de Francisco Manrique, que atravesó las siguientes presidencias de la Revolución argentina: Roberto Levingston (1970-1971) y Alejandro Lanusse (1971-1973). Como señala Osuna, la gestión de Manrique al frente del Ministerio tuvo marcados rasgos personalistas, al punto que el propio Ministro asumió diferentes Secretarías (16). Tal fue el caso de la SSP, tras la renuncia del sucesor de Holmberg, Horacio Rodríguez Castells, en 1971.

La política de Manrique, en un principio, había sido favorable al proyecto de instauración de un seguro de salud mediante la reasignación de una parte de los fondos que recibían las obras sociales. Sin embargo, hacia 1971, la presión de la CGT y la necesidad de buscar un equilibrio político en el gobierno llevaron a Manrique a ratificar la autonomía de los sindicatos en el manejo de los fondos de las obras sociales, acabando con el intento de implementar una regulación mediante la reasignación de recursos por la vía de un seguro de salud.

De este modo, en un marco político de inestabilidad y de censura de los canales políticos tradicionales, las obras sociales se consolidaron como una vía posible de transferencias de recursos entre el gobierno y los sindicatos, y a partir de esto fueron cobrando protagonismo hacia el final de la década, reduciendo las posibilidades de la SSP de establecer una estrategia exitosa. En los hechos, esto redujo al Estado a un árbitro en situaciones donde no hubiera acuerdo entre estos dos grupos, y las intenciones de intervención a gran escala se volvieron políticamente inviables (40).

Pero la debilidad política de la SSP no fue la única razón del fracaso del intento de regulación del sistema sanitario. Otra limitación estuvo dada por las evidencias que surgieron del propio ESSEM. En este sentido, la hipótesis inicial que suponía que el desigual desarrollo de obras sociales y mutualidades dejaba sin cobertura adecuada a diversos sectores de la población no era sostenida por los resultados del propio ESSEM. Esto fue manifestado por un antiguo técnico del ESSEM:

[...] en Ciudad de Buenos Aires y la zona metropolitana nos impactó [el resultado obtenido]. Había un sistema de salud que era bastante aceitado. Nos golpeaba encontrar cifras de una cobertura muy grande (Comunicación personal, 2014 ago 05).

De este modo, se contradecía tanto el diagnóstico inicial sobre la cobertura de las obras sociales, y también los resultados acerca de cuáles serían los costos a cubrir por el seguro de salud. En palabras del mismo entrevistado:

[...] Cuando dijimos 'la demanda de atención son 5 consultas habitante año' [las autoridades] se agarraron la cabeza, 'no puede ser, va a salir muy caro un seguro'. Porque ellos esperaban que diga 1 o 2 [consultas por habitante] al año (Comunicación personal, 2014 ago 05).

El final del ESSEM sobrevino con el fin de la Revolución argentina, en 1973, y muchos de sus resultados fueron luego destruidos, soslayados o simplemente olvidados. Sin embargo, más allá del limitado éxito que tuvo, el ESSEM resultó una experiencia significativa al interior de la administración sanitaria de Argentina. La incorporación de nuevos cuadros técnicos, que marcaron una renovación de la burocracia especializada, así como el conjunto de técnicas de recolección y análisis de información puestos en juego durante el estudio, marcaron en adelante el desarrollo de los sistemas de información del campo de la salud en Argentina. Una renovación de tal magnitud y otros intentos de reorganización del sistema recién son identificables hacia fines de la década de 1980, ante la crisis del modelo que se consolidó durante los años del ESSEM (40).

En este sentido, el análisis del ESSEM contribuye a representar la historia de las políticas sanitarias de las décadas de 1960 y 1970 como un periodo intenso, cargado de conflictos, innovaciones técnicas, emergencia de saberes y grupos profesionales, de proyectos de reforma y contrarreforma. También, en tanto intento de describir la realidad sanitaria para transformarla, permite un acceso privilegiado a la valoración de los actores y sus principales hipótesis, preocupaciones y marcos interpretativos.

Referencias

1. Daniel C. Contar para curar. Estadísticas y comunidad médica en Argentina (1880-1940). *Hist. Cienc. Saude-Manguinhos*. 2012;19(1):89-114. DOI: [10.1590/S0104-59702012000100006](https://doi.org/10.1590/S0104-59702012000100006)
2. Plotkin M, Zimmermann E. Introducción, saberes de Estado en la Argentina, siglos XIX y XX. En: Plotkin M, Zimmermann E, Compiladores. *Los saberes del Estado*. 1.ª ed. Buenos Aires: Edhasa; 2012. p. 9-34.
3. Gonzáles Leandri R. Itinerarios de la formación Médica y sus saberes de Estado. Buenos Aires 1850 y 1910. En: Plotkin M, Zimmermann E, compiladores. *Los saberes del Estado*. 1.ª ed. Buenos Aires: Edhasa; 2012. p. 125-58.
4. Morresi S, Vommaro G. Los expertos como campo de estudios sociopolítico. En: Morresi S, Vommaro G, compiladores. *Saber lo que se hace: expertos y política en Argentina*. 1.ª ed. Buenos Aires: Prometeo Libros; 2011. p. 9-40.
5. Bohoslavsky E, Soprano G. Una evaluación y propuestas para el estudio del Estado en Argentina. En: Bohoslavsky E, Soprano G, compiladores. *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina desde 1880 hasta la actualidad*. 1.ª ed. Buenos Aires: Prometeo-UNGS; 2010. p. 9-59.
6. Iriart C, Nervi L, Olivier B, Testa M. *Tecnoburocracia sanitaria: Ciencia, ideología y profesionalización en la Salud Pública*. 1.ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1994.
7. Arce, H. *El Sistema de Salud: de donde viene y hacia donde va*. 1.ª ed. Buenos Aires: Prometeo Libros; 2010.

8. Belmartino S, Bloch C. El sector salud en Argentina: actores, conflictos de intereses y modelos organizativos 1960-1985. 1.ª ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 1994.
9. Ramacciotti K. Políticas sanitarias, desarrollo y comunidad en la Argentina de los años sesenta. *Rev. Ciencias de la Salud*. 2014;12(1):93-113. DOI: [10.12804/revsalud12.1.2014.06](https://doi.org/10.12804/revsalud12.1.2014.06)
10. Cerdá JM, Ramacciotti K. Capítulo vi. El desarrollo y participación comunitaria en las décadas de 1960 y 1970. En: Biernat C, Cerdá JM, Ramacciotti K, editores. *La salud pública en Argentina*. 1.ª ed. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes; 2015. p. 205-29.
11. Feld A. Planificar, gestionar, investigar: Debates y conflictos en la creación del CONACYT y la SECONACYT (1966-1969). *Eä Journal of Medical Humanities & Social Studies of Science and Technology*. 2010; 2(2)
12. Belmartino S. *La atención médica en Argentina en el siglo xx: Instituciones y procesos*. 1.ª ed. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2005.
13. Osuna F. El Ministerio de Onganía Un análisis de la conformación del Ministerio de Bienestar Social (1966-1970). *Anuario de la Escuela de Historia Virtual*. 2017;8(11):69-91.
14. Giorgi G, Mallimaci F. Catolicismos, nacionalismos y comunitarismos en política social. *Redes católicas en la creación del Ministerio de Bienestar Social de Argentina (1966-1970)*. *Revista Cultura y Religión*; 2012,vi(1):113-44.
15. Osuna F. El proyecto de Bienestar Social del Onganiato ¿Una utopía de Derecha? Presentando en: *IV Taller de Discusión las Derechas en el Cono Sur, Siglo xx*. Universidad Nacional de General Sarmiento. 2012 may; Buenos Aires.
16. Gomes G. Los orígenes doctrinarios de la propuesta comunitarista del gobierno de Juan Carlos Onganía. En: Galván V, Osuna F, editoras. *Política y cultura durante el Onganiato: nuevas perspectivas para la investigación de la presidencia de Juan Carlos Onganía*. Rosario: Prohistoria Ediciones; 2014. p. 105-18.
17. Osuna, MF. El ministerio de Bienestar Social durante la gestión de Francisco Manrique. *La función de la política social en los últimos años de la Revolución argentina (1970-1973)*. *Quinto Sol*. 2017;21(2):1-25. DOI: [10.19137/qs.v21i2.1164](https://doi.org/10.19137/qs.v21i2.1164)
18. Cueto M. *The value of health: a history of the Pan American Health Organization*. 1.ª ed. Washington D.C.: PAHO; 2006.
19. Biernat, C. La Organización Panamericana de la Salud en la configuración de las políticas sanitarias latinoamericanas de entreguerras. *e-l@tina*; 2016;14 (54):19-34.
20. Rayez, FR. La formación de sanitaristas en los años sesenta como problema social. El caso de la Escuela de Salud Pública de la U.B.A. en sus años de emergencia (1958-1966). Ponencia presentada en: *VII Taller de historia social de la salud y la enfermedad*. 2016 oct; Mar del Plata.
21. Veronelli J. Veronelli Correch M. *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*. 1.ª ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2004.
22. Buschini JD. Renovación institucional y modernización científica: La creación del Instituto de Investigaciones Hematológicas a mediados de la década de 1950. *Salud Colect*. 2013;9(3):317-34.

23. Holmberg E. Discurso pronunciado por el Secretario de Estado de Salud Pública Doctor Ezequiel A D Holmberg. Presentado en: 3.^a jornada Nacional de Autoridades de Salud Pública en la Ciudad de Mendoza. Conclusiones y recomendaciones de la tercera reunión nacional de autoridades de salud pública. Ministerio de Bienestar Social. 1968; Buenos Aires,.
24. Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. Estudio sobre Salud y Educación Médica: Estudio sobre Salud Recursos para la salud y la educación médica y profesional médica en la República Argentina, Serie 7 N.º 1. Buenos Aires: ESSEM; 1969.
25. Jáuregui A. La planificación en la Argentina del desarrollo (1955-1973). *Temas de Historia Argentina y Americana*. 2014;22:135-53
26. Hamilton M. *Vida de Sanitarista*. 1.^a ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2010.
27. Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. Estudio sobre Salud y Educación Médica: Estudios Demográficos Estudio de fecundidad en cinco áreas metropolitanas. Serie 1 N.º 1. Buenos Aires: ESSEM; 1973.
28. Ferrero C. Estudio sobre salud y educación médica. *Cuaderno de Salud Pública*. 1968;2(1):57-61.
29. Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. Estudio sobre Salud y Educación Médica: Estado de Salud de la Población del Área Metropolitana. Serie 6, N.º 1. Buenos Aires: ESSEM; 1972.
30. Feld A. *Ciencia y Política(s) en la Argentina: 1943-1983* Bernal: Editorial de la UNQ; 2015.
31. Consejo Nacional de Desarrollo. Encuesta preliminar sobre obras sociales y mutualidades: nómina actualizada de obras sociales y mutualidades, número de cotizantes y beneficios prestados. Buenos Aires: CONADE; 1965.
32. Pantelides E. Los datos para el estudio de la fecundidad en la Argentina. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 1975.
33. Consejo Nacional de Desarrollo. Encuesta preliminar sobre obras sociales y mutualidades: nómina actualizada de obras sociales y mutualidades, número de cotizantes y beneficios prestados. Buenos Aires: CONADE; 1965.
34. Veronelli J, Testa A. *La ops en Argentina. Crónica de una relación centenaria*. 1.^a ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2002.
35. Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. Estudio sobre Salud y Educación Médica: Utilización de Recursos Médicos de Internación. Tabulaciones Preliminares. Serie 5 N.º 2. Buenos Aires: ESSEM; 1971.
36. White K, Anderson D, Kalimo E, Kleczkowski B, Poruola T, Vuckmanovic C. *Fundamentación y prácticas de la planificación y de la gestión nacionales de los servicios, experiencias basadas en el estudio internacional en colaboración sobre utilización de los servicios de atención médica realizado con la ayuda de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1977.

37. Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. Estudio sobre Salud y Educación Médica: Estado de Salud de la Población del Área Metropolitana. Serie 6 N.º 1. Buenos Aires: ESSEM; 1972.
38. Oszlak O. Estado, planificación y burocracia los procesos de implementación de políticas públicas en algunas experiencias latinoamericanas. En: Instituto Nacional de Administración Pública, compilador. 25 aniversario del INAP 1955-1980. México: INAP; 1980; p. 205-31.
39. Decreto Ley 18610/1970 de Obras Sociales y normativas de funcionamiento. Buenos Aires: Boletín Oficial 05-3-1970;21882:2.
40. Belmartino S. Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo. Desarrollo Econ. 1995;35(137): 83-103.