



Sistemas de salud en Argentina y la región

Boletín de la BCN

135

Boletín de la Biblioteca del Congreso de la Nación. -- Año 1, n.º 1 (1918)-
Año 11 (1929) ; 2.ª época, Año 1, n.º 1 (mayo 1932)-Año 2, n.º 6 (oct.1934) ;
[3.ª época], n.º 1 (sept./oct. 1934)- . -- Buenos Aires : Biblioteca del
Congreso de la Nación, 1918- .
v. ; 25 cm.

ISSN 0004-1009.

1. Biblioteca del Congreso - Argentina - Publicaciones Periódicas. I. Biblioteca
del Congreso.

Sistemas de salud en Argentina y la región

Boletín de la BCN n.º 135

ILUSTRACIÓN

Mafalda, Quino

DIRECTOR RESPONSABLE

Alejandro Lorenzo César Santa

COMPILADORES

Ana Laura Rivara, Nicolás González Galatoire,
Marta Palchevich y Luis Héctor Martínez

DISEÑO, COMPAGINACIÓN Y CORRECCIÓN

Subdirección Editorial

IMPRESIÓN

Dirección Servicios Complementarios
Alsina 1835, 4.º piso, CABA

Las opiniones, ideas, doctrinas, conceptos y hechos aquí
expuestos, son de exclusiva responsabilidad de los autores.

© Biblioteca del Congreso de la Nación, 2022
Av. Rivadavia 1850, 3.º piso. CABA

Registro DNDA N.º 5342086

Impreso en Argentina - Printed in Argentina
Marzo de 2022

Queda hecho el depósito que previene la ley 11.723
ISSN 0004-1009

Para comprender nuestros objetivos de gobierno en materia sanitaria, es necesario fijar previamente con claridad los fines de la ciencia médica, organizada por el Estado, en beneficio de la mayoría, es decir, de los no pudientes.

Ramón Carrillo

Los países ricos lo son porque dedican dinero al desarrollo científico-tecnológico, y los países pobres lo siguen siendo porque no lo hacen. La ciencia no es cara, cara es la ignorancia.

Bernardo Houssay

Los progresos de la medicina y de la bioingeniería podrán considerarse verdaderos logros para la humanidad cuando todas las personas tengan acceso a sus beneficios y dejen de ser un privilegio para las minorías.

René Favaloro

La pandemia de Covid-19 puso en evidencia en todo el mundo la importancia y las carencias de los sistemas de salud públicos y privados según las perspectivas ideológicas de los gobiernos y el desarrollo de las naciones.

El célebre sanitarista argentino, Dr. Ramón Carrillo, nombrado primer ministro de Salud Pública y Asistencia Social de la Nación en 1949, durante el gobierno de Juan D. Perón, sostuvo: *No puede haber política sanitaria sin política social*. La denominación del cargo contiene este concepto y, confirmándose su jerarquía, el organismo pasa de Secretaría a Ministerio.

Estos significantes institucionales dan cuenta de la interrelación entre calidad de vida, atención de la salud y educación, elementos vertebrales de lo que entonces se denominó “justicia social”.

Garantizar a la población condiciones dignas de vida constituye un deber de los estados y así como *la libertad en todas las formas es un derecho del pueblo; la salud, en todos sus aspectos, es también un derecho del pueblo, aunque menos conocido* (Dr. Ramón Carrillo).

En la lucha contra la pandemia, algunos posicionamientos políticos revelaron la convivencia de distintas temporalidades y el vigor de imaginarios sociales en los que la caridad reemplaza al derecho y los intereses económicos socavan los de la comunidad, pretendiendo políticas sociales —en este caso sanitarias— de resultados discriminadores.

En este número del Boletín se analizan sistemas de salud desarrollados en nuestro país y en países vecinos desde la colonia hasta la actualidad, a partir de los cuales es posible observar el apego o no a la equidad social y a la práctica de la democracia.

Algunas regularidades históricas frente a las epidemias que afectaron a Argentina

Laura Sacchetti

Este trabajo propone un recorrido histórico de larga duración en el que se analizan epidemias que aquejaron a nuestro país, las medidas que se adoptaron para enfrentarlas y las reacciones que dichas medidas provocaron. El objetivo es analizar la historia como una confrontación constante de fuerzas; lejos de un recorrido lineal, este trabajo se inscribe en el método genealógico (Foucault, 1979), método que reconstruye lo heterogéneo, los argumentos contrapuestos, las polémicas, sin voluntad de síntesis. Posturas hegemónicas y contrahegemónicas, intereses públicos y privados coexisten en esta historia en una polifonía que no busca la armonía sino el despliegue de todas esas voces.

Viruela, peste, gripe española y polio son analizadas en el contexto de una sociedad tensionada por fuerzas que ante la emergencia de la enfermedad se enfrentaron entre sí. Clases sociales, grupos políticos, corporaciones profesionales y económicas levantaron sus voces, reclamaron desde sus intereses y se movilizaron construyendo un marco complejo alrededor del hecho biológico que puso de manifiesto toda esa conflictividad.

VIRUELA LA LLEGADA DE LA VACUNA ¿UN BIEN PARA TODOS?

La historia de la viruela en América se remonta al tiempo de la invasión europea. Pueblos originarios de Norte a Sur fueron diezmados por esta enfermedad a la que hoy los historiadores consideran tan letal como la guerra de conquista. Según los estudiosos del tema, la población americana, de aproximadamente 20 millones antes de la llegada de los españoles, se redujo a 4,5 millones a mediados del siglo XVI (Cook, D., 2003).

En tiempos del virreinato, España organizó la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna, primera campaña internacional, que llegó al Río de la Plata en 1805 usando esclavos y niñas huérfanas de la Casa de Expósitos como reservorio del virus. Los vecinos de Buenos Aires se negaron a inocularse con pretextos que iban desde el prejuicio hacia los portadores hasta argumentos ridículos que auguraban mutaciones monstruosas en el organismo por la procedencia animal del fluido. Si vacunarse generaba resistencias, mucho más difícil resultaba la revacunación periódica. Durante la década que siguió a la Revolución de Mayo poco pudo lograrse para inmunizar a la población.

En 1822, Rivadavia, ministro de Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, firmó un decreto sobre la administración de la vacuna en el territorio provincial. Consideraba allí que “constituía un perjuicio para sus carreras movilizar a

los practicantes de medicina alejándolos de la ciudad y de las aulas” por lo que decretaba que vacunarían los cirujanos de los distintos cuerpos militares de la siguiente manera: el cirujano del regimiento acantonado en la Guardia del Monte llevaría la vacuna a Chascomús, Magdalena y San Vicente; el cirujano del regimiento de Luján lo haría en Pilar, Capilla del Señor, Cañada de la Cruz y Areco y el cirujano del regimiento de San Nicolás en San Pedro, Arrecifes y Baradero (Coni, 1878: 23). Las dificultades propias de la época: luchas partidarias, escasez de recursos, la extensión del territorio bonaerense, impidieron lograr la eficacia de esta medida.

Décadas más tarde, aún no se alcanzaba a inmunizar a los pobladores del campo, por lo que Coni, destacado médico higienista, en la Memoria de la Asociación Médica Bonaerense que presidía, propuso la vacunación obligatoria bajo pena de multa y el ingreso de los médicos a caseríos y ranchos para cumplir con esa tarea. Eran tiempos previos a la teoría microbiana; la medicina creía en la propagación de las enfermedades a través de miasmas que corrompían el aire. El mismo Coni adjudicó la gran mortandad en el medio rural a que “la mayoría de las víctimas son pobres... viven violando la higiene”, situación que veía repetirse en los conventillos de la ciudad a los que describe “hacinamientos como pesebres” (Coni, 1878: 7).

Termina este documento con la recomendación a los médicos de no limitarse a estudiar los problemas en el terreno abstracto de la ciencia, sino aconsejar a las autoridades la adopción de medidas relativas a la salud de la población (Coni, 1878: 19). Prefigura de esta manera lo que sería en las décadas siguientes el rol de los higienistas en la política, asumiendo un protagonismo con el propósito de transformar al país en un territorio a salvo de las grandes epidemias del pasado, que garantizara futuras inversiones y la llegada de inmigrantes.

Por su parte, en un Informe de la Dirección General de Salubridad Pública de la Provincia de Buenos Aires de 1901 se describe al contingente de esquiladores, segadores y trilladores convocados para realizar esas tareas en el territorio provincial que eran casi en su totalidad extranjeros, llegados de Europa y de distintos puntos de la República “como caravanas egipcias que recorren las estancias... que bajo el punto de vista higiénico dejan mucho que desear y carecen de las más elementales nociones de profilaxia” Desde la Dirección de Salubridad se pedía a los intendentes que exigiesen a los estancieros contratar personas que tuvieran certificado de vacunación, considerando que por su movilidad y características, esas agrupaciones eran un peligro para la salud pública.¹

Los pueblos originarios del territorio nacional se vieron masivamente afectados por esta enfermedad transmitida por los criollos, al punto que la consideraron el mal de los blancos. Durante el gobierno de Rosas, grupos de indios pampas solían visitarlo en Buenos Aires. Las relaciones entre el gobernador y estos pueblos eran fluidas, ya que estos eran los proveedores de la materia prima

1. Anales de la Dirección General de Salubridad Pública; 2(10): 397-399, 31, oct. 1901.

para los saladeros, establecimientos que resultaban centrales para la economía. Ante un contagio masivo de viruela que ocurrió durante una de estas visitas, Rosas compartió con un centenar de indios el precioso talismán de la vacuna. Este recurso fue usado políticamente: los indios amigos quedaban protegidos y garantizaban paz a las haciendas de los federales.

Las vacunas fueron entonces y aún son, en nuestros días, un recurso usado con fines políticos para establecer alianzas y condicionar la coexistencia entre pueblos.

PESTE BUBÓNICA: CONTROVERSIAS SANITARIAS Y ECONÓMICAS

Tras la batalla de Caseros, se impuso un modelo de Estado que privilegiaba las relaciones internacionales y condicionaba la política interna al logro de una alianza con las potencias hegemónicas europeas. Dentro de ese objetivo, resultaba imprescindible estar a salvo de epidemias que amenazaran el comercio internacional. Luego de la epidemia de fiebre amarilla en 1871, comenzaron a adoptarse medidas que daban cuenta del interés del Estado por resguardarse de nuevos brotes. Durante las últimas décadas del siglo XIX, fue muy significativo el trato que se les dio a los profesionales médicos, encumbrados a la cima del poder, poseedores del saber científico, llave del progreso y el bienestar de la Nación. Fueron voces autorizadas en el combate de las epidemias como la de peste bubónica de 1899.

Gobernaba en su segundo mandato el general Roca. El máximo organismo en salud a nivel nacional era el Departamento Nacional de Higiene, presidido por Eduardo Wilde, que había sido ministro de Justicia, Culto e Instrucción durante la primera presidencia de Roca y luego ministro del Interior bajo la presidencia de Juárez Celman. En la disyuntiva de admitir la presencia de la epidemia o negarla, Wilde haría todo lo posible por no perjudicar los intereses económicos que respondían a los objetivos de su partido político: privilegiar el comercio exterior, presentarse como el granero del mundo ante los compradores internacionales y como país sano y vigoroso, libre de epidemias.

En 1899, la peste ya era pandemia, con un primer brote en China, se expandió luego por India, toda Europa, entró a América del Sur y presentó los primeros casos en nuestro país en la ciudad de Rosario. Hacia allí marchó Wilde, quien negó que fuera peste. Se abrió la controversia cuando lo desautorizó desde su experiencia como epidemiólogo, José Penna, que había presentado un completo informe sobre los casos detectados en Paraguay y ciudades costeras del Paraná. En los primeros días del primer año del nuevo siglo, se presentaron casos en Buenos Aires. La peste vino a hacer visibles las tensiones internas de la sociedad: Argentina, receptora de inmigrantes temía intensamente los riesgos de recibir lo indeseado. La multitud que *Caras y Caretas* así describe: “Y sigue y sigue el rebaño descendiendo por la planchada que es el puente terminal entre el pasado de miseria y el porvenir dadivoso”² resultaba sospechosa de estar tray-

2. *Caras y Caretas*, 21/10/1899, año II, número 55.

endo todo lo indeseado, desde ideologías contrarias al grupo hegemónico hasta enfermedades: tanto lo simbólico como lo material, altamente contagiosos.

Los habitantes de la ciudad criticaban lo que evaluaban como poco empeño del intendente en acabar con las ratas. Por entonces, la intendencia estaba al mando de Adolfo Jorge Bullrich, militar, comerciante y rematador de campos y de hacienda, quien poco hacía por el saneamiento urbano, adoptando solo medidas persuasivas. También Wilde fue objeto de críticas por su reiterada negativa a admitir la presencia de la peste. Resulta interesante registrar el cambio en la opinión pública, probablemente por influencia de los medios de la época, ya que en un primer momento se le criticó al intendente su debilidad ante la emergencia sanitaria; dos meses después, el gobierno adoptó lo que fue calificado como respuesta desmesurada. Así lo manifiesta la portada de *Caras y Caretas*, el semanario más popular de la época, que muestra una caricatura del intendente Bullrich junto al doctor Wilde fumigando y acompaña el siguiente remate de la imagen: “Se imponen las medidas radicales antes de que la peste nos infeste; mas las quieren usar con bríos tales que van a concluir porque la peste resulte el más pequeño de los males”.³ La publicación reprochaba a las autoridades los gastos considerados excesivos en fumigaciones, ratoneras, cuarentenas y desalojos.

A fines de enero de 1900, Wilde renunció al Departamento Nacional de Higiene y en su reemplazo fue designado Carlos Malbrán, quien venía de encabezar la misión argentina a Paraguay para colaborar en la lucha contra la peste bubónica. Al recibir la denuncia de casos en Rosario, en una barraca que almacenaba harina y en el barrio Refinería, el gobierno dispuso un cordón sanitario que suspendió el tráfico vía ferrocarril, impuso el cierre de comercios y lugares públicos, el control de la población y la instalación de un lazareto para cuarentenar a los enfermos y a sus familias, demostrando una firmeza que dio origen a numerosas quejas. Ante el establecimiento del cordón sanitario, los comerciantes privilegiaron sus intereses y protestaron ruidosamente. No solo ellos: un conventillo se amotinó ante el cordón policial que impedía la circulación de las diecisiete familias que allí vivían. “Varias fábricas y establecimientos comerciales se han visto en la necesidad de despedir operarios y empleados, y éstos, los más humildes, los que tienen forzosamente que vivir al día, se hallan amenazados, no por una peste bubónica más o menos problemática, sino por una miseria cierta” declara *Caras y Caretas* estableciendo la disyuntiva entre los intereses de la salud pública y los negocios.⁴

3. *Caras y Caretas*, 28/10/1899, año II, número 56.

4. *Caras y Caretas*, 10/2/1900, año III, número 71.

LA PRIMERA PANDEMIA DEL SIGLO: CUARENTENA. SALUD PÚBLICA VS. NEGOCIOS

Tal vez sean las controversias relacionadas con la llamada gripe española las que nos resulten más fáciles de comprender, dada la actualidad de la pandemia por causa del Covid-19. Si bien es cierto que las condiciones históricas no son idénticas, encontramos una regularidad en las respuestas de la sociedad que trascienden el contexto.

El uso de barbijos, el resguardo de distancia, la quina, canela y alcanfor como remedios recomendados, el alcohol en las manos, se convirtieron en prácticas cotidianas allá por 1918.

Hasta la primavera de aquel año, Argentina se creía a salvo de una enfermedad que aquejaba a la lejana Europa que además sufría las consecuencias devastadoras de la primera guerra mundial: por ello no se tomaron medidas preventivas. Durante los últimos meses de aquel año, se produjeron los primeros casos en el país a partir de la identificación de pasajeros enfermos llegados en el vapor Demerara, procedente de Portugal. El número de muertes en el país superó las 2000, pero hubo una segunda oleada en el otoño de 1919, más intensa, registrándose 12760 fallecidos (Rivero, Carbonetti, 2015). A diferencia del cólera, la gripe española se difundió de arriba hacia abajo de la escala social, siendo las primeras víctimas viajeros provenientes de aquel continente. Una vez que el virus circuló en el país irradió rápidamente a los sectores vulnerables, que vivían en condiciones de hacinamiento, con precarias condiciones higiénicas, desnutridos. Señalemos que la mayor mortalidad se produjo en enfermos con tuberculosis preexistente.

La crítica social señaló que la pandemia fue pretexto para que funcionarios y empleados públicos no asistieran a sus trabajos, para que los boticarios aumentasen sus ventas y para burlarse de las pretenciosas declaraciones de los médicos que, contradiciéndose entre sí, se dividían entre los que afirmaban que se trataba de una gripe sin importancia y quienes alertaban de su gravedad. Por desconocimiento de la etiología, los mecanismos de transmisión y el tratamiento efectivo, la elite médica estaba desconcertada, mientras la sociedad demandaba y consumía medicamentos cuya eficacia no había sido avalada por la ciencia, pero tampoco estaba prohibida su venta.

La política también fue tensionada por la pandemia: un grupo de gobernadores cuestionó las medidas adoptadas por el presidente Yrigoyen, lo que junto con otras razones terminaría dividiendo al radicalismo gobernante en personalistas y antipersonalistas, fractura debida a los apoyos a la figura de Yrigoyen.

Vale recordar que desde fines del siglo XIX, el grupo hegemónico representado políticamente por el Partido Autonomista Nacional había gobernado el país, situación que cambió a partir de la sanción de la Ley Sáenz Peña. El sector conservador no ocultó su oposición desde entonces, oposición que manifestó en la prensa, en los clubes, en reuniones. Por otro lado, las estructuras del Estado que habían sido creadas en los años 80 del siglo anterior continuaron sin cambios. De allí, la debilidad de la autoridad presidencial.

A fines de 1918, a consecuencia de la pandemia, se procedió al cierre de escuelas, a obligar la cuarentena para todos los pasajeros venidos de Europa, cierre de salas de espectáculos, cafés y confiterías en horarios nocturnos, prohibición de acudir a los cementerios —medida que resultó muy irritante especialmente el 2 de noviembre, día de los difuntos—, inspección de talleres, aunque sin clausuras y reglamentos para conventillos que imponían medidas excesivamente severas por lo que era imposible garantizar su cumplimiento. Hasta hubo una marcha de antorchas por las calles céntricas de la ciudad organizada por gente de teatro a quienes acompañaron conservadores, católicos, trasnochadores, en fin, toda la oposición a las medidas presidenciales.

Las críticas provenientes de una burguesía acomodada son ironizadas una vez más en *Caras y Caretas* por una autora que se identifica como “la dama duende”: La ciudad de Buenos Aires se vació, las noches porteñas dejaron de tener la actividad acostumbrada, la oposición se expresó contra todas estas medidas. “Los alarmistas han transformado su ciudad en un foco de tedio y desconsuelo. ¿A dónde ir a esa hora? No hay programa para nadie... a grandes y pequeños, han desconsolado ciertas enérgicas disposiciones; no queda otro remedio que organizar interminables partidas de *bridge* o póker, telefoneando a los jugadores válidos aún o convalecientes. ... a los veteranos que dormitan en una poltrona del círculo, esperando sitio en alguna de las mesas de juego; a los matrimonios que no tienen mucho que conversar, a las elegantes mundanas que se aburren porque no hay cine, no hay ‘Odeón’; a las que no pueden matar el tiempo haciendo visitas, porque sus esposos —médicos en plena actividad— no pueden facilitarles el auto ni una hora; ni dan abasto, con la terrible tarea”⁵.

Esa cuestionada autoridad sumada al descontento de vastos sectores de la política asistirían en la ciudad de Buenos Aires, luego de la dolorosa experiencia de la pandemia, a otro episodio traumático: la Semana Trágica, con una inusitada represión a los trabajadores: demostración desmesurada de fuerza que tal vez buscaba reafirmar el poder presidencial.

POLIOMIELITIS: DE LA SALUD PÚBLICA AL RETORNO DE LA FILANTROPÍA

En Argentina, la poliomielitis era una enfermedad que estaba en ascenso la durante la primera mitad del siglo XX en coincidencia con el panorama mundial. Entre diciembre de 1952 y mayo de 1953, durante la gestión de Ramón Carrillo frente al Ministerio de Salud Pública, se produjo el brote más importante de los ocurridos hasta ese momento, cuyo número de casos alcanzó las cifras más altas en los meses de marzo y abril. Se registraron un total de 2579 casos en todo el país con una morbilidad de 14,0 por 100 mil habitantes.⁶

5. *Caras y Caretas*, 9/11/1918, año XXI, n.º 1049.

6. Fuente: Epidemiología de la poliomielitis. Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, Bs.As., 1959.

En una conferencia de prensa que el ministro de Salud realizó el 4 de abril de 1953 sostuvo que “no ha adquirido los caracteres de una verdadera epidemia. Debe registrarse técnicamente un caso cada 10 mil habitantes. La polio es una enfermedad que se produce todos los años. Adquiere mayor intensidad en los meses de enero, febrero y marzo y desaparece con los primeros fríos para reaparecer en casos aislados que en nuestro país oscila en unos 1000 casos”⁷. Podríamos decir que mientras el discurso público apuntó a negar la existencia de una epidemia en una primera instancia y luego enmarcarla en una “ola epidémica mundial” —lo que era cierto—, en la práctica la acción política sanitaria fue inmediata: se reforzó el número de enfermeras en la ciudad más castigada de aquel momento (Rosario), se incorporaron nuevos pulmotores y se envió allí en persona al responsable nacional de Grandes Luchas Sanitarias. La preocupación también se tradujo en una serie de medidas que apuntaron entonces a recabar información científica sobre la enfermedad y muestra de ello fue la participación oficial de la Argentina en congresos internacionales y la contratación de médicos extranjeros especialistas para que dictaran conferencias.

Todas estas acciones dan cuenta de una política por parte del Estado que da por superadas las etapas de negación de la epidemia de poliomielitis de ese año.

Por tensiones políticas internas, Carrillo, luego de 8 años al frente de la cartera de Salud y habiendo construido el sistema público de salud argentino, presentó su renuncia. Recién tres meses más tarde asumió la cartera sanitaria el Dr. Bevaqua. Desde la asunción del nuevo ministro hasta el 16 de junio de 1955, cuando se produjo el golpe de Estado, se inició el desmantelamiento del sistema hospitalario que había propulsado Carrillo desde el inicio de su gestión.⁸

Según consta en la bibliografía científica, el inicio de esta nueva epidemia tuvo una fecha exacta: el 27 de enero, luego de un silencio casi absoluto en los meses de octubre, noviembre y diciembre. Sin embargo, la prensa recién reconoció la existencia de la epidemia casi un mes más tarde, el 22 de febrero. El brote ocurrió de la siguiente manera: en los meses de diciembre y enero se advirtió en la población, gracias a los médicos que atendían a domicilio, una serie de cuadros clínicos que pudieron considerarse como gastroenteritis de verano y anginas gripales. Las autoridades sanitarias requirieron información a 150 pediatras, pero solo uno contestó.

Para mediados de febrero, los casos sumaban entre 60 y 70 por día de los cuales entre 10 a 15 enfermos debían ser colocados en un pulmotor. El 18 de febrero, solo en el Hospital Muñiz, ingresaron 7 pacientes que debieron ser colocados de inmediato en un pulmotor, hecho que nunca antes se había dado en el país.

7. Diario *La Nación*, 4 de abril de 1953.

8. Daniel Chiarenza. *Ramón Carrillo, Santiago del Estero - Belem do Pará, Una vida, un destino...* 1.^a Edición, Burzaco, 2010, pp.248-249.

El gobierno militar se valió del brote para culpar a las autoridades depuestas, tal como se percibe en los siguientes testimonios de la prensa de la época: “El país acaba de sufrir una dolorosa experiencia en el combate de la reciente epidemia de parálisis infantil motivada por la imprevisión que dejara en la materia el gobierno depuesto”⁹.

Las políticas implementadas por el gobierno de facto para la mitigación de la epidemia de poliomielitis consistieron en reforzar el tradicional modo de abordaje propio de la caridad y la filantropía, observándose una multiplicación de organizaciones y acciones de la sociedad civil en la lucha contra esta enfermedad relegando nuevamente el papel del Estado en la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud de toda la población.

Resulta visible el cambio de signo ideológico que desarticuló la fuerte presencia del Estado y las políticas sociales, que reemplazó con la construcción de un discurso descalificante de la etapa anterior y promotor de un liberalismo a ultranza, en que cada individuo fuese responsable de sus actos ante sí y ante los demás, retornando a un esquema filantrópico que había sido desechado durante los años del peronismo. La prensa diaria y periódica se nos presenta como un recurso necesario para la reconstrucción del tema, que viene a complementar el análisis de los textos provenientes de ámbitos académicos, por ejemplo, *El Argentino* refiriéndose a la situación crítica de clínicas y sanatorios privados como consecuencia de los aumentos de sueldo al personal otorgados durante los años de gobierno peronista sentenciaba: “La dictadura centralizó los servicios asistenciales del país en una organización propia que no era otra cosa que un instrumento de su baja política”¹⁰.

Como contraparte, la prensa difundía profusamente los gestos altruistas de la población que se movilizaba mediante colectas, ferias, kermeses, tés de damas, veladas artísticas, entre otras actividades, para juntar fondos. Al tiempo que se elogiaba la participación de niños, vecinos, artistas, se aprovechaba la oportunidad, una vez más, para apuntar contra el gobierno depuesto: “Siguen los gestos altruistas de un pueblo que ha reencontrado su ilustre trayectoria luego de una década de ignominia... cuyo origen podría buscarse en la desastrosa administración del exdictador en fuga, que prescindió tanto de la limpieza de calles, plazas y edificios públicos como de proveer a los hospitales de los elementos indispensables”¹¹.

Ante la persecución de todo signo material y simbólico que tuviera relación con el gobierno al que se derrocó, a través de una lectura indiciaria de los medios podemos, así, interpretar que fueron amplificadas las acciones que el régimen interpretó como medidas de respaldo mientras se acusó de apatía cívica a quienes no participaban en las actividades que intentaban suplir la acción del Estado, encubriendo así la resistencia que enfrentaba.

9. Diario *El Argentino*, jueves 22 de marzo de 1956.

10. Diario *El Argentino*, 19 de enero de 1957.

11. Diario *El Argentino*, sábado 17 de marzo de 1956.

Resulta destacable la retórica con que los medios de la época informaban sobre las medidas que se adoptaron para combatir la epidemia. Estamos frente a un discurso de neto corte militar, como puede verse en el siguiente artículo: “Ya tenemos a la poliomielitis cercada por un ejército de luchadores infatigables, en cuyas líneas de avanzada actúa el pueblo en calidad de soldado raso, empuñando la escoba y el tacho de acaróina, armas de su lucha indeclinable... falta todavía librar el combate decisivo”¹². Se está haciendo referencia a la limpieza de baldíos, a lo que se llamó “la batalla de la cal” —pintar troncos de árboles, cordones de veredas—, vigilancia del tratamiento de la basura, llevada a cabo por vecinos que denunciaban las transgresiones. Es de suponer que estas denuncias excedían la preocupación por la higiene barrial y eran un mecanismo útil para la dictadura identificar y sancionar a quienes no colaboraban activamente.

En relación con la dimensión de la epidemia y la evolución de los casos también se percibe tensión entre la inquietud social y la pretensión de tenerlo bajo control por parte de la dictadura, que sostenía que la mayor parte de los enfermos curaba fácilmente y sin secuelas. “La población vive horas de alarma ante la presencia y la agresividad del brote de poliomielitis que aflige a la Capital Federal y al Gran Buenos Aires... No se justifica la alarma excesiva. Es sabido que la enfermedad de Heine Medin es endémica en nuestro país... lo que ocurría, antes de ahora, es que no se proporcionaba información al público... Ahora se procede con franqueza”¹³.

Tal pretendida franqueza podría ser relativa cuando registramos que en entrevista al doctor Carlos M. Pico, director del Hospital Muñiz, se le preguntó sobre algunas cifras que marcaban el desarrollo del brote, a lo que el médico respondió “No puedo proporcionarlas. Toda la información se da por intermedio del Ministerio”¹⁴.

Para terminar con estos testimonios, el ministro de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires, doctor Rodolfo Eyherabide, declaró: “Es una enfermedad de carácter endémico que se produce en distintas épocas del año... Esta vez el brote se ha radicado en una zona vastamente poblada con proliferación de medios informativos, lo que ha motivado que la población interpretase los alcances de la endemia con una gravedad que científica y estadísticamente no tiene”¹⁵. Declaración que da cuenta de la preocupación de la sociedad, que resulta descalificada, y una velada denuncia a los medios de comunicación. Los datos producidos por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública en 1959 registraron 6496 casos en el año 1956, lo que significó una tasa de 33,3 casos por cada 100000 habitantes, y una mortalidad del 10 %.

12. Diario *El Plata*, lunes 12 de marzo de 1956.

13. Diario *La Razón*, lunes 12 de marzo de 1956.

14. Diario *El Plata*, lunes 12 de marzo de 1956.

15. Diario *El Plata*, viernes 2 de marzo de 1956.

CONCLUSIONES

En el recorrido efectuado se buscó mostrar como las epidemias (sobre el pueblo) además de constituir un gravísimo hecho biológico, han sido fenómenos sociales de gran impacto. La perspectiva histórica permitió revisar un período de dos siglos en nuestro país.

Al adoptar una mirada genealógica quedan expuestas confrontaciones, conflictos, intereses divergentes como una constante. A través de esa larga duración, y sin menoscabar las profundas diferencias con el pasado, aparecieron respuestas que marcan regularidad en la sociedad.

Ciertamente, la epidemiología actual nos permite acceder al diagnóstico, tratamiento y en muchos casos a la terapia que restituye la salud. Aún así, asistimos en el presente a similares resistencias a las vacunas con argumentos que van desde lo irracional hasta prejuicios que resisten el análisis serio. También observamos la persistencia del conflicto entre la adopción de medidas para frenar la circulación de las epidemias y los intereses económicos, más allá de la existencia de un Estado que en distintos momentos adoptó posiciones más o menos favorecedoras de la salud pública.

Por último, estas desgracias que afectaron y afectan a los pueblos no pueden reducirse a su tratamiento biológico, sino que merecen ser analizadas en la compleja trama de variables políticas, económicas y culturales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BELARDO, M., Rovere, M., Fuks, A. (2014), *Epidemias de polio en Argentina en los años 50: entre dos modelos de salud pública*, VI Taller de Historia de la salud, Universidad Nacional de Rosario.
- Caras y Caretas*, 21/10/1899, año II, número 55.
- Caras y Caretas*, 10/2/1900, año III, número 71.
- Caras y Caretas*, 9/11/1918, año XXI, número 1049.
- CONI, E. (1878), *Contribución al estudio de la viruela en Buenos Aires*, Imprenta de Pablo Coni.
- COOK, D. (2003), *La conquista biológica. Las enfermedades en el Nuevo Mundo*, Siglo XXI, Madrid.
- Dirección General de Salubridad Pública de la Provincia de Buenos Aires. Informe Mensual (1901), *Anales de la Dirección General de Salubridad Pública*; 2(10): 397-399, 31 oct. 1901.
- FOUCAULT, M. (1979), "Nietzsche, la genealogía, la historia". En: *Microfísica del poder*, Las Ediciones de La Piqueta, Madrid. Pp 7-29.

- RIVERO, D., Carbonetti A. (2016), "La "gripe española" en perspectiva médica: los brotes de 1918-1919 en la escena científica argentina", Universidad del Rosario. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud; *Revista Ciencias de la Salud*; 14; 2; 11-2016; 283-295
- SACCHETTI, L., Belardo, M., Rovere, M. (2015), "Polio y "Revolución Libertadora" Análisis del discurso periodístico de la epidemia de poliomielitis de 1956". Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población.

La historia como tragedia y farsa: vacunas, oligopolios y desigualdades globales

Marcela Belardo

María Belén Herrero

El primer caso de coronavirus que el sistema de salud chino detecta se produjo el 16 de diciembre de 2020 en el Hospital Wuhan Union. Con el correr de los días comenzaron a acercarse otros pacientes con síntomas parecidos a los de una neumonía (*La Nación*, 30/3/2020). El 26 de diciembre se reporta esta situación al sistema de vigilancia epidemiológica y el 30 de diciembre las autoridades definen una búsqueda activa de pacientes con estos mismos síntomas. El 31 de diciembre la provincia de Wuhan alerta al sistema de salud nacional, al Center for Disease Control de China y la Organización Mundial de la Salud (OMS) es notificada de este infrecuente aumento de casos de neumonía, que a primera vista no parecía deberse al SARS. El 7 de enero de 2021, los científicos chinos detectan que se trata de un coronavirus y el 12 de enero, esto es, a menos de un mes de notificarse el primer caso, secuencian su genoma. Al otro día ya disponían de los primeros *kits* para pruebas (Pueyo, 2020). El 20 de enero se incorpora como enfermedad de notificación obligatoria para todo el sistema de salud, y el 23 de enero del mismo mes se cierra por completo la provincia de Wuhan; y al día siguiente sucede lo mismo con otras 15 ciudades. El 30 de enero, la OMS declara la emergencia de salud pública de importancia internacional y, ante la rápida propagación del virus al resto del mundo, el 11 de marzo declara el estado de pandemia. El virus se había extendido a 190 países, y entre marzo y abril el 90 % de la población mundial estaba sometida a cierres parciales o completos de fronteras y a restricciones para viajar (Sanahuja, 2020).

El 11 de agosto se registró la primera vacuna contra esta enfermedad, la Sputnik V, desarrollada por el Instituto Gamaleya, un centro de investigación estatal ruso. Rápidamente siguieron los registros de las otras vacunas que hoy se encuentran disponibles. Así, a 8 meses de confirmarse el primer caso en el mundo y a tan solo 7 meses de declararse la emergencia internacional, el mundo ya contaba con las primeras vacunas para una enfermedad que hasta entonces se desconocía y no tenía tratamiento.

Como nunca en la historia, los científicos obtuvieron vacunas, medicamentos y tratamientos contra el COVID-19 a una velocidad asombrosa. Sin embargo, la producción y distribución de las dosis, lejos de responder a la lógica de equidad y acceso universal, continuaron regidas por las leyes de la oferta y demanda. Lejos de los primeros anuncios que pregonaban por una vacuna como bien público de la humanidad, la vacuna quedó en los brazos de unos pocos.

Si la pandemia vino a visibilizar las profundas e injustas desigualdades globales persistentes, las vacunas no hicieron más que profundizarlas.

El capitalismo nos muestra una vez más —a más de 18 meses de iniciada la pandemia— que ni ante las peores crisis sanitarias globales, la salud es un bien público. Así, la pandemia de COVID-19 pone en evidencia la inexorable relación entre el comercio y la salud pública bajo el actual sistema de producción y las contradicciones entre los intereses económicos y el derecho a la salud, pero también confirma la importancia de seguir bregando por el acceso universal a los sistemas de salud como principal política sanitaria y la cooperación entre los países como herramienta epidemiológica.

En el 2021, el año de la guerra mundial por las vacunas, la salud ocupa un lugar destacado en las agendas de los organismos internacionales y de los foros globales, donde se disputan los intereses económicos y geopolíticos de los actores que los conforman: los países, sobre todo, pero también la gran industria farmacéutica y el sector filantrópico.

NACIONALISMOS DE LAS VACUNAS: “HAGA FILA, QUE LAS VACUNAS SON DEL NORTE”

Antes de la llegada de las primeras vacunas, las naciones ricas, que concentran solo el 14 % de la población mundial, ya habían preadquirido más de la mitad del primer suministro potencial de vacunas en el mundo. De los 700 millones de dosis aplicadas en todo el mundo en los primeros 6 meses de iniciada la vacunación global, más del 87 % fue destinado a países de ingresos altos o medianos-altos y solo el 0,2 % a los de ingresos bajos. En los países de ingresos altos significa que una de cada cuatro personas recibió una vacuna, mientras que apenas una persona entre 500 en los países de bajos ingresos. A ocho meses de la llegada de las vacunas, EE. UU. y muchos países de Europa vacunaron a más del 70 % de su población con al menos una dosis, mientras que la mayor parte de los países de África —que pudieron iniciar la vacunación— no llegaron al 2 % (Our World in Data, 2021). Más de 130 países aún no recibieron una sola dosis, y 9 de cada 10 países pobres no tendrían acceso a la vacuna contra la COVID-19 el próximo año. De las vacunas producidas, Latinoamérica tiene por contrato solo un 11 % y África un 4 %. Estas cifras contrastan con las de países como EE. UU. y los de la Unión Europea que llegan a cubrir un 199 % a su población, o Canadá un 532 % (Malamud y Nuñez, 2021).

El rol de Estados Unidos fue especialmente pernicioso para la producción mundial de vacunas. Invocando la Ley de Producción para la Defensa (Defense Production Act), dictada en 1950 durante la Guerra de Corea, el gobierno norteamericano no solo forzó a empresas nacionales a producir elementos médicos contra la pandemia, sino que restringió la exportación de insumos clave para la fabricación de vacunas en otros países, como filtros y elementos plásticos, e incluso viales (frascos para envasar las vacunas), provocando cortes en la cadena

mundial de suministros de esos componentes que retrasaron meses la elaboración de vacunas en diferentes partes del planeta (De la Vega, 2020).

En un mundo cada vez más interconectado y globalizado —y en especial frente a problemas de salud globales como la COVID-19— las respuestas no pueden ser únicamente individuales, sino que deben construirse de manera colectiva. En efecto, en respuesta a esta emergencia sanitaria, si hay algo que ha primado hasta ahora ha sido la tendencia por parte de la mayoría de los gobiernos del mundo a adoptar acciones individuales, lo que ha dejado a la deriva a los países más empobrecidos en una especie de “sálvese quien pueda” (Garber, 2021). La distribución de las vacunas contra la COVID-19 —la principal forma hoy de controlar la pandemia— va en esa misma dirección. Lejos de aquellos primeros anuncios con intención de declarar a la vacuna un bien público global, lo que prima es la lógica del mercado, según la cual los procesos de compra-venta responden más a criterios económicos y geopolíticos que a demandas de Salud Pública.

Las dificultades que se advierten en torno al acceso a las vacunas para el COVID-19 tienen como telón de fondo el bajo nivel de producción en manos de un oligopolio farmacéutico. Las pocas disponibles, además, se distribuyen mayoritariamente en un pequeño grupo de países (Garber, 2021).

En consecuencia, este reparto inequitativo de vacunas a nivel global es resultado, por un lado, de que solo un grupo selecto de países ha podido adquirir y/o producir las primeras dosis disponibles y, por otro, de que no todos los países con capacidad para fabricarlas lo están haciendo. El efecto es la escasez y el acceso desigual a las vacunas, ubicando a los países periféricos en un “*apartheid* de vacunas”.

Respecto a esto último, una de las principales restricciones está dada por la existencia de derechos exclusivos que otorgan las patentes y otros derechos de propiedad intelectual que generan monopolios a favor de las grandes farmacéuticas (Bigpharma). Una patente es un título que la autoridad nacional expide a una persona física o jurídica y, así otorga el monopolio temporal de explotación de una invención. En el caso de patentes, la protección “no expirará antes de que haya transcurrido un período de 20 años” (ADPIC). Es muy conocida la trampa de los laboratorios farmacéuticos que para renovar una patente por otros 20 años presentan un producto supuestamente nuevo u original, pero es casi idéntico a su antecesor.

Con la creación de la Organización Mundial del Comercio (OMC), las empresas convirtieron el monopolio en una ley global, estableciendo normas que obligaban a cualquier país miembro a respetarlas en pos de la protección y aplicación de estos monopolios (principalmente farmacéuticos y tecnológicos). Así, en 1995, la creación de la Organización Mundial del Comercio (OMC) estableció un tratado sobre derechos de propiedad intelectual: el acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC). Este acuerdo relaciona por primera vez cuestiones de propiedad intelectual y comercio, y proporciona un mecanismo para la solución de diferencias entre los Estados; exige que todos los Estados miembros de la OMC incorporen en sus legis-

laciones nacionales normas universales mínimas para los derechos de propiedad: los derechos de autor, las patentes y las marcas. Hasta entonces los países tenían la potestad de elaborar y aplicar sus propios sistemas de propiedad intelectual; América latina, de hecho, no protegía a sus productos farmacéuticos. Los acuerdos sobre los ADPIC limitaron considerablemente esa libertad nacional (Nodal, 2020).

Ahora bien, aun cuando la OMC establece esta norma de base, los países conservaban cierto margen de acción. De hecho, es lo que le permitió a la India devenir en el principal país productor de medicamentos genéricos en el mundo. Argentina, por ejemplo, se negó a firmar el llamado Tratado de Cooperación en Materia de Patentes, que habilitaba a tener una patente global que se respetara y que debía cumplirse en todos los países miembros del Tratado. En Argentina, la empresa farmacéutica que quería una patente tenía que solicitarla directamente en la Oficina de Patentes de Argentina para obtener la protección del monopolio de ese medicamento. Como muchos no la solicitaron, Argentina podía fabricar medicamentos genéricos que no solo estaban disponibles en el país, sino que se exportaban a otros países (Taylor, 2021).

Entonces, es preciso considerar que siempre ha existido tensión sobre la propiedad intelectual en el campo de la salud pública, ya que genera que las compañías farmacéuticas mantengan el control exclusivo y absoluto de la producción, distribución y tengan la libertad de fijar los precios. Esta libertad sobre los productos patentados ha llevado a que un gran número de medicamentos no se encuentre disponible para la mayoría de la población que vive en países periféricos. Esto es grave, porque cuando hablamos de un producto farmacéutico estamos hablando de un producto esencial para prevenir o curar una enfermedad, incluso para evitar la muerte. El monopolio, además, genera una enorme disparidad de precios, que comprobamos actualmente en las vacunas contra el COVID-19 que va de 4 a 40 dólares. Si bien las patentes no son la única barrera al acceso a los productos farmacéuticos, sobre todo en la actual pandemia, están siendo un factor determinante.

En el 2001, la llamada Declaración de Doha marcó un hito en las discusiones sobre derechos de propiedad intelectual y salud pública, ya que abrió la puerta a ciertas “flexibilidades” en la propiedad intelectual en situaciones de crisis sanitarias. “Cada Estado miembro tiene el derecho de conceder licencias obligatorias y la libertad de determinar las bases sobre las cuales se conceden tales licencias” (OMC, 2001). Al mismo tiempo sostiene que “cada estado miembro tiene el derecho de determinar lo que constituye una emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia (...)” (OMC, 2001). En este sentido, desde la perspectiva nacional, tenemos varios antecedentes de liberación de patentes farmacéuticas. Un ejemplo de licencia obligatoria de patentes fue el de Brasil en 2007. Su Ministerio de Salud otorgó una “licencia obligatoria” al medicamento contra el sida Efavirenz, producido por el laboratorio Merck que estaba protegido por su patente. Previamente a la adopción de esta medida, se produjeron extensas negociaciones del gobierno brasileño con el fabricante multinacional alemán, pero no se llegó a un acuerdo. Muchas veces ha sucedido que, con solo la amenaza de un país a una

licencia compulsiva, los laboratorios cedan una parte de sus ganancias con tal de no perder la totalidad del mercado. Liberada la patente en territorio nacional, Brasil pudo entonces iniciar la producción local del medicamento y superar la crisis sanitaria que estaba atravesando. La medida adoptada por el gobierno brasileño no significó ni un acto ilegal ni una muestra de autoritarismo estatal ni un avasallamiento a la propiedad privada intelectual —como hoy pretenden hacernos creer las grandes corporaciones farmacéuticas y algunas naciones ricas—. Fue una medida amparada en los acuerdos internacionales (Taylor, 2021).

Brasil no ha sido el único país en utilizar este mecanismo, sino que otros países, urgidos por crisis sanitarias, tuvieron que dar el mismo paso, como Tailandia, Mozambique, Malasia e Indonesia, entre otros. Antes del 2001, cuando el mundo atravesaba la epidemia de VIH/Sida, los monopolios farmacéuticos provocaron que las personas de países de altos ingresos tuvieran acceso a medicamentos contra el VIH, mientras dejaban morir a millones de personas en los países periféricos. No debemos olvidar esa tragedia y mucho menos hoy, cuando se está produciendo un fenómeno bastante similar en nuestros países.

En el marco de la pandemia y frente a la escasez de vacunas, en octubre de 2020, India y Sudáfrica propusieron en el Consejo de los ADIPC de la OMC la suspensión temporaria de los derechos de propiedad intelectual sobre tecnologías, medicamentos y vacunas para el COVID-19, permitiendo así a los países periféricos, producir o eventualmente adquirir versiones más accesibles de estas al levantar los secretos comerciales y liberar el *know how* tecnológico para ampliar la producción mundial de dosis.

Se han realizado más de 10 reuniones, y si bien la propuesta es apoyada por más de 100 países, se necesitan dos tercios de los 164 países que componen la OMC para que sea aprobada. Frente a esta propuesta, las principales potencias occidentales —Estados Unidos, Reino Unido, la Unión Europea, Brasil, Japón y Australia— se han alineado en contra, y aliándose con los laboratorios farmacéuticos, están bloqueando la iniciativa. Al mismo tiempo, son estas mismas naciones ricas las que acaparan la mayoría de las existencias mundiales de vacunas. Los países desarrollados han comprado más dosis de las necesarias para su población. Mientras que el resto debe asegurarse sus propias dosis, pero en desigual poder de negociación —y capacidad de pago— con las grandes multinacionales farmacéuticas. Tampoco hay que olvidar que dos terceras partes del financiamiento para la investigación en vacunas proviene del financiamiento público (Herrero y Lombardi, 2021).

MULTILATERALISMO Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL: OPORTUNIDADES PERDIDAS EN PANDEMIA

La debilidad del multilateralismo, la ausencia de mecanismos globales y la fragmentada cooperación internacional son las caras visibles de esta pandemia, donde lo individual ha prevalecido en detrimento de lo colectivo.

Los organismos internacionales de la salud están en primera plana, y particularmente se ha puesto a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el ojo de la tormenta (Belardo y Herrero, 2020). Las disputas entre los países y al interior de ellos quedaron en evidencia, sobre todo en la actual guerra por la adquisición de vacunas.

En abril de 2020, la administración estadounidense a cargo de Donald Trump anunció la suspensión temporal de los fondos que le otorga a la OMS con el argumento de que el organismo no había hecho su trabajo de enviar expertos médicos a China para medir la situación de “forma objetiva en el terreno”. No es la primera vez que la OMS resulta un campo de disputa de los intereses políticos de los países, como tampoco es la primera vez que EE. UU. intenta poner en jaque a una organización multilateral retirando sus fondos. De hecho, esa es su política cuando estos organismos no responden a sus intereses inmediatos (Belardo y Herrero, 2020).

En cada epidemia, más aún cuando es de alcance mundial y afecta a los países desarrollados, la OMS se encuentra en el centro de la atención, algo esperable siendo el organismo referente de la salud a nivel mundial, y teniendo una responsabilidad en lo que al control de las enfermedades infecciosas y la coordinación de la respuesta internacional refiere (Guilbaud, 2020).

La OMS es una organización intergubernamental que dispone solamente de la autoridad que sus Estados le otorgan, debe respetar la soberanía de estos y no puede dar muestras de injerencia en sus asuntos internos. En términos de financiamiento, depende de los aportes de sus Estados miembros. Hace casi 3 décadas que el presupuesto de la OMS se encuentra muy fragmentado y dependiente de aportes voluntarios de Estados y sectores privados y filantrópicos, lo que sin dudas limita su margen de acción y condiciona su agenda. Asimismo, la OMS se ve limitada por las relaciones geopolíticas entre los Estados, en particular en la actual disputa entre EE. UU. y China, y entre China y Taiwan en materia de epidemias.

Con todo esto, la pandemia nos muestra una vez más que, aun en “el ojo de la tormenta”, los organismos internacionales deben cumplir el rol de coordinadores y de catalizadores de la solidaridad (Guilbaud, 2020). La coordinación corresponde primero a la OMS; sin embargo, cada vez más actores disputan el escenario de la salud global, muchas veces con intereses contradictorios, socavando su margen de acción y liderazgo.

También, se suma algo que ha prevalecido en esta pandemia, y que han sido las salidas individuales. Los Estados implementaron sus propias medidas, desoyendo las necesidades globales y sobre todo desaprovechando las oportunidades de aunar esfuerzos en pos de una respuesta más coordinada y conjunta.

Las organizaciones internacionales son también catalizadoras de solidaridad internacional (Guilbaud, 2020). Así, frente a este escenario de desigualdad global, se han lanzado algunas iniciativas mundiales en la búsqueda de ampliar el acceso a las vacunas para los países de bajos y medianos ingresos. Una de ellas es el Mecanismo COVAX, en el marco de colaboración denominado “Acelerador del acceso a las herramientas contra la COVID-19” (Acelerador ACT). COVAX está

codirigida por la Alianza Gavi para las Vacunas, la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias (CEPI) y la OMS, donde participan más de 180 países. Este mecanismo propone ser una colaboración para un acceso equitativo mundial a las vacunas contra la COVID-19 y para ello ha anunciado un acuerdo para la compra y distribución de vacunas destinadas a países en desarrollo. Si bien apunta a convertirse en un mecanismo global, desde varios sectores se han señalado limitaciones para garantizar la equidad del acceso.

Los hechos hoy han demostrado que el único mecanismo global, COVAX, ha fracasado precisamente por el desincentivo a la cooperación y el “sálvese quien pueda” que ha primado desde que comenzó la pandemia, sobre todo debido a las negociaciones y acuerdos bilaterales de los países ricos con los fabricantes. De hecho, se calcula que podría cumplir apenas con el 20 % de las dosis estipuladas para mitad de año.

Asimismo, contra las consecuencias inequitativas del sistema de acceso a vacunas y de patentes, surgió otra iniciativa impulsada por el presidente de Costa Rica, Carlos Alvarado. La iniciativa de Acceso Mancomunado a Tecnología contra la COVID-19 (C-TAP) propuso hacer público el conocimiento, la propiedad intelectual y la información relacionada con las tecnologías sanitarias contra la COVID-19.

Si bien el Repositorio Libre de Recursos Técnicos fue apoyado por 37 países, incluida la Argentina, finalmente no recibió una sola iniciativa, por lo que COVAX, con todas sus limitaciones, se presenta como el único mecanismo global (Gómez *et al.*, 2020).

Por otra parte, los líderes políticos del G20, que representan las 20 economías principales del mundo, junto con representantes de la Comisión Europea, países africanos y asiáticos y con 12 organizaciones internacionales, científicos y fundaciones privadas se reunieron virtualmente en Roma, Italia, en la cumbre de salud con el objetivo de llegar a consensos para mitigar los efectos de la pandemia de COVID-19. La vacunación fue el principal tema de la cumbre, y en oposición a la liberación de patentes de las vacunas propusieron promover acuerdos de licencias voluntarias de propiedad intelectual, transferencia voluntaria de tecnología y conocimientos técnicos, y mancomunación de patentes en términos mutuamente acordados.

Así, la política del G20 para que todos los países del mundo accedan a las vacunas es la beneficencia. Los países ricos donarán dosis a los países necesitados a través del mecanismo mundial COVAX o donando lo que les sobra en acuerdos bilaterales (sobre todo a países de África). Esta política es similar a la de grandes filántropos como el magnate estadounidense Bill Gates, cuyo enfoque prevaleció en la cumbre de salud del G20. De hecho, Gates aseguró recientemente que la superación de la pandemia del coronavirus a nivel global dependerá de que los países más ricos compartan los excedentes de sus vacunas con las naciones que tienen menores recursos económicos para adquirirlas (INFOPAN 131).

En mayo de 2021 concluyó la 74.ª Asamblea Mundial de Salud de la OMS (INFOPAN 134). Al día siguiente de la clausura de la Asamblea, se publicó una comu-

nicación conjunta entre los cuatro directivos de la OMS, el Banco Mundial, el FMI y la OMC en torno al acceso a la vacunación-mencionando que “persiste una peligrosa brecha entre las naciones más ricas y las más pobres”.

El plan contempla 50 mil millones de dólares, de los cuales \$22 mil millones provendrían de los gobiernos del G20 en fondos adicionales destinados al ACT-Accelerator para el 2021. Alrededor de US\$ 15 mil millones podría provenir de gobiernos nacionales respaldados por bancos multilaterales de desarrollo, incluida la facilidad financiera de US\$ 12 mil millones del Banco Mundial para la vacunación. Por su parte, el FMI está preparando una asignación de derechos especiales de giro (DEG) para impulsar las reservas y la liquidez de sus miembros.

Si bien esto da cuenta del rol de los organismos multilaterales y de crédito en el abordaje de la pandemia, también deja a los países de la región a merced de donaciones, créditos y del financiamiento externo, que engrosa las deudas y condicionalidades hacia estos países.

En plena pandemia, las estrategias geopolíticas no descansan. Por el contrario, en una crisis como la que estamos viviendo, que no solo es sanitaria sino también económica, social, política y humanitaria, los reposicionamientos y presiones resultan más evidentes, como veremos a continuación. Como hemos mencionado, la salud global se encuentra condicionada por los intereses privados, pero también por los países más poderosos, en una agenda global donde la mayoría de los países tienen poco margen para decidir.

GEOPOLÍTICA DE LA INMUNIZACIÓN Y LA DIPLOMACIA DE LAS VACUNAS

En este escenario de pandemia, las vacunas devinieron en una herramienta vinculada a la diplomacia, situación difícil de imaginar tan solo dos años atrás: quién hubiera creído que “la conquista del mundo” se haría a través de vacunas.

Tanto es así que, si observamos la distribución de los desarrolladores de vacunas con sede en países ricos, estos han seleccionado principalmente a socios fabricantes también con sede en países ricos (el 77 %). Mientras que los desarrolladores de vacunas de India (Bharat Biotech), China (Sinopharm, Sinovac y CanSino) y Rusia (Gamaleya) han escogido principalmente socios fabricantes con sede en países de renta media (el 88 %). Entre los fabricantes, la mayoría son empresas privadas, pero algunos son organismos gubernamentales, empresas estatales o asociaciones público-privadas.

Por ejemplo, el Fondo de Inversión Directa de Rusia avanzó con la fabricación internacional masiva de su vacuna Sputnik V a través de un modelo de “licencias abiertas”, en contraste con el resto de los desarrolladores occidentales de vacunas que, principalmente, fabrican y distribuyen vacunas en países de ingresos altos (Pharmabaires, 2021). Contrasta esta situación, la de AstraZeneca, que firmó alrededor de una docena de acuerdos exclusivos con fabricantes, incluida la República de Corea y el Serum Institute of India, lo que impidió que otros fabricantes del mismo país pujaran por producir la vacuna.

Los problemas en torno a dicha exclusividad se hicieron más evidentes la primavera pasada, cuando el Serum Institute of India detuvo sus exportaciones de la vacuna AstraZeneca “Covishield” a más de 100 países de bajos ingresos en África y en otros lugares que participaban en la instalación de vacunas COVAX copatrocinada por la OMS después de que los casos de COVID-19 en la India comenzaron a dispararse. Esto, a su vez, desencadenó un efecto dominó, paralizando las campañas de vacunación que apenas habían comenzado en los países de ingresos bajos y medianos de todo el mundo y dejándolos más dependientes que nunca de las donaciones de vacunas de los países ricos o, alternativamente, de las vacunas producidas por China o Rusia. Sin embargo, cabe destacar, que no ha compartido su receta de vacuna con el Grupo de Acceso a la Tecnología COVID-19 (C-TAP) respaldado por la OMS, ni se ha unido a la Alianza COVAX. En este sentido, no tiene tanto que ver con el carácter filantrópico sino más bien con la posibilidad de demostrar que puede ser un jugador mundial y convertirse en un proveedor global de vacunas más permanente (Pharmabaires, 2021).

Sorpresivamente, la administración de Joe Biden modificó luego su postura y se pronunció a favor de suspender las protecciones de patentes para las vacunas contra el COVID-19 mientras dure la pandemia. Esto representa un giro histórico para un gobierno de los EE. UU., donde el reclamo de protección de Propiedad Intelectual y Patentes siempre ha sido parte integral de la política exterior norteamericana por décadas. Es posible que el cambio de postura de los Estados Unidos sea más una táctica política para restaurar su reputación arruinada, por su indiferencia y acciones negativas en la distribución de vacunas al resto del mundo, en un contexto donde su liderazgo mundial se encuentra disputado por China y Rusia en lo que concierne a la diplomacia de las vacunas. Al mismo tiempo, el gobierno de EE. UU. está donando dosis que tiene en exceso (y que no están aprobadas para su uso en Estados Unidos) al extranjero, ya sea a través del mecanismo COVAX de la OMS o de acuerdos bilaterales. Precisamente, la donación ha sido la propuesta política que definieron las 20 economías más importantes del mundo reunidos en la Cumbre de Salud Global del G20 durante el mes de mayo de 2021, en la que predominó la propuesta filantrópica del magnate Bill Gates que hemos mencionado.

Por un lado, en esta disputa se hace visible una vez más el conflicto entre el lucro privado y salud pública, y que se refleja en la persistencia de las grandes farmacéuticas (que son las que tienen derechos exclusivos para fabricar las vacunas) en negarse a suspender las patentes. Situación que se consolida con el apoyo de los países occidentales más ricos en connivencia con los intereses de la industria farmacéutica. Por el otro, Rusia y China, ambos productores de vacunas, estarían a favor de liberar las patentes de sus vacunas en apego a las reglas de la OMC, que permite hacerlo en situaciones extraordinarias como la actual pandemia.

Así, las vacunas contra el COVID-19 se han convertido en un arma más de la diplomacia, y América Latina y el Caribe siguen siendo un escenario donde todos juegan. China, Rusia e India están en carrera para conquistar mercados e influencia

política a través de la diplomacia sanitaria con intereses diferentes. La posición de los tres países contrasta con el unilateralismo de europeos y estadounidenses (Belardo, 2021b).

India es el mayor productor de vacunas en el mundo y está jugando fuerte en la Organización Mundial del Comercio (OMC). Junto con Sudáfrica propone que la organización renuncie a ciertas protecciones sobre la propiedad intelectual, y así permitir a los países pobres fabricar versiones asequibles de las vacunas. India enfrenta de esta manera a las *Big Pharma* para fortalecer sus empresas nacionales. Al mismo tiempo que participa de forma intensa en los países asiáticos para contrarrestar la influencia de China.

China, la más grande factoría del mundo, continúa siendo el mayor proveedor de insumos, como equipos de protección y respiradores, y ahora de sus tres vacunas (Sinopharm, Cansino, y Sinovac), dos de producción estatal y una en asociación con los canadienses. Rusia, con la Sputnik V, ratificó su capacidad de producción científico-tecnológica —a pesar de una furiosa campaña de desprestigio—, mejoró su posición en el sistema internacional, y estrechó lazos con América Latina y otras regiones. Tanto China como Rusia están aprovechando la oportunidad para fortalecer su poder en los países periféricos. Particularmente, el gigante asiático intenta ganar más influencia en América Latina teniendo en cuenta la política de Trump que se inclinó hacia el interior de sus fronteras basado en el principio de “primero los americanos”. China aprovecha entonces la cooperación que había establecido antes de la pandemia para fortalecer sus intereses en la región (Belardo, 2021b).

DESARROLLO LOCAL Y SOBERANÍA SANITARIA: EL SUR TAMBIÉN EXISTE

En América Latina, la mitad de todos los contagios registrados se produjeron en Brasil, que es el tercer país del mundo con más casos en términos absolutos (solo por detrás de Estados Unidos e India). Brasil es, también, el segundo país con más fallecidos del mundo, por detrás de Estados Unidos y por delante de India y México que está en cuarto lugar. En cuanto al país con mayor tasa de mortalidad, también está en la región latinoamericana: Perú.

América Latina ha sido una de las áreas más afectadas por la pandemia y, sin embargo, también ha sido una de las regiones que menos dosis de vacunas recibió. Luego de más de 8 meses de haberse aplicado la primera vacuna en la región, los países latinoamericanos llevaban algo más de un 2 % del total de dosis aplicadas, mientras que Europa concentraba más del 25 %, Norteamérica, más del 30 %, y Asia, casi un 40 % del total de vacunas.

Al interior de la región también se observan grandes desigualdades. Mientras que en Chile y Uruguay más del 70 % de la población ya ha recibido al menos una dosis y en Argentina más del 50 %, en Nicaragua menos del 4 % y en Haití el 0,5 %.

Uno de los principales problemas para el acceso a más vacunas es la dependencia latinoamericana de la importación y de las reservas de otros países. Esto está vinculado por un lado, al tema de los desarrollos locales y por el otro, a la fabricación en territorio propio con la anuencia de las industrias farmacéuticas titulares de las licencias en cuestión.

En cuanto al segundo punto, como se mencionó, los grandes laboratorios han otorgado licencias de producción a un pequeño número de empresas y han soslayado a compañías públicas y privadas de países en desarrollo, como Cuba.

Pfizer y Moderna, por ejemplo, firmaron un total de 6 y 9 acuerdos, respectivamente, con fabricantes. Todos tienen sede en países de altos ingresos como Francia, Suiza o Alemania, a excepción de un acuerdo entre Moderna y Shanghai Fosun Pharmaceutical Group de China. Incluso Johnson & Johnson, que recientemente llegó a un acuerdo de fabricación ampliado con Aspen Pharmacare en Sudáfrica, produce principalmente vacunas en Estados Unidos y Europa. Y en el caso de AstraZeneca —que ha sido el más agresivo en la concesión de licencias de producción en países de ingresos bajos o medios, incluido el Serum Institute of India— esas licencias son, muchas veces, más una tercerización de un eslabón de la producción que una transferencia de tecnología.

A las demoras e incumplimientos de contratos se suman las diferencias de precios y condicionamientos que pusieron muchos fabricantes a países de la región en los acuerdos por la adquisición de dosis. El caso más emblemático ha sido el del laboratorio Pfizer. Ha solicitado a algunos países que pongan sus activos soberanos, como edificios de embajadas, bases militares y reservas del Banco Central, como garantía contra el costo de futuros casos legales, o la inclusión de cláusulas que redujeran la responsabilidad de la empresa ante posibles efectos adversos durante el proceso de negociación, como en el caso de Perú.

En relación con el segundo punto vinculado a las capacidades instaladas para el desarrollo local, Argentina, Brasil y México son los que tienen mayor capacidad de producción en la región y han logrado cerrar algunos acuerdos de transferencia de tecnología.

Argentina se ha convertido en punta de lanza en el continente con la fabricación en Buenos Aires de la vacuna rusa Sputnik V y el principio activo de la sueco-británica AstraZeneca. México anunció que su laboratorio estatal Birmex comenzará a envasar la vacuna rusa Sputnik V. Brasil, por su parte, inició en el mes de febrero la fabricación de la vacuna china CoronaVac de Sinovac, a cargo del Instituto Butantan local, así como también, en el mes de marzo, el preparado de AstraZeneca, en las plantas de la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), vinculada al Ministerio de Salud del país.

Sin embargo, se trata solo de licencias de emergencia de vacunas de laboratorios extranjeros. En muchos de nuestros países las capacidades locales han sido desmanteladas, privilegiándose así, la dependencia.

En relación con los desarrollos vacunales, Cuba ha sido el primer país en Latinoamérica en contar con vacunas propias. Argentina y Brasil son otros dos países de América Latina y el Caribe que encabezan los esfuerzos por contar con sus propias

vacunas contra la COVID-19, más allá de las que puedan comprar o producir bajo licencia de fabricantes de otras naciones. También México y Chile se han sumado a la misma búsqueda. Sin embargo, uno de los problemas consiste en la dependencia tecnológica en materia de medicamentos biológicos y biotecnológicos que tiene la región latinoamericana. Por ejemplo, como en gran parte del mundo, la producción de vacunas de Butantan (Brasil) depende en buena medida de equipamiento e insumos extranjeros. La mayor parte de esos elementos, como biorreactores, sistemas de cromatografía, filtros y consumibles plásticos (elementos que se emplean y desechan en cada ciclo de producción) provienen de Estados Unidos o de la Unión Europea (UE). En el caso de Cuba, si bien cuenta con la ventaja de que ser un productor y exportador de vacunas y medicamentos reconocido, la escasez internacional de insumos para la producción de vacunas ha sido especialmente lacerante para un país que viene padeciendo un bloqueo político-económico (De la Vega, 2020).

El secreto particularidad cubana para lograr vacunas propias en medio de la pandemia —algo que consiguieron muy pocos países y la mayoría de ellos desarrollados— ha sido una eficaz reorientación de los recursos existentes, la disponibilidad de personal científico y técnico altamente capacitado y la voluntad política del Estado para alcanzar ese objetivo (De la Vega, 2020). En el corto plazo, urge avanzar con la producción de las vacunas a través de los distintos proyectos de transferencia de tecnología. Las enormes desigualdades en torno a la vacunación no solo profundizan las inequidades, sino que conllevan otro riesgo sanitario: la propagación de nuevas variantes altamente infecciosas del nuevo coronavirus en muchos países, que puede prolongar la pandemia durante muchos años. El escenario actual visibiliza la imperiosa necesidad de apuntalar las capacidades locales y, especialmente, la producción de insumos, equipos médicos (un punto que ha sido crítico en muchos países de la región en tiempos de pandemia) e incluso medicamentos y vacunas, considerando la capacidad que tienen algunos países de América Latina, como Brasil, México, Colombia, Argentina, y por supuesto Cuba.

En el mediano y largo plazo se necesita una política industrial que genere mayor capacidad de producción local. En este punto la pandemia puso en evidencia que la producción farmacéutica debe estar íntimamente ligada a la soberanía científica y sanitaria.

UNA PANDEMIA CON FINAL ABIERTO

El 2021 es el año de la “guerra mundial” por las vacunas contra la COVID-19. Como afirma Leigh Philips no hay otro tema que sea tan importante, porque el *apartheid* de vacuna, que los países del Sur Global están padeciendo, ha construido una gigantesca fábrica de mutaciones del virus que amenaza a todos. La pandemia está lejos de terminar, y en gran parte es así porque generar condiciones crónicas es mucho más rentable.

El año 2021, debe llamar nuestra atención por el carácter estratégico de la producción farmacéutica, sobre todo, porque el mundo que se inaugura con esta pandemia será el de recurrentes epidemias o pandemias, debido a la emergencia de nuevos patógenos. Por eso, afirmamos que la producción farmacéutica debe estar íntimamente ligada a la soberanía sanitaria y a la efectiva realización del derecho a la salud.

La pandemia encontró a América Latina en un momento de marcada debilidad en algunos de sus procesos de integración regional. Incluso más, la crisis sanitaria visibilizó la fragmentación regional. En estos contextos de crisis sanitaria, el nivel regional brinda una valiosa oportunidad a los países para potenciar sus capacidades, complementar acciones, no duplicar esfuerzos y sumar las lecciones aprendidas. La articulación y la concertación regional podrían haber contribuido a respuestas más efectivas para enfrentar la pandemia. La actuación conjunta, además, tiene la posibilidad de reducir las asimetrías, que han sido evidentes en esta crisis pandémica y que las limitaciones por el acceso equitativo a las vacunas reflejarán con mayor crudeza (Herrero y Nascimento, 2020). Se proclama: “Nadie se salvará solo”, y para ello la cooperación regional es fundamental. La coordinación podría haber puesto a la vacuna como bien público en la región, haber activado acciones en torno al fortalecimiento de los sistemas de salud, de las capacidades nacionales y regionales. Debió concentrarse en la elaboración de un mapeo de iniciativas y capacidades productivas así como en el diseño de políticas de producción y de mecanismos de distribución equitativa de vacunas en la región.

La exigencia actual es la liberación de las patentes de las vacunas, medicamentos y tecnologías contra el COVID-19 como bien público de la humanidad. Pero al mismo tiempo, no puede estar escindida del fortalecimiento de las capacidades nacionales —que requieren de escala para ser económicamente viables—. En ese sentido, el aumento del financiamiento público para crear, ampliar e integrar las posibilidades productivas regionales es esencial y estratégico de cara al futuro.

Insistimos en que es urgente articular un espacio regional para elaborar un registro completo de estas capacidades existentes para vacunas y medicamentos, de forma tal de poder disponer planificadamente de una política de producción y distribución de equitativa. Algunos países cuentan con posibilidades productivas como Brasil —que ya está produciendo vacunas y medicamentos contra la COVID-19 a partir de transferencias de tecnologías—, México y parcialmente Argentina (contamos con el antecedente regional, a partir de la UNASUR-Salud, que había comenzado la realización de un mapeo de capacidades productivas en América del Sur). El Grupo Técnico de Acceso Universal a Medicamentos (GAUMU-UNASUR) fue creado con el objetivo de coordinar las capacidades productivas de los países en pos de una política sudamericana de acceso universal a medicamentos. Si bien la situación política regional actual no es la misma que hace una década, ese antecedente debería servir de base para retomar el mapeo a través de universidades, institutos de investigación y diferentes redes ligadas a la temática para considerar una política regional farmacéutica que hoy, más que nunca, adquiere un carácter estratégico.

La pandemia de COVID19 ilumina dos cuestiones centrales: en primer lugar, que la salud global es un conglomerado de actores públicos y privados, que con frecuencia lucran con la salud de la población y actúan en desmedro de sus necesidades reales; y en segundo lugar, que la salud necesariamente debe ser pública, universal y el Estado su principal garante.

Hace 20 años, el mundo tuvo la oportunidad de evitar millones de muertes durante la epidemia del VIH/sida, cuando los monopolios de tratamientos vitales posibilitaron que las personas de países de altos ingresos tuvieran acceso a medicamentos, mientras se dejaba morir a millones de pacientes en países en desarrollo. Frente a la actual pandemia, había lecciones aprendidas que se podían haber aprovechado: los medicamentos genéricos asequibles contra el VIH —que comenzaron a fabricarse en los países donde las patentes no bloqueaban su producción— fueron decisivos para comenzar a salvar la vida de millones de personas. Sin embargo, se perdió una oportunidad histórica para cambiar las reglas del juego, al menos mientras durara la pandemia. La historia se repite dos veces, primero como tragedia y después como farsa, lo que sucede es que a veces, como plantea Slavoj Žižek, la farsa puede ser, incluso, más terrorífica que la tragedia original.

BIBLIOGRAFÍA

- BELARDO, M., (2021), “Las empresas farmacéuticas y su hábil estrategia de convertir cuestiones de derecho en beneficencia”, Revista *Hamartia*, 30 de mayo de 2021. Disponible en: <https://www.hamartia.com.ar/2021/05/30/cumbre-g20-salud/>
- BELARDO, M., (2021b), “Diplomacia sanitaria: un arma más para influir en América Latina”. *Nodal - Noticias de América Latina y el Caribe*, 16 de abril de 2021. Disponible en: <https://www.nodal.am/2021/04/diplomacia-sanitaria-un-arma-mas-para-influir-en-america-latina-por-marcela-belardo/>
- BELARDO, M. y HERRERO, MB., (2020), “COVID-19: la OMS en el ojo de la tormenta”. Revista *Hamartia*, 20 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.hamartia.com.ar/2020/04/21/oms-tormenta/>
- DE LA VEGA Carlos, (2021), “Hacia la independencia inmunológica”. Disponible en: <http://www.unsam.edu.ar/tss/hacia-la-independencia-inmunologica/>
- GARBER, Marina, (2021), “Los dueños de las vacunas”, Revista *Acción*. Disponible en: <https://www.accion.coop/los-duenos-de-las-vacunas>
- GUILBAUD, Auriane, (2020), “¿Para qué sirve la Organización Mundial de la Salud?” Disponible en: <https://nuso.org/articulo/para-que-sirve-la-organizacion-mundial-de-la-salud/>
- GÓMEZ, *et al.*, (2020), “Los problemas y limitaciones de COVAX”. Disponible en: <https://razonpublica.com/los-problemas-limitaciones-covax/>.

- HERRERO, MB. y NASCIMENTO, B. (2020) ¿Qué pasa con la cooperación latinoamericana en salud? Nueva Sociedad. Disponible en: <https://nuso.org/articulo/que-pasa-con-la-cooperacion-regional-en-salud/>
- HERRERO MB. y LOMBARDI S., (2021), “Pandemia, debate en la OMC y la imperiosa necesidad de liberar las patentes”. Blog Área de Relaciones Internacionales, FLACSO, Argentina. Disponible en: <http://rrii.flacso.org.ar/liberar-patentes-que-implica-donde-estamos-y-hacia-donde-podemos-ir/>
- Infopan 131, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, abril 2021. <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/infopan/2020/09/01/ver-informes-internacionales/>
- Infopan 134, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, mayo 2021. <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/infopan/2020/09/01/ver-informes-internacionales/>
- MALAMUD, C. y NÚÑEZ, R., (2021), “Vacunas sin integración y geopolítica en América Latina”, Real Instituto Elcano. Disponible en: http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/ari21-2021-malamud-nunez-vacunas-sin-integracion-y-geopolitica-en-america-latina Consulta 13 de junio de 2021
- La Nación*, 30/3/2020, “Coronavirus: habrían identificado en China a la “paciente cero” de la pandemia”. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/el-mundo/coronavirus-habrian-identificado-china-paciente-cero-pandemia-nid2348971>
- Organización Mundial del Comercio, (2001), “Declaración sobre el acuerdo ADPIC y la salud pública”. https://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm
- Our World in Data*, 2021. <https://ourworldindata.org/>
- Pharmabaires, (2021), “Vacunas covid-19: rusia comparte licencias de sputnik a diferencia de los países occidentales”. Disponible en: <http://www.pharmabaires.com/2084-vacunas-covid-19-rusia-comparte-licencias-de-sputnik-a-diferencia-de-los-paises-occidentales.html>
- PUEYO, Tomás, “Coronavirus: por qué tenemos que actuar ahora”, *Página/12*, 15/03/2020. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/253133-coronavirus-por-que-tenemos-que-actuar-ahora>
- SANAHUJA, J.A., (2020), “COVID-19: riesgo, pandemia y crisis de gobernanza global”, en *Riesgos globales y multilateralismo: el impacto de la COVID-19, Anuario CEIPAZ 2019-20*, M. Mesa (Coord.).
- TAYLOR, A., (2021), “Cómo luchar contra el apartheid mundial de vacunas”, *Revista Jacobin*. Disponible en: https://jacobinlat.com/2021/05/27/como-luchar-contra-el-apartheid-mundial-de-vacunas?mc_cid=a29d357523&mc_eid=d04fb4676e

Políticas públicas en salud. Análisis comparativo de dos momentos del modelo argentino desde una perspectiva del Trabajo Social

María Celeste Bertona

INTRODUCCIÓN

Es posible afirmar que existe una estrecha relación entre las modalidades establecidas para la prevención de enfermedades, su curación, la rehabilitación de los individuos, las posibilidades de enfermar, envejecer y morir, con los mecanismos de financiación de las acciones de atención en salud y el modelo de organización económica, política y social que una sociedad adquiere.

Es decir, que el problema de la salud, de la enfermedad y de su atención, no se reducen a cuestiones que ocurren en un individuo, sino que son procesos que se gestan en la dimensión social de la vida cotidiana y tienen sus raíces en los modos de organización de la sociedad, fundamentalmente en los correspondientes a patrones de trabajo y consumo de distintos grupos, sus modalidades de actividades prácticas, sus formas organizativas y su cultura.¹ Además, en la definición de este problema, se ponen en juego múltiples relaciones de poder, en las que intervienen organismos del Estado, estructuras corporativas, empresas privadas, instituciones científicas, organizaciones intermedias, movimientos sociales, organizaciones comunitarias, entre otras, dando lugar a arreglos institucionales complejos.

Analizando la construcción de las políticas de salud pública como productos históricos, dentro del “campo de las grandes instituciones públicas universales” que contienen las políticas sociales (Soldano y Andrenacci, 2005: 21), asociadas a transformaciones económicas y sociales, a cambios en las concepciones de los procesos de salud-enfermedad, a diferentes sistemas de intervención y a actores que se consideraron aptos para llevarlas a cabo, se busca comprender las diferentes lógicas que sustentaron el desarrollo del sistema público de salud argentino, en los gobiernos de Carlos Menem, Fernando de la Rúa, Néstor Kirchner y Cristina Fernández. Si bien entre el mandato de Fernando de la Rúa y el de Néstor Kirchner nuestro país estuvo gobernado por otros presidentes, para el presente estudio se toman aquellos que llegaron a serlo a través del voto popular.

Para ello, se parte de entender a la política social como un complejo conjunto de intervenciones estatales que regulan los procesos de reproducción social,

1. Ideas trabajadas por Jaime Breilh en “La salud-enfermedad como hecho social”, en Betancourt, Breilh, Capana y Granda, *Reproducción social y salud. La lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras*, Ed. Universidad de Guadalajara, México, 1991.

constituyendo “una constelación de intervenciones que participan de las formas institucionales que operan en cada régimen de acumulación, configurando, contradictoriamente, unas formas de *defensa* de la sociedad frente a los mercados y su funcionamiento disruptivo” (Britos, 2010: 183).

Danani distingue intervenciones sociales de políticas sociales. Con las primeras, refiere al “conjunto de intervenciones que producen las condiciones de vida y de reproducción de la vida” (Danani, 2004: 14) y a las políticas sociales las ubica “en el centro mismo de la constitución (de *permanente* constitución, vale decir, de constitución-reconstitución) de la *forma mercancía de la fuerza de trabajo*” (Danani, 2004: 13). Además, afirma que “la constitución de la forma mercancía de la fuerza de trabajo, y por lo tanto el desarrollo de políticas sociales, es un proceso sociopolítico, institucional, económico y cultural, en el que se construyen *el trabajo y la política, y en el que una sociedad define los sujetos, objetos y medios legítimos de satisfacción de las necesidades*” (Danani, 2004: 13).

La configuración de políticas sociales presupone —además— el establecimiento de criterios de justicia, de igualdad y de integración para una sociedad dada. “Entre las desigualdades más importantes destacamos las referidas a la clase, género y la nacionalidad, ya que postulan problemas singulares al concepto de ciudadanía y a los arreglos democráticos” (Britos, 2003: 101). En esta misma línea, en el campo de la salud colectiva, Breilh (2003: 218) expresa que la clase, el género y la etnia son *dominios* en la construcción de los perfiles epidemiológicos de un territorio, ya que explican la estructuración de relaciones de poder y procesos de inequidad.

Titmuss (1981: 32) advierte sobre la existencia de políticas sociales que no están orientadas al bienestar o a la beneficencia y que “...actúan como multiplicadores ocultos de desigualdad”. Por lo tanto, precisa el autor, “cuando hablamos de ‘política social’ no debemos reaccionar automáticamente revistiéndolo con un halo de altruismo, preocupación por los demás, por la igualdad y otros temas parecidos” (Titmuss 1981: 32).

No podemos referirnos a las políticas sanitarias sin considerar los distintos regímenes de Estados de bienestar y cómo se articulan Estado, mercado, familia y sector no gubernamental en el desarrollo de estas, reconociendo que “las condiciones de acceso, la calidad de las prestaciones, la extensión y cobertura de las mismas remiten a la dimensión ‘sustancial’ de la democracia” (Britos, 2003: 101). Por ello, si bien Soldano y Andrenacci (2005: 34) plantean que la propuesta de Esping-Andersen presenta un relativo esquematismo que dificulta su extensión a regímenes nacionales con complejidades, se comparte con Britos (2006: 84) que “el concepto de regímenes de Estados del bienestar que propone Esping-Andersen favorece la comprensión de los arreglos institucionales que conforman el campo de las políticas sociales y permite comprender mejor la producción de bienestar como una función compleja”. Por ello, en el presente trabajo se utilizarán categorías conceptuales del Trabajo Social para analizar las políticas sanitarias argentinas, poniendo en juego las contribuciones de estos aportes y los de Titmuss (1981) quien diferencia Estados de bienestar residuales e institucionales.

Para este estudio, distingo y caracterizo dos momentos de la política sanitaria argentina, aquella que denomino “del Estado neoliberal” de aquellas implementadas “posconvertibilidad”, reconociendo que “los estados varían considerablemente con respecto a su énfasis en el bienestar social” (Esping-Andersen, 1993b: 17). La reflexión comparativa entre ambos, es una “manera de profundizar en el análisis empírico y en la teoría política en todos los sectores del conocimiento” (Badie y Hermet, 1993: 7), entendiendo que la utilización del contraste permite describir situaciones políticas distintas y evidenciar el efecto creado por la particularidad del fenómeno estudiado acerca del funcionamiento global de la escena política, ya que “...el método de las *fuertes oposiciones*, tiene por objetivo que el comparatista contraste los sistemas políticos (o parte de ellos) de dos historias o dos culturas diferentes, con el fin de destacar los aspectos que constituyen su singularidad e interpretarlos” (Badie y Herment, 1993: 57).

LAS POLÍTICAS SANITARIAS DEL ESTADO NEOLIBERAL

Jaime Breilh (2003: 141) plantea que con el advenimiento del Estado neoliberal comienza la deconstrucción de los derechos sociales y de la salud. El llamado “capitalismo tardío” presupone un nuevo orden en el que las economías centrales abandonan el esquema fordista e implementen una reestructuración de redes de la organización empresarial que permiten la transformación de “instituciones universales en cuasimercados” (Soldano y Andrenacci, 2005: 51).

A partir de ello, “en América Latina se da un acelerado empobrecimiento ligado a la desvalorización de sus capitales, que produce el derrumbe de todos los rezagos de protección colectiva y solidaria como los de la seguridad social y la de los derechos sociales, que implican una masiva degradación de la calidad de vida y de la salud” (Breilh, 2003: 142), constituyéndose un período de eficacia del poder político de la “nueva derecha” vestido del ropaje de la *modernización*. Según Wallerstein (1988: 73), el complejo proceso denominado de esta manera implica una *occidentalización* cultural que tiene por objetivos lograr eficiencia económica y seguridad política. Si bien en la Argentina este proceso tiene su génesis durante la última dictadura cívico-militar, en la presente producción abordaré lo acontecido en gobiernos que llegan a serlo mediante el voto popular.

Estela Grassi (2003: 51) afirma que “Si en el diagnóstico que se impuso y que abrió camino al papel relevante de los organismos supranacionales para determinar/orientar políticas, la causa de la crisis de fines de los 80 fue la expansión de las regulaciones estatales y sus avances sobre el mercado y, por lo tanto, el crecimiento de los gastos políticos que condujeron a la crisis fiscal; las soluciones a dichos diagnósticos están relacionadas a un *corpus* denominado ajuste estructural, precisamente por el tipo de inserción subordinada de los países endeudados de América Latina al sistema mundial, teniendo en estos efectos prácticos profundos, en tanto orientaron efectivamente las políticas en los distintos sectores de los Estados nacionales latinoamericanos”.

Concretamente, el ajuste estructural fue entendido como “un proceso de políticas y reformas que apuntaba a crear ciertas condiciones básicas para poner en marcha otras modalidades de desarrollo” (Calcagno, 2001: 76) e impuso como necesaria la desregulación de los mercados, la eliminación del déficit fiscal y la reducción del gasto público, la reforma del Estado, una clara política de privatizaciones, apertura de los mercados locales y la capitalización de la deuda externa.

Particularmente en la Argentina, existen importantes estudios² que evidencian que la Salud Pública fue quizá el campo de la política social que permaneció más alejado de las prioridades de la agenda gubernamental neoliberal de los años 90, siendo el tratamiento de esta condicionado por las características que tuvo el proceso de reforma estatal general. En este caso particular, la reformulación de los proyectos estuvo bajo la fuerte influencia de los organismos multilaterales de crédito, el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), principalmente para el campo de la salud, que —según plantea Alfredo Calcagno (2001: 76)— “el contenido de estas reformas (apertura, privatizaciones, desregulación del sistema financiero, de los mercados de bienes y del régimen laboral) figuraban muchas veces como condición para el apoyo financiero que requirieron los países de la región”.

Entre los argumentos que se esgrimieron para lograr la imposición de los procesos de reformas podemos mencionar: “el aumento incontenible de los costos, la inequidad en los sistemas de financiamiento, los déficit de cobertura, la ineficiencia en el uso de los recursos, la necesidad de innovación tecnológica permanente, la baja productividad del trabajo en el sector, el aumento de la insatisfacción de los usuarios con la calidad de los servicios” (Ase y Buriyovich: 2000), lo que devino, entre otras cuestiones, en el deterioro de la calidad de los servicios e incluso problemas de cobertura que han dejado a amplios sectores de la población sin protección, afectando sobre todo a los grupos que viven en condiciones de mayor pobreza.

El resultado, en definitiva, apunta a un cambio en el paradigma de intervención del Estado en el campo de la salud: “...la salud deja de tener un carácter de derecho universal de cuyo cumplimiento el Estado es responsable, para convertirse en un bien de mercado que los individuos pueden adquirir...” (Iriart: 1997), desde una clara posición neoclásica, que concibe a los ciudadanos como individuos con libertad, posibilidad y racionalidad para obtener recursos necesarios en el mercado. Desde este punto de vista, y en términos de Polanyi (2003: 106): “... el control del sistema económico por parte del mercado es fundamentalmente importante para la organización total de la sociedad: ello significa nada menos que la administración total de la sociedad como un adjunto del mercado. En lugar de que la economía se incorpore a las relaciones sociales, estas se incorporan al sistema económico”.

2. En reiterados trabajos de Ase y Buriyovich, Escudero, Iriart, Belmartino, entre otros.

Esta modalidad de política sanitaria, estaría inscripta en lo que Esping-Andersen denomina “estado del bienestar liberal”, régimen que “minimiza los efectos de desmercantilización, limita con efectividad el alcance de los derechos sociales y construye un orden de estratificación que es una mezcla de una relativa igualdad de pobreza entre los beneficiarios de la protección social, de un bienestar para mayorías diferenciado por el mercado y un dualismo político de clase entre los dos” (Esping-Andersen, 1993b: 47). Asimismo, se produce la estigmatización de los beneficiarios, ya que las prestaciones no generan derechos, “sino que su concesión depende de criterios técnicos y políticos no siempre explícitos y muchas veces cambiantes. Es una modelo que no aporta a la desmercantilización” (Britos, 2003: 104).

Esta configuración de política sanitaria, siguiendo los aportes de Block (1994: 1), estaría adscripta a lo que él denomina “el viejo paradigma”, que establece que el Estado y la economía son dos entidades analíticamente separables, y que el Estado podría intervenir en el ámbito de la política sanitaria, en aquellos aspectos que —por fallas del mercado— este no pueda proveer. A esta separación entre Estado y economía refiere Esping-Andersen (1993b: 32) cuando afirma que, desde el punto de vista liberal, “la libertad necesitaba una defensa de los mercados contra la intrusión política”. Esta característica de la reforma, claramente se inscribiría en lo que Titmuss (1981) denomina “El modelo residual de política social del bienestar”, que se basa en la premisa de que “existen dos caminos ‘naturales’ (o socialmente dados) a través de los cuales se satisfacen adecuadamente las necesidades de un individuo: el mercado privado y la familia. Las instituciones de bienestar social deberían intervenir únicamente en el caso de que hubieran desaparecido ambas vías, o, incluso entonces, de forma temporal” (Titmuss, 1981: 38).

Sin desconocer las particularidades provinciales/municipales que implican tanto la adhesión como la implementación del proceso de reforma del subsector salud pública, en términos generales, durante el desarrollo neoliberal, a nivel nacional se pueden reconocer:

a) Las **transferencias interjurisdiccionales**,³ enmarcadas en las políticas estatales de descentralización y la municipalización del primer nivel de atención (Centros de Atención Primaria de la Salud). Este proceso no fue acompañado de una redistribución necesaria de poder ni de recursos, siendo generalmente tecnocrático y autoritario. El proceso que produjo la transferencia de estos servicios tuvo un carácter eminentemente fiscalista y de ajuste, cuyo objetivo principal fue la reducción del gasto público, lo que primó sobre cualquier criterio sanitario.

b) El impulso que desde el Estado Nacional se dio a la figura del “Hospital Público de Autogestión” (HPA)⁴. En la Ley de Presupuesto de 1992 desaparecen

3. De los hospitales nacionales a las provincias y de estas a los municipios.

4. HPA. El decreto del Poder Ejecutivo Nacional N.º 578/93 definió la norma jurídica que pone énfasis en la obtención de recursos extrapresupuestarios, legalizando el cobro por las prestaciones de manera autónoma.

de la Secretaría de Salud las partidas destinadas a servicios hospitalarios que representaban la 1/5 parte de los créditos del Ministerio de Salud y Acción Social. En ese mismo año, la ley n.º 2925/92 plantea la descentralización y el arancelamiento hospitalario, además brinda a los hospitales la posibilidad de poseer personería jurídica con el fin de lograr autarquía financiera. “El hospital de autogestión se define como un ente descentralizado y autárquico y cuenta con la atribución de cobrar los servicios brindados a las personas con capacidad de pago, o a terceros pagadores, en caso de beneficiarios con obras sociales, mutuales, o empresas de medicina prepaga. Quienes carezcan de recursos para abonar los servicios deben acreditar su condición de pobreza” (Britos, 2006: 115). De esta manera, se fueron desmantelando los servicios de salud, la planta de personal y la infraestructura física y equipamiento se deterioran por falta de inversiones. Estas medidas produjeron una estratificación en los servicios públicos, ya que los Hospitales Públicos Autogestionados tuvieron una recaudación diferencial según la capacidad adquisitiva de la población atendida, creando barreras en la accesibilidad y produciendo un efecto de selección adversa en las prestaciones estatales.

c) El presupuesto se vincula a la demanda (expresada en el consumo efectivo, en las prestaciones efectivamente realizadas) y no a la oferta prestacional necesaria. C. Iriart (1997) manifiesta que el presupuesto dependerá de la producción cuantificable que permita mostrar la cantidad y tipo de prácticas realizables. Desde la lógica de implementación esto permitiría una reducción de costos y un manejo más eficiente de los recursos, considerando que “en realidad, todos los individuos son capaces de participar en el mercado...” (Esping-Andersen, 1993b: 65), bajo el supuesto general del liberalismo que considera al mercado como emancipatorio.

d) El fortalecimiento de las acciones de promoción, protección de la salud y prevención de la enfermedad bajo criterios de *focalización poblacional, centrando el accionar del subsector en la Atención Primaria de la Salud* (APS). Esto se efectiviza a principios de los 2000, a través del Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud. (PROAPS - Programa OC 1193), línea política del BID para el financiamiento del subsector, enmarcado en el acuerdo nacional que comenzó implementándose en las provincias de Córdoba, Neuquén y Mendoza, desde los respectivos Ministerios de Salud.

Es decir, la reforma del sector salud ha estado vinculada a la descentralización de los servicios y los sistemas locales de salud, como así también a la manifestación de pretender enfrentar las desigualdades de acceso mediante prestaciones básicas universales o focalizadas. Al respecto, dice Breilh (2003: 142) que “el proceso de destrucción del Estado benefactor y el argumento de racionalización del gasto ha demandado de la salud pública el estudio de niveles mínimos de supervivencia y cálculos de focalización, investigación de paquetes, pisos o planes mínimos de atención, cálculos de subsidios a la demanda, investigación de conjuntos de morbilidad manejable o ‘evitable’ (...) Todo hace parte de la episteme de los mínimos derechos con la máxima productividad”.

En este sentido, la estrategia del Ministerio de Salud Nacional se vio reducida a un cierto número de programas focalizados que concentran la atención en los problemas sociales ligados prioritariamente a la temática alimentaria como por ejemplo el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) y el Programa Materno Infantil (PMI).

Esta reforma del sistema sanitario ha sido, en lo esencial, acorde con las transformaciones globales que se operaron en la economía, el Estado y la sociedad. Se trata de una transformación regida por una tendencia hegemónica a someter —desde una clara concepción neoclásica— el funcionamiento del sistema sanitario a la lógica del mercado, e incorporar como premisas absolutamente indiscutibles el principio de financiación de la demanda en lugar de la oferta, el reemplazo de la lógica de solidaridad por la de autoprovisión individual y la estratificación de los usuarios según su capacidad adquisitiva. “Suprimiendo la ayuda o promoviendo la eliminación de los sistemas tradicionales de protección social y no poniendo nada en su lugar excepto el mercado, el Estado liberal clásico trataba de conceder al circuito monetario un papel hegemónico en la organización de la vida social y económica; el sostén del dogma liberal consistía en que el Estado no tenía una auténtica razón para alterar los resultados estratificadores producidos en el mercado”, aporta para el análisis Esping-Andersen (1993b: 89).

Por otro lado, es necesario explicitar que las reformas laborales aprobadas e implementadas en este mismo período, impactaron fuertemente en las políticas sanitarias por, al menos, dos motivos: por un lado, se produjo un crecimiento de la población que concurre a centros públicos de atención en salud debido al marcado aumento del desempleo y la precarización laboral, que produjeron que muchas personas y familias quedaran sin cobertura de las obras sociales⁵ y, por otro, los trabajadores ejecutores de esas políticas sanitarias se encontraban en una importante situación de deterioro de sus condiciones de trabajo y formas de contratación laboral, “cayeron los salarios, se incrementaron la informalidad y la precarización del trabajo, y entraron en crisis las formas tradicionales de organización sindical y negociación colectiva” (Calcagno, 2001: 80)⁶. Sobre este último punto, Wallerstein (1988: 58) plantea que “la incesante acumulación de capital lleva a repetidas presiones para reestructurar la organización (y la ubicación) del

5. El sistema de obras sociales fue también desregulado, definiendo su gerenciamiento desde megaempresas privadas. Asimismo, entra en “auge” el sistema de medicina prepaga, desde una clara concepción de la salud como mercancía. Un indicador sensible de esto, es que la reforma del sistema de Obras Sociales formó parte de los compromisos de renegociación de la deuda externa y la reconversión del sistema de seguridad social, lo que figura mencionado en el Informe sobre el Desarrollo Mundial: 1993 - Invertir en Salud (Pág. 366).

6. En este contexto, muchos profesionales emigran a otros países en búsqueda de mejores condiciones laborales, lo que algunos autores denominan “subvención de los países pobres a los ricos”. Un ejemplo de esto lo constituye EE. UU., ya que más del 23 % de los médicos que allí se desempeñan realizaron sus estudios en el exterior; siendo el 86 % de ellos en países de ingresos medios o bajos. (Citado en “Cada vez más inequidad en el acceso a la salud”. El Atlas II. *Le Monde Diplomatique*, Pág. 36, junio 2006).

trabajo, para incrementar la cantidad de trabajo absoluto y para llevar a cabo la reconstrucción psico-social de la fuerza de trabajo”.

Según advierte la OMS en su informe de 2008, “las políticas de ajuste estructural (negociados por el FMI y el BM) hicieron tambalear seriamente el sistema de salud pública; la brecha entre la oferta de atención privada y pública se profundizó”. Y agrega: “la mercantilización no regulada de los sistemas de salud los hace muy ineficaces y muy caros; acentúa las desigualdades y conduce a la atención de calidad mediocre, e incluso a veces peligrosa”.

La implementación de estas políticas por parte del gobierno argentino y de otros países de la región implicó importantes procesos de desregulación del sector estatal y de la seguridad social. La desregulación tiene por objetivo facilitar la participación del sector privado nacional y multinacional en la prestación de servicios y administración del financiamiento de las instituciones estatales y paraestatales. Se facilita, así, el ingreso de capitales de diverso origen que en esta etapa de globalización de las economías buscan nuevos mercados donde obtener rentabilidad, disminuyendo los costos laborales y resguardando el equilibrio fiscal.

La afirmación planteada por algunos autores como Basualdo (2009:325) es que el objetivo fundamental del proceso es legitimar la apropiación de un excedente que se produciría en los fondos de salud. Se trataría de lograr que el gasto sea menor que la financiación, posibilitando una apropiación legitimada de la diferencia por parte de los bancos, el Tesoro (por vía impositiva) y los seguros de salud. En esta opinión, el eje central de la reforma argentina no es la mercantilización de la salud (punto que plantea Cristina Laurell)⁷, sino su financiación extrema (en desmedro del mercado clínico y fundamentalmente médico) a los fines de producir un fenómeno apropiatorio legitimado. La competencia mercantil en la que entrarían todos los subsectores, incluyendo el Hospital Estatal, sería funcional al objetivo de bajar los costos para permitir la producción del excedente.

Por esto, es que Preston (1999: 307) afirma que “cuando el poder pasa del Estado y las instituciones de la esfera pública al mercado, no cae en el ámbito de un mecanismo neutral que maximiza la eficiencia; pasa a manos de las empresas monopólicas, las multinacionales, los grandes bancos y sus aliados en los escalones más altos de gobierno y de las organizaciones paraestatales”.

Una referencia clara en este último punto, es que —ante la falta de políticas públicas vinculadas al acceso universal y gratuito de medicamentos por parte de la población durante la primacía del Estado neoliberal— las grandes empresas farmacéuticas denominadas “Big Pharma” hacen pagar a los ciudadanos argentinos y al mundo entero la mercantilización de su lógica de funcionamiento, produciendo una “disminución significativa y creciente de la inversión productiva para la obtención de ganancias de corto plazo cada vez más generalizadas...” (Basualdo, 2009: 331). Desde su punto de vista, solo un riguroso respeto por las

7. Planteo en el mismo sentido que Wallerstein (1988: 4), cuando refiere que “el capitalismo histórico implicó una mercantilización generalizada de unos procesos (...) que anteriormente habían sido realizados a través de medios distintos al mercado”.

patentes puede garantizar la inversión en la investigación médica y farmacológica, estando concentrada prioritariamente en las enfermedades más rentables y “patologizando” la vida (ya que siempre la enfermedad es más rentable que la salud). En Argentina, durante el período 2001-2005, los medicamentos sufrieron un aumento que rápidamente superó el 70 %⁸, debido a la concentración de los laboratorios nacionales y multinacionales y a la fuerte incidencia de los componentes importados en su producción, ya que “... el peso de los subsectores comercial y no gubernamental varía en función de los procesos de racionalización que se producen en el subsector estatal” (Britos, 2006: 83).

UNA LENTA TRANSICIÓN AL CAMBIO DE POLÍTICA SANITARIA

Sin lugar a dudas, la política sanitaria posconvertibilidad se hizo en base a un paradigma de gestión diferente al que predominaba en los años 90. Esto implicó—desde una perspectiva más vinculada a los teóricos del institucionalismo— un claro posicionamiento de sobre **regular** el sistema de salud, proponiendo políticas estatales que puedan establecer mecanismos de control de la intervención del mercado en esta materia, como así también imprimiendo a aquellas una concepción integral de salud que contemple aspectos políticos, económicos, sociales, culturales, psicológicos, como así también sus expresiones en “lo singular, lo particular y lo general”⁹.

Este cambio de paradigma de la política sanitaria fue un proceso contradictorio, lento, de modificaciones parciales e inacabadas, pero que constituyó un significativo avance en el sentido que plantea Basualdo (2009:349) cuando afirma que “a partir de 2002 se diluye el bloque de poder anterior y se pone en marcha una compleja etapa de transición en la cual comienzan a delinearse nuevas alianzas y bloques sociales” sobre la base de una mayor autonomía del capital interno respecto al poder financiero internacional y una mayor autonomía relativa del sistema político respecto a las fracciones del capital interno.

La política sanitaria posconvertibilidad hizo hincapié en la prevención de la enfermedad, promoción de la salud y la reorganización funcional del sector público, con el objetivo de permitir una mayor accesibilidad al sistema de atención público y un mejoramiento de la salud de la población, que podrían inscribirse en lo que Titmuss (1981 :39) denomina “modelo de la política social institucional redistributivo” que “considera al bienestar social como una institución muy importante integrada en la sociedad, que proporciona servicios generales fuera del mercado basándose en el principio de la necesidad” .

8. Dato obtenido en: “El trabajo en argentina”, Informe n.º 14, Otoño 2008, CENDA (Centro de Estudios para el Desarrollo Argentino).

9. Categorías desarrolladas por J. Breilh (2003: 98) que hacen referencia a procesos individuales, modos o estilos de vida y a los principios de reproducción del sistema social, respectivamente, y que explican mediaciones en el proceso salud-enfermedad-atención.

Contrariamente a los planteos de las políticas de desregulación, cuya estrategia discursiva de despolitización permitía fundamentar una supuesta objetividad del mercado, esta nueva perspectiva renueva los debates sobre el derecho a la salud, a si esta cuestión se reduce solo al acceso a los servicios o también está vinculada a la modificación de los determinantes sociales de la salud, si es posible crear un sistema de salud equitativo y solidario en una sociedad donde la inequidad persiste y se promueven valores como el individualismo, cuál es la responsabilidad del Estado con respecto a la salud pública y las condiciones de vida de los habitantes del territorio argentino. Por ello, la perspectiva institucional insiste en que “cualquier intento de aislar la economía de las instituciones sociales y políticas destruirá la sociedad humana” (Esping-Andersen, 1993b: 33).

Un antecedente central en el inicio del cambio de paradigma de intervención estatal en salud lo constituye la declaración de la emergencia sanitaria el 12 de marzo de 2002, mediante el decreto n.º 486/2002. Muchos actores analizan la declaración de la Emergencia Sanitaria, *a posteriori*, como una necesidad que permitió redistribuir los insumos de los diferentes hospitales públicos, encontrar modalidades que permitan posibilitaran ayudar a las obras sociales en situación de déficit y reorientar los programas del Ministerio de Salud hacia objetivos más asistenciales. Durante los primeros meses de la Emergencia Sanitaria, se tomaron dos medidas muy importantes: la modificación del Plan Médico Obligatorio, que tomó el nombre de Plan Médico Obligatorio de Emergencia a partir del 9 de abril de 2002 por resolución del Ministerio de la Salud (resolución 201/2002), y la obligación de usar el nombre genérico en la prescripción de medicamentos, a partir de la resolución n.º 326 del Ministerio de Salud del 3 de junio de 2002.

Otro acontecimiento de relevancia lo constituyó el restablecimiento del Consejo Federal de Salud (COFESA), conformado por los diferentes ministros y secretarios de salud de todo el territorio argentino, lo que le dio visibilidad a la autoridad del sector y posibilitó la adopción de rápidas medidas y por consenso frente a la emergencia. Así se alcanzó el Acuerdo Sanitario Federal de San Nicolás de los Arroyos, en marzo de 2003. Más allá de la emergencia, este Consejo permite concertar a nivel federal problemas encontrados a nivel regional y cuyo tratamiento necesita la toma de medidas a nivel nacional.

Se puede fechar este intento de reorientación de las políticas sanitarias a partir de la implementación del Plan Federal de Salud (2004-2007). El Plan Federal de Salud fijó pautas para los programas en el área sanitaria y orientó la acción del Ministerio principalmente a través de programas temáticos transversales de aplicación nacional, entre los que se pueden mencionar:

a) *Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables*: El Ministerio de Salud Nacional toma parte activa en la organización general del sector, promoviendo la articulación del sistema en su conjunto e impulsando la participación de las diferentes jurisdicciones en la discusión y definición de las reformas. Esto es acompañado por un esquema de transferencias financieras que recompensa a

aquellos que adhieren a las políticas consensuadas, poniéndolas en práctica de manera efectiva. Por ello, el sistema nacional de salud contempla esquemas de incentivos que premian resultados sanitarios y que se encuentran vinculados a parámetros de calidad y de eficiencia.

b) La *Política Nacional de Medicamentos* (PNM): Incorporada en 2002 establece un nuevo marco regulatorio con reglas fijas y claras que benefician a todo el sistema sanitario en su conjunto. Dicha política se plantea a través de la Ley de Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico (ley n.º 25.649). Además de esta medida que promueve la regulación del mercado de fármacos, se constituye en necesaria la provisión directa de medicamentos para aquellos que no disponen de medios para adquirirlos en las farmacias. Para ello, y con el objetivo central de garantizar el acceso a medicamentos esenciales de la población cuya cobertura médica es exclusivamente pública, se implementa el Programa REMEDIAR.

Esta política nacional es financiada con crédito del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) durante el período 2002-2007, en 2008 se lleva adelante con presupuesto nacional, en el año 2009 retoma el crédito del BID y desde 2010 en adelante vuelve a desarrollarse con presupuesto nacional, ampliando los objetivos propuestos y tendiendo al fortalecimiento de las redes en salud y la articulación entre las diferentes jurisdicciones. En el año 2010 se incorpora a este programa la entrega de métodos anticonceptivos.

Es importante mencionar en este punto, que tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como muchos gobiernos recomiendan el uso de genéricos porque, por su menor costo, favorecen el acceso más equitativo a la salud de las poblaciones expuestas a enfermedades evitables, ya que el 90 % de los gastos de la gran industria farmacéutica para el desarrollo de nuevos fármacos está destinado a enfermedades que solo padecen el 10 % de la población mundial. Esta política de medicamentos es constantemente atacada por diferentes empresas farmacológicas nacionales e internacionales.¹⁰

c) *Derechos Sexuales y Reproductivos*: En este aspecto, el desarrollo en términos de derechos humanos es muy importante, ya que establece un avance importantísimo en la concreción de postergados reclamos de diversos movimientos sociales, especialmente los feministas.

Se crea, en el año 2003, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (ley 25.673) que debe garantizar el acceso a información, controles ginecológicos y métodos anticonceptivos a todo/a ciudadano/a mayor de 14 años que así lo requiera. En el año 2005, se protocoliza y publica la “Guía

10. Un ejemplo de ello es que, apelando a su poder de influencia, las “Big Pharma” consiguieron que Estados Unidos con el apoyo global de la Unión Europea, sometiera a fuertes presiones comerciales a los países que intentan desarrollar medicamentos genéricos, como India, Brasil o Sudáfrica. El suministro de medicamentos “gratuitos” está condicionado al cumplimiento de las “reglas de mercado”; la renuncia de India a producir genéricos fue literalmente comprada a cambio de beneficios comerciales en otros ámbitos. Ejemplo precisado en: RAMONET, Ignacio: “Mafias farmacéuticas”. El dipló 123. *Le Monde Diplomatique*, septiembre 2009. Pág. 25.

para el mejoramiento de la atención posaborto”. En el año 2006, se aprueba la ley n.º 26.130 de anticoncepción quirúrgica o ligadura de trompas de Falopio y vasectomía, la que es reglamentada desde un claro posicionamiento a decidir sobre el propio cuerpo y la salud sexual y reproductiva, como así también la ley 26.150 que establece el Programa Nacional de Educación Sexual. En el año 2010 se produce la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles del Ministerio de Salud de Nación. Haciendo un análisis de ello, se recupera a C. Offe (1990: 94), quien precisa que “... los verdaderos efectos (‘impacto’) de una ley o un servicio institucional no se encuentran determinados por la literalidad de leyes y estatutos (‘producción política’), sino generados primariamente como consecuencia de disputas y conflictos sociales, para los cuales la política social estatal simplemente establece localización y momentos del debate, temas y ‘reglas del juego’”.

d) Fortalecimiento de los *Centros de Atención Primaria de la Salud* (CAPS): Los Centros de Atención Primaria de la Salud son entidades cuya expansión tiene mucho que ver con la implementación del Plan Federal de Salud (2004-2007), que propuso hacer énfasis en la atención primaria de la salud con el doble objetivo de mejorar los indicadores básicos de la salud en Argentina y aliviar a los hospitales públicos de flujos de población.¹¹ La idea fue distinguir funcionalmente dos tipos de centros de atención en la salud pública: unos centros de atención primaria y otros centros de atención de mediana o alta complejidad.

En el año 2008, fueron más de 6500 los CAPS repartidos sobre la totalidad del territorio argentino. Hoy, aproximadamente 500 de estos CAPS son parte de los Centros Integradores Comunitarios (CIC), que constituyen un modelo de gestión pública que implica la integración y coordinación de políticas de Atención Primaria de Salud y Desarrollo Social, en un ámbito físico común de escala municipal. Se proponen realizar acciones de promoción y prevención socio-sanitarias, como así también lograr una mayor participación e integración de diferentes instituciones para responder de manera integral a las demandas y necesidades planteadas en ese territorio particular, teniendo como eje el desarrollo local.

e) *Plan Nacer*: Programa que comienza su ejecución en el año 2005 en las provincias de Jujuy, Catamarca, Tucumán, Salta, Santiago del Estero, Formosa, Chaco, Corrientes y Misiones y en una segunda etapa se incorporan el resto de las provincias (año 2007). Este programa es una herramienta estratégica para disminuir el componente sanitario de la morbi-mortalidad materno-infantil en la Argentina, y que tiene por objetivos: fortalecer la red pública de servicios de salud otorgan-

11. También un “alivio” a la masiva concurrencia de la población a los hospitales públicos lo constituyó la recomposición del sistema de obras sociales y la cantidad de aportantes a las mismas, a partir del “aumento de la ocupación de la población económicamente activa, los incrementos salariales y las políticas estatales encaminadas a recomponer el mercado de trabajo” (Basualdo, 2009: 351); entonces, “Comprendida así, la política social no es alguna especie de reacción frente a la clase obrera, sino que es constitutiva de la misma, siendo su función regular la proletarización de las personas” (Offe, 1990: 84).

do a la atención primaria un rol activo en la prevención y cuidados de la salud, asegurar el acceso a la salud a todas las mujeres, niños y niñas y promover la participación social.

Requiere de una importante articulación entre nación, provincias y municipios, ya que es la Nación quien transfiere recursos a las provincias y de estas a los municipios, en concepto de identificación e inscripción en el Plan a la población beneficiaria y para el cumplimiento de metas y resultados sanitarios, principalmente vinculados a la atención y control de crecimiento y desarrollo de niños hasta 6 años y a la atención y control de embarazadas y puérperas sin cobertura de obra social.

Los CAPS disponen de esos recursos enviados, pudiendo ser utilizados en construcción y mejoras edilicias, capacitación del recurso humano, compra y mantenimiento de equipamiento, incentivo y contratación de recurso humano. Para el cobro de la Asignación Universal por Hijo, en el caso de los menores de 6 años, se debe acreditar la inscripción del niño en el Plan Nacer. Lo mismo ocurre con las embarazadas a partir de las 12 semanas de gestación para el cobro de la Asignación Universal de aquellos niños y niñas por nacer.

f) La mencionada política sanitaria continúa y se amplía (en población destinataria y en prestaciones sanitarias) en el año 2012, con el lanzamiento del *Plan SUMAR*, que está dirigido a niños, niñas, adolescentes, embarazadas y mujeres hasta los 64 años sin obra social, para mejorar y profundizar su atención en los establecimientos públicos de salud. Los objetivos propuestos en esta etapa son: disminuir la tasa de mortalidad infantil y materna, profundizar el cuidado de la salud de los niños/as en toda la etapa escolar y durante la adolescencia, mejorar el cuidado de la salud de la mujer a través de controles preventivos y reducir las muertes por cáncer cérvico uterino y por cáncer de mama.

Es interesante mencionar que varias de las políticas sanitarias mencionadas tienen una importante lógica de implementación integral, interjurisdiccional e intersectorial, particularmente con los sectores de educación y desarrollo social, y entre nación, provincias y municipios. Esta característica de la política sanitaria refiere a contemplar la advertencia del institucionalista Streeten en relación a la identificación de sesgos sistemáticos en la formulación de modelos, precisando como uno de ellos, el llamado “aislamiento ilegítimo” que consiste en escoger ciertas características y pretender que expliquen toda la situación (Preston, 1999: 246). Es importante mencionar que para la articulación interjurisdiccional, el Ministerio de Salud de la Nación exige como requisito la eliminación del cobro de aranceles y bonos en las prestaciones para la implementación de los programas sanitarios en los diferentes efectores, cualquiera sea su jurisdicción, considerando que “se presta un servicio como un asunto de derecho” (Esping-Andersen, 1993b: 41). Al respecto, dice “...Puede considerarse que un programa contiene un potencial desmercantilizador mayor, si el acceso es fácil y si se garantizan los derechos a un nivel de vida adecuado sin tener en cuenta los empleos que se haya tenido

anteriormente, el rendimiento, la comprobación de las necesidades o las cotizaciones” (Esping-Andersen, 1993b: 71).

La agenda estatal en salud se representa como un “espacio problemático” ya que las políticas que se adoptan son tomas de posición frente a las diversas opciones de resolución que esas cuestiones vigentes admiten teórica, política y/o materialmente. Desde esta perspectiva, subyace el pensamiento de Myrdal cuando sostiene que “la máquina planificadora del Estado, (...) puede ordenar y poner en práctica programas de cambio social” (Preston, 1999: 251). Un aspecto central en las priorizaciones de la agenda estatal en salud lo constituye el reconocimiento de “que la ciudadanía ya no es, como en los orígenes del estado moderno, un factor de inclusión e igualdad” (Ferrajoli, 2000: 246) por lo que es necesario contemplar los derechos humanos o de las personas desde un carácter supra-estatal, es decir: “Tomar en serio estos derechos significa hoy tener el valor de desvincularlos de la ciudadanía como ‘pertenencia’ (a una comunidad estatal determinada) y de su carácter estatal” (Ferrajoli, 2000: 247).

Además, como admite Nancy Fraser (2008: 45) “Cuando las cuestiones de justicia se enmarcan de tal manera que excluyen injustamente a algunos de ser tomados en consideración, la consecuencia es un tipo especial de metainjusticia, que niega a estos mismos la oportunidad de presionar con reivindicaciones de justicia de primer orden en una determinada comunidad política”. En relación a ello, y a la discusión de *quién* puede ejercer plenamente su derecho a la salud en el territorio nacional, la aprobación, durante este período, de legislaciones nacionales como la ley n.º 25.673 de “Salud sexual y procreación responsable, la n.º 25.871, “Ley de migraciones”, la ley n.º 26.061 de “Protección integral de niños, niñas y adolescentes, la ley n.º 26529 de “Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado”, por mencionar algunas de las más relevantes, se han constituido en importantes herramientas de exigibilidad de derechos humanos en el campo de la salud. Por ello, “Superar la injusticia significa dismantelar los obstáculos institucionalizados que impiden a algunos participar a la par con otros, como socios con pleno derecho a la interacción social” (Fraser, 2008: 39).

Muchas de las características referidas en esta modalidad de política sanitaria estarían comprendidas en lo que Esping-Andersen denomina “régimen socialdemócrata”, en tanto busca un Estado del bienestar que promueva “una igualdad en los estándares más elevados, no una igualdad en las necesidades mínima...” (Esping-Andersen, 1993b: 48), con una elevada desmercantilización y programas universalistas. El régimen socialdemócrata, resume Britos (2003: 102), “promueve la unificación de las diversas políticas, la uniformidad de las condiciones de adquisición de derechos, la cobertura total de la población en base al *status* de ciudadanía y la cobertura de todos los riesgos sociales”, predominando la prestación a través de instituciones estatales. Una característica que es claramente diferenciable de este régimen es la continuidad en algunas vías de financiamiento con respecto al modelo anterior, como lo es el Banco Interamericano de Desarrollo (BID); ya que en el régimen socialdemócrata “el financiamiento se realiza en base a impuestos progresivos” (Britos, 2003: 102).

Desde una perspectiva nacional, la implementación de estas políticas implicó distintos grados de avances y resultados en términos de equidad y eficiencia a lo largo del territorio argentino, coexistiendo diversas modalidades de organización en las provincias. La complejidad de cada proceso de descentralización realizado durante el período neoliberal deriva en la existencia actual de significativas diferencias, donde se combinan disímiles grados de autonomía hospitalaria, niveles dispares de integración de sus redes de atención, políticas de recursos humanos heterogéneas, diversos programas médicos obligatorios y otras variables relevantes.

Una de estas variables, de significativa importancia, lo constituye la distribución muy desigual del gasto público en salud según la cantidad de habitantes entre las diferentes regiones del país; por ejemplo, un informe del Ministerio de Salud de la Nación de noviembre de 2008 expresa que para la región Sur fue en promedio de \$864, valor que la sitúa como la región con mayor inversión per cápita. La región Sur ha invertido, por habitante en el año 2006, dos veces más que NOA y Cuyo y cerca del triple que Centro y NEA. Siguiendo la relación gasto/habitante, todas las provincias registraron un gasto que superó los \$500 por habitante. Las provincias de Tierra del Fuego (\$1.724), Santa Cruz (\$1.334) y Neuquén (\$1.121) registraron el mayor gasto por habitante de la región Sur y del país.¹² Como plantea Esping-Andersen (1993b: 82), “Cuando se estudia de forma transversal, encontramos una tremenda variación nacional en la capacidad igualatoria del Estado del bienestar”.

En este sentido, resulta relevante mencionar que el Ministerio de Salud de la Nación realiza un importante aporte en términos de recursos necesarios para el funcionamiento de los diferentes efectores de salud de todo el territorio argentino; transfiriendo las vacunas, los medicamentos y la leche para embarazadas y niños de hasta dos años, como así también el dinero por prestaciones del Plan SUMAR (que son utilizados por los ejecutores del plan para resolver cuestiones que los fondos destinados a salud, tanto de las provincias como de los municipios, no resuelven). Sin duda, la organización federal de nuestro país le imprime una complejidad particular al análisis, en tanto el gobierno nacional define lineamientos, prioridades y recursos para todo el territorio argentino, pero las provincias —desde una autonomía posible y siempre relativa— no garantizan en todos los casos el acompañamiento que permite la transformación de las políticas sanitarias.

ALGUNAS REFLEXIONES PARA FINALIZAR

La intervención social del Estado es un campo complejo que se ha organizado históricamente de formas diversas a partir de arreglos institucionales diferenciados en los marcos estatales modernos. Esta intervención no puede comprenderse

12. Datos obtenidos del sitio de Internet del Ministerio de Salud de la Nación, consultado el 03/11/12.

sin referencia a los regímenes de acumulación, a la estructura de clases, a los procesos políticos de disputa por la distribución de recursos económicos y simbólicos dependientes de la acción política de actores como sindicatos, partidos políticos, movimientos sociales, corporaciones, entre otros, ya que la política social es la respuesta institucional del Estado frente a la cuestión social y también es el resultado de procesos complejos de negociación y lucha entre los distintos actores de la sociedad civil y el Estado.

En el presente escrito se ha realizado un esfuerzo metodológico para establecer una descripción y análisis —de un determinado período histórico en nuestro país— de dos modelos de Políticas Sanitarias bien diferenciados, que instituyen lineamientos, prácticas y concepciones de ciudadanía particulares, que orientan y producen condiciones de vida y de reproducción de la vida de distintos sectores y grupos sociales.

Este trabajo de indagación y sistematización de políticas sanitarias, interpretadas en el marco de diferentes modelos de Estado, pretende ser una contribución a continuar analizando e identificar cuánto de rupturas y cuánto de continuidad hemos transitado en los años siguientes al período que se analiza, como así también los impactos e implicancias de las políticas implementados en los ciudadanos de nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

- ASE, I. y BURIJOVICH, J. (2000), “La reforma del sector salud en Córdoba. El naufragio de un piloto de tormentas”, *Revista Administración Pública y Sociedad*, n.º 13.
- BADIE, B. y HERMET, G. (1993), *Introducción y El método comparativo*, en *Política comparada*, Fondo de Cultura Económica, 1.ª edición en español, México.
- BASUALDO, Eduardo (2009), “Evolución de la economía argentina en el marco de las transformaciones de la economía internacional de las últimas décadas”, en Basualdo y Arceo: *Los condicionantes de la crisis en América Latina*, CLACSO, Buenos Aires.
- BLOCK, Fred (1994), *The roles of the State in the Economy*, in Smelser N. And Swedberg, R. (ed): *The Handbook of Economic Sociology*, Princeton University Press.
- BREILH, Jaime (2003), *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Lugar Editorial.
- BRITOS, Nora (2003), “Astucias de la razón conservadora: del silencioso desplazamiento de los derechos a las obligaciones en el campo de la asistencia social”, en Britos, Caro y otros, *Teoría crítica de la ciudadanía. Notas para una política democrática*, Ediciones Letras de Córdoba, Córdoba.
- BRITOS, Nora (2006), “Transiciones híbridas. De un Estado de bienestar conservador a un Estado de bienestar liberal-residual” en N. Britos *Ámbito profesional y mundo del trabajo. Políticas sociales y Trabajo Social en los noventa*, Espacio Editorial, Buenos Aires.

- BRITOS, Nora (2010), “Derechos Sociales: protección regional y desafíos para la política social a escala nacional en América Latina”, en Ernesto Abril y otros, *Lecturas sobre los derechos sociales, la igualdad y la justicia*, Editorial Advocatus, Córdoba.
- CALCAGNO Alfredo (2001), “Ajuste estructural, costo social y modalidades de desarrollo en América Latina” en Emir Sader (comp.): *El ajuste estructural en América Latina. Costos sociales y alternativas*, CLACSO.
- DANANI, Claudia (2004), “Introducción. El alfiler en la silla: sentidos, proyectos y alternativas en el debate de las políticas sociales y de la economía social”, en Danani (comp.) *Política social y economía social. Debates fundamentales*, Altamira, Buenos Aires.
- ESPING-ANDERSEN, GØsta (1993a), “La macrosociología comparativa de los Estados del Bienestar” en Luis Moreno (comp.), *Intercambio social y desarrollo del bienestar*, CSIC, Madrid.
- ESPING-ANDERSEN, GØsta (1993b), *Los tres mundos del Estado del Bienestar*, Ediciones Alfons el Magnánim-IVEI, Valencia.
- FERRAJOLI, Lujji (1999), “De los derechos del ciudadano a los derechos de la persona”, en *Derechos y garantías. La ley del más débil*, Editorial Trotta, Madrid.
- FRASER, Nancy (2008), “Escalas de justicia: la balanza y el mapa. Una introducción y Re-enmarcar la justicia en un mundo en globalización”, en *Escalas de justicia*, Herder, Barcelona.
- GRASSI, Estela (2003), *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame (I)*, Espacio Editorial.
- IRIART, Cecilia (1997), *La reforma del sector salud en Argentina: de la salud como derecho Asesoría en Salud. Reforma en Salud: Lo Privado o lo Solidario*, Quito, Ecuador: CEAS.
- OFFE, Clauss (1990), “La política social y la teoría del Estado”, en Clauss Offe, *Contradicciones en el Estado del bienestar*, Alianza, Madrid.
- POLANYI, Karl (2003), “Segunda parte. Ascenso y declinación de la economía de mercado” en *La Gran transformación. Los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo*, Fondo de Cultura Económica, 2.ª edición en español, México.
- PRESTON P.W (1999), *Una introducción a la teoría del desarrollo*, Parte III, Teorías contemporáneas del desarrollo, Cap. 14, Ed. Siglo XXI.
- SOLDANO, D. y ANDRENACCI, L (2005), “Aproximaciones a las teorías de la política social a partir del caso argentino”, en Luciano Andrenacci (comp), *Problemas de política social en la Argentina Contemporánea*, UNGS, Prometeo Libros, Buenos Aires.
- TITMUS, Richard (1981), “¿Qué es la Política Social?”, en *Política Social*, Edición a cargo de José García-Durán, Barcelona.
- WALLERSTEIN, I (1988), *El capitalismo histórico*, Siglo XXI editores, Madrid.

Yendo de la cama al living: aportes de la Salud Ocupacional al Teletrabajo¹

Samanta Kameniecki

*Hogar, dulce hogar...*²

J. H. Payne y H. R. Bishop

La pandemia exigió innovaciones en los saberes y prácticas que portaban las múltiples disciplinas hasta ese momento. En este aspecto, la Salud Ocupacional no se vio exenta, debiendo transformar el paradigma sobre el cual se erigía, ya que quedaba obsoleto. Hace poco más de un año, el surgimiento de los llamados “trabajadores y trabajadoras esenciales” motivó que la Medicina del Trabajo orientara sus conocimientos para resguardar la salud de estos colaboradores y colaboradoras imprescindibles y, secundariamente, favorecer el mantenimiento de la economía regional. Con la profundización de la criticidad, la universalización del teletrabajo añadió un nuevo objeto de estudio a nuestra especialidad: “las teletrabajadoras y los teletrabajadores”.

TELETRABAJO AC/DC: ANTES DEL CORONAVIRUS/DURANTE EL CORONAVIRUS

El término ‘teletrabajo’ —*telecommuting*, en inglés— fue acuñado por Jack Nilles, un ingeniero de la NASA. Concebido en la década del 70, debido a la crisis del petróleo se buscaban estrategias tendientes a optimizar el uso de los recursos no renovables. Una de estas fue pensar cómo llevar “el trabajo al trabajador y no el trabajador al trabajo”. Debieron pasar muchos años para que los costos y las condiciones tecnológicas propiciaran este camino. El trabajo remoto fue adoptado primero en empresas multinacionales afines a la tecnología y al comercio. Con el transcurso del tiempo, su aceptación escaló hasta ser considerado en la actualidad uno de los aspectos más valorados por las nuevas generaciones a la hora de elegir un empleo. En la era “DC” adquirió un rol protagónico, siendo un aliado estratégico para dar continuidad a la mayoría de las actividades económicas. Los beneficios reportados tras su adopción pueden resumirse en:

- aporte al cuidado del medioambiente: se trata de un modelo sustentable, ya que suprime la contaminación relacionada con el transporte; la disminución de la huella de carbono incidiría positivamente en las generaciones futuras;

1. Artículo publicado en *Revista Movimiento* (ISSN 2618-2416).

2. J. H. Payne y H. R. Bishop, 1823: *Clari, or the Maid of Milan*, Londres.

- disminución de los accidentes de tránsito, considerados como uno de las primeras causales de muerte y generación de discapacidad en adultas y adultos jóvenes;
- baja en los accidentes *in itinere*, con descenso de los costos directos que se trasladarían a la Salud Pública y en los indirectos por la generación de incapacidades;
- empoderamiento de las trabajadoras y los trabajadores, con refuerzo de factores tales como seguridad personal, proactividad, ideación, autonomía, organización, etcétera.
- estímulo para la inclusión de personas con discapacidad.

TRABAJO REMOTO EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

En nuestro país el teletrabajo masivo posee, en relación, una historia breve. El Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación lo define como “una forma de trabajo a distancia, en la cual el trabajador desempeña su actividad sin la necesidad de presentarse físicamente en la empresa o lugar de trabajo específico”. Debe enmarcarse en un acuerdo entre las partes por el cual se pactan distintos aspectos: el lugar físico en donde se realizará la labor, el horario de trabajo, los instrumentos de tecnología de la información y comunicación que se utilizarán, la especificación de la tarea, los mecanismos de supervisión y evaluación, entre otros.

La pandemia causada por el COVID-19 y las medidas de confinamiento que intentaron limitar sus estragos gestaron el marco necesario para acelerar su adopción intensiva, incorporándose a nuestra cotidianeidad sin mediar una transición. Debió prescindirse de la planificada adecuación de las tareas, de la capacitación de las empleadas y los empleados, de la metodología que se utilizaría para la estimación de resultados y de la confección del nuevo mapa de riesgo para conocer la real exposición a distintos agentes peligrosos. Carentes de este marco, las y los nóveles teletrabajadores comenzaron a realizar sus tareas adaptándose a contextos diferentes, utilizando nuevos instrumentos y procesos y, secundariamente, exponiéndose a riesgos, algunos ya conocidos, como los trastornos musculoesqueléticos, y otros inéditos.

La mayoría de nosotros fuimos alcanzados por esta revolución inesperada. En el contexto educativo formal, la escuela tradicional viró su histórica presencialidad a las clases virtuales, literalmente, de la noche a la mañana. Las y los docentes apelaron a una resiliencia desconocida y orientaron su creatividad para adaptar el modelo habitual a una atmósfera que las y los apostó en franca desventaja, desnudando su intimidad. La barrera infranqueable con la cual habíamos crecido se resquebrajó: las puertas de los hogares de las maestras y los maestros se abrieron; hijas, hijos, parejas y mascotas brotaron en los encuentros virtuales y emergieron del *backstage*. Del otro lado de la pantalla, familias, alumnas y alumnos asumieron

una convivencia extrema, con el propio hogar como escenario de todas las rutinas en forma simultánea.

Hasta aquel momento, en nuestro país no se contaba con un marco jurídico específico para el teletrabajo, sino que se amparaba en un conjunto de leyes que lo englobaban: la Ley de Contrato de Trabajo N.º 20.744/76, la Ley N.º 25.800/03 que ratifica el Convenio N.º 177 de la OIT sobre Trabajo a Domicilio y la Resolución SRT N.º 1.552/2012 que lo define y describe sus características.

RÉGIMEN LEGAL DEL CONTRATO DE TELETRABAJO, LEY 27.555

En medio de esos tiempos inolvidables, el Congreso de la Nación, en su sesión del día 30 de julio de 2020, sancionó el Régimen Legal del Contrato de Teletrabajo: la Ley 27.555 fue promulgada por el Decreto 673/2020 y entrando en vigencia el 1 de abril del año 2021. Algunos de los artículos que la conforman fueron reglamentados al tiempo que escribía estas líneas.

En estos meses hubo tiempo para realizar estudios sobre los ambientes de trabajo seguros, los puestos laborales ergonómicos y la cobertura que las Aseguradoras de Riesgo de Trabajo (ART) deberán brindar ante las contingencias derivadas del teletrabajo. Se establecieron derechos y obligaciones de empleadas, empleados y empleadores, se registraron los beneficios y las ventajas, tanto para las personas como para el medioambiente e, incluso, se sugirieron habilidades blandas deseables para quien realice este tipo de actividad. Pero aún no se debatió profunda e interdisciplinariamente el artículo 7 de la Ley 27.555, es decir, la voluntariedad.

En este artículo invito a reflexionar acerca de algunos aspectos vinculados con los objetivos de la Salud Ocupacional adaptados a la situación de teletrabajo.

ACERCA DE LA VOLUNTARIEDAD

En su artículo 7, la Ley señala: “El traslado de quien trabaja en una posición presencial a la modalidad de teletrabajo, salvo casos de fuerza mayor debidamente acreditada, debe ser voluntario y prestado por escrito”. El término voluntad —del latín *voluntas*— deriva de *volo*: “yo quiero”. La voluntariedad se define como: “La determinación de la propia voluntad por mero antojo y sin otra razón para lo que se resuelve” (Real Academia Española, 2014: *Diccionario de la lengua española*). Es decir, que las empleadas y los empleados decidirán, según su propia voluntad y en acuerdo con su empleador, la transición a la nueva modalidad.

Si bien el análisis del concepto e implicancias de la voluntariedad es vasto, polisémico y convoca a diversas ciencias, creo pertinente reflexionar acerca de si son verdaderamente voluntarias las elecciones de los sujetos cuando la subsistencia económica está en juego, cuando pudiera coexistir un conflicto de interés o subyacer algún tipo de presión. En este sentido, el idealismo “considera falsamen-

te la voluntad como propiedad independiente de las influencias y circunstancias externas”.

Lo anterior refuerza que, como expertas y expertos en lo que respecta a la salud de las trabajadoras y los trabajadores, y enmarcados en las premisas que rigen nuestra misión, visión, valores y funciones, los Equipos de Salud Ocupacional debamos reflexionar acerca de dos cuestiones:

- la función intransferible que poseen los Servicios de Medicina del Trabajo en la determinación de la aptitud laboral de las trabajadoras y los trabajadores (Resolución 905/15 Anexo III Funciones del Servicio de Medicina del Trabajo) y el carácter preventivo de esta práctica; y
- el marco legal que rige al Sistema de Riesgos del Trabajo y que exige la actuación de los equipos técnicos en pos de la protección de las trabajadoras y los trabajadores por medio de la realización de los Exámenes Médicos en Salud – preocupacionales, por Cambio de Tarea, entre otros (Resolución 37/10).

ACERCA DE LOS INDIVIDUOS

Cada persona posee una historia única y dinámica: un contexto familiar, antecedentes médicos y psicológicos, dimensiones sociales, culturales, religiosas, económicas y, además, creencias individuales. Las teletrabajadoras y los teletrabajadores son sujetos que, con todo este bagaje, transitan una situación laboral novedosa. Ante esto, el Equipo de Salud Ocupacional deberá evaluar el impacto que podrá incidir sobre cada persona la tarea que desempeñe y planificar medidas para proteger su salud, prevenir la enfermedad o la profundización de patologías que posea previamente.

Sabemos que el trabajo establece un ordenamiento de la vida diaria de las personas y su familia, y que esta sistematización se potencia cuando hay un otro externo que observa: encontrarse en condiciones de aseo y presentación, cumplir con una rutina, trasladarse para llegar a destino y dentro del establecimiento, respetar horarios predeterminados, adherir a las pausas destinadas al descanso y a la alimentación, interactuar con el grupo de trabajo. En este escenario, la interacción periódica con el Servicio de Medicina del Trabajo de la organización garantiza el acompañamiento y la orientación en los aspectos relacionados con la salud y la enfermedad de las colaboradoras y los colaboradores.

Pensemos en un trabajador o trabajadora que poseen una obesidad mórbida. ¿Cómo impactaría en su vida diaria el trabajo remoto? Podríamos imaginar que sobre estos sujetos se añadiría mayor sedentarismo, soledad, largas horas frente a una pantalla, alteración de sus rutinas, incluyendo las alimentarias, entre otras. De la misma forma, cabe reflexionar en relación a las colaboradoras y los colaboradores que padecen otros trastornos relacionados con la alimentación —como anorexia o bulimia— en quienes la intervención social, la mirada externa y la cercanía afectiva del entorno laboral se desvanecerían, al igual que las intervenciones del Equipo

de Salud Ocupacional, en caso de no tomarse medidas preventivas al respecto. Este análisis es extensivo a trabajadoras y trabajadores con antecedentes de adicción a sustancias psicoactivas, al juego, a las pantallas, con fobias, depresión, trastornos por ansiedad, entre una infinidad de situaciones complejas de abordar. Sin previsión de estas circunstancias, el trabajo remoto podría ver dificultado el seguimiento de poblaciones vulnerables por parte del Equipo de Salud Ocupacional, gran aliado de los trabajadores, las trabajadoras y los empleadores. Así se evidenciaría que lo que sale de nuestra mirada tal vez deje de ser protagonista, en un mecanismo denegatorio: “Lo que no se ve, no existe”.

Se deben destacar aquellas circunstancias de carácter social que sólo reciben protección jurídica cuando se encuentran formalizadas: me refiero, por ejemplo, a trabajadoras y trabajadores que conviven con situaciones de violencia doméstica. Asimismo, se deben contemplar las dificultades que se asocian a la convivencia con un o una familiar que requieren asistencia permanente, situación que añade un intenso estrés en las teletrabajadoras y los teletrabajadores con mayor riesgo de enfermar. En estos casos, es insertos en su ámbito de afecto y pertenencia donde se detectan desvíos en la conducta, signos o síntomas psicofísicos, faltas o llegadas tarde al trabajo, alteraciones en la atención, incumplimiento de las tareas. Aquí también el Servicio de Medicina del Trabajo —que muchas veces funciona como el único contacto del individuo con el sistema sanitario— recibe consultas, pedidos de ayuda o detecta situaciones silenciadas que se manifiestan indirectamente como visitas frecuentes al consultorio por cefalea periódica, trastornos gastrointestinales, cervicalgias, crisis de ansiedad, depresión, hipertensión, aumento de accidentes de trabajo, entre otras.

Si bien la legislación contempla algunas de estas contingencias, la nueva modalidad de trabajo deberá nutrirse de programas de capacitación tanto para las empleadas y los empleados, como para los empleadores, a fin de establecer una cultura organizacional flexible, respetuosa y empática para “cuidar a los que cuidan”, no sólo en lo discursivo, sino en la acción concreta.

Por otra parte, una de las grandes oportunidades que pueden asociarse al teletrabajo es en relación a las personas con discapacidad: facilitar la equidad en el acceso a un trabajo formal, el cumplimiento del cupo laboral obligatorio, la mitigación de barreras arquitectónicas, de equipamiento y necesidades de apoyo para la vida diaria en los espacios de trabajo.

Se requiere generar consenso entre los actores implicados para la puesta en marcha del trabajo remoto mediante el establecimiento de Exámenes en Salud adaptados al Teletrabajo. Estos deben formalizar requisitos mínimos equivalentes a los indicados en la Resolución 37/10, a partir de los cuales cada organización podrá adaptarlos a sus necesidades concretas.

REQUISITOS DE LOS EXÁMENES PREOCUPACIONALES O POR CAMBIO DE TAREA ADAPTADOS AL TELETRABAJO

El Equipo de Salud Ocupacional deberá valorar en forma integral a las colaboradoras y los colaboradores que voluntariamente se postulen para teletrabajar, así como sugerir la adopción del trabajo remoto en aquellas personas que podrían beneficiarse con él. Se sugiere realizar una evaluación integral, centrada en las características psicológicas, físicas, sociales y culturales de las y los postulantes, así como la valoración de su contexto familiar y habitacional. El examen deberá pesquisar los aspectos que se detallan:

- antecedentes de enfermedades orgánicas —obesidad, dislipemia, patología traumatológica, vascular, visual, metabólica, etcétera— que pudieran contraindicar el sedentarismo o el elevado tiempo frente a la pantalla, o generaran riesgo adicional por movimientos repetitivos de miembros superiores, esfuerzo visual, posiciones forzadas de columna cervical, alteraciones del retorno venoso, etcétera; esta evaluación será llevada a cabo por médicas y médicos laborales;
- antecedentes psicológicos, a fin de relevar el tipo de personalidad, la capacidad de adaptación al cambio, la tolerancia a la frustración, la responsabilidad y organización, las alteraciones vinculares, el consumo de sustancias, el tratamiento farmacológico, tratamiento psiquiátrico, entre otras;
- evaluación a cargo de licenciadas y licenciados en Psicología: posesión de CUD para la valoración de personas que se beneficiarían con tareas que requieran desplazamientos acotados o estancia en espacios ya adaptados, menor interacción con otras personas, comunicación exclusiva por medios electrónicos, necesidad de manejo de tiempos de descanso, etcétera;
- evaluación interdisciplinaria con la concurrencia de Gerencia de Recursos Humanos; evaluación socio ambiental con perspectiva laboral: tarea a cargo de los Servicios de Higiene y Seguridad, Ergonomía, Trabajo Social.

Finalmente, contando con los resultados de las evaluaciones realizadas, el otorgamiento de la aptitud laboral para teletrabajar será determinado por las médicas y los médicos del Trabajo, en concordancia con las leyes que rigen el ejercicio de la profesión.

ARTICULACIÓN DE LOS ACTORES IMPLICADOS

Una vez seleccionados los futuros teletrabajadores y teletrabajadoras, se deberá laborar en forma interdisciplinaria a fin de velar por su salud y seguridad, evitar la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y prevenir la aparición o empeoramiento de patologías inculpables. Las ART y los Servicios de Higiene y Seguridad tienen un rol preponderante en esta tarea conjunta. Se confeccionará el nuevo mapa de riesgo de la organización y se realizará la evaluación

y seguimiento de riesgos laborales emergentes, las medidas ergonómicas y de ingeniería para minimizarlos o abolirlos, la adecuación de los puestos de trabajo, las especificaciones técnicas del equipamiento que deberá proveer el empleador y las medidas de seguridad necesarias —capacitación, provisión de matafuego y botiquín de primeros auxilios, conexiones eléctricas seguras, escapes de gas y ventilación— para evitar cualquier contingencia. También se incluirá formación transversal y específica y se implementarán las pausas activas.

Debe gestionarse la participación intersectorial colaborativa para la conformación de Comités de Teletrabajo Saludable y Seguro. Desde las Gerencias de Recursos Humanos se llevará a cabo la formación de los teletrabajadores y las teletrabajadoras, facilitando la enseñanza técnica para el adecuado uso y aplicación de las nuevas tecnologías. Los Servicios de Salud Laboral coordinarán el trabajo interdisciplinario entre los distintos actores. Asimismo, se realizarán los Exámenes Periódicos a cargo de las ART, con la frecuencia que se determine para la detección precoz de signo sintomatología de posible origen laboral y la toma de medidas tendientes a su prevención, minimización o tratamiento oportuno y seguimiento por el Servicio de Salud Laboral a cargo de los empleadores.

RECOMENDACIONES

Se sugiere considerar las siguientes medidas en forma provisoria, a fin de minimizar la exposición a riesgos del Equipo de Salud Ocupacional en épocas de pandemia:

- concretar la evaluación de riesgos en conjunto con los trabajadores y las trabajadoras de forma interactiva, remota y digital; la misma será de carácter determinante;
- proveer a las trabajadoras y los trabajadores de equipos utilizados en la institución;
- facilitar desde la organización el soporte informático en línea;
- asesorar a las empleadas y los empleados en forma remota acerca de la gestión de un espacio de trabajo sano y seguro, así como brindar recomendaciones para optimizar la ergonomía del espacio y del puesto de trabajo;
- capacitar a las trabajadoras y los trabajadores en la realización de rutinas, facilitar *tips* para el autocuidado, recomendación de descansos regulares, alimentación saludable, prevención de tabaquismo y pausas activas periódicas, entre otras;
- asegurar un canal de comunicación permanente y fluido con las teletrabajadoras y los teletrabajadores, a fin de acompañarlos, contenerlos y escucharlos en esta transición;
- establecer un seguimiento desde el Servicio de Salud Ocupacional para detectar tempranamente signos o síntomas incipientes de patología psicofísica;

- evitar la suma de estresores o controles rígidos a las colaboradoras y los colaboradores, adoptando una modalidad de trabajo flexible y por objetivos;
- propiciar espacios de trabajo amigables con las niñas, los niños y las personas con requerimiento de cuidados, atendiendo a las situaciones de mayor vulnerabilidad.

CONCLUSIONES

La nueva modalidad se deberá enmarcar en una política gubernamental de Teletrabajo Seguro. La adaptación al cambio y la tarea coordinada entre los distintos actores del sistema son los ejes para su sostenibilidad. Se destaca lo dinámico del modelo, ya que, como conjunto social, nos encontramos en pleno proceso de aprendizaje.

Será de interés de las distintas disciplinas el estudio de nuevas patologías profesionales relacionadas al teletrabajo. Se deberá contar con planes de contingencia ante imprevistos, los cuales serán informados a las teletrabajadoras y los teletrabajadores.

La implementación del Teletrabajo es una herramienta que puede disminuir la inequidad en el acceso al trabajo producto de múltiples barreras.

BIBLIOGRAFÍA

FROLOV, I. (1984): *Diccionario de filosofía*. Moscú, Progreso.

JORIC, C. (2020): “El teletrabajo nació de otra crisis”. *La Vanguardia*, 21-5-2020.

KAMENIECKI, S. (2020): “Los Médicos del Trabajo: un recurso humano invisibilizado en tiempos de pandemia”. *Movimiento*, 24.

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2020): *Teletrabajo*. www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/teletrabajo#titulo-2.

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (2012): *Teletrabajo, motor de inclusión sociolaboral*. Buenos Aires.

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (2020b): *Teletrabajo, trabajo remoto y trabajo conectado: empleador*. www.argentina.gob.ar/trabajo/teletrabajo/empleador.

Organización Internacional del Trabajo (2020): *El teletrabajo durante la pandemia de COVID-19 y después de ella. Guía práctica*. Ginebra.

Otero, W. (2020): *El teletrabajo en la Post pandemia*. <https://drawandaotero.com/#!/blog/el-teletrabajo-en-la-post-pandemia/28/p>.

Real Academia Española (2014): *Diccionario de la lengua española*. Madrid.

Los Territorios Nacionales y la salud en los “nuevos espacios” argentinos (fines del XIX y principios del XX)¹

María Silvia Di Liscia

INTRODUCCIÓN

En 1905, luego de recorrer durante dos meses las ventosas estepas patagónicas, de atravesar caudalosos ríos y bosques de belleza impenetrable a lomo de mula, por caminos pedregosos y difíciles, el médico Eugenio Ramírez, funcionario del Departamento Nacional de Higiene, aseguraba con ironía: “No hay enfermedades propias en esa región, si es que el adelanto actual de la ciencia no puede considerarse enfermedad el atraso intelectual, el abandono de las comodidades de la vida, la miseria económica de los pobladores [de la] áspera e ingrata región del Neuquén”. En la otra punta de la geografía argentina, Ángel Federici, médico en Formosa, mencionaba que el único hospital era un “rancho” de tres piezas, que difícilmente podía servir de tal a una población “pobre e ignorante”, estragada por la viruela y el sarampión.² En un país que preparaba la celebración de sus cien años de independencia, donde las voces que ensalzaban el progreso asumían un discurso triunfalista de haber vencido las pestes y dolencias del pasado colonial, que mostraba las construcciones más modernas —hospitales, asilos y sanatorios iban a la cabeza en este listado interminable—, con una metrópoli pionera en integrar las medidas higiénicas urbanas casi al mismo tiempo que se gestaban en la lejana Europa, era difícil asimilar otras realidades sufridas por miles de sus pobladores.

A principios del siglo XX, Emilio Coni, reconocido higienista, realizó una de las primeras evaluaciones del número y la calidad de hospitales y de otros centros asistenciales de la Capital Federal, Rosario, Mendoza, Tucumán, Paraná y Salta, así como de la cantidad de enfermos internos, las camas disponibles y otros servicios sanitarios públicos para la atención de los más desfavorecidos. A pesar de la insistencia en el progreso médico estatal, ejemplificado en los pacientes atendidos por consultorios externos y en los internos en los hospitales dependientes de la Asistencia Pública, Coni era consciente de que faltaba un largo camino por recorrer, habida cuenta de que un porcentaje no desdeñable de la atención era llevada a cabo por instituciones privadas en la Capital Federal

1. Originalmente este artículo fue publicado en: *Entre pasados, Revista de Historia*, n.º 33, 2008, p. 49-69. Agradezco al Boletín de la Biblioteca del Congreso, la posibilidad de que el texto pueda encontrarse con nuevos lectores, pasada más de una década.

2. *Anales del Departamento Nacional de Higiene (ADNH)*, 1905, p. 337, y *ADNH*, 1901, p. 172.

y Buenos Aires. Salvo quizá en Rosario, el resto de las instituciones públicas era deficiente.³ Los Territorios Nacionales representaban tal vez los extremos más remotos del ideal higiénico, en un conjunto nacional plagado por dificultades en su infraestructura higiénica, por la escasez de profesionales e instituciones hospitalarias adecuadas y hasta por la incapacidad de registro estadístico de las variables demográfico-médicas.

En este artículo me interesa resaltar cómo los “viajes” de los médicos de principios del siglo XX configuraron una imagen de los nuevos espacios territoriales muy lejana de la modernidad científica modélica. Los funcionarios que visitaron los Territorios visualizaron los problemas y los límites planteados por la integración nacional de una población al margen de la estadidad, en un ámbito inasible por las distancias geográficas y también, culturales y sociales.⁴ Se trató de médicos del Departamento Nacional de Higiene y también de otros organismos de alcance nacional, cuyas aspiraciones de llevar normas y virtudes higiénicas no siempre coincidían con las posibilidades de la misma institución ni con los deseos de los supuestos beneficiarios. Estas misiones, entonces, con su hálito de aventura arriesgada, donde los protagonistas trasiegan por caminos y afrontan las dificultades de salir fuera de su propio entorno, tienen también un aroma pesimista: al describir la situación sanitaria, las enfermedades y los “vicios”, se estrellan con la pauperización y la desorganización administrativa, escollos enormes y posibles razones del naufragio del proyecto añorado. La solución fue entrevista hacia 1910, cuando se puso en marcha una de las primeras reformas de consideración en estas áreas marginales a las políticas sanitarias nacionales.

Las expediciones científicas fueron una de las formas elegidas por las comunidades académicas y los Estados occidentales para conocer, clasificar, y finalmente dominar y controlar los mundos extraños a su tradición.⁵ En la segunda mitad del XIX, diversos recorridos por el interior argentino estuvieron bajo el impulso directo o indirecto del Estado, entre ellos; se destacan las sucesivas campañas militares, tanto en el sur como en el norte.⁶ Los relatos de

3. Emilio Coni, “Higiene y salubridad en la República Argentina”, en *I Congreso Médico Latino-Americano*, Santiago de Chile, 1-9 de enero de 1901, t. I, pp. 20-111, 70-74.

4. Sobre la historiografía sobre los Territorios Nacionales véanse como ejemplos Susana Bandieri, *Historia de la Patagonia*, Buenos Aires, Sudamericana, 2005; María Silvia Leoni de Rosciani, “Los Territorios Nacionales”, en *Nueva historia de la Nación Argentina*, t. VIII, 4.ª parte: *La Argentina del siglo XX, 1914-1983*, Buenos Aires, Academia Nacional de la Historia-Planeta, 2001, pp. 43-76; María Silvia Di Liscia y Ernesto Bohoslavsky (eds.), *Instituciones y formas de control social en América Latina, 1840-1940. Una revisión*, Buenos Aires, Prometeo Libros, 2005, pp. 49-72; Ana Teruel et ál., *Fronteras, ciudades y Estados*, Córdoba, Alción, 2002, pp. 109-132, entre otros. Sin embargo, hay escasez en la producción relativa a la nueva historia de la salud: Diego Armus, “El descubrimiento de la enfermedad como problema social”, en Mirta Z. Lobato (dir.), *Nueva historia argentina*, t. V: *El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*, Buenos Aires, Sudamericana, 2000, pp. 507-551, y Susana Belmartino, *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*, Buenos Aires, Siglo Veintiuno, 2005.

5. Véase Mary Louise Pratt, *Ojos imperiales. Literatura de viajes y transculturación*, Buenos Aires, UNQUI, 1999.

6. Sobre expediciones a Pampa y Patagonia, véase María Silvia Di Liscia, *Saberes, terapias y prácticas indígenas, populares y científicas en Argentina (1750-1910)*, Madrid, CSIC, 2003.

viajes parecen haberse escrito con la lengua común del progreso, que permitió aplanar las distinciones geográficas, las “razas” y los ambientes disímiles, justamente para el aprovechamiento “racional” de los recursos humanos y naturales. Nuevos pobladores forjarían ciudades pujantes, capaces de domeñar las praderas, las montañas y aun los bosques que esperaban para dar su parte al cuerno de la abundancia nacional. En este primer imaginario, los Territorios ganados en virtud de la superioridad biológica del mundo occidental “al indio” y “al desierto” tenían las ventajas de la infancia y también su energía y vitalidad. Su virginidad los hacía inocentes y, por lo tanto, abiertos a toda conquista. Posibilidades inmensas a descubrir y proyectos de expansión sin par invaden estos relatos, aunados a la superioridad biológica de sus conquistadores y a la necesaria eliminación de los conquistados.

La legislación planteaba que el desarrollo demográfico paulatino los transformaría, lenta pero indefectiblemente, en provincias con plenos derechos políticos. La integración de los Territorios al resto del espacio nacional se realizó a partir de la violencia y la expoliación de la población nativa, más que a partir de pactos y alianzas con las elites locales, como sucedió en las provincias. En 1884, la ley 1.532 había delimitado nueve entidades jurídicas: Misiones, Formosa, Chaco, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego, denominadas “Territorios Nacionales”. A ellos se agregó, en 1900, el de Los Andes. Varios ya habían tenido contacto con la administración nacional y/o provinciales antes de 1884. Asimismo, la existencia de los Territorios se justificó en relación con los problemas de trazado limítrofe con Paraguay, Brasil y Chile, tal fue el caso del Territorio de Formosa, de Misiones y sobre todo del de Los Andes, pero es preciso considerarlos no solo bajo la geopolítica y la estrategia militar argentina sino con relación a las “fronteras internas” de un Estado en formación. Su particular inserción dentro del conjunto nacional determinó un estatus diferente del de las provincias históricas, puesto que estas existieron antes que la Constitución Nacional, delegando sus atribuciones al gobierno federal. Los Territorios, por el contrario, eran simples divisiones administrativas o geográficas, posteriores a la sanción de la Constitución; los gobernadores eran elegidos por el poder central y dependían en todo de la administración nacional.⁷

En el segundo censo se visualizaba el proceso como “el hecho político más culminante producido [en la República] después de su emancipación”, en la medida en que se había entregado “a la civilización un millón trescientos mil kilómetros cuadrados de tierras, en gran parte feraces [y] permitido que se constituyan nuevos centros de población en que existen ya muchos núcleos poblados”⁸. Las descripciones geográficas, tanto con función docente como de divulgación general, no

7. Véanse Orietta Favaro y Mario Arias Bucciarelli, “El lento y contradictorio proceso de inclusión de los habitantes de los Territorios Nacionales a la ciudadanía política: un clivaje en los años 30”, *Entrepassados, Revista de Historia*, 9, 1995, pp. 7-26; Ana Teruel et ál., *Fronteras, ciudades y Estados*, p. 110.

8. *Segundo Censo de la República Argentina, Mayo 10 de 1895*, Buenos Aires, Talleres Gráficos de la Penitenciaría Nacional, 1898.

avanzaron en muchos casos más que para enfatizar su carácter de *tierra nueva*, despoblada pero con un amplio abanico de oportunidades económicas a descubrir. En el momento de su formación, estaba presente en los primeros gobernantes, militares de la anterior campaña, el optimismo inicial por el fácil triunfo o “paseo militar”. La conquista de las miles de leguas y su integración al patrimonio nacional significaban el triunfo de la civilización frente a la barbarie; al barrer a los antiguos dueños de la tierra, se eliminaba también el atraso secular inserto en el mismo suelo. El ferrocarril, los vapores y el telégrafo serían los primeros emisarios de un progreso que no cesaría de generar sus propias riquezas.⁹

El orden suponía también que una modernidad urbana entrelazaría las conductas individuales con la higiene social. Redes de agua potable y cloacas, calles sin basura y cuidados parques donde se desarrollaría una población sana y obediente, sin enfermedades ni “vicios”, representaban la misma cara del progreso. Las primeras urgencias del poblamiento significaron fundar o refundar pueblos en sitios desconocidos y organizar las primeras trazas urbanas, fijar los caminos y las comunicaciones; por lo tanto, las innumerables tareas del colonizador impidieron atender el imperativo del progreso higiénico. O, tal vez, este se supuso vinculado subterráneamente al ímpetu económico. Los informes de los gobernadores dan cuenta de que las principales preocupaciones locales eran brindar seguridad y educación a los Territorios. Instrumentar la “estatidad” significaba en muchos casos organizar la policía y la justicia y dar testimonio, a veces grandilocuente y exagerado, de su potencial productivo y comercial.

UNA PENDIENTE ESCABROSA

La aparición de las epidemias ha sido considerada el punto inicial de la preocupación médica y de las reformas en la infraestructura. Es indudable que así fue en buena parte del mundo occidental más industrializado y en el ámbito nacional, en la Capital Federal, pero lo sucedido en las regiones más apartadas de los centros político-económicos requiere todavía cierto análisis, en la medida en que la medicalización no implicó automáticamente transformaciones sanitarias, que fueron limitadas, esporádicas o se produjeron con retraso. Los médicos, si bien preocupados por las epidemias, no siempre pudieron ejercer una influencia política para solucionar los problemas higiénicos que observaban o prevenían.¹⁰

En el caso de Formosa, se observa esta situación frente a dos epidemias: la de cólera en 1886-1887 y 1889 y la de peste bubónica en 1899. La información, en el primer caso, proviene del médico de la Gobernación de Formosa, quien a partir

9. *Memoria presentada al Honorable Congreso Nacional en el año 1887*, Buenos Aires, Imprenta La Tribuna Nacional.

10. Aun en Rosario, las epidemias de cólera de 1886 no produjeron importantes reformas en la infraestructura sanitaria y urbana; véase Agustina Prieto, “Rosario: epidemias, higiene e higienistas en la segunda mitad del siglo XIX”, en Mirta Z. Lobato (ed.), *Política, médicos y enfermedades*, Mar del Plata, Biblos, 1996, pp. 55-71.

de la aparición del “asiático invasor” colérico, organizó la cuarentena de manera que impidió su extensión en la pequeña capital y sus alrededores. Igual situación sucedió respecto de la peste bubónica; en ambos relatos, el apoyo de otras agencias estatales vinculadas al control, como la Policía y la Gendarmería, habían evitado que se distribuyeran los microbios desde Paraguay, y, por lo tanto, el gobernador decía exultante que “la salud pública del Territorio es inmejorable”¹¹. Poco se avanzó respecto de la higiene urbana cuando se retiró la epidemia, según veremos más adelante.

La Pampa representa un punto interesante de comparación, ya que no aparece en estas narraciones. Tal situación puede deberse a una particularidad geográfica-estratégica, es decir, a que se trata de una región interior, sin fronteras con otros Estados desde donde podían ingresar las patologías extrañas, o bien al imaginario climático desplegado para las pampas, publicitadas como espacios sanos, con vientos que al atravesar llevaban lejos de sí el contagio, y con temperaturas agradables, que impedían la proliferación de los microbios usuales de las tierras calientes como las norte, sin ser extremas, como las del helado sur. Asimismo, desde finales del siglo XIX, La Pampa tuvo el mayor crecimiento demográfico y un gran desarrollo agropecuario. En las *Memorias*, los gobernadores no demuestran una gran preocupación por la salud, lo que derivó en su resolución privada hasta el siglo XX.¹²

Otros relatos asumen una lógica diferente, despojada de las posibilidades optimistas, frente a un presente difícil y un futuro amenazador. Veinte años después de las frases altisonantes y los más ampulosos proyectos que harían de los Territorios Nacionales la caja de resonancia de la modernidad argentina, se despliegan las preocupaciones de diferentes funcionarios encargados de iniciar este proceso, sobre todo de aquellos del Departamento Nacional de Higiene, organismo encargado de las nuevas áreas pobladas y dependiente del Ministerio del Interior. También coinciden las miradas de otros burócratas de agencias estatales, como la Dirección de Agricultura y Ganadería en relación con el viaje de Eduardo Holmberg a los Andes y el relato de Juan Bialet Massé, enviado especialmente por el Ministerio del Interior, sobre el interior argentino.¹³

El recorrido por el interior del médico catalán en 1904, obedeciendo las instrucciones dadas por el entonces ministro Joaquín V. González, incluyó a la paupérrima población, sobre todo rural, del Territorio del Chaco. Como en las demás provincias nortenas, el avance de los obrajes madereros y de los ingenios azucareros implicó una coincidencia con una zona de paludismo endémica y una brutal

11. El cólera se evitó por el establecimiento de un cordón sanitario efectuado por el II Regimiento en la comunicación fluvial fronteriza; el lazareto habilitado no fue necesario; *Informe del Médico de la Gobernación*, 1886, en Ernesto Maeder, *Memorias de los gobernadores del Territorio Nacional de Formosa (1885-1899)*, Resistencia-Corrientes, Instituto de Historia, FH-UNNE, 1979, pp. 50-51.

12. Véase María Silvia Di Liscia, “Instituciones, médicos y sociedad. Las posibilidades y los problemas en el Territorio pampeano (1884-1933)”, en María Silvia Di Liscia, Andrea Lluh y Ana Lassalle (eds.), *Al oeste del Paraíso*, Buenos Aires, Miño y Dávila, 2007, pp. 121-154.

13. Juan Bialet Massé, *Informe sobre el estado de la clase obrera*, t. I y II, Buenos Aires, Hyspamérica, 1986.

explotación laboral. Las descripciones vívidas de pantanos, nubes de mosquitos y basuras en los campamentos, donde se arracimaban jornaleros italianos y españoles con tobos y matacos, están plagadas de comentarios sobre la proximidad de la malaria y del tifus, ya que “las reglas de higiene faltan totalmente [...] todo es sucio hasta la inmundicia”¹⁴. Una versión menos comprometida es la de Holmberg. En su *Viaje por la Gobernación de Los Andes*, realizado por indicación de la Dirección de Agricultura y Ganadería en 1900, el reconocido naturalista y médico recorrió junto con Adolfo Doering el norte del país, especialmente comisionado para evaluar en el potencial económico del nuevo Territorio, creado ese año con motivo del litigio limítrofe entre Chile y la Argentina.¹⁵ La admiración por la magnificencia de la cordillera y los valles se contraponen al pesimismo frente a la situación de sus pobladores, en su mayoría de altiva raza “americana”, anclados en un sistema feudal del cual son tan responsables los siervos como los señores. Con ironía, en la descripción de los productos de la tierra, señala la algarroba y los frutos de la tuna (“¿es esto riqueza?”), consumidos localmente por los pastores y las tejedoras asentados desde hace cientos de años en parajes completamente aislados. Tanto es así que las ciudades no existen, solo aparecen informes caseríos y ranchos míseros. Los Andes, región “árida” y “raquíica”, se presenta a los lectores en las antípodas de la civilización, completamente al margen de cualquier orden, privado o estatal; no existe ningún representante público —policía, escuelas o juzgados— y tampoco nada que refiera a conductas vinculadas a la higiene moderna.¹⁶ Como en informes posteriores, las prácticas curativas características de la tradición andina, unidas al uso de ponchos y ojotas, al mascado de la coca y el culto a la Pachamama, revisten los caracteres del atraso y la ignorancia. Los magos o *machis* y “mujeres médicas” curan con yerbas medicinales, reemplazando la falta de éstas con “mágicos visages, oraciones y engaños, que suelen surtir su efecto”¹⁷.

En estos aspectos, las opiniones de Biale Massé difieren completamente; es uno de los pocos en reconocer la “racionalidad” de las prácticas indígenas y contraponerlas incluso de manera ejemplar frente a la población civilizada: “¿Por qué los indios no salen del toldo en todo el día (cuando llueve)? ¿Por haraganería? No, por precaución instintiva contra el beri-beri y las neumonías en general, mucho más razonable que otros que profesan gentes que se llaman civilizadas e ilustradas... El indio tiene un terror pánico a la viruela y huye de ella como del fuego, el médico del Territorio, Dr. Vadillo, vacuna periódicamente y los primeros que acuden son los indios [...] yo creo que hacen perfectamente y que dan una lección a los civilizados,

14. Juan Biale Massé, *Informe...*, t. I, pp. 79-80.

15. El primer gobernador pronosticaba que la región sólo podía interesar a los nativos; Eduardo Holmberg (h.), *Viaje por la Gobernación de los Andes (Provincia de Atacama)*, Buenos Aires, Imprenta de la Nación, 1900, pp. 111-117; *Memoria del Ministerio del Interior, 1912-1913*, Buenos Aires, Talleres Gráficos de la Penitenciaría Nacional, 1913.

16. E. Holmberg, *Viaje por la Gobernación...*, p. 26.

17. Ídem, p. 76.

que se dejan estar sin el preservativo y privan a sus hijos de tal beneficio”¹⁸. Los merecedores de mayores elogios son los chiriguanos, “bien vestidos, recios y limpios”, quienes trabajan de sol a sol e incluso son buenos agricultores; y en la otra punta de la escala, en su más bajo nivel, los maticos, “desnudos, tapados con harapos”, hambrientos y miserables.¹⁹ No debe sorprender que los más altos puntajes los consigan quienes se aproximan a las consideraciones salutíferas propias, y los más bajos, quienes menos se asemejan a los blancos, porque se trata de un relato sesgado por la mirada occidental. De todas maneras, se trate de pulcros chiriguanos o de sus menos favorecidos vecinos tobas y maticos, todos ellos se igualan porque reciben jornales inferiores y no tienen la asistencia médica del resto de los trabajadores. Estas denuncias, tanto las más conocidas de Biale Massé como las de otro facultativo, Ángel Federici,²⁰ destacan las dificultades sociales vinculadas al desarrollo capitalista de los nuevos territorios, en la supuesta avanzada hacia el progreso.

Si bien los aspectos higiénicos fueron abordados por multitud de agencias y actores, es necesario un examen más profundo de las políticas del Departamento Nacional de Higiene, institución encargada de manera primordial de esos aspectos. A principios del siglo XX, uno de los primeros informes denominado “Estado sanitario de los Territorios de Chubut, Chaco y Santa Cruz”, daba cuenta de carencias de todo tipo en los centros urbanos y sus alrededores, que hacían a los higienistas caminar en un vacío total, sin asideros de ningún tipo. Otros escritos, como el ya señalado de Formosa, las enfatizaban, añadiendo más resquemores.²¹ ¿Cómo extender el brazo médico del Estado cuando faltaban profesionales, el agua estaba contaminada, las construcciones carecían de las mínimas reglas higiénicas y todas las poblaciones eran una concentración de suciedad? El movimiento de reacción tardó en llegar cuatro años y se inició a partir, no casualmente, de la vacunación contra la viruela.

Esta medida era obligatoria por ley desde 1886 y tenía la loable intención de ampliar la inmunización a segmentos mayores de la población para eliminar la patología por completo. Su aplicación estuvo a cargo del Departamento Nacional de Higiene, organizado en 1880. Pero una cuestión era vacunar en Buenos Aires o aun en las provincias del Litoral —donde las comunicaciones y los contactos eran fluidos, y la población aceptaba y aun requería ser vacunada— a hacerlo en Ushuaia o Resistencia. La distribución de placas de vacuna, a partir de cultivos propios de *cow pox*, se hacía a través del Departamento en cantidad más que suficiente —de acuerdo con la información emanada por este organismo—, para toda

18. Juan Biale Massé, *Informe...*, t. I, p. 56. En 1901, frente a una epidemia de viruela llegada desde Asunción e “importada por los indios del Chaco paraguayo”, el médico de la Gobernación de Formosa se trasladó a los ingenios y vacunó a seiscientos obreros, entre los que estaban indios pilagá, “recién reducidos [que] se dejaron persuadir fácilmente”; *ADNH*, IX, 1901-1902. Ese mismo año, el informe de Juan Vadillo señalaba la escasez de médicos y la abundancia de enfermos, con fuerte competencia de los curanderos; *ADNH*, IX, 1901-1902, p. 172.

19. Juan Biale Massé, *Informe...*, t. I, pp. 94 y 78.

20. Se señalaba la existencia de enfermedades gastrointestinales, venéreas e infecciosas en relación con el clima, la alimentación y las exigencias laborales de las empresas; *ADNH*, IX, 1901-1902.

21. *ADNH*, IX, 1901-1902, pp. 169-172, 202-207, 799-802.

la población de la República. A pesar de ello, los resultados concretos no eran los esperados. En 1900 se habían producido dos millones y medio de placas y solo aparecían en el registro oficial setenta mil personas vacunadas.²² El Departamento se había concentrado en su producción y envío pero, como el número de vacunados no aumentaba, se determinó una estrategia de inmunización general con campañas de vacunación a todos los Territorios Nacionales.

Esta atención privilegiada debe verse en el contexto de una reforma administrativa de consideración. Las epidemias de la segunda mitad del XIX proporcionaron a un núcleo de profesionales médicos la posibilidad de adquirir mayor influencia en el contexto político local y luego nacional; la necesaria intervención médica eliminaría las plagas y limitaría el contagio, en beneficio de toda la sociedad. El Departamento Nacional de Higiene surgió justamente con esa finalidad, en los sitios donde era posible su entrada —puertos y barcos, sobre todo—,²³ y de la vacunación antivariólica, fundamentalmente en la Capital Federal. En 1904, este organismo perdió tal función, y quedó a cargo de la Municipalidad, a partir de la Asistencia Pública y del Consejo Nacional de Educación, con la inspección médica escolar. En la reforma, la vacunación en los Territorios Nacionales quedó como patrimonio exclusivo del Departamento, cuestión que desagradó a los funcionarios de esa repartición. Las razones tenían que ver con las características de unos y otros espacios, comparativamente muy disímiles: en la Capital se disponía de instituciones en donde vacunar y de técnicos; además, la población se trasladaba por sus propios medios y no era renuente a la medida.²⁴

En los Territorios la situación era bien diferente y los mismos empleados la experimentaron. Llevar la vacuna allí significaba trasladarse cientos de kilómetros, primero en ferrocarril y luego en vapor por la costa patagónica, el río Negro o la compleja hidrografía formoseña y misionera.²⁵ Donde no era posible disponer de estos modernos medios, el recurso era movilizarse a caballo o a lomo de mula, por caminos intransitables o inexistentes, sufriendo todo tipo de molestias. La obligada marcha requería de los vacunadores “valor y resistencia [para] salir de un medio civilizado y confortable para llegar, desenvolverse en el medio casi salvaje por la asperidad [sic] de los caminos, del suelo, de toda la naturaleza”²⁶. Entre 1905 y 1907 se realizaron varios viajes de vacunación por los Territorios. El equipo de médicos y guardias estaba además encargado de contactar con otras agencias estatales y privadas para la organización del traslado desde Buenos Aires a los poblados y de allí al interior, y para recoger información (por ejemplo, con empleados del ferrocarril y de empresas de vapores, con funcionarios y empleados de los Territorios, fuese en el Registro Civil, con médicos de las gobernaciones, la Policía, la Guardia Nacional o baquianos del lugar). Los funcionarios

22. *Memoria del Departamento Nacional de Higiene*, 1900, pp. 4-5.

23. Las *Memorias del Ministerio del Interior* (1888) dan cuenta de estas funciones.

24. F. Álvarez, en *ADNH*, XVIII, 1911, pp. 83-86.

25. N. Lozano, en *ASNH*, V, 1908.

26. E. Ramírez, en *ADNH*, XII, 1905, p. 331.

debían también confeccionar informes a su regreso, donde constasen la cantidad de vacunados y sus domicilios, incluyendo datos sobre multitud de aspectos: información demográfica del Registro Civil, existencia de enfermedades infecciosas, geografía médica del lugar (clima, suelos, calidad del agua, temperaturas) y urbana (calles, construcciones públicas y privadas, cloacas, recolección de basuras, situación de los cementerios, mataderos y prostíbulos). Tales informes serían enviados a los archivos, temiendo que este “deber penoso, oscuro y sin brillo” podía tener como resultado quedar olvidado en las carpetas.²⁷

Aunque las instrucciones eran específicas y no podían dar lugar a errores u omisiones y los encargados de su redacción eran profesionales, los informes emitidos en la primera campaña de 1905 no son exactamente iguales. El de Germán Anschütz, en Río Negro, extenso y minucioso en la descripción de todos los aspectos requeridos por el Departamento, agrega constantes mediciones e información técnica cuantiosa. El de Eugenio Ramírez representa otra cara, menos técnica y más impresionista, de la situación en Neuquén, región huérfana de la higiene en cualquiera de sus formas. El de Ignacio Crespo sobre el recorrido por la lejana Santa Cruz también es un reclamo sobre la descoordinación de las acciones entre diferentes agencias estatales. Para llevar a cabo la misión, se requirió del transporte por barco de la Guardia Nacional, pero este no se detuvo en todos los puertos indicados por el Departamento para la vacunación y, por lo tanto, la medida profiláctica llegó solo a algunas las poblaciones de la costa patagónica. En otros casos, los agentes de policía o los batallones del ejército instalados en el lugar eran el único recurso para conocer el medio local y poder avanzar hacia el interior.²⁸

Tanto Crespo como Anschütz enfatizaban la necesidad de apoyo estatal para el traslado de la población para vacunarse; pero, además, se especificaba que las autoridades debían intervenir con la fuerza pública. La oposición a la vacunación significaba, para la comunidad científico-médica, la necesidad de librar una batalla también contra la ignorancia y la superstición, añadida a la enfermedad. Los registros al respecto jalonan el siglo XIX;²⁹ nada hace suponer su desaparición en el XX.

Bajo el rótulo de “los vencidos” aparecen en los textos médicos, onas, yaganes, alakaluf y tehuelches de la Patagonia. Para estos viajeros del centro a los márgenes de la nación, lastima a la sensibilidad su desaparición pero, a la vez, ella es parte de la evolución natural. En 1883 había en Ushuaia entre siete mil y ocho mil indígenas, de los cuales veinte años después quedaban apenas cuatrocientos. Para el médico-vacunador Ezequiel Castillo, tal disminución se debía a la sífilis en los adultos, el raquitismo entre los niños y la “exterminación bárbara”

27. F. Álvarez, en *ADNH*, XVIII, 1911, pp. 90-91.

28. El recorrido de Neuquén se realizó gracias a las mulas del Regimiento II y el apoyo de la policía, que reunía a los pobladores; *ADNH*, XII, 1905; 330. Véase también *ADNH*, XII, 1905, pp. 286-314, 286-314, 337, 345.

29. Véase María Silvia Di Liscia, *Saberes, terapias...*, caps. 3 y 8.

de los blancos, que habían intervenido en vez de limitarse a ver cómo, en misiones y reducciones, “van extinguiéndose en paz y humanamente tratados los restos de aquella hermosa raza que pobló aquel suelo”³⁰. Contradictoriamente, la admiración parte por la adaptación a las condiciones climáticas más extremas, pero a la vez es su “propia” biología la que los lleva inexorablemente a la ruina, reafirmando que la responsabilidad entonces no corresponde a los invasores sino a los mismos dominados.

Entre 1908 y 1911 se publica una nueva serie de informes sobre los Territorios Nacionales, la mayoría escritos por los médicos de la gobernación de cada uno de ellos. Este funcionario existía, en algunos, como el de La Pampa, desde 1894; sus funciones eran amplísimas (peritajes médico-legales, inspecciones sanitarias urbanas y epidemias) y respondía a las directivas del Departamento Nacional de Higiene. Los “viajes” de esta serie de médicos calcan ciertos aspectos de los anteriores pero, al tratarse de burócratas más comprometidos con la tarea en los mismos Territorios, su narración no indica solo cómo atravesar la geografía desde afuera sino las formas que ese mismo espacio los contiene, incluye y modifica, aun sin ser totalmente localistas.³¹ También en 1911, los *Anales* recogen un extenso informe sobre los cinco territorios patagónicos, realizado a partir de un recorrido de un mes en barco por un funcionario del Departamento.³² Esos esfuerzos pueden vincularse a, por un lado, la Ley de Fomento de los Territorios Nacionales, sancionada en 1908, aunque con magros resultados concretos,³³ y a la particular influencia en el ámbito político-institucional de José Penna, que fue director del Departamento desde 1910 hasta 1916 y uno de los mayores “hacedores” públicos de su generación, con destacada participación científico-profesional desde finales del siglo XIX.

Estas crónicas *territorianas* adquieren un enorme valor por ser, en muchos casos, los primeros reportes sobre la situación de ciudades, pueblos y regiones que se encontraban recién poblados, sobre los cuales tienden a estrellarse las ilusiones del progreso continuo. Los hemos sistematizados en los siguientes temas —que, desde luego, no excluyen otras miradas, dada la riqueza del material—: las posibilidades de extender la medicalización ante la carencia de *médicos* o, si los hay, en competencia con un curanderismo endémico; en relación con las características de la *ciudad*, mecanismo incompleto para generar la higiene; por último, sobre las dificultades para obtener *información* que posibilite el conocimiento y la acción frente a las enfermedades y dolencias presentes y futuras.

En primer lugar, la mayoría de los informes son coincidentes respecto de la carencia de profesionales; se menciona uno en el interior de Neuquén y seis para todo el Territorio de Río Negro. Se trata de “puntos poco hospitalarios” para

30. E. Castillo, en *ADNH*, XII, 1905, p. 375.

31. D. Valerio, en *ADNH*, XV, 1908, pp. 383-385; J. Oliver en *ADNH*, XV, 1909, pp. 258-270; C.M. Hilderam, en *ADNH*, XVI 1909, 339-344, J. Pelagatti, en *ADNH*, XVI 1909, pp. 345-347; A. Federici, en *ADNH*, XVI 1909, pp. 402-411).

32. N. Magnanini, en *ADNH*, XVIII, 1911, pp. 24-36 y 49-58.

33. Sobre la legislación, véase Susana Bandieri, 2005, *Óp. Cit.*, p. 141.

la actividad privada, requiriéndose entonces mayor inversión estatal para solventar más “médicos de la gobernación”³⁴. En otros casos, la situación también era desesperante (ver cuadro 2) y habla de la angustia de los únicos representantes del Estado, encargados de una tarea ciclópea y huérfanos de apoyo. La única excepción es La Pampa; José Oliver afirma que todos los pueblos tienen un médico, salvo en el oeste.³⁵ Esta situación, sin embargo, debe entenderse a partir de que los facultativos se instalaban solo donde había ferrocarril y la población de mejores recursos tenía la posibilidad de traslado hacia la Capital Federal, si aparecían complicaciones en la atención médica.

En los escritos, la carencia de médicos tiene como contrapunto ineludible el *curanderismo*. La ilegalidad de las prácticas impregna e iguala los discursos, reconociendo su existencia como resabio de tiempos anteriores, menos domesticados por la ciencia o como resultado del abandono actual. Para Otero, en una publicación de 1909 obligatoria para las escuelas nacionales, eliminar las prácticas no científicas con ordenanzas y leyes era imposible, por ello, el reclamo de la educación era para él la única solución. El curanderismo tenía un afán comercial y podía medrar al amparo de las libertades civiles, pero para que se comprendieran estas falsedades era preciso ejercer la autoridad médica; con “enseñanzas de moral” a las jóvenes generaciones y recién entonces las leyes podrán contrarrestar el curanderismo. Estas argumentaciones no eran nuevas, registros similares pueden rastrearse desde mediados del siglo XIX y aun antes.³⁶

Resultan más interesantes los relatos médicos en las áreas rurales *territoriales*, en permanente competencia con la “plaga” curanderil. Al mismo tiempo que se afirma que hay suficientes facultativos, al menos en el este pampeano, Oliver se ve obligado a señalar la imposibilidad de control legal de quienes no tienen títulos legales para ejercer en los Territorios, a pesar de la normativa existente. Para él, sin embargo, cometían fraude quienes engañaban a sus pacientes con falsas titulaciones y no quienes lo hacían “sin ostentación”, en un caso urgente y cuando faltaban los profesionales autorizados. Así, los facultativos eran los únicos capacitados para aceptar (o no) la competencia de otros; este “uso” de los curanderos significa cierta convivencia, no siempre con personas contrarias a las prácticas científicas, sino también con médicos extranjeros y sin títulos legalizados en el país.³⁷

El Estado consideró el curanderismo como una actividad médica hasta 1895.³⁸ En el caso de los Territorios Nacionales, quizá el registro está subvalorado

34. *ADNH*, XVI, 1909, pp. 339-344; *ADNH*, XVI, 1909, pp. 402-411. El facultativo de la gobernación atiende también el Tribunal, la policía, los guardiacárceles e internos, el distrito militar, la subprefectura marítima y las escuelas.

35. *ADNH*, XVI, 1909, pp. 258-270.

36. Francisco Otero, en *ADNH*, XVI, 1909.

37. *ADNH*, XVI, 1909, p. 270. Sobre legislación y curanderismo, véase María Silvia Di Liscia, *Saberes, terapias...*, cap. 8.

38. En el rubro “profesiones”, se consideró a 246 curanderos y curanderas y a 1648 médicos. Los profesionales eran más numerosos en la Capital, la provincia de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba (*Segundo Censo*, CXCI).

ya que se menciona solo a trece personas. Con el reparo señalado, los médicos coinciden en que los curanderos eran una especie de “pesadilla”, y serían desplazados por el progreso científico.³⁹

La segunda cuestión se relaciona con la construcción de las *ciudades higiénicas*, considerando la paradoja de este término en zonas de predominio de poblamiento rural como eran los Territorios en este período.⁴⁰ En los informes de 1905-1907, la vacunación sirvió como pretexto para obtener información sobre la urbanización y lo mismo sucedió con relación a los requerimientos oficiales de 1908-1911, sobre la situación de calles, parques, edificios públicos y privados, cementerios, mataderos, recolección de basuras y muchas cuestiones más. Los desvelos por la población están inmersos, por un lado, en una visión elitista, dispuesta a ejercer la autoridad frente a la ignorancia de los “otros”, y, por otro, en cierta compenetración con las contrariedades y dificultades a vencer en un medio ambiente a conquistar casi diariamente.

En el norte del país, las escalofrantes descripciones de la ciudad más importante de Formosa —nombre derivado de *hermosa*— atraviesan el relato del médico de la gobernación, D. Valerio. Así, la ciudad es un “extraño campamento de vivero bacteriano”, con detritos y aguas servidas en sus calles, construcciones inadecuadas y un hospital donde el cosmopolitismo, irónicamente, está presente en las variadas enfermedades que llevan los pacientes de todo el mundo; estos problemas de salubridad se incrementarán con su crecimiento.⁴¹ Estas notas alarmantes actúan como una denuncia; detrás del informe, la nota del encargado del Departamento Nacional de Higiene, Nicolás Lozano, confirma “las peores condiciones” para la capital de Formosa hechas por el médico oficial, pero “no es posible atender sino en parte para conjugar el peligro del momento cuando aparece una enfermedad endémica”,⁴² expresando así el carácter de impacto de las políticas sanitarias ante la aparición de las patologías y la lejanía de formalizar una planificación a largo plazo.

Las epidemias, como las que aparecieron en Formosa en 1907-1908, no tuvieron como consecuencia avances sanitarios; los reclamos urgentes del Departamento al Ministerio del Interior no fueron atendidos. Años después, ante las solicitudes de medidas por epidemias en Misiones y Chaco, Indalecio Gómez, funcionario del Departamento, expresaba que “el clamor es justo”, sus habitantes “aspiran a vivir tranquilos y felices, gozando de los mismos beneficios de la higiene, la profilaxis y la asistencia pública proporcionada a sus conciudadanos, que tienen la dicha de vivir en regiones más protegidas por la acción del Estado”. Pero, a la vez, las reclamaciones eran “de carácter complejo”: el Departamento estaba imposibilitado de solucionar todos los asuntos locales, como la provisión

39. Sobre Neuquén, véase *ADNH*, XVI: 1909, p. 346, y sobre Chubut, *ADNH*, XVI: 1909, p. 409. Para los médicos de ambos territorios, el curanderismo tendría fin con la inclusión de más profesionales de la salud.

40. En relación a población urbana y rural, ver *Segundo Censo*, 1898.

41. *ADNH*, XV, 1908, p. 383.

42. *ADNH*, XV, 1908, p. 386.

de agua potable o de lazaretos, con fondos nacionales.⁴³ De hecho, los que el Ministerio enviaba a varios de los Territorios eran inferiores al presupuesto general del Departamento.⁴⁴ En el sur se repetía la inquietud urbana demostrada en Formosa, y también allí los problemas debían tener una solución local. Todas las poblaciones de la costa atlántica —Ushuaia, Río Gallegos, Santa Cruz, Deseado, Comodoro Rivadavia y Madryn— se asemejaban por “su edificación y las malas condiciones higiénicas [...], el abandono político en que han estado hasta hoy y la dejadez de nuestra raza hace que todas ellas sean raquílicas, pobres, sucias y antihigiénicas en muchos conceptos”. La responsabilidad era, para el representante del Departamento, Nicanor Magnanini, tanto de los individuos, “indolentes y desaseados”, como de las municipalidades, que no se ocupaban en recoger las basuras o controlar el prostíbulo local. El resultado era poblados plagados de sífilis, tuberculosis y sarna, donde no florecían las epidemias como en el norte gracias al clima y a la poca densidad de la población.⁴⁵

En La Pampa y la Patagonia se estableció férreamente el imaginario de la expulsión de las patologías a partir de los vientos glaciales. Las creencias de un clima benéfico, es decir, frío y seco, atraviesan los relatos de todas las regiones, expresando una confianza en resolver sin esfuerzo apreciable las probables epidemias.⁴⁶ Esos límites, que varios funcionarios trazaban para especialistas y legos de las “fronteras” internas, expresan también las dudas de las ventajas de las obras de infraestructura en el nivel local. Para los burócratas de los mismos Territorios, iniciar mejoras en los municipios significaba solo dar indicaciones higiénicas a familias e individuos y reglamentar ciertas actividades comerciales y comunitarias. Aun así, no siempre la sanción acompañaba el cumplimiento de las normas de profilaxis y, por lo tanto, la exposición termina siendo una monótona expresión de las faltas personales y los desajustes públicos en relación con los deseos médicos.⁴⁷

En las agendas de las políticas estatales, las enfermedades y carencias higiénicas adquirieron identidad a partir de las cifras. En la Argentina, la tarea de recolectar *información* se inició tempranamente, aunque durante mucho tiempo estuvo constreñida a la provincia de Buenos Aires o limitada a la reunión de datos fragmentarios, captados de manera irregular, por parte de estadísticos débilmente institucionalizados. Entre 1880 y 1916 se inicia un proceso más profesional, manifestado en los censos nacionales.⁴⁸ Los problemas para hacerse con la información

43. *ADNH*, XVII, 1910, p. 237.

44. En la *Memoria del Ministerio del Interior* de 1904, es de 832.684 \$ m/n para todos los Territorios Nacionales y 635.480 para el Departamento. A manera de comparación, la policía de la Capital tuvo ese año más de seis millones y medio.

45. *ADNH*, XVIII, 1911, p. 244.

46. Decía Magnanini que en Río Gallegos no había epidemias gracias “a sus condiciones climáticas”.

47. Véase José Oliver, en *ADNH*, XVI, 1909, para La Pampa, C.M. Hildeman, en Viedma, *ADNH*, XVI, 1909, pp. 339-344. En Neuquén, el médico de la gobernación se quejaba del “estado de abandono” de la capital; *ADNH*, XVI, 1909, pp. 345-347.

48. En 1894, el Ministerio creó la Oficina Demográfica para recopilar los datos del Segundo Censo, a realizarse en 1895, que debía además estar en contacto con los 630 registros civiles existentes en

sobre natalidad y mortalidad se relacionan con el control espacial, el financiamiento y la desconexión entre las diferentes agencias encargadas de él. Los primeros informes, tanto del Ministerio del Interior a sus sedes en los Territorios como del Departamento a sus funcionarios al iniciar los recorridos, enfatizaban la necesidad de recopilar datos acerca de la población, obtenidos de los registros civiles. La morbilidad aparecería en los certificados de defunción, por lo tanto, era preciso gestar otros mecanismos de captación que supusiesen su modificación antes del deceso. Ante la escasez de médicos, podía extender la certificación cualquier otro entendido —curanderos, jueces de paz— y esto complicaba a los deseosos de establecer una geografía médica más acotada, ya que las causas de la muerte eran, muchas veces, “desconocidas”.

En 1901, el Departamento no pudo obtener los datos básicos (cantidad) ni los accesorios (sexo, edad, profesión) en los registros de defunción para el Chaco, Chubut y Santa Cruz.⁴⁹ Los viajes posteriores tuvieron como especial misión conseguir información y, por ello, la mayoría de los informes recopiló la cantidad de nacimientos y causas de defunciones. Los resultados son series desordenadas y, sobre todo, parciales, referidas a un mes, un año o a un lustro, indistintamente. En algunos casos hay mayor detalle pero no siempre un cuidado estadístico,⁵⁰ relacionado con la incapacidad técnica y con los obstáculos para conseguir los datos. Los médicos debían hacer las gestiones personalmente en el Registro Civil, realizando una “larga compulsa de archivo en las oficinas para reunir los datos demográficos necesarios”⁵¹. Casi diez años después de estos relatos se repiten las mismas quejas. En Chubut, el médico de la Gobernación señalaba que, para completar las solicitudes sobre mortalidad emanadas desde el Departamento, debió recurrir a los jueces de paz del interior: en la misma Gobernación faltaban los registros de dos a cuatro años. Los maestros, por su parte, suministraron censos escolares pero “con estas enormes deficiencias, no se pueden hacer estadísticas [...] la mayor parte de las muertes es por causas desconocidas o muerte natural”, ya que no había médicos para certificarlas.⁵²

Desde 1908, el Departamento Nacional de Higiene insistía en un registro estadístico y periódico en cada una de las provincias, que sirviera “de índice a la acción sanitaria, tanto nacional como local”, sobre todo “de enfermedades infecciosas”⁵³. Los intentos de regulación se repiten en el proyecto de reorganización del Departamento. Penna, su director, asumía en 1911 que, siendo el encargado de atender a la sanidad nacional, tal organismo lo “ignora todo: carece de las oficinas

provincias y territorios; *Memoria del Departamento Nacional de Higiene*, Buenos Aires, Taller Tipográfico de la Penitenciaría Nacional, 1900, pp. 44-46.

49. *ADNH*, IX, 1901-1902, p. 800.

50. Véase como ejemplo el detalle de todas las enfermedades en Formosa a cargo del médico A. Federici, pero con un desorden de exposición que hacen difícil su interpretación; *ADNH*, IX, 1901-1902, p. 204.

51. Tal es el caso de Chaco, expresado por Vadillo, en *ADNH*, IX, 1901-1902, pp. 169.

52. *ADNH*, XVI, 1909, pp. 404.

53. Marco Avellaneda, en *ADNH*, XVI, 1909, pp. 318-319.

indispensables de información” sobre la población. En los Territorios, se preveía la existencia de “estaciones sanitarias”, que mantuviesen una oficina demográfica, para concentrar los datos estadísticos.⁵⁴ Aunque no era tan fácil actualizarlos en el interior, el Departamento instrumentó un servicio que funcionó durante los años subsiguientes —posiblemente hasta 1916—, publicados en un *Anuario Demográfico*.⁵⁵

En 1920, un informe concienzudo de la Sección de Demografía del Departamento Nacional de Higiene especificaba que no podían avanzar con un análisis de todo el país y solo contaban con datos parciales; la información de los Territorios era una de las principales faltantes a partir de 1917. La causa era “que fueron suprimidos los corresponsales que esta sección tenía en las gobernaciones y que enviaban, mes a mes, lo mismo que las provincias, el movimiento habido”⁵⁶. Por lo tanto, el manejo de información sanitaria oficial de los Territorios fue, para la administración central, una deuda pendiente, que no se resolvió hasta mediados del siglo XX.

CON PATRIÓTICA CLARIVIDENCIA

Las consideraciones de los magros resultados higiénicos alcanzados durante el primer cuarto de siglo de los Territorios estuvieron unidas a un interés mayor de determinados intelectuales por ampliar los ámbitos estatales sanitarios. Así, tomaron consistencia una serie de políticas públicas que, en el caso de estas “fronteras”, se enmarcan en la vacunación, la organización de instituciones públicas y, vinculadas con estas, la apertura de asistencias públicas. Las formas “portátiles” de asistencia sanitaria, con mayor movilidad, ceden paso al establecimiento local de representaciones del Departamento en los Territorios Nacionales.

Los resultados de las misiones científicas de la primera oleada (1905-1907), llevando como antorcha la vacunación, fueron publicitados en números posteriores, de manera de asegurar a la comunidad médica y a los funcionarios de más alto nivel el cumplimiento de medidas higiénicas de alcance nacional. En 1905, el número de vacunados ascendió a 11.293 personas, en 1906 a 18.353 y luego descendió en años posteriores a menos de la mitad de esas cifras (1908, 5.428 y 1909, 5.157). En total, se menciona que, entre 1904 y 1910, habían sido vacunados 48.368 habitantes de los Territorios Nacionales. Según el encargado de tal tarea, era una cifra halagüeña, ya que el Segundo Censo Nacional de 1895 había dado como resultado en todos los Territorios una población total de 103.365 habitantes.

54. *ADNH*, XVIII, 1911.

55. Hay una coincidencia con esta fecha y la dirección de Penna, quien insistió en organizar y mantener el registro estadístico, mencionado por Domingo Cabred en 1918.

56. Ese costo era de 100 pesos mensuales por cada Territorio Nacional. El sistema para recopilar los datos de movimiento general de población sin estos empleados era más engorroso: los libros de actas de Registro Civil de cada departamento llegaban a la Gobernación, eran archivados y allí un empleado de la Asistencia Pública los copiaba; *ADNH*, XXIV, 1920.

Si casi la mitad había sido inmunizada —y nada hacía suponer que el resto no lo estuviese por otros medios—, la tarea había tenido un éxito rotundo.⁵⁷

Tal optimismo, sin embargo, debe ser moderado; entre 1895-1911 se produjo un aumento considerable en la población de los Territorios Nacionales. En el censo de 1912 era de 226.545 habitantes⁵⁸ y 329.568 en 1914 (cuadro 1). A su vez, la vacunación se había limitado por distintos pretextos —la falta de placas de vacunación era el más corriente— y muchos niños no estaban vacunados en los colegios. La aparición de epidemias de viruela en ciertos territorios, como el del Chaco, permite pensar que se estaba lejos aún de su control.⁵⁹

No debe sorprender esta especie de sube y baja en las políticas sanitarias de alcance nacional, cuando se trata de un Estado con enormes dificultades de contacto físico, por las barreras geográficas, y de impacto científico, por las diferencias culturales de sus habitantes. Se entiende entonces que las soluciones sean la creación institucional *in situ* y no ya las propuestas de campañas o viajes esporádicos. La idea original de medicalizar de manera itinerante a la población del interior, con el apoyo a veces relativo de las administraciones locales y de instituciones públicas nacionales como la escuela, la policía y otras fuerzas de seguridad, cedió paso a una constelación de centros sanitarios casi en cada Territorio Nacional.

La cantidad de enfermos en los Territorios, de acuerdo con el registro censal, era reducida: 340 personas sobre un total de 103.369 habitantes en 1895 (3,28 por mil; en el resto del país, era de 4,68 enfermos por cada mil personas), lo cual se atribuyó a las condiciones excepcionales del clima argentino.⁶⁰ Pero aquí se medían las personas que “guardaban cama” el día del recuento censal y aquellas que estaban en hospitales o asilos; siendo tan escasas las instituciones hospitalarias, era de suponer que un número importante de enfermos no estaba en ellas y ni siquiera era detectado como tal, dado que debía autoincluirse al requerimiento del censista. Además, habría que considerar también las otras categorías vinculadas con la enfermedad que registran el censo de 1895 (bocio o coto, idiocia, cretinismo, alienados, ciegos, sordomudos e inválidos).⁶¹

57. F. Álvarez, *ADNH*, XVIII, 1911, pp. 83-98.

58. *Memorias del Ministerio del Interior*, 1912-1913, p. 131. Tampoco se suman a ese total 19.634 indígenas de Formosa.

59. *ADNH*, XVIII, 1910, y Domingo Cabred, *Discursos pronunciados con motivo de la colocación de la piedra fundamental de los asilos y hospitales regionales en la República Argentina (ley 4.953)*, Buenos Aires, Talleres Gráficos J. Weiss y Preusche, 1918, p. 40. El Departamento envió al Ministerio un exhaustivo informe sobre la vacunación realizada en 1911-1912, señalando que la mortalidad de viruela para todo el país había sido de 3.688; *Memorias del Ministerio del Interior*, 1912-1913, pp. 378-379.

60. *Segundo Censo*, p. LIII. En la comparación con otras naciones, Gabriel Carrasco, encargado del censo, llegaba a afirmar que “a la luz de las cifras estadísticas [podemos declarar] que la República Argentina es uno de los países en que el ser humano goza de mejor salud aun comparándole con los mejores de la tierra”; *Segundo Censo*, p. LXXIX.

61. *Tercer Censo Nacional, 1 de junio de 1914*, Buenos Aires, Talleres Gráficos de L. J. Rosso y Cía, t. I-X, 1916, p. 25.

El intento por forjar un sistema hospitalario de corte nacional y público se corresponde con la ley 4.953, de creación de asilos y hospitales regionales, dependiente del Ministerio de Relaciones Exteriores. En 1910, su director, Domingo Cabred, inauguró el Hospital Regional de Resistencia (Chaco), primero de un largo listado, asegurando que habría varios más, tanto en Buenos Aires como en el interior argentino.⁶² La institución resolvería las necesidades de los enfermos ante una epidemia de viruela y evitaría su traslado a los centros del Litoral, con los inconvenientes que eso suponía. El hospital disponía de ciento sesenta camas; cambio importante con los pequeños centros existentes hasta entonces en Chaco, y fue finalmente el único centro inaugurado en los Territorios Nacionales en esa década.⁶³ Sobre los otros tres hospitales anunciados —en Misiones, Río Negro y La Pampa—, conviene realizar algunas precisiones: el Hospital Regional de Río Negro, en Allen, se inauguró hacia 1925, y el de La Pampa en Santa Rosa recién en 1938, veinte años después del anuncio de Cabred. Al colocar la piedra fundamental del de Misiones, Cabred realizó un prolijo recuento de los problemas sanitarios de los Territorios, demostrando una sensibilidad notable en su reconocimiento y, además, cierta información demográfica obtenida del registro llevado a cabo por el Departamento durante los tres años anteriores. Se especificaban así, en cifras, las notables diferencias entre los dos países que comprendían la Argentina de entonces: la cantidad de camas era en Buenos Aires de 3,19 por mil habitantes y en los territorios, de 0,93 por mil (309 camas en total). La mortalidad total oscilaba entre el 24,80 por mil para Chubut y el 18,03 por mil para Chaco. En Buenos Aires, el índice de mortalidad de 27,59 habitantes por mil en 1887 había descendido a 17,4 en 1899.⁶⁴

Para este funcionario, la diferencia se debía a la deficiente atención hospitalaria, contrastante respecto del incremento de la riqueza y la importancia económica de los Territorios en el conjunto nacional. Por lo tanto, con “patriótica clarividencia”, los poderes públicos se lanzaban a cumplimentar las necesidades sanitarias territorianas, además de señalar sus problemas de seguridad, instrucción, comunicación y justicia. Muy cerca estaban los ecos de la reciente creación de la Dirección de Territorios Nacionales en 1912, organismo que centralizaría las acciones dentro del Ministerio y también, de la Conferencia de los Gobernadores de los Territorios Nacionales, realizada en 1913, astutamente recuperada en estos discursos.⁶⁵ Los funcionarios locales reunidos allí percibían

62. Entre 1910 y 1918 se inauguraron el asilo-colonia de Oliva para alienados en Córdoba, el asilo para retardados en Torres, el Hospital Común del Centro y el sanatorio para tuberculosos, ambos en Córdoba, el asilo-colonia en Olivera, Buenos Aires, el asilo nocturno en Buenos Aires y el Hospital Regional Andino, en La Rioja; Domingo Cabred, *Discursos pronunciados...*, p. 73.

63. Ernesto Maeder, *Memorias de los gobernadores del Territorio Nacional del Chaco (1885-1899)*, Resistencia-Corrientes, Instituto de Historia, FH-UNNE, 1985; Domingo Cabred, *Discursos pronunciados...*, p. 40.

64. María Silvia Di Liscia, *Saberes, terapias...*, cap. 8; Domingo Cabred, *Discursos pronunciados...*, p. 82.

65. Domingo Cabred, *Discursos pronunciados...*, p. 85. Por primera vez, se reunieron todos los gobernadores en marzo de 1913 en Buenos Aires, con asistencia de diferentes funcionarios estatales;

la discriminación sufrida por los Territorios a nivel presupuestario: el Estado no redistribuía de igual manera lo recaudado por la Lotería Nacional a los Territorios y a la Capital; sus instituciones estaban en desigualdad de condiciones que las de la Capital Federal y las provincias. Tal era el caso de los pequeños hospitales, organizados por las sociedades de beneficencia locales, muchas veces financiados por donaciones de los notables por aportes de la comunidad y por la municipalidad, que ansiaban formar parte de las instituciones más favorecidas por los subsidios a nivel nacional.⁶⁶

Cabred y Penna pueden considerarse representantes de una fracción del gobierno nacional que impulsaba ciertas reformas, atendiendo a los nuevos requerimientos sociales de sectores antes invisibles. Además de la intención de sanción legal de sus proyectos y de la planificación, no escatimaron esfuerzos en dar publicidad a su tarea; los “discursos” de Cabred fueron editados en formato de lujo, con imágenes a color de los hospitales, tanto los construidos como los a edificar. También la obra de Penna tuvo su difusión, en la medida en que se proclamó en la prensa local y médica oficial cada una de las inauguraciones de las distintas asistencias públicas territorianas, en 1913.

La ley 7414, sancionada en 1912 a instancias de Penna, denominada de “defensa sanitaria”, establecía para cada capital provincial y territorial un “centro de profilaxis” para prevenir enfermedades infectocontagiosas, incluía al médico de la gobernación y a uno o dos guardias sanitarios; el afán principal era mantener a disposición del personal un equipo completo de desinfección, indispensable en caso de epidemias. Por falta de fondos, el Departamento no pudo crear más de cuatro (dos en Córdoba, una en Catamarca y una en Jujuy), con apoyo de los gobiernos provinciales.⁶⁷ Un año después, sin embargo, se realizó la apertura de asistencias públicas en ocho de los diez Territorios. Los dos restantes, Tierra del Fuego y Los Andes, eran los menos poblados y quedaron al margen.

La Asistencia Pública, fundada en 1883 en la ciudad de Buenos Aires, se nacionalizó en 1892, con la creación de la Administración Sanitaria. Se la consideró el eje de la política sanitaria estatal y uno de los pilares de la “cuestión social”, ya que entre sus atribuciones estaban la visita a los conventillos, la vacunación forzosa y la confección de un registro de vecindad y pobreza donde debían necesariamente inscribirse quienes deseaban recibir los servicios médicos gratuitos.⁶⁸ Penna había sido su director, años antes de llegar al máximo puesto en la administración sanitaria nacional. En 1913, la apertura de estos centros se realizó de manera simultánea en una fecha patriótica, el 9 de julio, en siete capitales: Posadas, Resistencia, Formosa, Neuquén, Santa Rosa, Viedma, Río Gallegos y en la ciudad de Trelew (Chubut), con representantes del Departamento y autorida-

Memoria del Ministerio del Interior, 1912-1913, pp. 138-143.

66. *Memoria de la Gobernación, 1894*; Ernesto Maeder, *Memorias de los gobernadores...*, p. 207. Igual situación parece haber sucedido en La Pampa; María Silvia Di Liscia, *Saberes, terapias...*

67. Domingo Cabred, *Discursos pronunciados...*, p. 100.

68. Ricardo González Leandri, “Madurez y poder. Médicos e instituciones sanitarias en la Argentina a fines del siglo XIX”, *Entrepasados, Revista de Historia*, 27, 2005, pp. 133-153.

des locales. Los funcionarios utilizaron, en la mayor parte de sus exposiciones, un lenguaje florido donde se filtraba la retórica del progreso, destacando que la existencia de estos centros sanitarios concretaba la “conquista al desierto”, no ya por militares sino por “sacerdotes también de un culto menos misterioso porque es más humano, el culto a la salud y a la vida”⁶⁹. Sobre la capacidad técnica de estos “templos” de la ciencia, erigidos en los Territorios, no se brinda en realidad mucha información.⁷⁰ Salvo en el caso del de Misiones, que disponía de sala de consultorios externos, sala de intervención, ambulancia, laboratorio, enfermería y saneamiento a domicilio en la capital y servicio de vacunación en el interior, el resto señalaba el carácter modesto de los edificios e instalaciones, enfatizando su enorme potencialidad social. Con relación a este aspecto, la salud aparece como “caridad” —estatal, en este caso—, o como “justicia” social, en un continuo de una a la otra.⁷¹ A la capacidad de acción sobre los sectores menos pudientes que anima las exposiciones se une la percepción del alcance nacional.

Como ejemplo, José Oliver, director de la Asistencia Pública de Santa Rosa, mencionó el “grandioso plan de profilaxis del Dr. Penna en todo el territorio de la Nación”, llevando la lucha contra el paludismo en las provincias del norte, la vacunación y, en ese momento, la Asistencia Pública al resto del país. Ernesto Cano, de Trelew, especificaba más aún, al expresar: “No se concibe, señores, la gran masa de la población a enorme distancia de los grandes centros urbanos y con escasísimos medios de comunicación, privada de los auxilios de la ciencia médica. El habitante de estas latitudes es tan digno de ser tenido en cuenta por los poderes públicos, como el de las ciudades, pues se encuentra más expuesto a sufrir en su organismo las influencias del medio ambiente”.⁷² Para Luis Navarro, representante del Departamento en el mismo acto en Trelew, la acción pública había eliminado el fantasma de la peste, donde vivían un millón de almas; allí, a pesar de la aglomeración, había más seguridad que “en nuestras soledades, que no tienen más profilaxis que el viento”. La Asistencia Pública, nacida en Buenos Aires, podía también ejercer su labor civilizadora en las antípodas del progreso.⁷³

REFLEXIONES FINALES

A principios del siglo XX, muchos viajes a los Territorios Nacionales dejaron de mostrar las posibilidades para centrarse en las imposibilidades; las visiones pesimistas reemplazaron a aquellas que alumbraban el progreso futuro de las “nuevas” tierras. En esta generalidad, había gradaciones y diferencias. Los Territorios de Los Andes y Formosa expelían la modernidad porque su población y ecología

69. *ADNH*, XX, 1913, pp. 1170-1171.

70. La de La Pampa no tuvo edificio propio hasta 1940 y funcionó en un local alquilado con escaso personal.

71. *ADNH*, XX, 1913, pp. 1172 y 1177-1178.

72. *ADNH*, XX, 1913, pp. 1178.

73. *ADNH*, XX, 1913, p. 1180.

los hacían poco atractivos a la migración blanca y a las actividades agrícola-ganaderas o mineras de ímpetu capitalista; en el resto, se habían formado pequeños asentamientos urbanos y el desarrollo agrícola-ganadero, los obrajes e ingenios, además de otras actividades, hacían esperar un devenir más prometedor a sus esforzados habitantes. Pero, igualmente, era difícil emprender proyectos higiénicos, fuese porque la población se negaba conscientemente a ellos o porque, aun si fuesen aceptados, no habría cómo llevarlos a cabo.

Los informes médicos de quienes viajan “desde afuera” de los Territorios difieren un tanto de aquellos que lo hacen como nativos. Los primeros estaban dispuestos a reconocer las dificultades del proyecto higiénico en el marco territorial pero como funcionarios visitantes; los segundos, inmersos de lleno en los problemas cotidianos, se reconocían parte de la población perjudicada, por lo tanto, eran actores privilegiados en ese escenario de miseria y desolación. Ambos coincidían en las descripciones de urbes caóticas y antihigiénicas, solapadas con las dificultades para acceder, geográfica y culturalmente, a lo que está tan lejano de sí, de su “yo occidental”. El orden urbano suponía implantar, tanto en individuos como en la comunidad toda, las innegables ventajas higiénicas, pero los problemas adquirieron tal magnitud que terminaron, en muchos casos, coincidiendo con la crítica social. Así, estos relatos —narraciones burocráticas e informes para cumplimentar un fin administrativo— asumen otras lecturas. Además de la cascada de datos y recomendaciones sanitarias, el recorrido por caminos intransitables en las topografías más ignotas del país significó el reconocimiento de una parte de sus habitantes ausentes de la modernidad higiénica y sin posibilidad de acceder a ella. Las metodologías curativas diferentes de los mensajes científicos se vinculaban a estratos del pasado argentino, aflorando paradójicamente donde debía asentarse el futuro.

Las epidemias no tuvieron un correlato automático de acciones concretas, en pos de un sanitarismo activo y militante. Las posibilidades reales para los Territorios fueron una medicalización liviana, hecha de reglamentaciones urbanísticas fragmentarias, difíciles de cumplir y generalmente poco respetadas, y de catecismos higiénicos que ensalzaban el autocuidado corporal. Se trató de lecciones dadas por los propios médicos, sabiendo a ciencia cierta que la falta de profesionales, de medios hospitalarios y técnicos y, aun, de una infraestructura básica urbana, las hacían prácticamente una expresión de deseos. La justificación de la administración central para tal negación fue un énfasis en el clima benigno y la escasez de enfermos, y las acciones se limitaron entonces a un ejercicio de control mayor en épocas de epidemias, para decaer inmediatamente después. Sobre todo, el objetivo fue reprimir sus focos externos, considerando que muchos Territorios tenían fronteras coincidentes con estados vecinos. Cierta itinerancia institucional acompañó el período que va desde principios del siglo XX hasta 1910, a partir de campañas de vacunación antivariólica.

En coincidencia con el Centenario, las geografías médicas heterogéneas de la nación comenzaron a ser asimiladas desde los organismos centrales para dar culminación al proyecto general del progreso. La formación casi en cada Territorio

de una Asistencia Pública significó la aplicación de un organismo que ya había demostrado su utilidad en la Capital Federal y las provincias históricas. Las propuestas provenían de un sector de funcionarios-médicos, con aspiraciones de modificación de amplios conjuntos sociales más allá de Buenos Aires, para quienes la medicalización de áreas con una amplia dispersión demográfica y mayor heterogeneidad cultural constituía el desafío del siglo XX.

La finalidad principal de estos primeros aparatos institucionales era la profilaxis epidémica; la vacunación, inspección y desinfección fueron las primeras “armas” técnico-médicas. Si bien existía la posibilidad de atención a los sectores más pobres, no era deseable la desaparición de las miríadas de pequeños hospitales y salas de primeros auxilios preexistentes, sostenidas con el esfuerzo privado y municipal.⁷⁴ De hecho, este primer intento por establecer un “orden sanitario-hospitalario” en los Territorios está dentro de las políticas implementadas a nivel nacional por Penna y Cabred; sus aspiraciones de profundización, sin embargo, no tuvieron el éxito esperado y hasta 1930 no aparecieron señales claras de continuidad. Así, el “progreso” higiénico de la Argentina en su totalidad se interrumpió entonces casi antes de empezar.

ANEXO:

Cuadro 1: Población y superficie de los Territorios Nacionales (1895-1914)

Territorios Nacionales	Superficie (km ²)	Población	
		1895	1914
La Pampa	145.907	25.914	101.338
Misiones	29.229	33.163	53.563
Formosa	107.258	4.829	19.281
Chaco	136.635	10.422	46.274
Los Andes	90.644*	-	2.487
Neuquén	109.703	14.517	28.866
Río Negro	196.695	9.241	42.242
Chubut	242.039	3.748	23.065
Santa Cruz	282.750	1.058	9.948
Tierra del Fuego	21.499	477	2.504
Subtotal	1.362.359	103.369	329.568
Resto del país	1.523.261	3.941.542	8.082.462
Total	2.885.620	4.044.911	8.412.030

Fuente: Elaboración propia basada en *Segundo Censo*, 1898; *Tercer Censo*, 1916,

* Eduardo Holmberg, *Viaje por la Gobernación de Los Andes*, Buenos Aires, 1900.

74. Para las de La Pampa, véase María Silvia Di Liscia, Andrea Lluch y Ana Lassalle (eds.), *Al oeste del Paraíso*, *Óp. cit.* Las *Memorias* de Formosa y Chaco dan cuenta de centros similares para el siglo XX.

Cuadro 2: Profesionales sanitarios en los Territorios Nacionales (1895)

Profesiones*	Misiones	Formosa	Chaco	La Pampa	Neuquén	Río Negro	Chubut	Santa Cruz	Tierra del Fuego	Subtotal	Resto del país	Total
Curandero	1	-	-	2	-	10	-	-	-	13	233	246
Dentista	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	133	134
Enfermero	1	1	-	2	-	-	1	1	-	6	423	429
Farmacéutico	3	1	4	2	1	2	-	-	-	13	1284	1297
Médico	7	4	2	4	1	1	3	3	1	25	1623	1648
Partera	9	3	3	3	-	3	2	1	1	25	921	946
Otras*	-	2	-	-	1	-	-	-	1	4	215	219
Subtotal	22	11	9	13	3	16	5	5	3	87	4859	4946

Fuente: Elaboración propia basada en Segundo censo, 1898.

* Se incluyen: flebotomos, químicos y veterinarios.

Sistema de Salud de Uruguay. Proceso e institucionalización

Isabel Pereyra González

CAPÍTULO 1:

HISTORIA SOCIAL DE LA SALUD PÚBLICA EN URUGUAY DESDE FINES DEL SIGLO XVIII A PRIMEROS AÑOS DEL SIGLO XXI

LOS ALBORES DE LA REPÚBLICA

Cuando el dominio del imperio español comenzó a ceder paso a la incipiente república, hacia fines del siglo XVIII y principios del XIX, nacían los primeros hospitales públicos, fruto de la acción de obras de caridad y comunidades religiosas. Junto a la casa patronal se levantaban asilos, hospicios, hospitales de pobres y dispensarios. La Iglesia y figuras filantrópicas de la aristocracia eran las impulsoras y ejecutoras de la caridad, y a través de lineamientos de sus propias perspectivas ideológicas e intereses particulares de clase atraían al pueblo, cuidándole. La atención hospitalaria estaba destinada a los pobres y constituía una antesala a la muerte.

En la segunda mitad del siglo XIX este orden social comenzó a presentar graves fisuras. Entre 1873 y 1896 la economía capitalista mundial sufrió una gran depresión que repercutió también en Uruguay. Comenzó un proceso de resquebrajamiento social de las familias pudientes; la solidaridad popular organizada, por un lado, y la ciencia, en manos de la intelectualidad médica, por otro, desempeñaron un rol protagonista. Aparecieron las primeras organizaciones mutuales, basadas en el prepago y sin fines de lucro, administradas de forma cooperativa y en las que los asociados elegían sus autoridades (MSP, 2009). El joven Estado empezó a asumir su responsabilidad en la atención. En 1889 se creó la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública, que tenía por cometido administrar los hospitales, para lo cual se le asignó un fondo sustentado con tributos a los juegos de azar (MSP, 2009). Además, el Estado asumió mayor protagonismo en la regulación y la rectoría. Por la Ley 2.408 de 1895 se creó el Consejo Nacional de Higiene con funciones fundamentalmente normativas y de contralor (MSP, 2009).

PRIMEROS 30 AÑOS DEL SIGLO XX: SURGE UNA SALUD PÚBLICA PRECARIA

El Consejo Nacional de Higiene asumió tareas de promoción y prevención en salud, tales como la administración de vacunas, el control de las enfermedades infectocontagiosas y aspectos sanitarios de la prostitución. Jurídicamente, el fin del período de asistencia por caridad se estableció en la ley del 7 de noviembre

de 1910, que adjudicó al Estado la responsabilidad de la atención de la salud de la población carente. El Estado emerge como superación de la caridad, se levanta a nombre del derecho, concepto que reconoce y confiere legitimidad (institucional en el Estado) al conjunto del pueblo, el que adquiere una dimensión universal en el “todo estatal”. En la década de 1920 había tres formas de atención médica: sector público, sector mutual y la asistencia particular (Sindicato Medico del Uruguay, n.d.).

DEL 30 AL 70: CONSOLIDACIÓN Y EXPANSIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

El 5 de septiembre de 1933, el presidente de facto Gabriel Terra creó el Ministerio de Salud Pública (MSP), que concentró las funciones del Consejo Nacional de Higiene y la Asistencia Pública Nacional (*Ley Orgánica de Salud Pública. N.º 9202*, n.d.) (Organización Panamericana de Salud (OPS), 2009).

En la década del 40 comenzaron a implantarse los centros de salud basados en el modelo del Servicio Cooperativo Panamericano de Salud Pública. Estos servicios se situaron próximos a donde vivía la población; su cometido era la atención primaria en salud y sirvieron como base para el desarrollo del primer nivel de atención del MSP. A pesar de la modernización de la asistencia brindada por el Estado, persistía una fuerte impronta de salud para pobres, que se diferenciaba cada vez más de los estándares de atención del sector privado (MSP, 2009). En la órbita privada comenzaron a emerger las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), nuevas formas de organización de la atención médica herederas directas de los principios mutuales, que eran y continúan siendo un sistema privado y regulado.

LA DICTADURA: EL DESMANTELAMIENTO DEL ESTADO ASISTENCIAL

La dictadura cívico militar (1973-1985) repercutió de forma directa en diversos aspectos de la vida nacional, no solo en el deterioro institucional sino también en la vigencia de los derechos humanos más elementales. Los sindicatos fueron uno de los focos represivos y se desmontaron los mecanismos de participación social de algunos servicios mutuales. En 1975 se instituyó la Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad (ASSE), con el cometido de asegurar la prestación de la asistencia médica, subsidiar económicamente al afiliado durante el período de enfermedad o invalidez temporal, y propiciar y coordinar con el MSP un servicio de medicina preventiva y de rehabilitación de los trabajadores amparados. En 1979 se sustituyó el Banco de Previsión Social (BPS) por la Dirección General de la Seguridad Social (DGSS); el BPS, ente autónomo creado por la reforma constitucional de 1966, tenía el cometido de “coordinar los servicios estatales de previsión social y organizar la seguridad social”. La anterior ASSE pasó a integrar la DGSS con la denominación de Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (Disse). La DGSS cubría la salud de los asalariados privados; funcionó como organismo recaudador de los aportes obrero-patronales: se pagaba una cuota plana a los prestadores

privados habilitados, sin que se tuviera incidencia en la evaluación de la calidad de los servicios (MSP, 2009). Esto significó un cambio sustancial en la estructura de financiamiento del sistema que dejaba de estar centrado en los aportes de sus afiliados. Las IAMC debían prestar la atención sin límites desde el comienzo de la afiliación, sin poder aplicar el régimen de carencias vigente para afiliados privados individuales.

LA RECUPERACIÓN DEMOCRÁTICA Y CRISIS DEL SISTEMA DE SALUD

Con la reapertura democrática, se vivió un período de grandes esperanzas respecto a la recuperación de los derechos políticos y sociales. El sistema de ese momento tenía carencias, principalmente por no garantizar la cobertura universal, y porque las personas que no tenían cobertura eran las que estaban en peores condiciones de salud, agravadas por carencias múltiples (Villar, 2009).

En la década de 1990, la salud privada registró una expansión importante de los precios de los pagos por medicamentos, consultas y estudios clínicos del sector mutual, que terminarían por convertirse en un importante freno al acceso a los servicios. Esto estuvo asociado directamente a la transformación de la modalidad de pago por acto médico en el sector anestésico quirúrgico. Las IAMC comenzaron a experimentar un progresivo agravamiento de su solvencia económica (MSP, 2009). En los servicios públicos, el MSP incorporó prácticas gerenciales y hubo intentos por descentralizar funciones asistenciales, lo cual agudizó sus problemas de funcionamiento. La situación de desfinanciamiento de muchas IAMC generó un aumento de usuarios afiliados al sistema público, pero no hubo un aumento de recursos para la atención. Estos movimientos generaron consecuencias en la dinámica del sistema de salud, que se caracterizó por el crecimiento y funcionamiento disarmonico del sector, con creciente participación del mercado. A su vez, las instituciones privadas discriminaban el ingreso de personas con patologías crónicas, embarazadas y adultos mayores.

Según Faral (2005), el sistema de salud se caracterizaba por el estancamiento, la falta de dinamismo en la evolución de los indicadores de salud de la población y la insensibilidad a la nueva estructura epidemiológica de riesgos. Al predominar un modelo de atención centrado en un enfoque curativo y asistencialista, existía dificultad para acceder de forma oportuna a consultas de prevención, lo que redundaba en una atención más vinculada a la situación de enfermedad, especialmente en el sector público debido a la carencia de recursos humanos. Los usuarios tuvieron una crisis de confianza en el sistema y en los equipos. Hubo un débil desarrollo del rol rector del MSP (Caetano *et al.*, 2005) (Gallo, 2015).

CAPÍTULO 2:

SISTEMA DE SALUD EN URUGUAY: EVOLUCIÓN DE LA MATRIZ SOCIOPOLÍTICA Y CAMBIOS QUE IMPULSARON LA REFORMA

ESTADO DE SITUACIÓN PREVIO A LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD

A nivel regional, la década de 1990 se caracterizó por la apertura democrática y un importante replanteo de las relaciones en la sociedad. Esta discusión estuvo presidida por una estrecha visión fiscalista que, en lugar de proceder a un análisis de los roles y prioridades de la acción del Estado, optó por un recorte indiscriminado que priorizaba el equilibrio presupuestario, lo que desembocó en un “estado mínimo” y absolutamente incapacitado para dar respuestas efectivas a las necesidades básicas de la ciudadanía. Uruguay fue el país de la región en el que menos prosperó esta reforma estatal.

La reforma del sistema de salud de 2007 no es ajena a un cambio nacional. El antecedente sociopolítico más inmediato a la reforma es la llamada crisis de 2002, que en realidad fue una crisis regional que se extendió de 1999 a 2003 y que en Uruguay provocó un impacto profundo. En 2002-2003 cayó el Producto Interno Bruto (PIB) y a fines de 2002 el desempleo alcanzó a 1 de cada 5 uruguayos. Se depreció la moneda, hubo un importante aumento en el costo de la canasta básica de consumo y un rápido incremento de la pobreza (Instituto Nacional de Estadísticas, 2007). Creció el mercado de trabajo informal y se dio un fenómeno migratorio, sobre todo de población joven, que acentuó los niveles de dependencia de población pasiva con relación a la activa, en términos económicos, con repercusión directa en los mecanismos de financiación de la seguridad social. El subsector privado de la salud sufrió las consecuencias: el deterioro del mercado de trabajo afectó la financiación de la seguridad social, al tiempo que disminuyó el pago de bolsillo, lo que determinó el cierre de instituciones, precarizó el empleo y la calidad de las prestaciones.

En 2005, el país experimentó un cambio político histórico con la llegada del Frente Amplio (FA) al gobierno. La salida de la crisis se enfrentó a la disyuntiva de mantener los esquemas de los partidos tradicionales o dar un salto cualitativo en términos de desigualdad y fragmentación social. Este camino fue el que eligió la plataforma programática del FA, que constituía un salto posneoliberal, postransicional, que buscaba recomponer las relaciones entre Estado y sociedad, y tenía como horizonte la igualdad. Esa estrategia se caracterizó por una política activa del Estado para cambiar la matriz de protección social, incluyendo la reforma del sector salud.

URUGUAY Y EL PROCESO DE TRANSICIÓN DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO

Uruguay inició el siglo XXI con la transición demográfica completamente procesada: bajo crecimiento de la población y progresivo envejecimiento de la estructura de edades (Fondo de Población de las Naciones Unidas & Comisión Sectorial

de Población, 2012). En las últimas décadas, la mortalidad general ha mantenido niveles similares, con tasas brutas del orden de 10 por 1.000 habitantes, y se observa una progresiva reducción de la tasa de mortalidad infantil, que alcanzó en 2018 una de las cifras más bajas: 6,6 muertes cada 1.000 nacidos vivos (Ministerio de Salud Pública, 2019). Las principales causas de muerte son las Enfermedades No Trasmisibles (ENT), patologías que tienen un alto impacto en los costos de atención médica (Fondo de Población de las Naciones Unidas & Comisión Sectorial de Población, 2012). Las ENT insumen 70 % de los costos en salud y son causantes de elevada discapacidad y disminución de la calidad de vida, lo que significa un enorme problema social (Ministerio de Salud Pública, Uruguay, 2011). Las enfermedades vasculares son las que causan más años de vida perdidos (esto es, cuánto tiempo se pierde por muertes prematuras respecto de un estándar, que sería la esperanza de vida). Las dos causas principales de años de vida vividos con discapacidad (componente de calidad de vida) son la cardiopatía isquémica y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ambas relacionadas con el consumo de tabaco. Las enfermedades cardiovasculares son las que provocan más morbilidad entre los 20 y los 64 años, y son más frecuentes en hombres (Alemán *et al.*, 2015) (Ministerio De Salud Pública, 2013).

REFORMA EN SALUD: MODELOS POSIBLES A ADOPTAR POR EL PAÍS

Según la OMS, los sistemas de salud comprenden todos los recursos que una sociedad dedica a la protección y mejoramiento de la salud de las personas. Para conseguir una atención de mayor calidad, el sistema de salud necesariamente debe considerar la información sobre prestaciones existentes, sobre las intervenciones ofrecidas y sobre las principales limitaciones a la implantación de servicios. Conocer también que los usuarios son y serán una población envejecida, con ENT y factores de riesgo que se deberían prevenir desde edades tempranas y con cambios en estilos de vida.

Existen varios modelos; me referiré a los cuatro considerados básicos:

- **Sistema nacional de salud: Modelo Beveridge.** El sector público ofrece cobertura total, se financia con impuestos generales. El principal exponente de este modelo es el Servicio Nacional de Salud Británico (British National Health Service) que fue fundado sobre tres principios: la universalidad, la completitud y el acceso gratuito. Con el tiempo, el acceso gratuito y la completitud han debido ser limitados para racionalizar gasto.

- **Seguro único:** es un sistema unificado, de acceso universal y se presenta en el modelo socializado, como el de Canadá y los países escandinavos. El financiamiento depende de lo que cotice cada trabajador. El sistema de salud canadiense se caracteriza por la descentralización. El gobierno federal entrega apoyo a los programas públicos mediante la transferencia de recursos condicional a que se cumplan criterios de cobertura y calidad.

- **Seguros sociales: modelos del tipo Bismarck,** representan una de las tendencias más potentes. El sector público provee cobertura total y gratuita para

quienes tienen rentas por debajo de cierto nivel y para el resto da cobertura en caso de enfermedades catastróficas. Al igual que el seguro único, este tipo de modelos se basa en la existencia de seguros de salud, que dependen de las cotizaciones de cada trabajador y de aportes mandatorios para los empleadores. El modelo japonés es un ejemplo del sistema, contempla un acuerdo de mutuo financiamiento entre los individuos y el fisco: las personas afiliadas al sistema deben cancelar el 30 % del valor total de los servicios utilizados, excepto niños y adultos mayores, que tienen copagos inferiores.

- **Libre mercado: modelo liberal.** En países como Estados Unidos y Sudáfrica, la salud no está tutelada por los poderes públicos. Los usuarios (“consumidores”) adquieren servicios sanitarios personales y pagan directamente a los proveedores, o se aseguran mediante el pago de pólizas. Como ventaja está la alta competitividad entre proveedores y el importante avance científico-tecnológico. Los principales problemas son la inequidad, baja cobertura, costos y escasa accesibilidad a determinadas prestaciones.

Hasta aquí analicé la evolución de la matriz sociopolítica y cambios que impulsaron la reforma en Uruguay, que era necesaria, debido a los cambios demográficos y epidemiológicos de la población y a la ineficiencia del sistema de aquel momento. El gran reto en los sistemas de salud es garantizar a la población ciertas coberturas básicas. Si bien este objetivo no implica necesariamente que el sector público ofrezca sanidad gratuita a toda la población, se debería garantizar que, ante una enfermedad, nadie se quede sin cuidados esenciales o se empobrezca por asumir costos elevados.

Además, el sistema debería abordar desigualdades, derechos y libertades de las personas, asegurando una distribución más equitativa del cuidado sanitario. Susan Sontag hablaba de la equidad en *La enfermedad y sus metáforas*, hoy sabemos que la equidad o la falta de ella se puede percibir desde la gestación (Sontag, 1977). Cuán eficiente es un sistema en brindar respuestas de acuerdo con las necesidades de cada embarazada está determinando la salud de ese nuevo ser, y más hoy, que la evidencia científica está demostrando que las ENT se generan desde el comienzo de la vida, aunque su manifestación ocurra en la adultez. Incluso, el estar sanos significa que el sistema es eficiente para mantener nuestra salud. Finalmente, que un sistema garantice las respuestas a las necesidades de los usuarios está definiendo la calidad y la cantidad de años que vivirán.

CAPÍTULO 3:

MODELO DE REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD EN URUGUAY

Un buen sistema debe ser equitativo en la forma en que las personas contribuyen al financiamiento de la atención, así como también responder a las expectativas que tienen respecto a su tratamiento, tratándolas con la dignidad que se merecen (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Desde la perspectiva de usuarios, consideramos a las instituciones de salud como parte importante de nuestra vida cuando estamos enfermos o tenemos a alguien cercano en esa situación, pero el sistema de salud está presente en todo nuestro proceso vital, desde la concepción hasta la muerte.

La salud depende del sistema de salud, pero los determinantes sociales generan un ambiente que va más allá de lo que el sistema puede resolver. Nancy Krieger se refiere a determinantes sociales como “características” o “camino a través de los cuales” las condiciones sociales afectan la salud y potencialmente pueden ser alterados por acciones informadas y direccionadas (Krieger, 2001). Si enfocamos los problemas de salud desde la perspectiva de los determinantes sociales podremos enfrentar las causas detrás de las causas, para lo que se necesita que el sistema de salud dialogue con otros sistemas y se promuevan cambios que modifiquen el ambiente.

FUNDAMENTOS DE LA REFORMA

El FA accedió al gobierno en el momento posterior a la crisis y con una alta demanda por soluciones tanto desestructurada —desde la opinión pública— como estructurada —desde los actores sociales—. La ley 18.211 de 2007, creadora del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), culminó un proceso de dos años de negociaciones entre los partidos políticos, prestadores privados y trabajadores para tratar de llegar a un proyecto que contemplara a la mayoría.

La reforma se inspiró en ejemplos de los Estados de Bienestar; se podría decir que es un sistema mixto que tomó fundamentos del modelo alemán, basado en la seguridad social, y del inglés, como prestador estatal único. Si bien esos fueron los sistemas inspiradores, se buscó un camino propio, que organizó la institucionalidad sobre lo preexistente (el sistema público tradicional y el mutual).

REFORMA DE GESTIÓN

La reforma estableció que el Ministerio de Salud Público (MSP) es el responsable de planificar, regular y conducir la política de salud. La Dirección General de la Salud (Digesa) ejerce las funciones de supervisión, planificación y vigilancia sanitaria en todo el territorio nacional, a través de sus direcciones departamentales. La Junta Nacional de Salud (Junasa) es responsable de dar seguimiento a los contratos de gestión que los prestadores de salud firman con el MSP, donde se definen los derechos y obligaciones de la población amparada. La Dirección General de Secretaría (Digese) es responsable de proporcionar los servicios de apoyo administrativo y financiero.

Existe un abanico de instituciones públicas autónomas administradas por comisiones honorarias, supervisadas por el MSP. Dentro de ellas se cuentan, entre otras, las comisiones contra la tuberculosis, el cáncer, la hidatidosis y el Fondo Nacional de Recursos, responsable de financiar prestaciones de complejidad tecnológica y alto costo (Organización Panamericana de Salud (OPS), 2009).

El sistema comprende un prestador público —la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)— y prestadores privados. Las personas pueden elegir uno de ellos. A nivel de prestador público, no existen copagos por las prestaciones. Los prestadores privados que integran el SNIS son las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), servicios de salud que otorgan cobertura integral, no tienen fines de lucro y actúan como asegurador y prestador a la vez. Están reguladas las cuotas individuales y colectivas, así como también los copagos —órdenes de consultas, de exámenes diagnósticos y tratamientos, y *tickets* de medicamentos— (Rios, 2014).

Se encuentran fuera del sistema los trabajadores de las Fuerzas Armadas y la Policía y sus familias, que tienen cobertura propia. Otros colectivos aún no se han integrado, como los funcionarios de las intendencias, que en gastos de bolsillo tienen beneficios superiores a los que ofrece el sistema.

REFORMA DE FINANCIAMIENTO

El sistema se financia por un Seguro Nacional de Salud que, a través de un fondo único y obligatorio, el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), recibe aportes de contribuciones de la seguridad social y del Estado vía impuestos, que administra la Junasa (Rios, 2015). El pago que perciben las instituciones prestadoras, públicas o privadas, por usuario financiado por el Fonasa, está ajustado por riesgo, para lo que se consideran variables de edad y sexo (se paga más por mujer, niño pequeño y adulto mayor). Con esto se buscó evitar la discriminación a los que pueden presentar más eventos de salud. Además, el Fonasa hace pagos por desempeño (cumplimiento de metas asistenciales), que es una parte menor.

REFORMA EN LA ATENCIÓN

El MSP regula a los prestadores de salud y los obliga a desarrollar programas prioritarios, que se conciben en función de la realidad epidemiológica del país. Los prestadores contraen obligaciones al firmar el contrato de gestión y asumir la obligatoriedad de brindar todas las prestaciones previstas en Programa Integral de Atención a la Salud (PIAS), condición necesaria para acceder a la financiación del Fonasa.

La reforma ha buscado priorizar la Atención Primaria en Salud (APS) para controlar el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles. De esa manera, a través del PIAS, del contrato de gestión y del pago variable por cumplimiento de metas asistenciales, se ha orientado a los servicios a incorporar aspectos preventivos, de promoción de la salud y educación. La organización de la APS se enmarca en una vasta red de servicios asistenciales públicos (ASSE) y privados (IAMC), ubicados en todo el territorio nacional, pero con alta concentración en región metropolitana, y que incluyen todos los niveles de atención. ASSE tiene una mejor organización en el territorio y las IAMC concentran sus recursos, más allá de que han ido desarrollando servicios territoriales al instalar policlínicas,

sedes secundarias, servicios de primer nivel de atención o consultorios descentralizados. Respecto al desempeño de ASSE, los indicadores muestran una clara mejora en la calidad de atención, que se apuntala con un fuerte incremento presupuestal que sitúa a la institución con un gasto por usuario equiparable al de las instituciones privadas.

Si bien la reforma en la atención fue elaborada al mismo tiempo que la de gestión y financiamiento, es en la parte que menos se ha avanzado. Preocupa que el primer nivel continúe con una baja capacidad resolutoria; a su vez, no existe una complementariedad entre los prestadores en cuanto a capacidades de atención, sino más bien una concentración geográfica en Montevideo y de acuerdo con el nivel de ingresos, una innecesaria duplicación de recursos.

DESAFÍOS A FUTURO

La reforma cumplió varios de los propósitos para los que fue creada, sin embargo, es necesario profundizar en aspectos del modelo de atención. A continuación, subrayo los puntos en que considero, se debería avanzar.

Adoptar los determinantes sociales ignorados por los acercamientos biomédicos

La necesidad de concentrar nuestros esfuerzos allí es cada vez más clara. Significa canalizar la salud pública, divulgar el conocimiento sobre los determinantes sociales y considerar su abordaje interinstitucional, promover su debate y dejar de hacer énfasis en la responsabilidad individual de las personas. La salud no puede seguir siendo un tema que involucre solo al MSP, debe estar incluida en todas las políticas. La equidad en los sistemas de salud debe considerar la interacción acumulativa entre exposición, susceptibilidad y resistencia, avanzar más allá de los análisis de la enfermedad típicamente enfocados en las disparidades raciales, género o posición socioeconómica para realzar la discriminación entre estratos de clase en especial del impacto biológico de la deprivación económica en la vida temprana.

Planificar la atención considerando el perfil epidemiológico de la población uruguaya

La atención médica ha logrado prolongar la supervivencia de personas con algunas enfermedades graves, pero las condiciones sociales y económicas que determinan que las personas se enfermen o no, son más importantes para las ganancias en salud de la población. Un entorno perjudicial y un comportamiento malsano tienen efectos dañinos directos, pero las preocupaciones, las inseguridades de la vida diaria y la falta de entornos de apoyo también influyen. Este nuevo perfil de enfermedades requiere tratamientos a largo plazo y la adopción de los estilos de vida para prevenir y rehabilitar. Han proliferado teorías sobre el “estilo de vida” que culpan a la víctima y que enfatizan la “responsabilidad” de los individuos para “elegir” los “estilos de vida saludables”, pero muchas veces las políticas de

salud de prevención de estas enfermedades no consideran los determinantes de la salud, que crean una estructura y un entramado social que puede beneficiar la adquisición de estilos de vida saludables o, por el contrario, dificultarlos o impedirlos. Por tanto, los problemas centrales son: ¿cómo modificar el ambiente para facilitar los estilos de vida saludables? ¿Cuáles son los problemas que tienen las personas y que dificultan el autocuidado? ¿Cómo eliminar las barreras y aumentar las condiciones que faciliten los cambios de comportamiento?

Traducir la evidencia científica en la formación de los recursos humanos

Hoy, los egresados de carreras de la salud saben más cómo dar una inyección, recetar una medicación o ejecutar un tratamiento, que negociar con líderes sociales. Los responsables de la formación de los recursos humanos deben tomar decisiones que modifiquen los planes de estudio para comenzar a abordar tanto las inequidades sociales en la salud como las destrezas y habilidades que deberían adquirir los futuros profesionales.

CONCLUSIONES

La reforma es la culminación de una evolución sociopolítica y la manera en que se dio este proceso histórico, desde el rol del Estado hasta la institucionalización, son elementos clave. Persiguió un objetivo común último, alcanzar un Estado de Bienestar con mayor justicia social y equidad para sus habitantes.

Los grandes desafíos del proceso de la reforma comprendieron la creación del SNIS, la descentralización de ASSE, el fortalecimiento del rol de rectoría del MSP con las funciones de autoridad sanitaria que le asigna la Constitución y las leyes y que regula la cantidad y calidad de las prestaciones.

En cuanto a ASSE, la reforma fue positiva para alcanzar mayor justicia social y equidad para sus usuarios, que por lo general son los sectores más pobres y vulnerables.

Con la reforma se creó un SNIS único, conformado por prestadores privados y el prestador público, con un seguro nacional de salud que financia la cobertura del trabajador y de su familia, y que no lo desampara en el fin de su etapa activa.

CAPÍTULO 4:

COVID-19 Y RESPUESTA DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

INICIO DE LA PANDEMIA: NOVIEMBRE DE 2020

La llegada de la pandemia al Uruguay encuentra un gobierno de centro-derecha recientemente llegado al poder. Si bien el gobierno saliente y entrante adhieren a ideologías diferentes, se realizó una transición en el pasaje de gobierno y en sa-

lud, el FA dejó armada una estrategia para la etapa que correspondía al COVID-19 a nivel mundial y a nivel país, donde aún no había casos.

En 2020, Uruguay desarrolló algunas estrategias que lo posicionaron como ejemplo en la región y fue aclamado por su respuesta modelo a la pandemia. A principios de marzo, el MSP presentó el Plan Nacional de Contingencia para la infección de COVID-19, que incluía evaluación de riesgo para el país, escenarios epidemiológicos posibles en caso de brote, niveles de respuesta y acciones (Ministerio de Salud Pública, 2020). El gobierno creó el Grupo Asesor Científico Honorario (GACH) para asesorar científicamente sobre las medidas de contingencia.

DICIEMBRE DE 2020 A MARZO DE 2021

A partir de junio del año 2020 comenzaron a retomarse actividades y hubo un fuerte aumento de la movilidad hacia fines de noviembre. Se comenzó a observar un aumento progresivo de los casos hasta cruzar el límite teórico de los 200 casos nuevos por día en diciembre. La medida implementada fue el aumento de infraestructura en salud para hacer frente a los casos graves, es así que el número de camas de cuidados intensivos pasó de 625 camas de adultos en marzo de 2020 a 1.150 en marzo de 2021 y se crearon 67 Unidades Respiratorias Agudas (Ministerio de Salud Pública. Uruguay, 2021). La expansión de las camas críticas representó un aspecto positivo, sin embargo, se vio limitado por las dificultades de dotar del recurso humano necesario. Si bien reforzar el segundo y tercer nivel de atención fue una estrategia necesaria, es en el primer nivel donde se pueden disminuir los casos de un virus de transmisión comunitaria. Lamentablemente, en ese momento, no se priorizó el rol del primer nivel que tenía claras dificultades para desarrollar un adecuado trabajo de control de brotes por no contar con los datos desagregados por municipio, barrio, zona, siendo que desde abril de 2020 no se contaba con una clasificación de casos más allá de lo departamental.

El informe del GACH del 7 de febrero manifestaba la necesidad de medidas restrictivas más severas por un período, como forma de evitar una previsible expansión de los contagios. Sin embargo, en ningún momento las medidas impulsadas por el GACH en este período fueron tomadas en forma integral. La estrategia comunicacional promovía un mensaje que posicionaba a Uruguay como especie de “pueblo elegido”, asimilando la pandemia a la “Tragedia de los Andes” y las vacunas como la estrategia de sobreponerse a la pandemia.

A mediados de marzo se detectó la variante P1, en ese momento se visualizó un agravamiento de la situación con un aumento sustantivo de casos y alta ocupación de camas de cuidados intensivos. La causa probable fue una combinación de factores, desde el exceso de confianza, la demora en comenzar la vacunación y la falta de un plan de vacunación que priorizara grupos de riesgo (solamente se organizó por la variable edad), así como la proximidad a Brasil con varias fronteras secas como puerta de entrada de personas. A pesar de la situación, no se decretaron medidas de restricción de la movilidad, la estrategia fue

suspender clases presenciales en todos los niveles de la enseñanza, gimnasios y espectáculos públicos.

ABRIL A JUNIO DE 2021

El país tiene una de las peores tasas de infección del mundo y la tasa de mortalidad más alta de América Latina, se registró récord de casos con casi uno de cada 100 ciudadanos, y una tasa de mortalidad de 50 a 70 personas al día, que impacta en el sistema sanitario (Departamento de Vigilancia en Salud-Dirección General de Salud, 2021). Preocupante, también, es la cantidad de personas que han muerto sin ingresar a unidades de cuidados intensivos, o incluso en sus domicilios. Esta última situación ha generado incertidumbre sobre el cumplimiento de los criterios habituales de severidad y utilidad del recurso para ese evento en particular, y criterios bioéticos de valoración diferente de la vida humana, especialmente según la edad u otras condiciones de las personas (Giordano *et al.*, 2020).

Se han suscitado dificultades en la relación entre el gobierno y actores científicos que claman por restricción en un período acotado de tiempo. Las sociedades científicas han sido muy críticas en el relajamiento de las medidas cuando la curva de contagios estaba en alza.

Las diferentes posturas han generado en la opinión pública una dicotomía entre “libertad responsable” y “Estado protector”. Finalmente, queda en el medio la decisión individual según la propia percepción de riesgo en cuanto a enfermarse y presentar resultados complejos, si se enferma en base a la información que se dispone. Esta apelación a la “libertad responsable” fue también una estrategia de otros gobiernos, entre ellos el gobierno republicano de Estados Unidos y el conservador británico. En el caso de Uruguay no ha habido una agenda social que acompañe a la pandemia y el apoyo social ha sido escaso para ayudar a que la “libertad responsable” se pudiera concretar en la mayoría de la población. Tampoco hubo políticas que evaluaran los determinantes sociales que están provocando mayor impacto del COVID-19. Sería menester considerar que una persona promedio de un asentamiento y una de un barrio con mayor nivel de ingresos tienen condiciones nutricionales distintas de base, un sistema inmunológico que es distinto por contaminación ambiental, nutrición, por su historia biográfica. Los estudios desarrollados durante la pandemia en otros países advierten que factores socioeconómicos impactan directamente en la salud de la población. Para medir el impacto de la pandemia, es importante tomar en cuenta las condiciones de vida de las personas y los factores sociales como sus condiciones de vivienda, laborales y posición socioeconómica. El Estado debería ocuparse de los determinantes sociales de la salud desde distintos puntos de vista. En este sentido, si sabemos que las personas de ingresos más bajos, que tienen empleos más precarios, tienen que salir de sus casas sí o sí, la única manera para que esas personas no salgan es que el Estado les entregue seguridad material a través de ingresos y subsidios.

En síntesis, la pandemia encuentra un sistema de salud integral y fortalecido y eso determina que esta política pública en salud de varios años fuera útil en

la primer etapa. A pesar de que tanto los prestadores privados como el prestador público habían avanzado en fortalecer el primer nivel, la estrategia no se sustentó en ese nivel cuando comenzaron a aumentar los casos, sino que se reforzó el tercer nivel focalizando los recursos en los casos graves. Como consecuencia, esta inversión no fue útil para controlar contagios desconociendo el perfil epidemiológico de la población, que de acuerdo con tipos de patologías prevalentes y comorbilidades se podía suponer que un porcentaje importante que se enfermara se convertiría en casos graves. Agregar camas de cuidados intensivos, formar médicos, tener más acceso a la tecnología es importante, pero no permite por sí solo alcanzar objetivos sanitarios a nivel poblacional. Desde los documentos de Lalonde de la década del 70 del siglo pasado conocemos que el sistema de salud contribuye solo a un veinticinco por ciento al nivel de salud de las poblaciones, el otro setenta y cinco por ciento es más bien explicado por las condiciones de vida de la sociedad.

REFERENCIAS

- ALEMÁN, A., Alegretti, M., Cavalleri, F., Colistro, V., Colomar, M., & Zitko, P., (2015), *Estudio de carga global de enfermedad de Uruguay para el año 2010*.
- CAETANO, G., Achugar, A. H., Arocena, R., Berocay, R., Bértola, L., Bittencourt, G., Valdés, M. B., Caetano, G., Calvo, J., Carriquiry, M., Costa, N. Da, Armas, G. De, Operti, R., Padrón, Á., Pellegrino, A., Linari, G. P., Luis, O., & Sutz, J., (2005), *20 años de democracia*.
- Departamento de Vigilancia en Salud-Dirección General de Salud, (2021), *Informe epidemiológico*.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, & Comisión Sectorial de Población, (2012), *Análisis de situación en población Uruguay* [TRILCE (ed.)].
- GALLO, L., (2015), El proceso de reforma de la salud en el Uruguay: Pasado, presente y futuro. *Monitor Estratégico*, 7, 3–8.
- GIORDANO, Á., Canale, A., Pontet, J., Reyes, N., Cacciatori, A., Correa, H., & Núñez, L. A., (2020), Recomendaciones de la Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva sobre los aspectos bioéticos en la pandemia Covid-19. In *Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva*. <https://doi.org/10.29193/rmu.37.1.10>
- Instituto Nacional de Estadísticas, (2007), *Encuesta Continua de Hogares (ECH) - Instituto Nacional de Estadística*. <http://www.ine.gub.uy/encuesta-continua-de-hogares1>
- KRIEGER, N., (2001), Teorías para la epidemiología social en el siglo XXI: una perspectiva ecosocial. *International Journal of Epidemiology*, 30, 668–677. <https://doi.org/668-677>
- Ley Orgánica de Salud Pública* N.º 9202, (n.d.), Retrieved December 19, 2017, from <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/9202-1934>
- Ministerio de Salud Pública. Uruguay, (2011), *Sistema Nacional Integrado*.

- Ministerio de Salud Pública, Uruguay, (2021), *Informe epidemiológico*. Parlamento 13 de abril 2021.
- Ministerio de Salud Pública, (2019), *Uruguay mantiene baja mortalidad infantil con 11 fallecimientos menos en 2018 respecto de 2017*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/uruguay-mantiene-baja-mortalidad-infantil-con-11-fallecimientos-menos-en-2018>
- Ministerio de Salud Pública, (2020), Plan Nacional de Contingencia para la Infección por el nuevo Coronavirus. Lineamientos para la gestión de la respuesta. In *Ministerio de Salud Pública - Uruguay* (Issue 1).
- Ministerio De Salud Pública, (2013), *Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles*. División de Epidemiología. http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_5551_1.html
- MSP, (2009), *La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud*.
- Organización Mundial de la Salud, (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. In *5.ª Asamblea Mundial De La Salud*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84394/1/sa4.pdf>
- Organización Panamericana de Salud (OPS), (2009), *Perfil de los Sistemas de Salud: República Oriental del Uruguay*. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23003&Itemid=&sa=U&ei=31aVU7b1F-rQsQTwY-B4&ved=0CAUQFjAA&client=internal-uds-cse&usg=AFQjCNFDVijRgfjzLbBEG2dfhmTQA7lyTQ
- RÍOS, G., (2014), *Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur. Mapeo de la APS en Uruguay*.
- (2015), *Perfiles Descriptivos de los Sistemas de Salud de los Estados Partes del mercosur República Oriental del Uruguay*. [http://www.observasalud.mercosur.int/sites/default/files/Informe de Salud - Uruguay.pdf](http://www.observasalud.mercosur.int/sites/default/files/Informe%20de%20Salud%20-%20Uruguay.pdf)
- Sindicato Médico del Uruguay, (n.d.), *Ser Médico*. Retrieved December 18, 2017, from <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/turenne/1la.htm>
- SONTAG, S., (1977), *La enfermedad y sus metáforas. El Sida y sus metáforas* [E. digital: Titivillus (Ed.)].
- VILLAR, H., (2009), *Gestión de servicios de salud*.

Autoras

Marcela Belardo

Licenciada en Ciencia Política y Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (UBA) y magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud por la Universidad Nacional de Lanús (UNLA). Ha realizado un posdoctorado en el Instituto de Medicina Social de la Universidade do Estado de Rio de Janeiro (IMS-UERJ). Es investigadora de CONICET en el Instituto de Estudios Sociales en Contextos de Desigualdades de la Universidad Nacional de José C. Paz (IESCO-DE-UNPAZ). Es profesora de Teoría del Estado en la Facultad de Derecho (UBA) y en distintos posgrados relacionados a la salud colectiva. Su campo disciplinar es la Salud Colectiva con énfasis en la interfaz entre ciencia, evidencia y políticas públicas y salud internacional.

María Celeste Bertona

Es cordobesa, Lic. en Trabajo Social (M.P. 1464), Especialista en Salud (M.E.043), Mgter. en Trabajo Social con mención en Intervención Social (UNC). Trabajadora del primer nivel de atención de la salud desde 2002 hasta la actualidad, en donde realiza tareas operativas en centros de salud y tareas de gestión de zona sanitaria. Actualmente, integra el Equipo Zonal Interdisciplinario n.º 1, de la Dirección de Atención Primaria de la Salud, de la Municipalidad de Córdoba. Los temas prioritarios en su formación son: salud colectiva, epidemiología crítica, trabajo social comunitario y políticas públicas. Es parte del equipo de investigación “El ejercicio de derechos sexuales y (no) reproductivos en salud - Prácticas y representaciones de agentes de salud pública estatal de la ciudad de Córdoba”, Facultad de Ciencias Sociales (UNC) y cosecretaria del Colegio de Profesionales en Servicio Social de la Provincia de Córdoba.

María Silvia Di Liscia

Doctora en Geografía e Historia por el Instituto Universitario Ortega y Gasset (Universidad Complutense, Madrid), Licenciada en Historia y Profesora Titular de Historia de América III en la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de La Pampa. Ha publicado numerosos artículos en revistas y libros vinculados a la historia social de la salud y la enfermedad entre otras temáticas. Es coeditora junto con Gilberto Hochman y Steven Palmer de *Patologías de la Patria. Enfermedades, enfermos y nación en América Latina* (Lugar Editorial, 2012), con Germán Soprano *Burocracias estatales: problemas, enfoques y estudios de caso*

en la Argentina (entre fines del siglo XIX y XX (Prohistoria Ediciones, 2017) y con María Dolores Linares, *Migraciones en Argentina. Una historia de largo plazo* (Prohistoria Ediciones, 2021). Dirige desde 2018 el Instituto de Estudios Históricos y Sociales de La Pampa (CONICET-UNLPAM).

María Belén Herrero

Licenciada en Sociología y Doctora en Ciencias Sociales por la UBA. Se ha especializado en Epidemiología en la Universidad Nacional de Córdoba, y en Salud Internacional (Organización Panamericana de la Salud). Investigadora principal en el Área de Relaciones Internacionales de FLACSO Argentina e Investigadora adjunta en CONICET. Docente en la Maestría de Relaciones Internacionales de FLACSO, en la Maestría de Políticas Públicas y Feminismos de UNPAZ, en el doctorado de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA y en otras instancias de formación a nivel regional. Se especializa en temas vinculados a la Salud Internacional, la Epidemiología Social y la Cooperación Internacional.

Samanta C. Kameniecki

Médica (UBA). Especialista en Medicina del Trabajo, Medicina Interna, Prevención de Riesgos Laborales y Administración Hospitalaria.

Jefa de Servicio de Salud Laboral, Prevención y Medicina del Trabajo del Hospital Garrahan; Vicepresidenta de la Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires (SMTBA). Coordinadora de la Sección Salud Ocupacional de la Asociación Argentina de Teletrabajo (ASAT).

Isabel Pereyra González

Doctora en Salud Pública por la Universidad de Chile, Magister en Nutrición y Salud Pública de la Universidad Católica del Uruguay y Licenciada en Nutrición y Dietética de la Universidad de la República, Uruguay. Profesora Asociada de la Universidad Católica del Uruguay en donde se desempeña actualmente como docente de pregrado en las carreras de Nutrición, Enfermería y Psicología. En postgrado, es docente en la Maestría en Nutrición y la Maestría en Gestión y Salud Pública. En la misma universidad participó en el diseño de la carrera de pregrado de Nutrición que comenzó a funcionar en 2006 y rediseño en 2020.

Sus líneas de investigación están relacionadas a los determinantes de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Ha participado en proyectos de investigación relacionados a salud pública en varias organizaciones, incluidas UNICEF, PNUD y el Ministerios de Salud Pública y Desarrollo Social de Uruguay.

Laura Sacchetti

Es profesora universitaria en Historia (Universidad Nacional de Salta). Ha realizado posgrados en universidades nacionales e internacionales en estudios de género y análisis del discurso.

Posee un amplio desarrollo como directora y codirectora de proyectos de investigación. Es especialista en historia del arte, historia de la salud, temas de género y análisis del discurso con trayectoria en carreras de grado y posgrado universitario. Autora y coautora de libros relacionados con estos temas, artículos en revistas científicas y de divulgación.

Índice

Nota editorial	7
Algunas regularidades históricas frente a las epidemias que afectaron a Argentina <i>Laura Sacchetti</i>	9
La historia como tragedia y farsa: vacunas, oligopolios y desigualdades globales <i>Marcela Belardo . María Belén Herrero</i>	21
Políticas públicas en salud. Análisis comparativo de dos momentos del modelo argentino desde una perspectiva del Trabajo Social <i>María Celeste Bertona</i>	37
Yendo de la cama al living: aportes de la Salud Ocupacional al Teletrabajo <i>Samanta Kameniecki</i>	55
Los Territorios Nacionales y la salud en los “nuevos espacios” argentinos (fines del XIX y principios del XX) <i>María Silvia Di Liscia</i>	63
Sistema de Salud de Uruguay. Proceso e institucionalización <i>Isabel Pereyra González</i>	85
Autores	99

