

**KARINA RAMACCIOTTI, *LA POLÍTICA
SANITARIA DEL PERONISMO, BUENOS AIRES,
EDITORIAL BIBLOS, 2009, 187 PP.***

LUCÍA ROMERO¹

El libro de Karina Ramacciotti, *La política sanitaria del peronismo*, se halla en las antípodas de los relatos que supo generar la tradicional historia de la medicina, tendientes a consolidar imágenes laudatorias de sus personajes, prácticas e instituciones y a dar cuenta de los procesos de salud y enfermedad como entidades meramente biológicas –sin condicionamientos y tensiones políticas, sociales y culturales.

Alejado de estas perspectivas, este trabajo se inserta dentro de un movimiento de renovación historiográfica de la medicina local y regional: por un lado, en el de la historia sociocultural y política de los procesos de salud y enfermedad y, por otro, en el de la historia de la salud pública, retomando de ambos la aproximación al estudio de la medicina desde sus conexiones constitutivas con una sociedad, una cultura y una época específicas.

En este doble cruce, la autora nos ofrece un relato que intenta captar los entramados de actores que contribuyeron a hacer de las estructuras y organizaciones de asistencia y tratamiento médico un objeto de Estado y de política pública en la Argentina, logrando dar cuenta de sus dinámicas sociales, políticas, culturales y profesionales, en un justo balance entre las interrelaciones y especificidades de cada una de estas esferas.

La institucionalización de la salud como un objeto de intervención estatal ocurrió durante el período peronista, más precisamente, durante la gestión de quien fue el primer secretario y al poco tiempo ministro de Salud en el país, Ramón Carrillo. Es en estos procesos, por ello, donde se concentran los ejes de análisis y discusión que se hallarán en este trabajo.

Antes de comentar la estructura y contenidos que se abordan en cada uno de sus capítulos, nos interesa señalar dos de sus contribuciones generales, tanto en relación a las claves interpretativas y analíticas utilizadas como respecto de las discusiones que abre a diversos campos de conocimiento.

¹ Docente e investigadora UBA y UNQ.

Su riqueza analítica radica en tres frentes: su abordaje histórico, su articulación entre las iniciativas individuales y los procesos de índole más estructural, y su estrategia metodológica.

En primer lugar, con vistas a analizar la conformación de la atención médica como una cuestión pública durante el peronismo rastrea sus puntos de continuidad y ruptura con los proyectos pre-existentes, en particular aquellos pertenecientes a la corriente de pensamiento identificada con el higienismo y la beneficencia social del último tercio del siglo XIX y las primeras tres décadas del XX. Esto permite ejercitar una mirada histórica que desplaza su objeto diacrónicamente y que trabaja con las tensiones que supone todo análisis que apunta a dar cuenta de las continuidades y los cambios de un proceso u objeto social.

En segundo lugar, se presta una especial atención a las estrategias e iniciativas individuales que influyeron en la conformación de la salud como una cuestión de atención estatal sin perder de vista cómo operaron determinantes de mayor agregación social tales como las ideas y los discursos propios de “un clima de época”, las bases materiales –los recursos económicos, financieros y de infraestructura– y los modelos institucionales locales y foráneos emulados. De cara a las clásicas discusiones sobre el lugar de los hombres y la acción en relación al peso de las estructuras, propias del ámbito de la historia como de la sociología, aquella forma de aproximarse a la política sanitaria presenta mediaciones auspiciosas.

Tercero y último, los materiales y fuentes reunidos para la realización de esta investigación, con procedencias y naturalezas bien variadas –tales como diarios de sesiones parlamentarias, artículos científicos y editoriales políticas de revistas médicas locales, archivos oficiales y entrevistas– conforman un corpus empírico cuya fertilidad y valor dio sus frutos, al poder mostrar tanto discursos como acciones efectivas en el proceso de constitución de la atención médica como un objeto de intervención estatal. La combinación de fuentes estables con testimonios orales invita a pensar en diseños metodológicos que contengan este tipo de entrecruzamientos, a partir de los cuales resultaría posible vivificar las primeras y complementar controladamente las segundas.

Asimismo, este trabajo realiza aportes históricos y sociológicos muy fructíferos al abrir líneas de indagación futuras para una variedad de campos de conocimiento más amplios al de la historia de la salud o de la enfermedad. Por ejemplo, estableciendo diálogos,

explícita o implícitamente, con la historia política argentina –del peronismo en particular–; con la historia y la sociología de la ciencia –en las cuales no abundan trabajos sobre el período peronista–; con la sociología de las profesiones –la médica especialmente– y con los estudios sociales y políticos sobre el Estado y las burocracias. Por eso, quienes investiguen temáticas en el marco de alguno de estos campos encontrarán en este libro una amplia gama de preguntas e insumos de trabajo promisorios.

Ahora sí nos ocuparemos de qué trata esta historia y cuáles son sus interrogantes y respuestas puntuales en cada uno de sus cinco capítulos.

En el primero, las preguntas orientadoras pueden resumirse en las dos siguientes: ¿cómo se transformó la salud como conjunto de prácticas, representaciones e instituciones de beneficencia y caridad social, característica del siglo XIX y primera mitad del XX, en objeto de política pública durante el peronismo? ¿En qué sentido este pasaje conformó un camino tendiente a la centralización de las organizaciones sanitarias, no exento de tensiones y contramarchas?

Con vistas a dar respuestas a estos interrogantes, en este capítulo rastrea y analiza los debates y las creaciones institucionales sanitarias más relevantes con anterioridad al período peronista –desde mediados del siglo XIX–, colocando la mirada en los discursos, las demandas y las acciones que fueron generando consensos en torno a la necesidad de centralizar la atención de la salud en un ente público, y los obstáculos con los cuales se enfrentó este proyecto. Dentro de las instituciones sanitarias existentes, las que presentaron mayores escollos para aquellos proyectos de centralización fueron la Sociedad de Beneficencia de la Capital –motorizada por el Estado, en pleno proceso de conformación, y llevada adelante por las “damas de élite”– y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales. Fue un sector de los profesionales médicos de nuevo tipo, interesados en la propagación de la medicina en el entramado público estatal –lo que más tarde sería la corriente sanitaria e higienista–, el que encabezó demandas de centralización mediante su paulatina inserción en diferentes instancias de intervención estatal en el último tercio del siglo XIX.

Resulta interesante observar cómo desde el inicio la cuestión sanitaria se yuxtapuso con la asistencia social, tanto en términos de prácticas como del tipo de instituciones que las desarrollaban. Y si bien una vez que la primera se constituyó en una política pública,

inserta en una estructura administrativa estatal con relativa autonomía como lo fue la Secretaría de Salud primero, en 1946, y su transformación en Ministerio en 1949, nunca dejó de estar estrechamente imbricada con la asistencia social. ¿En qué medida fue esta una marca del peronismo? Resulta improbable reducir ese entrecruzamiento a dicho estilo de gestión y de construcción política, más aún si tenemos en cuenta que cuando ambas esferas estuvieron en manos de las “damas de élite” en el siglo XIX también se efectivizaron dichos solapamientos. Los vaivenes que mantuvieron la política de salud y la social durante la segunda mitad del siglo XX también dan cuenta de la continuidad, aunque con diferencias y especificidades, de tales vinculaciones en términos de prácticas, actores, representaciones y modelos institucionales.

Más allá de los puntos de contacto que siempre tuvieron tales esferas, incluso hasta el día de hoy, vale la pena preguntarse –según nos sugiere Ramacciotti en este capítulo–, ¿qué procesos políticos locales e internacionales coadyuvaron a que la salud y la cuestión sanitaria se convirtieran en objeto de Estado hacia mediados de la década de 1940 y no antes ni después? ¿Cuáles fueron el marco de ideas y las acciones programáticas que estuvieron en juego en esta incumbencia particular y cuál fue su relación con el clima de ideas en cuanto al cambio de rol en el modo de intervención del Estado respecto a los problemas de la ciudadanía?

Por cierto, los debates sobre la coordinación centralizada de la salud pública y la identificación de la política sanitaria como una responsabilidad pública remitían a la Europa de mediados del siglo XIX, surgidos como respuestas a las diversas epidemias que azotaban la nueva vida urbana industrial. En América Latina estos debates –y las primeras acciones concretas– surgieron en la última década del siglo XIX y las dos primeras del XX también a propósito de controlar enfermedades endémicas y epidémicas. En la Argentina, en 1880 se creó el Departamento Nacional de Higiene y tres años más tarde la Oficina Sanitaria. Desde 1920 aparecieron distintos proyectos legislativos que apuntaban a la centralización; durante el gobierno de Agustín P. Justo en 1938 surgió una propuesta de creación de un Ministerio de Salud –por iniciativa del renombrado médico Gregorio Aróz Alfaro–; en 1941, un proyecto de creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, coordinando y unificando ambas esferas de atención –cuya implementación empero llegó a efectivizarse pero solo durante diez meses. A

partir de 1944, la Dirección Nacional de Salud Pública –dependiente del Ministerio del Interior– solo tuvo injerencia en lo relativo a la asistencia hospitalaria, la sanidad y la higiene, dotándose de una matriz administrativa que aspiraba a combinar la cura con la prevención de enfermedades de todo el territorio nacional.

En 1946, con la llegada de Perón a la presidencia, dicha Dirección fue transformada en Secretaría de Salud Pública, quedando bajo su jurisdicción. A partir de allí, entraba en escena quien ocupó su dirección y se proyectó como un referente del impulso y la consolidación de la salud como un objeto de intervención pública y estatal por derecho propio, Ramón Carrillo. El nuevo recorrido que la sanidad comenzó a tener bajo su orientación no estuvo exento de conflictos, contramarchas y dilemas irresueltos en torno a dos cuestiones: 1) el cariz que debía primar, en términos de beneficencia y caridad o de objeto de derecho ciudadano; 2) la centralización o delegación de las prácticas y estructuras de asistencia médica –cuya raíz radicaba, entre otros elementos y localismos, en el régimen político federal.

En el segundo capítulo, la autora examina el itinerario de formación profesional y de la carrera política de Ramón Carrillo, retrotrayéndose para ello a sus primeros ámbitos de socialización en el seno familiar y en la vida social en la provincia de Santiago del Estero. Reconstruye parte de su entrenamiento médico en la Universidad de Buenos Aires y su posterior especialización como neurocirujano en Europa, donde no solo recibió formación científica sino también se vio imbuido de las concepciones filosóficas y políticas –propias del pensamiento romántico, nacionalista y eugenésico– que, por esos años, marcaban algo más que “un clima de época” en Alemania e Italia. Esta estadía y apropiación de ideas preparó el terreno para su reinserción profesional en el medio local, en el Hospital Militar –donde comenzó a trazar estrechos lazos con el círculo castrense y donde al mismo tiempo conoció a Perón– y en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Dicha estadía en el extranjero también se vinculó con su posterior participación en el grupo de intelectuales santiagueños conocido como La Brasa, con quienes esbozó una interpretación eugenésica de la “raza argentina”.

En 1945 se puso al frente de la intervención de la Facultad de Ciencias Médicas, cargo que desempeñó con el apoyo del gobierno nacional *de facto*, el movimiento estudiantil nacionalista y católi-

co, y un sector del profesorado no reformista, enfrentándose con el grupo de Bernardo Houssay y otros profesores que en esa casa de estudios, para entonces, ya habían acumulado amplias cuotas de poder simbólico (el más alto prestigio científico) y material (posiciones y recursos) y se convertirían en claros opositores al gobierno peronista a la vez que para este constituían también blancos de ataque. Si Carrillo se posicionaba ya como el exponente de la medicina social y sanitaria, Houssay y sus discípulos eran los referentes de la medicina académica (de investigación científica). Al respecto surge una pregunta: ¿en qué medida la contraposición entre las corrientes “sanitaristas” y “científicas”, característica de la medicina local, se originó en el contexto de polarización política que se instaló a partir del ingreso del peronismo en la política argentina y del vínculo conflictivo que se entabló entre aquel y la universidad?

Carrillo fue un médico que se abrió paso finalmente en el terreno político y técnico. Esto fue posible dado que fue allí donde perfiló y cultivó sus desempeños e intervenciones naturales en su rol de médico sanitarista –con el apoyo de sus aliados políticos de mayor peso.

Con la reconstrucción del derrotero académico y político de Carrillo, que transcurrió entre 1926 y 1949, Ramacciotti intenta mostrar cómo se generaron condiciones particulares –académico-científicas, políticas y sociales– para la circulación de ideas y sujetos entre los ámbitos académicos y políticos y cómo convergieron las estrategias individuales del primer ministro de Salud del país con las necesidades de construcción política que por entonces se planteaba el peronismo. Así, Carrillo se convertía en una de las figuras de “la segunda línea del liderazgo peronista que oficiaron de intermediarios entre las masas y el líder, ocupando puestos claves dentro de la administración y gozando de reconocimiento por derecho propio”, en un contexto donde la salud pública era un eje clave de la propaganda peronista.

En el tercer capítulo, el trabajo se adentra ya en la descripción y el análisis de la institucionalización de la salud pública, dada a partir de las reformas administrativas realizadas en el área sanitaria, mostrando cómo la creación de la Secretaría de Salud Pública en 1946 implicó el final de la dependencia que dicha área mantuvo durante más de sesenta años con el Ministerio del Interior y el inicio de su autonomización, en cuanto a la adquisición de nuevas facultades administrativas y el manejo de recursos propios. Si bien

los primeros pasos hacia tal proceso de institucionalización se remontaba a fines del siglo XIX –por ejemplo, con la creación del Departamento Nacional de Higiene–, la peculiaridad y ruptura que supuso en tal sentido el período abierto durante la gestión peronista radicó en dimensiones cuantitativas y cualitativas; debido al aumento de arreglos y programas institucionales que apuntaban a contener el tema sanitario a escala nacional y debido a la centralidad que cobró la planificación –lo cual se vio plasmado en el “Plan analítico de salud pública” de 1947.

En este proceso los médicos se fueron convirtiendo en el grupo profesional –expertos– más adecuado y solicitado para ocupar su dirección. Por eso, Ramacciotti dedica buena parte de su reflexión al tipo particular de instrucción y reclutamiento creado para conformar un perfil burocrático en sintonía con la política sanitaria peronista. Esto implicó un proceso de profesionalización de los médicos sanitarios cuya materialización más representativa fue la apertura de la Escuela Superior Técnica de Salud Pública en 1947 –el antecedente de la Escuela de Salud Pública creada en 1958.

En el cuarto capítulo, la autora muestra cómo si bien los cambios organizativos apuntaron a un proceso de centralización, jerarquización y relativa modernización –racionalización burocrática– del área de la salud pública, como lo indica la conversión en 1949 de la Secretaría en Ministerio, en la práctica aquel proceso se vio frenado por el viraje de la apuesta sociopolítica del peronismo. Fundamentalmente, por el marcado protagonismo que adquirió la Fundación Eva Perón desde mediados de 1948, así como también de las obras sociales sindicales. Estas organizaciones pasaron así a competir con las capacidades, recursos presupuestarios y áreas de incumbencia del Ministerio y con la figura del mismo Carrillo, cuya iniciativa y poder acumulados en un comienzo se vieron licuados con la injerencia que fueron teniendo dichas organizaciones. Así, si su gestión durante los primeros tres años se caracterizó por un marcado dinamismo en materia de construcción hospitalaria y de una visibilidad política fundada en una mezcla de “eficiencia técnica” con “la llegada de una política de salud a las masas”, más tarde, con la aparición de la Fundación Eva Perón y las obras sociales de los sindicatos y la reducción del holgado presupuesto con el que en un principio contó el Ministerio, este y sus figuras dejaron de monopolizar la representación oficial del proyecto peronista en la atención y seguridad sanitaria. Esto se reflejó en indicadores muy

concretos: en el presupuesto que manejó el Ministerio y la Fundación. Si en 1948 el presupuesto de la agencia estatal triplicaba al de la Fundación, en 1951 esta situación diferencial fue diametralmente opuesta.

Así pues, la cuestión sanitaria se convirtió en un terreno de disputa a partir del cual la Fundación, las obras sociales sindicales y la agencia estatal pretendieron construir legitimidad y visibilidad política. La desigualdad en la cuota de recursos políticos y materiales que detentaba cada uno, así como los intereses particulares que perseguían configuró un mapa de complejas tensiones y consecuencias de desmembramiento y solapamiento de acciones y estructuras en el sistema de salud pública argentino.

En el quinto y último capítulo, la autora coloca la mirada en el proceso tendiente a la centralización creciente de la salud pública desde el punto de vista de la educación sanitaria de masas proyectada al territorio nacional en su conjunto. Si bien en la Argentina se habían realizado campañas sanitarias desde el último tercio del siglo XIX, durante el peronismo estas iniciativas tomaron otro cariz. Ramacciotti entiende que fue en este período cuando se nacionalizaron las campañas sanitarias y el Estado mostró su presencia en el interior del país, posibilitando mejoras en sus redes de atención. No obstante, ello no alcanzó para eliminar las inequidades territoriales y, en cambio, mostró la mayor efectividad de cara a la visibilidad política que dicha agencia estatal logró construir a partir de tales campañas. Las estrategias de difusión sanitaria fueron cuatro: 1) las que tuvieron como objetivo integrar aquellas regiones alejadas de los grandes núcleos urbanos; 2) las respuestas a la emergencia de determinados brotes epidémicos –tales como los de peste bubónica, viruela y poliomielitis–; 3) las que apuntaban a la “salud de los trabajadores” y se desarrollaron en las fábricas, y 4) las orientadas a la nutrición de los niños, realizadas en las escuelas y los hogares.

Finalmente, este trabajo ofrece un análisis sobre el proceso de institucionalización de la salud como un objeto de política pública que permite subrayar en todo momento, aun cuando aquella adquirió dicho estatus y su mayor estabilización como cuestión técnica y burocrática, un derrotero signado por la convivencia de lógicas y actores de naturaleza política y técnica, con sus correspondientes modos de capitalización y saberes puestos en juego, la de los actores políticos por un lado y la de los profesionales (técnicos/expertos) por el otro. Por momentos ambas posiciones son claramente distingui-

bles y por otros no lo son tanto. A veces “la técnica y la racionalidad” aparecen como la moneda de cambio exclusiva de los profesionales –Carrillo– ante la orientación “asistencial y emotiva” de los políticos –Eva Perón. Sin embargo, y más allá de estas identificaciones y sus rasgos más característicos, el relato de esta historia nos enseña que “política” y “técnica” se entremezclan en ambos tipos de actores, quienes, según los contextos, apelan a dimensiones de una y otra.

Asimismo, este libro muestra las tensiones que desde el inicio existieron en torno a las políticas de centralización (nacionalización) y de descentralización (territorialización) de la salud como objeto de intervención estatal, siendo ambos también objetos en los cuales si bien los expertos han tendido a impulsar y hacer mayor hincapié en las primeras y actores tales como la Fundación Eva Perón, en las segundas, no es posible trazar fronteras claras y excluyentes.

Asumiendo estas imbricaciones y solapamientos de tipos de actores, lógicas de acción y visiones en torno a la gestión de la salud poblacional, siempre presentes y cohabitando en el ámbito público estatal –el cual nunca es meramente “técnico” o “político”–, es posible dejar planteada la pregunta acerca de la singularidad del proceso argentino, en términos de su particular cultura institucional y política. Por cierto, no se puede soslayar que el carácter errático de las políticas públicas ha tenido estrecha relación con las conocidas interrupciones institucionales que ocurrieron desde 1930 hasta 1980. Pero, al mismo tiempo, es posible conjeturar que existen elementos que van más allá de tales procesos y que merecen una comprensión aparte. En ese sentido es lícito dejar planteada la siguiente pregunta: ¿cuáles han sido las conexiones entre la cultura técnico-profesional y la política, y la inestabilidad de las políticas públicas, entre las cuales, la relativa a salud es un ejemplo?