



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

15ª Cohorte (2012-2014)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística
sanitaria en las décadas de 1960 y 1970

MAESTRANDO

Lic. Juan Martín Librandi

DIRECTOR

Dr. Juan Pablo Zabala

FECHA DE ENTREGA

Mayo, 2016

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
15ª Cohorte (2012-2014)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO DE LA TESIS

El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística
sanitaria en las décadas de 1960 y 1970

MAESTRANDO

Lic. Juan Martín Librandi

DIRECTOR

Dr. Juan Pablo Zabala

INTEGRANTES DEL JURADO

Dr. Mario Testa

Dra. Claudia Daniel

Dr. Hernán Gonzales Bollo

FECHA DE APROBACIÓN

24/03/2017

CALIFICACIÓN

10 (diez)

Lanús, Argentina

A Sofía, siempre;
Para los queridos viejos, hermanos y abuelos.
Los hermosos sobrinos, siempre sonrientes.

Para los amigos, enormes en su apoyo.

A los otros investigadores, quienes como calaveras de Yorick, son hablados,
deformados y apropiados para construir nuevos sentidos.

AGRADECIMIENTOS.

A los profesionales del ESSEM, que en su búsqueda de un mundo mejor dejaron el testimonio que da sentido a esta tesis.

Juan P. Zabala que con gran paciencia y confianza me guió en los avatares del arduo trabajo académico. A Hugo Spinelli, quien contribuyó enormemente.

Al grupo humano del ISCo en sus valiosas colaboraciones; pero también por el aliento, confianza y afecto que he recibido.

Sofía Aguilar, Martín Di Marco, Paula Malzone José Buschini, Agostina Gieco, Manuela Gutiérrez, Graciela Biagini, Vanesa Romualdo, Rubén Donzis y Leandro Acosta; todos excelentes colegas por sus aportes y lecturas

A los responsables de los repositorios documentales que con su arduo trabajo volvieron posible esta tesis.

A los compañeros de la 15va cohorte de la MEGyPS y la enorme potencia que demuestran.

Finalmente al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas y a la Universidad Nacional de Lanús por su financiamiento.

*Hemos ganado. Hemos perdido,
porque ¿cómo nombrar con esta boca,
cómo nombrar en este mundo
con esta sola boca en este mundo
con esta sola boca?*

Olga Orozco

RESUMEN

En el presente trabajo analizaremos el desarrollo del Estudio Sobre Salud y Educación Médica (ESSEM), una iniciativa de política sanitaria desarrollado entre 1968 y 1973. Estuvo integrado por un conjunto de estudios desarrollados en Argentina y fue coordinado por la Organización Panamericana de la Salud, la Asociación de Facultades Médicas de la República Argentina y la Secretaría de Salud Pública (Ministerio de Bienestar Social de la Nación). Su objetivo principal era producir un caudal de información que permitiera diseñar una reconfiguración del sistema de salud y poner en funcionamiento técnicas de planificación para racionalizar gastos y recursos. Fue llevado a cabo por un conjunto heterogéneo de profesionales de diversas especialidades emergentes en el contexto del imperativo de la planificación (sanitaristas, demógrafos, estadísticos y sociólogos) de la década de 1960. A partir de un análisis de sus dimensiones, institucional, política-profesional y técnico-instrumental con una estrategia cualitativa basada en entrevistas a sus protagonistas y análisis documental buscamos mostrar al ESSEM como un objeto complejo: en términos de lenguajes profesionales y elecciones técnicas y sus articulaciones políticas e institucionales. También de gran vida interna y capaz de articular dimensiones profesionales locales, de proyectos políticos a nivel nacional y con organismos internacionales en la discusión por los modelos de enseñanza de la medicina y la estructura del sistema de salud, en términos internacionales.

PALABRAS CLAVE: sistema de salud; sistemas de información; políticas de salud; Estudio sobre Salud y Educación Médica; planificación

ABSTRACT

In this thesis, we will discuss the Study on Health and Medical Education (Estudio Sobre Salud y Educación Médica) or ESSEM. This ensemble of studies was conducted in Argentina between 1968 and 1973 and was coordinated by the Pan American Health Organization, the Association of Medical Colleges of Argentina and the Secretary of Public Health (Ministry of Social Welfare of the Nation). Its main objective was to produce a vast amount of information that would make possible a reconfiguration of the health system and put into operation planification techniques to rationalize expenditure and resources. In addition, it was carried out by a heterogeneous group of professionals from various specialties (sanitarians, demographers, statisticians and sociologists) emerging in the context of big development of the planning techniques in the 1960 decade. We develop an analysis of its multiple dimensions (institutional, political-professional and technical-instrumental) with a qualitative strategy based on interviews with the protagonists and documentary analysis. We seek to show the ESSEM as a complex object: not only in terms of professional languages and elections; but of political and institutional articulations, with a large internal life and capable of articulating local professional dimensions, political projects at national and international agencies level participating in discussion like the models of medical education or the structure of the health's system.

KEY WORDS: health system; information systems, health policies; Estudio Sobre Salud y Educación Médica; planification

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1: La Pitracá. N°2, Octubre de 1969.	75
Figura 2 Sara Novaro, Adolfo Chorny, Mario Testa, Mario Hamilton y José María Paganini durante la reunión del Estudio Colaborativo realizada en Buenos Aires	125
Figura 3 Población encuestada ocupada de 10 años y más según el nivel ocupacional y nivel de ingresos de la actividad principal.....	144

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1: Publicaciones del ESSEM de acuerdo a Serie, cantidad de publicaciones, fechas de publicación y Estudio al que pertenecen	80
Cuadro 2 Codificación y definición de los tipos de establecimientos para el Estudio de Recursos del ESSEM	99
Cuadro 3: Definición y operacionalización de los trabajadores de salud en el estudio de Recursos del ESSEM.....	101
Cuadro 4: Grupos de enfermedades y cantidad de subcategorías	149

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de estudiantes activos por ciclos que cursan y metas académicas .. 114

Tabla 2: Accesibilidad a centros asistenciales de 40 camas o más según accesibilidad Teórica,
Distancia por consulta y por internación 137

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

AFACIMERA	Asociación de Facultades Médicas de la República Argentina
CEDoPS	Centro de Documentación “Pensar en Salud”.
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
CLAM	Centro Latinoamericano de Educación Médica.
COMRA	Confederación Médica de la República Argentina
CONADE	Comisión Nacional de Desarrollo.
CONICET	Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.
DEIS	Dirección de Estadísticas e Información en Salud.
EdF	Encuesta de Fecundidad del Estudio sobre Salud y Educación Médica.
ESPUBA	Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.
ESSEM	Estudio Sobre Salud y Educación Médica.
INDEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina.
ISCo	Instituto de Salud Colectiva.
MBS	Ministerio de Bienestar Social de la Nación.
OMS	Organización Mundial de la Salud.

OPS	Oficina Panamericana de la Salud.
PEAL	Programa de Estudios Comparativos sobre Aborto Inducido y Uso de Anticonceptivos
PECFAL	Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad de América Latina
PNES	Programa Nacional de Estadísticas en Salud.
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
SEN	Sistema Estadístico Nacional.
SSP	Secretaría de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social de la Nación.
UBA	Universidad de Buenos Aires.
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund.
UNLa	Universidad Nacional de Lanús.

CONTENIDO

1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	16
2. OBJETIVO GENERAL	17
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4. HIPÓTESIS	19
5. PROPÓSITO	20
6. JUSTIFICACIÓN	21
<i>6.1 Justificación académica:</i>	21
<i>6.2 Justificación social:</i>	21
<i>6.3 Justificación Personal:</i>	22
7. METODOLOGÍA	24
8. MARCO TEÓRICO	30
9. EL ESSEM Y SU CONTEXTO: CONDICIONES DE POSIBILIDAD Y EMERGENCIA	37
<i>9.1 Estadísticas públicas y planificación</i>	37
<i>9.2 Contexto político e institucional</i>	40
<i>9.3 La OPS y el papel de los organismos internacionales</i>	47
10. EL ESSEM COMO ESTRUCTURA NORMATIVA Y PROYECTO TÉCNICO	51

10.1	<i>Normativa regulatoria y financiamiento</i>	51
10.2	<i>La organización burocrática</i>	53
10.3	<i>Los profesionales del ESSEM: Entre las moscas blancas y los inocentes hijos de Germani</i>	56
10.3.1	Los sanitaristas del ESSEM: lo técnico como político.	57
10.3.2	La ESPUBA y la formación de Sanitaristas	61
10.3.3	La ruptura con el imperativo tecnocrático en el sanitarismo	66
10.3.4	Los profesionales de apoyo	71
10.3.5	El fin del ESSEM	77
11.	LOS ESTUDIOS Y RESULTADOS DEL ESSEM	79
11.1	<i>La Encuesta Nacional de Salud</i>	81
11.2	<i>Los estudios del ESSEM</i>	85
11.2. 1	Estudio de población y el Estudio de Fecundidad: Serie 1	85
11.2.1.1	<i>Los antecedentes del Estudio de Fecundidad</i>	90
11.2.2	Estudios sobre recursos: Serie 2	93
11.2.2.1	<i>Estudio sobre recursos en operación.</i>	94
11.2.2.2	<i>Estudio de recursos humanos</i>	95
11.2.2.3	<i>Los antecedentes del Estudio.</i>	106
11.2.2.4	<i>El estudio sobre recursos y el reordenamiento del sistema de salud</i>	107
11.2.3	Estudio de educación médica	100
11.2.4	<i>Los estudiantes de Medicina de la Universidad de Buenos Aires: Serie 3</i>	112

<i>11.2.5 Enfermería, Medicina y Odontología: Serie 4</i>	115
11.2.6 Estudio de utilización de recursos de atención médica: Serie 5	123
11.2.7 Estudio sobre morbilidad: Serie 6	139
<i>11.2.7.1 Población</i>	143
<i>11.2.7.2 Percepción de morbilidad</i>	147
<i>11.2.7.3 Utilización de recursos de atención médica</i>	153
<i>11.2.7.4 Gasto en Salud</i>	154
<i>11.2.8.5 La encuesta retrospectiva</i>	155
12. CONCLUSIONES	157
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	164
ANEXO	176

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles fueron las condiciones de posibilidad y emergencia del Estudio de Salud y Educación Médica?

¿Cuáles fueron las características técnico-instrumentales, institucionales, políticas y profesionales del ESSEM?

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

2. OBJETIVO GENERAL

1. Reconstruir las características generales del Estudio de Salud y Educación Médica (ESSEM), atendiendo a sus dimensiones, institucional, política-profesional y técnico-instrumental.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.1 Describir el Estudio de Salud y Educación Médica atendiendo a su organización interna, los objetivos propuestos, las metodologías utilizadas y sus principales resultados.

1.2 Analizar la inserción institucional del ESSEM en la estructura del Estado, dando cuenta de los actores sociales clave y de las articulaciones con otras instituciones.

1.3. Caracterizar las diversas identidades profesionales presentes en el ESSEM a partir de las disputas, intereses y saberes movilizados, dando cuenta de las diversas formaciones, inserciones profesionales e iniciativas en el campo de la salud

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

4. HIPÓTESIS

- Institucionalmente el ESSEM se encontró marcado por diversas tensiones entre proyectos de reforma dentro del mismo Estado, así como de las articulaciones con los organismos internacionales, que hicieron que fuera ganando y perdiendo relevancia según las diversas orientaciones presentes.
- El ESSEM fue un instrumento que apuntó a la modificación del sistema de salud en un contexto de auge de la planificación, pero sus resultados se vieron limitados por el contexto de alta inestabilidad institucional que marcó la organización del sector salud (Belmartino, 2005)
- El ESSEM produjo resultados que respondían a estándares internacionales de producción de datos y como parte de un proyecto mayor de reforma del sistema de estadísticas en salud.
- Los profesionales que intervinieron en la realización de la encuesta contaban con saberes relativamente novedosos para la aplicación de políticas en salud (técnicas de planificación, muestreo, etc.) y distintos de los tradicionalmente utilizados en el campo, pero pertenecían a grupos con poco poder de intervención.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

5. PROPÓSITO

La tesis tiene como propósito contribuir al estudio de la historia de las políticas de salud en argentina, particularmente de los sistemas de información en salud y de las trayectorias de algunas de las figuras destacadas del campo de la salud pública.

En particular, este trabajo permite recuperar parte de los proyectos de reorganización del sistema de salud, por ejemplo las propuestas para establecer un seguro de salud, se da cuenta de cómo los grupos que los motorizaban producían experiencias, apuestas institucionales, políticas y científicas durante la década de 1960 y 1970. En ese sentido se encuentra articulado con el proyecto institucional del Instituto de Salud Colectiva (ISCo-UNLa) y en particular del Centro de Documentación “Pensar en Salud” (CEDoPS), que a través de las líneas prioritarias de investigación de la Universidad se propone

el análisis sociológico e histórico del campo de la salud argentino en el siglo XX, dando cuenta de procesos de mediana y larga duración a través de la identificación y caracterización de actores individuales y colectivos que tuvieron un rol significativo en la conformación y el desarrollo de este campo, en las discusiones en torno a diferentes opciones de organización y en la elaboración de proyectos políticos alternativos relacionados con el proceso salud-enfermedad-atención (UNLa 113/14, 2014, p.11).

También buscamos facilitar la reflexión respecto de la incorporación de cuadros y perspectivas técnicas al Estado, explorando sus complejidades, matices y proyecciones en el tiempo.

La presente tesis es parte de una línea de investigación que se continuará durante los próximos años, tanto en desarrollos grupales en el contexto del ISCo-UNLa, como a nivel personal en el doctorado.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

6. JUSTIFICACIÓN

6.1 *Justificación académica:*

El ESSEM, conocido informalmente en el ámbito de la gestión sanitaria como “la encuesta de salud” o “la encuesta” fue un vasto plan de investigaciones referido a los recursos de atención existentes, las características de la educación médica y profesional en Argentina desarrollado entre 1968 y 1973 (Ferrero, 1968). Resulta un objeto de estudio significativo desde el punto de vista académico por varias razones: en primer lugar, permite analizar transformaciones ocurridas en el campo de las políticas de salud durante la década del 1960, centradas en la búsqueda de establecer sistemas confiables de información continuos, la incorporación de profesiones nuevas al campo, tales como sociólogos, demógrafos o físicos y la incorporación de la planificación como técnica de gestión; en términos de un plan específico de reforma del sistema de salud que no pudo implementarse pero cuyos contenidos son objeto de discusión, desde épocas previas al periodo estudiado hasta la actualidad. Este cambio es paralelo al proceso de modernización del Estado marcado por la incorporación de la idea de planificación como concepto central de la acción estatal. Si bien hay trabajos que indican que la planificación apareció en la gestión del Estado en la década de 1950, en el campo de la salud es posterior y corresponde a las décadas del 1960 y 1970 y se encuentra vinculado a la emergencia del desarrollismo y las capas tecnocráticas de funcionarios estatales (Biernat y Ramacciotti, 2013; Iriart *et al*, 1994; Barrancos y Vilaça Mendes, 1992; Caravaca, 2012; Testa, 2005).

En segundo lugar, nos permite analizar las estrategias de algunos actores de diversos niveles e importancia del período como la OPS, la Secretaría de Salud Pública de la Nación y algunos grupos profesionales. El análisis del ESSEM permite la descripción de sus estrategias, apuestas, acciones, aliados y dificultades fundamentalmente en la constitución de saberes expertos y lógicas de intervención en el campo prestacional de la salud durante la décadas de 1960 y 1970.

6.2 *Justificación social:*

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Los sistemas de información en salud, y en particular los de alcance nacional, se han vuelto a poner en debate cuestionando la necesidad de sistemas continuos, la calidad de su información y sus formas de utilización, pero también dando cuenta de la significatividad de su carácter performativo, en su capacidad de establecer representaciones, claves de lectura de la realidad y poder ser apropiados por diversos actores sociales para sus acciones políticas. De igual manera, durante los últimos años los datos construidos por estos sistemas han penetrado en la diversidad de los discursos sociales, ya sea por la difusión de datos o bien por la apropiación que otros lenguajes (como el periodístico) hacen de estas producciones (Alazraqui *et al*, 2006; Moraes, 2002; Spinelli, 2005; Daniel, 2013b).

Este trabajo apunta a brindar una perspectiva actualizada del desarrollo de los sistemas de información en salud, y en particular del sistema actual de estadísticas en salud. Esto resulta un insumo pertinente para entender las particularidades y orígenes tanto de los datos como de las instituciones que los generan.

La información en salud se ha constituido en un espacio estratégico de disputa entre modelos de gestión, y consecuentemente, necesario para la organización de los proyectos alternativos en salud. Propuestas en disputa que repercuten directa e indirectamente en las diversas racionalidades que desarrollan las políticas en salud y, a través de esto, en la construcción de ciudadanía de la población (Alazraqui *et al*, 2006; Moraes, 2002; Testa, 2005).

Finalmente, las fuentes utilizadas para la investigación se han constituido en un fondo documental disponible en la página web del instituto para que los diversos interesados puedan acceder a los resultados del ESSEM.

6.3 Justificación Personal:

En lo que respecta a mi vínculo personal con el tema, este permite indagar la especificidad de las situaciones e integrarlas en un análisis concreto y fundamentado sobre el campo de la salud, considerando la dimensión histórica como una de las claves en el devenir de sistemas de información para la gestión. A su vez, a partir del trabajo con las

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

fuentes se constituyó un fondo documental relativo al ESSEM que se ha integrado al Centro de Documentación “Pensar en Salud” del Instituto en el cual trabajo.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

7. METODOLOGÍA

La tesis es un estudio cualitativo de tipo exploratorio encuadrado en la modalidad de los estudios de casos intrínseco a partir de datos primarios y secundarios (Sampieri, 2007; Serrano Blasco, 1995; Stake, 1994; Yinn, 1994; Valles, 1999).

Caracterizamos al estudio de caso como una forma de investigar un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto pero reconociendo en su singularidad. Como un espacio privilegiado donde la cultura y la historia se “depositan” y constituyen un fenómeno estudiable. El caso no es entendido en un sentido puramente individual, ni como una abstracción, sino como una creación del investigador, discursivamente estructurada, históricamente contextualizada y socialmente producida. Es una forma particularmente apropiada de abordar un objeto o situación en su complejidad y en particular, este caso revierte un valor en sí mismo (Serrano Blasco, 1995, p. 213; Stake, 1994, p. 3).

Siguiendo a Stake (1994) proponemos tratar como “caso” a aquellas entidades o situaciones que puedan ser entendidas como un sistema con límites y que posean una racionalidad y objetivos propios. Esto no implica que los mismos deban ser considerados ideales o coherentes, siendo ejemplos arquetípicos las personas y los programas (de políticas públicas). Se trataría, en suma, de un espacio de significaciones históricamente producidas que necesita más de la interpretación comprensiva que de la medición estadística (Yinn, 1994; Serrano Blasco, 1995). Las conclusiones respecto de un estudio de caso son poco, y dificultosamente, susceptibles de generalizaciones.

La investigación se realizó a partir de dos técnicas: en primer lugar análisis documental y en segundo entrevistas semiestructuradas.

En primer término, entendemos el análisis documental como estrategia metodológica de obtención de información, centrada en el análisis de registros simbólicos y escritos destinados a registrar diversas facetas del mundo social a los cuales se pretende “interrogar” (Valles, 1999). En este contexto entenderemos a los documentos escritos con un doble objetivo, tanto de transmitir mensajes como de compilar información. Esto implica que los documentos han de ser considerado en relación con su contexto de producción y la finalidad

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

que le han hecho desempeñar (Trias Mercant, 1995). Sin perder este énfasis, el análisis documental es una forma de penetrar en el mundo subjetivo de los informantes, entendiendo a estos en sus propios términos y proporcionando relatos de primera mano de las personas involucradas (Plummer, 1989).

Esta técnica es frecuentemente utilizada en este tipo de estudio, ya que permite abordar las instituciones públicas con solvencia debido a que las mismas se encuentran, frecuentemente, orientadas a la producción de documentos escritos de diverso tipo, desde resoluciones internas hasta publicaciones para la difusión pública o académica (González Bollo, 2014; Otero, 2006). El trabajo en estos casos implica también, la apropiación de otras fuentes de documentos: “Son los listados de los burócratas, los censos realizados de y por funcionarios, los informes, las actas de reuniones y los comentarios de estos los que nos darían pistas sobre lo que, de manera general, denominamos 'prácticas sanitarias'” (Di Liscia, 2014,p. 124)

Las principales fuentes documentales corresponden a las publicaciones del ESSEM. Las mismas están compuestas por 25 fascículos divididos en 7 series que presentan resultados parciales de los diversos estudios, tabulaciones, anexos metodológicos, formularios y otros datos de interés del estudio. Adicionalmente sumamos algunos folletos informativos, documentos de circulación interna y borradores de trabajo pertenecientes al fondo “Mario Testa” del Centro de Documentación “Pensar en Salud” del ISCo-UNLa o aportados por los entrevistados¹.

Finalmente, trabajamos con documentos escritos, de circulación pública o restringida, generalmente documentos oficiales de las administraciones públicas u organismos internacionales (Secretaría de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos-INDEC-, Organización Panamericana de la Salud-OPS-, Consejo Nacional de

¹ Si bien para la referencia bibliográfica corresponde citar a los autores institucionales completos SSP, OPS y AFACIMERA, para identificar los documentos producidos por el Estudio, hemos decidido citarlos como ESSEM, como forma de identificar lo producido en relación a otros documentos institucionales de los actores.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Desarrollo -CONADE, etc.), la legislación (relativa a las producciones estadísticas en Argentina y regulatoria del sector salud).

Hemos realizado búsquedas en el Fondo Floreal Ferrara de la Biblioteca Nacional, de la Biblioteca del Honorable Senado de la Nación, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, de la Academia Nacional de Medicina y en los fondos “Mario Testa” y “Susana Belmartino” del CEDoPS (ISCo-UNLa). Encontramos diversos documentos vinculados a las organizaciones que llevaron a cabo el ESSEM como legislación, presupuestos de la Secretaría de Salud, declaraciones, discursos y actas de reuniones de los secretarios de Salud, conclusiones de congresos afines a los grupos profesionales del ESSEM, documentos de circulación restringida sobre el estudio, etc.

La mayor parte de los materiales identificados corresponden a publicaciones oficiales de diversos niveles: nacional, provincial, ESSEM, OPS, CONADE, AFACIMERA, etc. Sin embargo identificamos en el Fondo Mario Testa (CeDoPS-UNLa) documentos borradores, en particular del modelo matemático desarrollado en el contexto del ESSEM. Los borradores también permiten ver algunas lógicas de circulación de la información en la medida que señalan posibles destinatarios, comentarios y anotaciones, etc.

Realizamos una serie de entrevistas semiestructuradas en profundidad a los integrantes del estudio buscando indagar trayectorias intelectuales, políticas y personales; reconstruir sus marcos de acción y las percepciones relacionadas con el campo de la salud en aquel período y controlar la validez de algunos datos extraídos de las fuentes documentales.

La entrevista semiestructurada en profundidad es una técnica apropiada ya que permiten dar cuenta de los marcos de referencia de los actores a partir de sus discursos. Estos marcos nos permitieron construir, a partir de nuestras categorías teóricas, preguntas, temas y consideraciones significativas para profundizar el análisis. Berg (2001) señala que estas entrevistas son particularmente útiles para fenómenos que no pueden ser observados directamente y que brindan un acceso privilegiado a como la gente piensa o siente respecto de un tema específico. Esto implica que no se accede a una visión “directa” de lo estudiado, sino a las percepciones, imaginarios, sensaciones, etc. que tengan o comuniquen los entrevistados. Estas impresiones, cuando se trabaja retrospectivamente, tampoco han de ser

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

consideradas como equivalentes a las que el mismo entrevistado pudiera tener en el momento de fenómeno, sino como una actualización matizada por sus experiencias, aprendizajes, relacionamientos sociales, olvidos y sus otras experiencias vitales.

El uso de esta técnica supone que el entrevistador desarrolla, adapta y genera preguntas apropiados a la situación de entrevista que permitan abordar el propósito central de la investigación. Estas preguntas, inicialmente, pueden encontrarse en un orden consistente y sistemático, pero se espera que este orden pueda ser alterado según las necesidades del entrevistador (Darlington & Scott, 2002). En las entrevistas semiestructuradas las preguntas se plantearon en forma estandarizada, generando un foco de interés hacia el que se orientó la conversación. En relación a otras formas de entrevistas más abiertas o menos estructuradas esta técnica permite dar respuestas a cuestiones muy concretas.

Para las entrevistas realizamos una preparación especial que implicó buscar publicaciones del autor correspondiente al periodo, otras entrevistas, currículos detallados, u otros materiales que nos permitieron caracterizar su posición relativa en el momento de realización del ESSEM. En esta etapa fue muy importante los insumos resultados de la pesquisa documental realizada en los diversos fondos mencionados y la colaboración de otros entrevistados, que, a menudo, facilitaron documentos de la época o referencias sobre sus colegas.

Los autores consultados destacan la importancia de un buen grado de *rapport* con los entrevistados, para asegurar la calidad de los datos (Darlington y Scott, 2002; Valles, 1997).

Durante las experiencias no hubo dificultades en el contacto, realización de las entrevistas o en las post entrevistas que merezcan ser señaladas, indicando que el *rapport* fue bueno. Una excepción merece ser destacada: logramos comunicarnos con una participante del ESSEM que se negó a tener una entrevista con nosotros, ya que recordar esa época le resultaba muy penoso y no se encontraba con ánimos de hacerlo.

Consideramos como indicadores del buen nivel de *rapport* la amplia disposición de tiempo que nos dieron, el acceso a sus viviendas, las respuestas a mails en la posentrevista, el facilitamiento de datos de otros entrevistados, la posibilidad de ver y fotografiar

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

documentos o fotos del periodo, etc. En diversos casos los entrevistados se mostraron muy amables, invitándome a almorzar en sus casas, regalándome libros propios o documentos que pudieran facilitar la investigación. Esto fue notorio en los casos de las entrevistas fuera de la Ciudad de Buenos Aires, donde he pasado todo el día junto al entrevistado.

Se tomaron consentimientos orales, en los cuales se explicó el tipo de proyecto, publicaciones posibles y se les solicitó grabar la entrevista. Exceptuando una entrevistada, todos aceptaron. Para ese caso se optó por tomar notas durante la entrevista y grabar un audio general de impresiones propias una vez finalizado el encuentro.

Se les envió la entrevista desgrabada a aquellos entrevistados que mostraron interés y se ofreció enviar una copia de la tesis finalizada a quienes lo solicitaron.

En algunos casos el primer acercamiento fue un poco dificultoso y se necesitó dedicar parte de la entrevista, o de la posentrevista, para que el entrevistado se sintiera en confianza y de esa forma pudiera hablar por fuera de los aspectos positivos del equipo de trabajo o de la experiencia del ESSEM. Esto resultó un rasgo más acentuado entre aquellos profesionales, que por una razón u otra, no siguieron trabajando en el área de salud.

Las entrevistas² siguieron un formato semiestructurado, ya que si bien se contaba con una guía de temas a tratar organizados en módulos de preguntas, se privilegió la emergencia de temas vinculados al ESSEM no contemplados originalmente. Por ejemplo, en relación a la guía original, para los entrevistados resultó en un momento articulante en sus trayectorias y de la construcción o afianzamiento de algunos grupos de trabajo o amistades. La guía de entrevista tocaba secundariamente estos temas, y en muchas entrevistas se les dedicó una parte significativa del tiempo.

² Para indicar en el texto los fragmentos textuales de las entrevistas se utilizará el sistema el sistema propuesto por el manual de edición para tesis de maestría y doctorado elaborado para las carreras del Instituto de Salud Colectiva de la UNLa (Martinovich, 2012) . Las citas directas de menos de tres líneas se mantendrán dentro de la estructura del párrafo y aquellas que lo superen, en un párrafo aparte. En ambos casos se escribirán en cursiva para distinguirlos de las citas textuales de obras publicadas.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Un factor que contribuyó a esto, es que, para gran parte de los entrevistados, el ESSEM fue una experiencia muy importante, pero no necesariamente un punto clave o el más importante de su carrera y tras 50 años no recordaban muchas cuestiones vinculadas a la parte técnica del trabajo. Sus recuerdos del tema se concentraban fundamentalmente en las trayectorias, los grupos humanos, el desarrollo del proyecto, las expectativas que tenían en ese momento, la relación entre el trabajo, la militancia política y la situación general del país, etc. Para tratar de mitigar este sesgo, se realizó un módulo de preguntas preparatorias (Aguirre Cahué, 1995) que buscaron crear una red de asociaciones vinculados al tema, que sirvieran para ayudar a recordar detalles y experiencias (Valles Martínez, 1992). Estas preguntas buscaron situar al entrevistado en relación a la época y su momento personal en la misma. Anexamos un modelo del cuestionario original que utilizamos³.

Adicionalmente, para algunas entrevistas, se utilizaron documentos (plantillas del ESSEM, cuadernillos, imágenes o fotos) como disparadores de preguntas o reflexiones y para reforzar las redes de asociaciones mencionadas anteriormente.

La duración media de las entrevistas fue de una hora y media. La más corta se situó en una hora y la más larga en cuatro. En general fueron de un encuentro, aunque en algunos casos se realizó un segundo.

Los diversos fascículos contienen listados con los participantes y cargos que ocuparon dentro del ESSEM, utilizamos esta información para elaborar listados de profesionales y contactarlos.

Consideramos que esta estrategia fue efectiva y que nos permitió contactar a los participantes principales del estudio. Durante las entrevistas indagamos respecto de posibles entrevistados y, exceptuando un caso puntual, todos ellos figuraban dentro de los cuadernillos.

En total se entrevistaron 18 personas. A excepción de una, quien no trabajó formalmente en el ESSEM, todos ellos ocuparon cargos de relevancia. En términos generales se pudo entrevistar varios directores de proyectos y colaboradores.

³ Ver anexo A.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Se entrevistó a todas las personas que fueron identificadas como participantes del ESSEM y tuvimos posibilidad de contactar. Entre los entrevistados se incluyeron profesionales de diversas especialidades (medicina, ciencias exactas, sociología, psicología, ingeniería, etc.), edades y sexos.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

8. MARCO TEÓRICO

Para el análisis del ESSEM hemos definido un conjunto de herramientas teóricas que nos permiten conceptualizar y caracterizar las diversas dimensiones institucionales, políticas, profesionales y burocráticas que proponemos analizar. Estas herramientas conceptuales se combinan en una estrategia analítica que va variando el foco del análisis, de acuerdo a las distintas dimensiones puestas en juego, para dar cuenta de los condicionamientos y de las dinámicas que explicaron el devenir de nuestro objeto de investigación.

Desde nuestra perspectiva, centrada en el análisis de los procesos de construcción de los fenómenos sociales, entendemos que la trayectoria del ESSEM es el resultado de las apuestas, negociaciones e interacciones de un conjunto amplio de actores, que incluye algunos propios del Estado, como las burocracias profesionales y los sanitarios planificadores, y otros como los organismos internacionales o los laboratorios privados. Cada uno de estos actores portan o representan distintos intereses, forman parte de proyectos políticos determinados, y movilizan sus propios marcos disciplinares y profesionales, que van condicionando el modo en que se conjugan, en el transcurso del ESSEM, tanto los objetivos del estudio, los conocimientos científicos y técnicos movilizados, y las acciones políticas proyectadas.

A partir de esta definición de nuestro objeto de investigación, el trabajo parte de un primer nivel de análisis institucional o meso, que se enfoca en las condiciones de emergencia del ESSEM, en tanto parte de un proyecto de gestión de la política sanitaria impulsado por un sector de la administración estatal de un gobierno *de facto*, encarnada en la Subsecretaría de Salud Pública. En este nivel, asumimos una perspectiva cercana a la propuesta que despliegan Oszlak y O'Donnell (1995) para analizar el surgimiento de “políticas públicas”, y nos centramos en el estudio de las estructuras estatales y de las dinámicas que subyacen a la formulación de planes de política, proceso en el que se conjugan tanto dimensiones políticas, económicas e institucionales, como así también cognitivas, profesionales y contingencias diversas. De esta forma, el Estado es comprendido como un espacio heterogéneo y polifónico, en cuyo interior es posible reconocer diversos grupos que

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

negocian, intercambian y disputan espacios y recursos de distinto tipo. Y así, es posible superar la noción de que el Estado funciona como un ente monolítico y orgánico que emite discursos que reflejan, de un modo lineal, una única concepción política que guía la totalidad de sus acciones, y abre el espacio para indagar en las particularidades de las circunstancias que condicionan la trayectoria del objeto.

En este nivel de análisis rescatamos aportes de múltiples autores, que desde distintos ángulos, enfatizan la idea de entender al Estado en tanto un espacio de producción y reproducción de normas, donde diversos grupos (dentro y fuera del Estado) participan en la definición de las agendas, los modos y las estrategias de intervención (Bohoslasky & Soprano, 2010), donde las particularidades de las diversas áreas del Estado requieren ser tenidas en cuenta para el análisis.

En este punto es importante el aporte que rescata la especificidad que los grupos profesionales aportan a estos procesos, sobre todo al interior del Estado, y ponen énfasis en las trayectorias propias y diversas que distintos grupos de “especialistas” han tenido en distintos casos. En esta línea, rescatamos los trabajos de autores como Iriart *et al* (1994), sobre la “Tecnoburocracia sanitaria”, cuyo análisis de la burocracia en el sector salud en parte se solapa con nuestro trabajo; de Belmartino y Bloch (1994) y González Leandri (2010), quienes atendiendo a distintos períodos y con distintos enfoques han estudiado el accionar colectivo de los médicos, ya sea entendidos como grupo profesional o como “corporación”. Otros trabajos, no específicos del área de salud, son el de Daniel (2012b) sobre los estadísticos, de Blanco (2006) sobre los sociólogos, de Plotkin y Zimmerman (2012) sobre distintos grupos profesionales, y en líneas más generales los de Sigal (1999) y Terán (2013). Todos estos trabajos identifican un conjunto de puntos comunes en la profesionalización de los saberes en la Argentina del siglo pasado, y en particular de los grupos profesionales emergentes entre las décadas de 1960 y 1970 que nos serán de gran utilidad para pensar a los profesionales del ESSEM:

1. La jerarquización de nuevos conceptos, categorías y metodologías en los marcos teórico prácticos de las nuevas profesiones;

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

2. La centralidad de los viajes y estudios en el extranjero como forma de construir un acervo de capital simbólico dentro del campo profesional,
3. El rol central que jugó el Estado como fuente de empleo y capacitación;
4. Los esfuerzos por la institucionalización de estas profesiones en cátedras y titulaciones propias;
5. La interacción entre iniciativas gubernamentales y grupos del sector privado,
6. Una ruptura simbólica con las generaciones precedentes, llegando a declarar una generación sin maestros (Terán, 2013)

La importancia de los grupos profesionales radica, por lo tanto, en el hecho de que estos grupos son los portadores de saberes codificados que sirven de parámetros de acción, como de su capacidad de erigirse en sujetos de acciones colectivas en defensa de sus intereses. Entendemos entonces, que el ESSEM forma parte de estos discursos desplegados por grupos profesionales y funcionarios, con fin de alterar la agenda del Estado e instalar una forma particular de entender el sistema de salud, la distribución de sus recursos, pero fundamentalmente el rol del Estado en esto.

En esta misma línea rescatamos el trabajo de Gusfield (2014), quien muestra cómo la emergencia de un “problema público” (con una consecuente intervención del aparato estatal) es el resultado de las disputas entre actores que luchan por instalar, en este caso en la agenda del Estado, sus perspectivas e intereses acerca de lo que los diversos problemas “son”, y sobre todo, de lo que “debería hacerse” con ellos. Según Gusfield, desde una perspectiva cercana al interaccionismo simbólicos, estos problemas no poseen una característica intrínseca, sino que se construyen a partir de la imbricación de diversos lenguajes, técnicos, acciones políticas y una valoración particular de la situación.

En el análisis de Gusfield, en el proceso que lleva a que una cuestión determinada sea reconocida como un problema público, siempre se da una definición colectiva e históricamente situada que define de qué trata la situación problemática y por qué lo es. Esta definición nos permite recuperar la contingencia, disputas y construcciones sociales vinculadas a la creación de los mismos problemas. Adicionalmente, las diferentes posiciones y capacidades de acción de los diversos grupos involucrados implican también distintas

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

cargas de autoridad o “responsabilidad política” para definir cuál es la forma adecuada de abordar el problema.

El énfasis puesto en la especificidad del lenguaje técnico y científico como elementos estructurantes de los problemas públicos, y de las políticas sanitarias, nos permite desplazarnos hacia la otra dimensión de análisis que hemos propuesto para el ESSEM: el de la especificidad técnica del instrumentos, tanto para “conocer” la realidad sanitaria de la época, como para “definir” cuáles eran los límites y la forma de esa realidad que merecía ser conocida. De este modo, la reconstrucción de los criterios técnicos adoptados por el ESSEM en la definición de los objetivos y metodologías utilizadas (por ejemplo, en la selección de los indicadores estadísticos utilizados para definirlos y caracterizarlos) permite, tal como sostiene Zabala (2010), entender el modo en que la producción de conocimiento científico o experto participa en la definición e imposición en la agenda política y configura acciones posibles y respuestas, de la misma forma que la definición de la problemática social condiciona la producción de esos conocimientos.

En este último nivel de análisis, la tesis se concentra en la reconstrucción de la lógica interna del ESSEM, dando cuenta de su arquitectura técnica, cognitiva y burocrática. En este nivel de análisis hemos de señalar algunas categorías específicas desprendidas de los trabajos de carácter historiográfico o sociológico en la historia de las estadísticas desarrollados en Argentina en los últimos años, que apuntan a la búsqueda de los prismas interpretativos que subyacen a los datos y estadísticas (Otero, 2006), introduciendo la precaución epistemológica de considerar que no se ha de identificar linealmente la obra estadística con el pensamiento de sus creadores y ejecutores.

Una de las principales herramientas de análisis es la que González Bollo (2014) y Otero (2006) denominan “cadena estadística”. Estas son largas series de procedimientos de complejidad técnica variable dotadas de diversos eslabones. Estos incluyen diversos aspectos tales como la confección del cuestionario, la elección del campo de la encuesta; la relación del encuestador con el encuestado, las tareas intermedias realizadas por el codificador; la elaboración de las nomenclaturas; la selección de cruces y cuadros; el análisis e interpelación de la información, la difusión de los resultados, etc. Si bien responden a variables técnicas,

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

vinculadas a la propia evolución histórica y del aparato estadístico no han de ser entendidas como una secuencia predeterminada de acciones y consecuencias, sino que se ha de reparar en que estas operaciones no son realizadas automáticamente y que hay márgenes de acción y decisión donde influyen, fundamentalmente, las características políticas, sociales y económicas del proceso estudiado. Es en estos márgenes de acción es donde Otero (2006) sugiere concentrar el análisis y la particularización del caso estudiado. Aunque estas cadenas suelen ser representadas como elementos puramente técnicos, desprendidos de márgenes de acción a través de una imagen reificada de que el instrumento puede representar, no dejan de estar condicionados cultural y políticamente. Durante la tesis analizaremos fragmentos de estas cadenas, como forma de particularizar el análisis de la dimensión técnico instrumental.

Las cadenas están confirmadas por una conjunción de lenguajes diversos, fundamentalmente tres: el lenguaje verbal (propio de los comentarios, etc.), el matricial (vinculado a la organización de las matrices de datos) y el lenguaje gráfico (propio de las presentaciones). Estos lenguajes obedecen a diversas lógicas, que se desarrollaron con cierta autonomía o incluso en contradicción (Otero, 2006).

Estas consideraciones se ponen de manifiesto en el análisis específico de las múltiples componentes de la cadena: las definiciones teóricas y operacionales, los criterios de elaboración de nomenclaturas o clasificaciones, tipos de desagregación espacial de los matrices de datos y cuadros; etc.

Finalmente, es necesario contextualizar el uso mentado, real o potencial de los resultados e interpretaciones. No se ha de entender este uso, exclusivamente, como un resultado posterior de la construcción de los datos, sino que puede evaluarse quienes fueron los destinatarios mentados del lenguaje estadístico. Esto no ha de implicar que necesariamente los usuarios mentados sean los destinatarios finales (Otero, 2006).

Vinculado a los productores de las cadenas estadísticas consideramos que la actividad de estos técnicos del Estado ha de ser entendida como una actividad mixta entre lo científico y lo burocrático, resultando en una actividad semicientífica y semiburocrática. Esto implica que se encuentra influida, configurada, limitada y dotada de márgenes de libertad que brindan ambas esferas de las que forman parte. En nuestro trabajo abordamos diversas características

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

de estas cadenas, dando cuenta de algunas de las implicancias que estas tuvieron en la configuración del Estudio (González Bollo, 2014).

Una última consideración que deseamos señalar es el énfasis en la forma estadística es donde “la puesta en movimiento de una frontera imaginaria y extremadamente sensible en la cual el interés público, con su temario de indagaciones avanza relevando detalles cada vez más precisos sobre asuntos privados” (González Bollo, 2014, p. 34).

En referencia a esto, la relación de los actores sociales con los diversos lenguajes técnicos que los miden, clasifican y ordenan en el espacio de lo social, y en particular de la intervención del Estado no necesariamente es de conformidad y en la medida que sus intereses se ven afectados pueden apoyar o cuestionar los criterios técnicos (o a los expertos) que los elaboran. Sin embargo es bastante corriente aquellos que integran estas cifras consideren legítimas en estas elaboraciones supuestas como expertas y neutrales, dotándolas de confiabilidad (Daniel, 2013b). En términos de Angenot (2010, p. 28) son

[...] maneras de conocer y de re-presentar lo conocido que no van de suyo, que no son necesarias ni universales y que conllevan apuestas [enjeux] sociales, manifiestan intereses sociales y ocupan una posición (dominante o dominada) en la economía de los discursos sociales.

De esta forma, podemos hablar de un lenguaje estadístico compuesto por formas particulares (las cadenas estadísticas) hablado por un conjunto de profesionales determinados y con capacidad, al menos teóricamente, de erigirse en uno de los lenguajes articuladores de diversos tipos de problemas (públicos, técnicos, etc.).

De alguna manera, las referencias presentadas en este apartado ponen en juego distintas dimensiones y aspectos del mismo problema: cómo se construyen determinadas formas de saber y cómo estas influyen en la cotidianidad de la sociedad. Algunos antecedentes se focalizan en los aspectos técnicos, otros en las formas en la cual estos conocimientos generan efectos en la sociedad o cómo se constituyen los grupos profesionales que median estas relaciones.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

9. EL ESSEM Y SU CONTEXTO: CONDICIONES DE POSIBILIDAD Y EMERGENCIA

9.1 Estadísticas públicas y planificación

A principios de la década de 1960 la planificación fue un concepto clave, no sólo dentro del campo de la salud, sino en la administración pública como una forma de concebir la participación del Estado en la vida pública novedosa que se expandió desde la economía (Iriart *et al*, 1994; Daniel, 2012a; Caravaca, 2012).

El clima favorable a la planificación, fuertemente influenciado por la Alianza para el Progreso⁴, dio un vuelco a partir de la década de 1960, cuando se convirtió en condición de posibilidad para lograr préstamos y beneficios de organismos internacionales. Esto produjo además, una sofisticación creciente en las formas de evaluar, tanto cualitativas como cuantitativas, los resultados de estos préstamos (Biernat & Ramacciotti, 2013).

Daniel (2013a) muestra como la planificación era entendida como la síntesis resultante de la convergencia entre la conducción política, la actividad económica y el conocimiento científico de la sociedad. Complementariamente para los grupos (tecno) burócratas que operaban como planificadores su rol político quedaba frecuentemente invisibilizado reduciendo su autopercepción al de técnicos capacitados en cuantificar la realidad y producir planes obedeciendo la conducción política (Iriart *et al*, 1994). De acuerdo al relato de Hamilton (2010, p. 56)

Nos sentíamos pioneros, exploradores de un terreno desconocido [...] Trabajábamos en equipo, lo individual era secundario. No prevalecía la disputa por el poder institucional: predominaba el saber técnico; todo estaba para ser construido.

⁴ “La Alianza para el Progreso consistió en ayuda económica para favorecer el desarrollo local en Latinoamérica financiado por Estados Unidos por medio de organismos como el Banco Interamericano de Desarrollo o el Banco Mundial. Sin embargo, este programa implicó también relaciones mutuas entre los estados y en algunos casos, significó la intromisión directa o indirectamente de los Estados Unidos en la política de la región. Este programa de financiamiento se insertó en el contexto de la Guerra Fría en América Latina y estuvo motivado por la necesidad de Estados Unidos de abordar la potencial expansión de la influencia cubana.” (Cerdá y Ramacciotti, 2015, p. 209).

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Para Belmartino y Bloch (1994) la planificación se enuncia como resultado del clima racionalista y científico de la época desarrollista, en particular vinculado a las ideas de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe)⁵. El pensamiento planificador se proponía como el portador de la racionalidad científica, con alto grado de autonomía política basado en su saber técnico y situado desde el actuar en el Estado. Para el caso de salud el pensamiento planificador fue formalizado tanto teórico como metodológicamente durante las décadas de 1960 y principios de la década de 1970, buscando niveles tales que no permitiesen dudar de su carácter científico. Para muchos de los entrevistados, y en particular los sanitaristas, la CEPAL representaba la meca de ese pensamiento planificador, uno de ellos recuerda que: *“estábamos embelesados con la planificación, había que hacer los cursos en la CEPAL”*. Hay un rasgo adicional de la CEPAL que es importante en nuestro objeto de estudio: es la creación de una división de población, llamado Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), que constituyó el núcleo principal de estudios de población y formación de demógrafos en América Latina. Uno de los sociólogos entrevistados recuerda que los profesionales de la CELADE *“eran verdaderos referentes de la demografía latinoamericana”*.

Para los planificadores los datos cuantitativos eran el insumo básico y necesario de cualquier actividad de planificación, por ello conceptualizaban a la planificación como una actividad que requería una gran cantidad de datos específicos y actualizados para poder intervenir efectivamente sobre los problemas a partir de variables claramente definidas y estudiadas. Además partían de un diagnóstico muy desfavorable de la cantidad y calidad de

⁵Feld y Kreimer (2010, p. 3) definen a la CEPAL como “un espacio de pluralismo ideológico y político desde el que se aspiró a dar forma a una “ciencia social para la acción” que sintetizara un marco conceptual común de desarrollo autónomo válido para toda la región (Vessuri, 1993, p. 109). En ese marco, se produjo un cambio conceptual sobre la noción de “desarrollo”: este último ya no se identifica con el crecimiento económico, sino que se concebía como un proceso de cambio estructural global. Como afirman Sunkel y Paz (1970, p. 39) tal enfoque implicaba el uso de un método estructural, histórico y totalizante, a través del cual se perseguía una reinterpretación del proceso de desarrollo de los países latinoamericanos, partiendo de una caracterización de las relaciones entre, por un lado, la estructura productiva, la estructura social y de poder y, por otro, los países centrales y los países periféricos (...). Se apuntaba así a una concepción según la cual el desarrollo y el subdesarrollo debían ser considerados conjuntamente en el contexto de la división internacional del trabajo entre centro y periferia”.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

datos, identificando en esto un impedimento para el desarrollo de actividades de planificación.

Este diagnóstico es claramente identificable en la argumentación metodológica del ESSEM (1968, p. 25):

No existe en el país una información completa y fidedigna sobre la morbilidad acaecida en las provincias, que satisfagan las necesidades que requieren los programadores y los educadores para producir las acciones que tienden al cambio estructural que indica la política sanitaria nacional.

Estos cambios en las estadísticas en salud fueron parte de un proceso más general desarrollado durante las décadas del 1950 y el 1960 en la estadística oficial que en su conjunto pasó por un gran proceso de transformación, ganando legitimidad, presencia en la agenda pública, centralidad en los cuerpos burocráticos, especificidad técnico-formativa y espacios institucionales propios (Daniel, 2013a). Esto se dio en el contexto de un proceso de especialización técnica y del desarrollo de una nueva burocracia profesionalizada que tuvo núcleos de formación e inserción laboral como el CONADE o la Escuela de Salud Pública, instituciones donde se formaron y realizaron experiencias profesionales gran parte de los profesionales del ESSEM. Este proceso incluyó la creación del INDEC, el Programa Nacional de Estadísticas en Salud (PNEES) y la modificación de la estructura censal, entre otras acciones. A su vez este cambio estuvo influenciado por un fenómeno internacional en el cual se produjo una renovación generacional de estadísticos que, por medio del afianzamiento de las instituciones en las que trabajaban, el desarrollo y estandarización de la estadística del Estado, así como la consolidación de acuerdos internacionales fueron invisibilizando sus productores, desplazando la estadística de “autor”, hacia una estadística centrada y legitimada desde los organismos que las producían (Otero 2006).

Blanco (2006), Daniel (2012a; 2012b; 2013) e Iriart *et al* (1994) coinciden en destacar la centralidad de los abordajes cuantitativos y en particular la encuesta como forma de acceder a la realidad como una característica del período. Los documentos del ESSEM son claros, y en su sección metodológica señalan que

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

El desarrollo del muestreo probabilístico y las crecientes aplicaciones de los estudios motivacionales, han convertido a las encuestas de salud en instrumentos flexibles y económicos para obtener oportunamente datos útiles por sí mismos [...] Las técnicas de computación electromecánica están modificando los esquemas de elaboración de datos, incluyendo dicha transformación la obligación de modernizar los métodos de recolección a todo nivel desde el registro y notificación local hasta la interpretación final; [...] para la cada vez mayor demanda del producto estadístico (ESSEM, 1969, p.7).

Massé (2007), por su parte indica que, si bien esta técnica tuvo gran desarrollo en el estudio de fenómenos sociales, en particular de salud, durante las décadas de 1960 y posteriormente en 1980 existen antecedentes que datan desde de la década de 1910. Reflexionando sobre el período M. Hamilton (2010, p. 75) consideró que “la generación del 60 pensó que se podía cambiar la sociedad y la salud a través de un método”.

El ESSEM resultó en un punto donde se conjuntan estas dimensiones, sumadas a la intención de la Secretaría de Salud Pública de intervenir en la regulación para racionalizar el gasto. Su director, C. Ferrero (1968, p. 58-61), explicaba que

[...] Las nuevas necesidades manifestadas por los órganos de planificación del sector salud han planteado nuevos requerimientos que no pueden ser cubiertos por los sistemas mencionados; se requieren mucho más datos [...]. El objetivo final del estudio, obtener elementos valederos que sirvan realmente para introducir las modificaciones que sean necesarias en las estructuras analizadas No se trata únicamente de conocer los problemas, interés puramente académico, sino también de articularlos, en forma tal que de ellos emerjan conocimientos que se puedan aplicar a los cambios mencionados. La concepción de uno o varios modelos totalizadores que puedan explicar científicamente las relaciones entre los recursos y la morbilidad, es el objetivo más importante de la investigación.

9.2 Contexto político e institucional

El gobierno de facto del General Onganía, conocido como “Onganiato” (1966-1970), se constituyó a partir de un conjunto heterogéneo de actores que produjeron dimensiones represivas, desarrollistas, tecnocráticas, liberales y católicas presentes en el Estado. Estos trabajos dan cuenta de un gobierno fragmentario que dio lugar a múltiples fuerzas que pugnaban en su interior, mientras luchaba, por medio de la represión y proscripción, con fuerzas externas. La propuesta del Onganiato tenía un perfil autoritario y desarrollista, con un énfasis tecnocrático, que incluía el control político por parte de las fuerzas armadas y la

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

vigilancia moral por parte de los grupos cristianos. Este perfil produjo la creación y jerarquización de organismos dedicados a la planificación e investigación (los consejos nacionales de Desarrollo, de Seguridad y de Investigaciones Científicas y Tecnológicas) (Feld, 2010; Giogi & Mallimacci, 2012; Osuna, 2012; Gomes, 2014).

Como parte de esta reforma el otrora Ministerio de Salud fue reducido a Secretaría de Salud y se incluyó en la órbita del recientemente creado de Ministerio de Bienestar Social (MBS). Por tanto, las políticas de salud quedaron integradas a las tensiones generales presentes en el MBS, reduciendo el margen de acción de las autoridades sanitarias.

El MBS se constituyó sobre las bases del Ministerio de Asistencia y Salud Pública (Ley N° 16.985, art. 1). Adicionalmente se añadieron áreas de seguridad social (antigua competencia del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social), Vivienda, y una nueva área creada por el proyecto de Onganía, la Secretaría de Estado de Promoción y Asistencia de la Comunidad.

Gomes (2014) señala que el MBS estuvo fuertemente influido por los discursos de los organismos internacionales (ILPES, CEPAL, Organización de Estados Americanos, Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial) y en particular por los abordajes tecnocráticos que difundieron durante aquellos años.

Diversos trabajos destacan la centralidad del MBS como parte central de la estrategia de Onganía de construir viabilidad política respecto del llamado “juego imposible” en el que se vieron inmersos sus predecesores (Giogi & Mallimacci, 2012; Gomes, 2014). Una de las medidas adoptadas dentro de esta estrategia fue la de una reforma y “modernización” de la estructura burocrática del Estado. Este proceso incluyó

un censo de personal y de dependencias de Presidencia y de los Ministerios, la distribución de recomendaciones para confeccionar nuevos organigramas en cada dependencia, la prescindencia del personal considerado innecesario o de escasa calificación y el establecimiento de una ley que restringía la designación o contratación de personal” (Feld, 2010, p. 23)

El decreto Ley N° 16.956/66 (Ley Orgánica de Ministerios) que reglamentó la estructura ministerial establece que son deberes de los ministerios

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Participar en la formulación de los planes de desarrollo [...] Promover, auspiciar y realizar los estudios e investigaciones para el fomento y protección de los intereses nacionales y el progreso del país [...]

Esta estrategia de modernización contaba como piedra angular la creación de un gran ministerio, con numerosas funciones en el cual se conjugaban los perfiles técnicos, en general de carácter liberal, con perfiles católicos y militares. (Giogi & Malimacci, 2012; Osuna, 2012). Para Gomes (2014) el núcleo de este nuevo ministerio fue la Secretaría de Participación Comunitaria, orientada a partir de la Doctrina Social de la Iglesia. Giorgi (2014) indica que esta acepción del comunitarismo fue la principal línea política del “onganiato” y que en esto se basó su apuesta de transformación social, pero que la falta de sistematicidad y planificación en sus propuestas, sumadas a las divergencias en su interior terminaron por configurarlo como un proyecto político más bien difuso, un horizonte de sentido.

Las políticas de salud durante el onганиato se escribieron en el contexto de una reforma generalizada del sistema de seguridad social (Dvorkin, 2015). Esta reforma buscó poner en el centro discursivo, dos términos: modernización y técnica. De acuerdo a lo indicado por Osuna (2014), los funcionarios del periodo buscaban la racionalización y la automatización de los procesos administrativos y del Estado en general, a través de la utopía de la resolución técnica de los problemas sociales.

Para la dirección de la secretaría de Salud Pública se nombró a Ezequiel Dago Holmberg, un técnico liberal modernizante, médico de formación, reconocido como investigador, con posgrados y becas realizados en Estados Unidos de América. Además se encontraba muy vinculado con los círculos de la elite tradicional porteña, era primo del Gral. Lanusse y fue presidente de la Unión Argentina de Rugby en 1966. El sub secretario fue Alberto Mondet, también médico e investigador y ex secretario de salud de la municipalidad de Buenos Aires a principios de la década de 1960 (Buschini, 2013; Veronelli & Veronelli Correch, 2004).

Este complejo entramado ministerial generó superposiciones en las funciones y atribuciones, que en última instancia, llevaron a debilitar la secretaría conducida por Holmberg. Aun así fue el secretario que más tiempo mantuvo su puesto en el Ministerio de

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Bienestar Social de la Nación (MBS) durante el gobierno de J. C. Onganía, siendo el primer secretario de la recientemente creada cartera y renunciando posteriormente el Cordobazo en 1969 (Belmartino & Bloch, 1994; Giorgi & Malimacci, 2012). Holmberg caracterizó a los lineamientos básicos de su gestión en tanto:

El Estado deberá armonizar las fuentes de financiación de la salud actuales, que se encuentran distorsionadas, unificándolas y tendiendo a la creación de un seguro de salud para las prestaciones de atención medica integrada a través del sistema de seguridad social que deberá actuar como ente financiero y no como prestador de acciones (Holmberg, 1968, p. 52).

Durante esos años la estrategia de la secretaría de salud estuvo vinculada a intentos de racionalización del gasto, los recursos y descentralización hospitalaria.

Este proceso de descentralización, por el cual el estado nacional buscó transferir el financiamiento y administración de los hospitales y estructuras sanitarias a las provincias, tuvo distintas etapas y distintos grados de éxito. Comenzó a fines de la década de 1950 no llegó a completar la transferencia total ni de recursos ni de responsabilidades (Cerdá & Ramacciotti, 2015; Veronelli & Testa, 2002).

En términos generales la gestión de Holmberg, con el apoyo de algunos grupos tecnocráticos buscaron

Introducir racionalidad a un sistema caracterizado por la multiplicidad de instituciones y lógicas organizativas, la dispersión de beneficiarios, el otorgamiento arbitrario de beneficios, la asignación ineficiente de recursos y el seguramente débil impacto sobre las condiciones de salud enfermedad que supuestamente debía resguardar. Por otro desde el imperativo político de cooptación de las organizaciones populares en función de contrarrestar la manifiesta hegemonía del sector profesional privado en el control de la oferta de servicios que amenazaba poner en peligro la misma continuidad del sistema (Belmartino, 2005, p. 164)

La autora caracteriza las líneas de trabajo de la secretaría durante los años del ESSEM en relación a dos puntos fundamentales:

1. El retroceso de la presencia del Estado como prestador de servicios a través de la descentralización administrativa, capacidad suplida por el subsistema de obras sociales.
2. La separación de los mecanismos de generación y distribución de recursos financieros y a la definición de instrumentos técnicos y organizativos orientados a la

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

planificación y el establecimiento de un seguro de salud. Esta propuesta de seguro propuso la participación del sistema de seguridad social (en tanto financiador), los privados (como prestadores de servicios) y el Estado, que además participaría como financiador de algunos grupos y prestador principal de servicios, tendría a cargo la regulación del sistema, incluyendo la capacidad instalada, la formación de profesionales y las remuneraciones.

Esta gestión también brindó apoyo y financiamiento a proyectos de formación profesional alternativos, vinculados a la planificación, y por lo tanto a los sistemas de información. Así mismo estos espacios contribuyeron a articular el debate doctrinario sobre los dos temas centrales de la época: el seguro de salud, como forma de garantizar la cobertura y la planificación, en tanto mecanismo racionalización del gasto. Estas posiciones, de fuerte impronta tecnocrática, sostenida desde la secretaría de salud estaban muy influenciadas por la experiencia internacional y los aportes de los organismos internacionales, en particular OPS (Barrancos y Vilaça Mendes, 1992; Iriart *et al*, 1994; Belmartino, 2005; Hamilton 2010). Al respecto, de este vínculo entre planificación, racionalidad en el gasto (mejora en la eficacia) y sistemas de información el Secretario de Salud lo indicó como un eje de su gestión; en el cual el ESSEM aparece como un punto nuclear de esa política:

El reconocimiento de la insuficiencia económica no nos exime de aplicar ordenamientos más ceñidos para utilizar los presupuestos actualmente disponibles y aprovecharlos al máximo. Estamos seguros que tal conducta redituará mejoras notables. Pero frente a la multiplicidad de sistemas de prestaciones de atención médica cada uno con financiación propia surge como válida la idea de que una coordinación de todos aquellos redundará en un mejor aprovechamiento de los recursos utilizados en el sector

Una primera dificultad para el propósito de coordinar recursos y acciones radica en la falta de cifras confiables de alcance nacional en cuanto se refiere a número de prestaciones, cobertura de población, origen, estructura y evolución del gasto.

En relación con el requerimiento mayor del volumen de datos estadísticos y de mejor calidad, la Secretaría de Estado ha previsto 52 millones de pesos para la asistencia y alquiler de equipos de procesamiento mecanizado que operan en las provincias.

Se está realizando el Estudio Sobre Salud y Educación Médica acordado entre la AFACIMERA, la OPS y esta Secretaría de Estado; [...] y [sus datos] constituyen elementos utilísimos para el proceso de reordenamiento de la atención médica y su planificación adecuada. (Holmberg, 1968, p. 6-9)

El ESSEM además recupera y se identifica con esa función; en su fundamentación destaca que se constituye con finalidad de brindar información para:

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

todo el proceso de planificación de la salud y de la educación médica, focalizándolos hacia la obtención de los elementos indispensables para contribuir a desarrollar un plan sobre seguro de salud que se encuentre íntimamente ligado a todas las proyecciones indicadas para el desarrollo integral de la Argentina (ESSEM, 1969c, p. 8).

La presencia de diversos grupos en el interior del MBS, incluyendo perfiles católicos (vinculados a la doctrina social de la iglesia), militaristas y liberales llevó a que todo el periodo se encontró atravesado por la tensión entre los grupos que privilegiaban acciones de carácter más tecnocrático y los grupos que privilegiaban la generación de capital político.

En este contexto se desarrollaron una serie de medidas que incluyó la fijación de costos de servicios para los privados, homogeneizar las pautas de contratación y aranceles y las normas administrativas de cumplimiento obligatorio. Aunque estas medidas tuvieron un buen grado de aceptación inicial, basado en el beneficio para las obras sociales y mutuales del congelamiento de aranceles, en la medida que buscaron avanzar sobre otras condiciones perdieron apoyo y fueron perdiendo potencia hasta quedar congeladas.

Parece claro que la posibilidad de organizar un sistema integrado de atención médica, de establecer un mecanismo financiador uniforme, se ubica en estos años decididamente por fuera de la capacidad de intervención del aparato estatal. Los organismos de salud pública solo podrán orientar sus esfuerzos de normalización y programación sobre el subsector público y aún con este límite la capacidad ordenadora seguirá siendo muy débil (Belmartino; 1994, p. 84).

La estrategia reguladora puesta en marcha por la secretaria de salud pública se expresó en una serie de leyes sancionadas entre 1967 y 1970.

Un dato adicional que permite ver este intento del Estado de disputar un control mayor es el total de inversión que destinó a salud. Tomando como referencia el gasto total de 1954, los técnicos de CONADE (1966) calcularon que el gasto total en salud durante el periodo comprendido entre 1955 y 1966 aumentó en todos los años, y en referencia al año 1954 tuvo picos máximos de 160% en 1955 y 1956, y mínimos de 103% en 1966. En promedio, el gasto de este periodo representó 126% de lo gastado en 1954.

El primer intento es la Ley N° 17230 de abril de 1967, que crea la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales, integrada por representantes de todos los actores y presidida

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

por el sub secretario, Alberto Mondet. Esta Comisión buscó regular sobre todos organismos radicados en la administración central, empresas del estado y entes descentralizados, autárquicos, Obras Sociales y prestadores privados.

En agosto del 1968 se sancionó la Ley 17.850 que otorgó un aumento de 15% y congeló hasta diciembre de ese año los aranceles vigentes. Esta norma incluyó el intento de establecer mecanismos para facilitar el ordenamiento de las contrataciones entre los diversos financiadores y prestadores. Se propuso la creación de nomencladores, auditorias y normas de trabajo, pero fundamentalmente un mecanismo de arbitraje que situaba la intervención del Estado en el centro de la escena. En vistas a la imposibilidad de la secretaría de asentar estas normas se sancionaron las leyes 18.045 en 1968 y la 18.483 de fines de 1969, que no solo extendieron los plazos para la sanción de estos mecanismos sino que actualizaron el valor de los nomencladores. Esta última, situada en esa imposibilidad de alcanzar acuerdos que permitan fijar los mecanismos reguladores con acuerdo de la comisión, habilita al poder ejecutivo actualizar anualmente los nomencladores y aranceles y establecer las bases de un régimen de auditoria para los servicios, prestaciones, y normas administrativas.

Belmartino y Bloch (1994) relatan numerosas reuniones e intentos de acuerdos entre la COMRA⁶, las obras sociales y la secretaría, que no llegaron a buen puerto debido a las dos primeras sentían en las regulaciones una pérdida de autonomía, en particular respecto del Estado.

9.3 La OPS y el papel de los organismos internacionales

En un contexto internacional marcado por la Alianza para el Progreso y el desarrollismo, los organismos internacionales ganaron un alto grado de influencia debido a su disposición de recursos, su reconocimiento como expertos técnicos y su apoyo, a través

⁶ La Confederación Médica de la República Argentina es una confederación médica de tercer orden y de alcance nacional fundada en el año 1941. Desde su fundación fue una de las entidades reconocidas por los distintos gobiernos como interlocutores válidos del campo médico. Sus principales núcleos organizadores eran la libertad de elección del médico por el paciente, libertad de prescripción y la remuneración por acto médico. Posteriormente participarían como actores centrales en la fijación de nomencladores por prestación (Belmartino, 2005).

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

de financiamiento para políticas públicas y formación de grupos profesionales locales, quienes a través de estos recursos buscaban la hegemonía de un campo profesional existente o el desarrollo de uno nuevo⁷. Algunos de los entrevistados recuerdan que “*OPS tenían un enorme poder simbólico, algún poder económico también*”, otro para explicar la importancia de OPS en aquellos años rememoró que “*cuando yo fui representante de la OPS en Colombia, a mí me recibió el presidente de la República*”.

La relación entre la OPS y los gobiernos del período durante el que se desarrolló la encuesta fue de gran actividad (Veronelli & Veronelli Correch, 2002).

A su vez OPS (1971), mantuvo criterios elogiosos para las acciones del gobierno, caracterizando el período como una mejora en la situación político social del país y una reorganización positiva y modernizante del sector salud, a la par de la modernización del resto de la administración pública. Tanto en los trabajos académicos como los entrevistados se le reconoce a la OPS una gran importancia en las gestiones técnicas del proceso de descentralización que se desarrollaron desde la década de 1950. La reorganización del sistema de salud debía pasar por la descentralización y la racionalización del sistema, entendida como una mejora en la eficiencia del gasto (Iriart *et al*, 1994; Belmartino & Bloch, 1994). En esto la relación entre estadísticas hospitalarias está claramente explicitada en la serie de informes que realizó la OPS (conocidos como informe Pedrozo) respecto de las condiciones de organización del sistema sanitario argentino:

Sin esta información estadística es imposible que se haga la operación del cálculo de costos trabajando esta información [...] todo un sistema que habrá que perfeccionar organizando los departamentos de contabilidad y estadísticos de los establecimientos (Henríquez Frodden, 1957, p. 7).

Según OPS estas políticas eran necesarias y contaban con un nuevo tipo de profesional para su realización: el sanitarista formado en planificación. A su vez hizo un marcado énfasis en dos temas centrales vinculados a la gestión del sistema de salud: 1. La calidad de los recursos humanos e institucionales del sistema, para lo cual recomendaban la

⁷ Nosotros abordamos parcialmente el sanitarismo, pero la obra de A. Blanco sobre Germani y la sociología, de A. Feld (2015) en el campo de la ciencia y técnica o las reflexiones de Iriart *et al* (1994), Belmartino & Bloch (1994) o Veronelli (2002) respecto del campo de la salud parecen reforzar esta hipótesis.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

creación de un conjunto de expertos técnicos formados en las nuevas técnicas de planificación y dotados de datos fiables para operar transformaciones eficaces y eficientes en el sistema de salud; y 2. la necesidad de descentralizar el sistema y actualizar sus prácticas hacia aquellas consideradas de vanguardia en el período, en particular la planificación. OPS señala como positivo el incremento del personal “técnico” contratado para cumplir funciones en el sector salud, entre los que se incluye el personal estadístico. En relación con la reforma de las estadísticas en salud, la OPS caracterizó de forma positiva el accionar del gobierno en la medida que indicó que estas reformas posibilitarían la instauración de políticas de planificación y de medidas de gestión más eficientes (OMS, 1971; 1969). Nuevamente las palabras del asesor de OPS, Henríquez Frodden (1957, p. 9) sirven de ilustración: “Afortunadamente las condiciones van cambiando... y ya es opinión generalizada el hecho de que son inseparables las labores de medicina curativa, preventiva y sanitaria.”

Desde la propuesta organizativa, esto quedó articulado en la necesidad de descentralizar la estructura creada por la gestión Carrillo y planificar centralizadamente a partir de las técnicas provistas por el método de planificación CENDES/OPS (Veronelli & Veronelli Correch, 2004; Iriart *et al*, 1994). Este método fue desarrollado por un grupo liderado por el ingeniero agrónomo chileno J. Ahumada en la Universidad Central de Venezuela, financiado y difundido por OPS. Surgió como estrategia de la OPS para adaptarse a los estándares internacionales surgidos de la carta de Punta del Este y la necesidad de innovar en un área en la cual no había desarrollos técnicos previos: la planificación en salud (Ahumada *et al*, 1965; Testa, 2005).

Además de las acciones destacadas anteriormente OPS desarrolló numerosos planes y programas destinados al abordaje de enfermedades concretas (paludismo, dengue, entre otros.) y se brindó asistencia técnica en los procesos de reforma del sistema de salud y de la formación médica, particularmente en los vinculados a los procesos de descentralización sanitaria y reforma de las estructuras prestacionales construidas durante el peronismo. Como acciones concretas podemos señalar la colaboración en procesos de formación de profesionales, en el mejoramiento de servicios de salud (1966), mejoramiento de los servicios de salud del noroeste (junto a PNUD/UNICEF), la organización de servicios regionales de

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Cuyo (1961), colaboración para la mejora, ampliación de los servicios de estadística y formación de personal técnico y auxiliar de estadísticas oficiales en salud (1967), en la organización del CLAM (Centro Latinoamericano de Educación Médica) (1967), de la Escuela de Salud Pública (desde 1958), enseñanza de ingeniería Sanitaria (1960, 1965) y por supuesto, el ESSEM (1968) (OMS 1971; 1969).

Aun así, no se puede considerar a la OPS como un actor homogéneo, sino que debemos señalar que a su interior convivían diversas propuestas organizativas, pudiendo señalar desde posiciones abiertamente favorables al golpe de estado y la búsqueda de la desarticulación del sistema sanitario de la época del peronismo hasta posiciones como la de J.C. García, quien buscaba articular una propuesta de izquierda recuperando autores de la medicina social y los autores críticos, no solo del campo de la medicina, sino también de las ciencias sociales (Galeano, Trotta & Spinelli 2011). De acuerdo a un entrevistado:

la OPS en esa época en esos años 60s, 70s era un organismo dirigido por un tipo de derecha, Horowitz, que cobijó toda la gente que fue expulsada de su país y tenía capacidad de llegar ahí y era una mezcla de sui generis... y... tanto de uno como de otro lado personas muy inteligentes y no tenían ahí necesidad... a fines de los 60s, 70s Juan Cesar García, conviviendo con Bravo, que era un tipo de la derecha, y el propio Horowitz que era un tipo de derecha.

Esta característica tuvo su reflejo organizativo en la forma de trabajo concreta de la OPS, de acuerdo a un entrevistado que tuvo varios cargos allí,

la OPS tiene una organización, un doble comando organizacional, tiene un comando político y un comando técnico, por eso, la OPS tenía la casa central en Washington [...] entonces lo que hacía OPS era indicar las políticas que habían desarrollado, y las oficinas regionales, la de Buenos Aires, la de Santiago o las que fueran, eran las que implementaban técnicamente estas.

Esta heterogeneidad se reflejó en la organización burocrática interna. De acuerdo a uno de los entrevistados, ex funcionario de OPS y participante del ESSEM,

vos tenías ese grupo, el grupo de Estadística, el grupo de Estadística ideológicamente neutro llamémosle, grupo de izquierda, es para mí otro grupo técnico, los de Administración Hospitalaria. Y después los otros grupos, los clásicos, que son Saneamiento Médico, ¿no cierto? Odontología, todos esas complementarias, las columnas vertebrales eran Recursos Humanos... no digo un grupo de atención primaria básicamente, eran los de servicio de salud, los de servicio de salud; ah, por supuesto los de Planificación.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Este doble comando permitió a los funcionarios y profesionales del ESSEM establecer diversas formas y niveles de vinculación con la Organización. Uno de los técnicos marcó esa separación *“la OPS como OPS es una cosa, la OPS con la cual yo me relacionaba que era Raúl Vargas y compañía era bárbara, porque era una parte técnica y más, era un tipo que pensaba como nosotros, si no totalmente, bastante convergente”*.

El ESSEM se articuló con varios de estos grupos: Mario Testa referente del grupo de planificadores, participó del desarrollo de modelos de planificación a partir de los datos producidos; J. C. García de Educación Médica obtuvo datos para sus proyectos sobre educación médica en América Latina y Raúl Vargas de Estadísticas, fue asesor metodológico.

La importancia que el ESSEM tuvo para la OPS aparece reflejado en los balances y documentos de la época, en términos de uno de sus proyectos importantes (OMS, 1971; 1969). Además contó con el monitoreo personal de su director, el médico chileno Abraham Horowitz quien además de ser amigo del director del ESSEM Carlos Ferrero, incluyó en sus viajes al país las visitas a la sede de trabajo de la encuesta. Un sanitarista rememora que

la primera vez que yo conocí a Horowitz estábamos en Encuesta Nacional de Salud, llegó Horowitz a visitar el país, llegó a la OPS y le dedicó una tarde a la Encuesta Nacional de Salud. [...], nos dio un discurso, la importancia de la estadística, la importancia de esto, muy serio, muy amable, y se fue. [...] y me acuerdo de que él estaba metido en todo esto, la OPS tenía presencia en esto, y como un apoyo técnico.

Otros entrevistados indican que el apoyo no era solo técnico, sino que la llegada de Ferrero a Holmberg se debe, al menos en parte, a la mediación de la OPS.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

10. EL ESSEM COMO ESTRUCTURA NORMATIVA Y PROYECTO TÉCNICO

10.1 Normativa regulatoria y financiamiento.

Durante el año 1968 se produjo una reforma sustancial en el sistema de producción de datos del Estado con la sanción de la Ley N° 17.622/68, que derogó la Ley N° 14.046/51 sancionada por el peronismo. Esta Ley creó el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), que dependía a su vez del Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) y que tenía por función dirigir todas las actividades estadísticas y unificar su orientación. Para ello se creó la figura de Sistema Estadístico Nacional.

La Ley, aún vigente, prevé que el sistema esté integrado por numerosos organismos productores de estadísticas del Estado, incluyendo los de los organismos militares, de las provincias, municipales, de las empresas (nacionales y provinciales), etc.

Como señala el texto normativo, la producción de un nuevo sistema de estadísticas debía estar reforzada por un amplio programa de capacitación de personal para su realización.

De acuerdo a la Ley N° 18.551, que reglamentó el funcionamiento del ESSEM, el mismo se justifica a partir de que

Aun con el buen funcionamiento del Programa Nacional de Estadísticas de Salud y del modelo de programación de actividades se prevé que se ha de persistir el desconocimiento de ciertos elementos de información de suma importancia para la adopción de ciertas decisiones de trascendencia de la instrumentación de la política nacional de salud (Ley N° 18.551, p. 3).

Ya que, en última instancia “hay mucho interés en instrumentar la nueva política sanitaria nacional encauzándola dentro de un proceso coherente de planificación de su desarrollo” (Ley N° 18.551, p. 3). En este contexto, el ESSEM forma parte del desarrollo de dos núcleos de trabajo prioritarios

uno, es el desarrollo de un modelo nacional de programación de actividades para los establecimiento de atención médica con miras a obtener en primer lugar el uso más racional posible dentro de las limitaciones de la información existente, de los recursos que existen para la atención médica, el otro es el énfasis puesto en el mejoramiento y desarrollo de los sistemas de producción de estadísticas vitales y

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

de salud por los procedimientos regulares de recolección de datos cuyo funcionamiento ha sido hasta ahora insuficiente (Ley N° 18.551, p. 3).

En este contexto se plantearon dos necesidades respecto de la construcción de estadísticas: establecer fuentes de datos confiables y continuas. Esto implicó también la necesidad de reforzar la formación, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, de personal sanitario y en particular médico que sea capaz de producir y planificar acciones a partir de esta información.

Dentro de lo establecido por la legislación del ESSEM (leyes N° 18.551 y 19.786) se establecieron las estructuras formales de responsabilidades: la OPS se comprometió a brindar asesoría técnica, becas para “adiestramiento” en el extranjero, equipo, suministros y materiales (valor no excedente a \$30.000 durante 1968). Lo referido en la Ley N° 19.786 indica que ese nivel de aporte fue constante al menos hasta 1972. El aporte económico de OPS fue secundario si consideramos que según el acuerdo de ratificación de la Ley N° 18.551 la Secretaría de Salud Pública participó con \$ 1.700.000 sólo durante 1972. Para ese momento ya habían finalizado las tareas en campo, que insumían gran cantidad de presupuesto (Ley N° 19.786, 1972). Nuestros entrevistados recuerdan que el aporte económico de OPS fue simbólico o menor en relación con los aportes de la Secretaría de Salud. En los documentos no se indica que AFACIMERA⁸ (Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina) haya provisto recursos económicos, aunque algunos entrevistados indicaron que aportaron una mínima cantidad de dinero.

⁸ AFACIMERA surgió en 1961 a partir de la iniciativa surgida del Primer Congreso de Educación Médica de la Asociación Médica Argentina en 1957. El congreso fue auspiciado por la OPS. Durante 1960 en una reunión de decanos de facultades de medicina en la que participaron las universidades de Córdoba, Rosario, Mendoza, Tucumán, Corrientes, La Plata y Buenos Aires se propuso la creación de AFACIMERA. J. Cetlín, quien posteriormente participará del ESSEM, fue el encargado de realizar el proyecto. En 1962 se incorporaron la Universidad Católica de Córdoba y la Universidad del Salvador. En el estatuto de la organización se subrayan los propósitos de representar a las facultades miembros frente a organizaciones internacionales y establecer principios y objetivos de la educación médica. Si bien la sede de reuniones y la presidencia se establecieron como rotativas, la sede permanente se ubicó en Buenos Aires y entre 1968 y 1973 funcionó en el Hospital de Clínicas (Galli, 2008).

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

La Ley N° 18.551 (p, 2) caracterizó el ESSEM como “un complejo plan de estudios de investigaciones estadísticas que permitirá tener un panorama sumamente amplio y preciso de la realidad actual del sector”.

El gobierno nacional se comprometió a suministrar el personal (técnico y administrativo), recursos presupuestarios, locales, materiales, equipos y servicios de secretaría adecuados, la colaboración de sus dependencias técnicas (y la gestión ante otros organismos que pudieran requerirlo), a evaluar periódicamente la marcha del estudio. También se comprometió a asumir la responsabilidad jurídica ante terceros, en caso de ser requerido⁹. Hamilton (2010) relata que a pesar de que la intención original fue que el equipamiento y financiamiento provinieran y estuvieran registrados a nombre de la SSP, por cuestiones de practicidad se terminó optando por vincular las transferencias de dinero y los equipos a la OPS.

Adicionalmente esta legislación contempla, reiteradas veces, la posibilidad de que una de las fuentes de financiamiento sea la venta de información, incluyendo la posibilidad de que se aprovechen las muestras seleccionadas para incorporar preguntas adicionales que generen recursos propios. La posibilidad de ampliar el financiamiento de esta forma no aparece reducida al sector privado, sino que parece centrado en otras dependencias públicas como provincias o municipalidades (Ley N° 18.551). De acuerdo a lo analizado y lo expresado por los entrevistados, el ESSEM no despertó gran interés entre las dependencias provinciales o de menor nivel y no se articularon colaboraciones, por fuera de AFACIMERA, para vender datos. Algunos de los relatos sugieren que en parte esto se debió a que la relación entre el nivel nacional de estadísticas y algunas provincias no era del todo buena.

10.2 La organización burocrática

⁹ “8.1. El Gobierno tendrá a su cargo el trámite de todas las reclamaciones que se presenten por terceras partes contra la Organización, sus expertos, agentes o empleados y mantendrá exentos de responsabilidad a la Organización, sus expertos, agentes, o empleados en caso de que resulten cualesquiera reclamaciones o responsabilidades de las actividades realizadas en virtud de este acuerdo, a menos que el Gobierno y la Organización convengan en que tales reclamaciones o responsabilidades se deben a negligencia grave o falta voluntaria de dichos expertos, agentes o empleados.” Ley N° 18551 (1968)

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

El desarrollo del ESSEM implicó una estructura burocrática de importante envergadura¹⁰.

Organizativamente contó con una estructura piramidal encabezada por un Consejo Directivo, presidido por el subsecretario de salud, el representante de OPS en Argentina y el director (o vice director) de la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina (AFACIMERA).

La dirección ejecutiva se encargaba del funcionamiento cotidiano del ESSEM, estaba conformada por un director y un subdirector. Además de los grupos de trabajo, detallados posteriormente, contaban con una comisión de asesores técnicos sobre temas puntuales como estadísticas, modelos matemáticos o enfermedades concretas. Entre 1968 y fines de 1970 el director del estudio fue C. Ferrero, siendo reemplazado posteriormente por el M. Hamilton hasta la finalización del mismo.

Además la Dirección ejecutiva contenía dos dependencias (Secretaría y Contabilidad y Costos) y cuatro sectores: Diagnóstico, Recursos, Educación e Infraestructura. Cada uno de estos sectores contaba con un responsable a cargo. Los entrevistados refirieron que el ESSEM llegó a contar con más de 200 personas trabajando simultáneamente. Esto incluyó representantes en todas las provincias, jefes de campo, encuestadores y otros profesionales.

Estos sectores se encontraban divididos en sub grupos, Diagnóstico incluía a Demografía, Encuesta de Utilización y la Encuesta de Morbilidad. La Encuesta de Morbilidad a su vez contenía a tres grupos operativos: Encuestas Domiciliarias, Seguimiento Retrospectivo y Examen Físico.

Este sector de estudio trabajó sobre tres tipos de fuentes: 1. registros de laboratorios e instituciones privadas; 2. el censo de 1960 (se contempló también la utilización del realizado en 1970); 3. Encuestas realizadas por el ESSEM.

El Sector de Recursos contó con dos grupos: el de Recursos Materiales y el de Recursos en Operación, que a su vez contó con otros dos sub grupos, el de Recursos Materiales y el de Recursos Financieros.

¹⁰ Para mayor facilidad en la lectura hemos incluido como Anexo B una figura explicativa.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Recursos en Operación trabajó fundamentalmente sobre dos tipos de fuentes, como fuente secundaria utilizó el catastro realizado entre los años 1964 y 1965 por la Dirección de Estadísticas de Salud (Ministerio de Salud de la Nación), dirigida por José C. Escudero. Como datos primarios realizó un relevamiento constituido por dos encuestas, una en terreno y otra por correspondencia. En primer lugar se enviaron formularios por correo a las instituciones registradas de cada provincia, y para aquellas instituciones que no contestaron a 3 o 4 envíos de formularios se envió un entrevistador. La encuesta se focalizó en relevar: la capacidad y distribución (de acuerdo a especialidad) de las camas, el relevamiento de tipos y características de los servicios, la estructura y nómina del personal de cada hospital (ESSEM, 1969c).

Por su parte el sector educación incluía tres grupos: escuelas de medicina, de odontología, y de enfermería. El sector educación trabajó con datos conseguidos a través de AFACIMERA.

Finalmente el sector de infraestructura (o servicios técnicos generales) estaba compuesto de tres grupos, muestreo, computación electrónica y educación y divulgación.

Si bien este en si no era un estudio y no poseían actividades de investigación que le fueran propias, este grupo se encargó de lo relacionado con los aspectos metodológicos, de muestreo, procesamiento y de coordinación de las actividades de campo.

En 1969 a partir de la expansión y complejización del ESSEM se dividió Servicios Técnicos Generales (a cargo de Adolfo Chorny) y Muestreo (a cargo de Sara Novaro). Servicios Técnicos Generales se encargó de llevar a cabo las impresiones que se hicieron con equipos adquiridos por el ESSEM y en la cual no solo se imprimieron los folletos de divulgación y los fascículos con resultados de los estudios, así como también el material para el trabajo de campo (formularios de las encuestas, materiales de capacitación, etc.)

10.3 Los profesionales del ESSEM: Entre las moscas blancas y los inocentes hijos de Germani

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

El desarrollo de la planificación configura para nuestro caso la emergencia de una demanda de diversos tipos de profesionales: por un lado aquellos capacitados en las técnicas de planificación sanitaria, los sanitaristas, y por otro de profesionales vinculados a las técnicas de planificación (por ejemplo demógrafos o estadísticos) encargados de temas puntuales. Esto no ha de ser entendido como una particularidad del campo de las políticas sanitarias, sino como un momento más generalizado en el cual hay un afianzamiento de una idea de Estado

cepalino, caracterizado por ser el lugar de la racionalidad, de la concentración del poder de la capacidad para operar desde afuera, homogeneizando, unificando e imponiendo orden en sociedades heterogéneas, fragmentadas, conflictivas. La planificación se valoriza al ser pensada como instrumento por excelencia de esa racionalidad científica, autónoma, omnisciente, que debe incorporar a su dinámica el aparato estatal (Belmartino & Bloch, 1994, p. 34).

Esto creó condiciones propicias para la profesionalización del sanitarismo, ya que encontró no solo una demanda de sus saberes, sino también una legitimación formal por parte del Estado.

El cuerpo de profesionales del ESSEM estuvo compuesto por diversos profesionales: sanitaristas (médicos), demógrafos, sociólogos, matemáticos, físicos y estadísticos. Mostraremos, a partir del análisis de sus posicionamientos, capacidades técnicas y las dinámicas de trabajo que el desarrollo, la consolidación y la disolución de los equipos de trabajo del ESSEM estuvo atravesado por dos tensiones principales: la diferenciación entre médicos sanitaristas y los otros profesionales, que llamaremos “de apoyo”, y el proceso de radicalización en las posturas políticas al interior de los profesionales del ESSEM.

Resulta dificultoso reconstruir la cantidad de profesionales que pasaron por el ESSEM, y por lo tanto, cuántos de ellos eran sanitaristas y cuantos de apoyo. Surge de las entrevistas y la autobriografía de Hamilton (2010), su segundo director, que en el momento donde el ESSEM tenía más personal contratado eran aproximadamente, 200 personas trabajando. De aquellos que aparecen mencionados en las publicaciones y las entrevistas hemos podido identificar 53 participantes, de los cuales recuperamos la profesión de 45. Entre ellos priman los sanitaristas, representado la mitad; los profesionales de apoyo

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

representan la otra mitad, distribuyéndose de forma equitativa entre demógrafos, sociólogos y profesionales de “ciencias exactas” (matemáticos, licenciados en estadísticas, físicos e ingenieros). Si bien este dato es aproximado concuerda con los relatos de los entrevistados.

10.3.1 Los sanitaristas del ESSEM: lo técnico como político.

Los distintos grupos de trabajo del ESSEM estuvieron liderados casi exclusivamente por médicos: Carlos Ferrero (director), Mario Hamilton (jefe de estudios demográficos y luego director), Julio Ceitlin (director asistente), Marcos De Elia (jefe de recursos de educación médica), José Paganini (jefe de recursos de atención médica), Héctor Boffi Boggero (jefe recursos de operación), Carlos Álvarez Herrera (jefe de la Encuesta de Morbilidad), Floreal Ferrara (coordinador del estudio retrospectivo), Eduardo Acebal (jefe de proyectos), Noel Sbarra (publicaciones), Arnaldo Torrens (Jefe de recursos humanos), Luis Vera Ocampo (gasto en salud), Saúl Rossi (jefe de sección seguimiento retrospectivo) y Eduardo Zibecchi (coordinador de utilización de recursos). Este conjunto particular de médicos no se identificaban solamente como tales, sino que lo hacían como sanitaristas y en particular a partir de su titulación en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (ESPUBA), ámbito de formación y nucleamiento desde el que desarrollaban actividades docentes y de investigación (Iriart *et al*, 1994; Hamilton, 2010).

La identidad de sanitarista posee varias particularidades. Durante los años del ESSEM y de acuerdo a la caracterización Iriart *et al* (1994), los sanitaristas buscaron consolidarse en una tecnoburocracia, específica del ámbito de la administración sanitaria caracterizado por: buscar la articulación de las distintas formaciones sanitarias (tanto públicas, de obras sociales o privadas), la rotación de sus miembros entre organismos internacionales, funciones públicas y posteriormente gremiales médicas, la exaltación de la eficiencia por sobre la eficacia y la subordinación de la racionalidad política a la técnica.

Los sanitaristas presentaron su especialidad como de aplicación al interior del Estado, y en este sentido el paso de una salud estatal administrada por médicos higienistas a una administrada por sanitaristas implicaría la reformulación de la función estatal, en tanto se desplazaría del saneamiento urbano y la prevención del contagio hacia la administración y

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

racionalización de los servicios de atención médicos (Iriart *et al*, 1994). Estos profesionales definieron en estos términos a la Salud Pública, dominio que entendían como propio de la medicina, pero expandido a un espectro más amplio de campos de conocimientos: la estadística, la enfermería, las ciencias sociales, la educación médica y fundamentalmente la administración. Si bien incorporaron estos saberes a su núcleo de conocimiento, mantuvieron una primacía de la mirada biologicista¹¹ (Belmartino & Bloch, 1994; Iriart *et al.*, 1994).

El sanitarismo centró sus discusiones en tres núcleos programáticos: 1. el dilema centralización descentralización; 2 la discusión sobre el seguro de salud; y 3. la participación comunitaria en temas de salud (Iriart *et al*, 1994).

1. Respecto de la centralización/descentralización proponían que el organismo nacional de salud adopte un carácter normativo orientador y coordinador de políticas, planes y programas, con funciones de control y evaluación, dejando los aspectos operativos a las jurisdicciones o al efector privado.

2. El seguro de salud también contemplaba un rol preponderante del Estado, en tanto articulador y racionalizador del gasto, aunque no como único financista, y con algunos matices dependiendo se presentara como prestador o articulador de un sistema privado.

En términos de Iriart *et al* (1994), esto no difiere particularmente de las posiciones tradicionales de las mutualidades médicas como la COMRA, aunque para Belmartino (2005), el control sobre la formación y el libre ejercicio de la profesión resultan rasgos identitarios claves para esta organización que, en un proyecto de estas características se encontraba, al menos, amenazado.

Además de la presentada, al interior del pensamiento sanitarista, existían variaciones sobre cómo debía articularse este seguro de salud, dentro de las que se pueden distinguir tres variantes: a) el desarrollo de un sistema de salud, al estilo del Servicio Nacional de Salud del

¹¹ El biologicismo es el rasgo clave del Modelo Médico Hegemónico, modelo centrado en el abordaje individual y en las manifestaciones fenomenológicas de los padecimientos, según el cual las sociedades modernas abordan sus procesos de salud enfermedad.

Este rasgo, caracterizado por explicar desde la dimensión biológica de los padecimientos, otorga cientificidad al modelo explicativo, ordena y jerarquiza en relación a sí mismo los distintos principios posibles. De esta forma termina por subordinar otros niveles explicativos. El biologismo del Modelo Médico Hegemónico orienta, no solo las prácticas individuales, sino también las colectivas (Castro, 2011).

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Reino Unido. Es decir, un sistema único, regionalizado con servicios ordenados por niveles de complejidad¹² e identificación de la población a cargo. El financiamiento estaría a cargo del Estado y la cobertura universalizada. Los proveedores remunerados por salarios y el subsistema público se transformarían en el principal proveedor de atención.

b) La propuesta “pluralista”, en la cual el sistema de obras sociales negociaría directamente con los privados las formas de concertación de precios y servicios, dejando la población carente de cobertura, así como las cuestiones ambientales, de enfermedades infecto contagiosas o incapacitantes a cargo del subsistema público.

c) Seguros privados a partir de una operatoria de libre mercado. Aquellos incapaces de pagar un seguro quedarían bajo resguardo del subsistema público. Esto implicaría la desaparición del sistema de obras sociales en tanto prestador de servicios (Belmartino & Bloch, 1994).

Durante los primeros años del ESSEM la postura de los sanitaristas de la ESPUBA respecto del seguro de salud era que:

El seguro a implementar debe ofrecer cobertura a toda la población que trabaja en relación de dependencia, prever la incorporación paulatina de los trabajadores independientes y asegurar la atención del estrato indigente que actualmente es tributario de los hospitales públicos, dentro de un régimen en un todo igual al ofrecido al resto. [...] debe cumplir la esencial función de ordenar paulatinamente la estructura del sistema, tendiendo a nivelar las oportunidades en beneficio para toda la población amparada [...] Las prestaciones que financiaría el seguro se brindarían a través de toda la capacidad instalada nacional, ya sea ella estatal, paraestatal o privado. [...] La regionalización de la atención médica debe ser uno de los criterios básicos de funcionamiento, englobando a las distintas jurisdicciones que puedan ser dueñas de los efectores [...] El seguro no puede estar destinado a financiar la supervivencia de esquemas organizativos y métodos retributivos que la evolución de la medicina tiende a superar. (A. Neri *et al*, 1971, p. 90).

Durante los últimos años del ESSEM, la posición se radicalizó hacia un “programa socializante y redistributiva” donde “el estado es responsable de asegurar el acceso a la

¹² Uno de los entrevistados relató como en el trabajo en CONADE ya habían desarrollado modelos para caracterizarlos perfiles de complejidad de los establecimientos asistenciales. Esto posibilitaría una forma de racionalizar la entrega de recursos de acuerdo a la población a cargo y el tipo de atención que se dispensa.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

atención de salud en forma gratuita e igualitaria a través de un Sistema Único de Salud” (Hamilton, 2010:91).

Propiamente, entre los objetivos del ESSEM se encontró

Medir el desfase entre las estructuras actuales del sector salud y la realidad sanitaria. Aportar los elementos necesarios para una óptima producción y utilización de los recursos de salud. Colaborar en el desarrollo de los "modelos" necesarios para la organización de la atención de salud en el país (ESSEM, 1969c, p. 8).

Además, el proyecto de un seguro de salud fue una de las metas de la gestión de Holmberg en la SSP, ya que esta se orientaba

a descentralizar la organización del SSSM [Sistema de Seguridad Social Médica], agrupando a la totalidad de los beneficiarios en el ámbito de las provincias y de la Capital Federal, en una sola obra social por jurisdicción. Un segundo paso ulterior sería la organización de un seguro de enfermedad con carácter nacional, descentralizado y también aplicado en el territorio provincial” (Belmartino, 2005, p 166).

En la memoria de alguno de los entrevistados, estos objetivos responden a la intención de construir datos que permitieran mensurar los alcances y limitaciones concretas que tendría un seguro de estas características.

3. La participación de la comunidad se encontraba vinculado a dos vertientes: por un lado a la colaboración de la población con las autoridades sanitarias (con cooperadoras, etc.) y fundamentalmente a la educación sanitaria de la comunidad, como forma de racionalizar la utilización de recursos, tanto en el consumo médico como en medicamentos, etc. El vínculo entre la idea de educación sanitaria, racionalización y utilización de los servicios atraviesa numerosos puntos del ESSEM y en particular los estudios de utilización y morbilidad, donde se estudiaron cómo a partir de la percepciones de la población respecto de sus padecimientos, el tipo de gravedad de los mismos, sus recursos materiales se utilizaban distintos de recursos formales e informales de la atención médica (ESSEM, 1973; 1972a).

El desarrollo de la comunidad, en tanto consigna, fue vehiculizada por la Alianza para el Progreso y la actividad de organismos internacionales como CEPAL y Naciones Unidas; pero también con las encíclicas vaticanas relacionadas con la doctrina social de la iglesia.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Esto resulta importante ya que la Secretaría de Acción Comunitaria del MBS, se encontraba fuertemente orientada por esta doctrina y, entonces, la participación comunitaria resultaba un lenguaje común (Belmartino, 2005; Gomes, 2014; Svampa, 2010).

Esta vinculación con los organismos internacionales es clave ya que, de acuerdo a Iriart *et al.* (1994, p. 42),

dada la dependencia estrecha de la planificación latinoamericana a las imposiciones de los organismos internacionales liderados por EEUU los márgenes de libertad que le quedan a cada país para la definición de políticas de carácter estructural son tan limitados que aunque cada gobierno anuncie la importancia otorgada a la planificación, en los hechos queda reducida a áreas muy restringidas; de allí que en el ámbito sanitario de Argentina esta práctica se limite casi exclusivamente a los servicios hospitalarios.

10.3.2 La ESPUBA y la formación de Sanitaristas

El recientemente creado PNES (Programa Nacional de Estadísticas en Salud), y como parte constitutiva el ESSEM fueron parte de los espacios por los cuales los sanitaristas formados en la ESPUBA se incorporaron al Estado. Este rol de escuela formadora de técnicos para el estado es señalado en el acuerdo de creación del ESSEM, convertido luego en la Ley N° 18.551/70, designó a esta escuela como ámbito de formación de los nuevos profesionales necesarios para la consolidación del nuevo PNES:

Otro problema evidente en el país es la escasa disponibilidad de personal capacitado para llevar a cabo estudios demográficos y de población. Esta situación está en vías de solucionarse con la incorporación de especialistas que se han adiestrado en el extranjero y con la inclusión cada vez con mayor intensidad [...] en la Escuela de Salud Pública y en la Facultad de Medicina.

Adicionalmente el director de la ESPUBA, A. Sonnis, participó en el desarrollo del proyecto original del ESSEM (ESSEM, 1969c)

La formación de sanitaristas comenzó a partir de la década de 1950 y tuvo su auge durante el onganato (Belmartino, 2005; Arce, 2010; Iriart *et al.*, 1994). Formó parte del discurso modernizante llevado a cabo por el gobierno, vinculado a la planificación como instrumento indispensable en la utilización racional de recursos y en la modernización del Estado (Arce, 2010; Iriart *et al.*, 1994). Esto no fue un fenómeno exclusivo del ámbito de la

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

salud, sino que otras disciplinas como la sociología también compartieron este enunciado proponiéndose a ellas mismas como necesarias para la planificación. Por ejemplo, Germani¹³, consideraba a la planificación como emergente de un proceso de creciente racionalización, de la sociedad y del Estado, que se expandía sin una frontera clara y se encontraba en búsqueda de una ciencia con un conocimiento teórico-metodológico total respecto de la sociedad con la que complementarse y ese era el rol que la sociología estaba llamada a ocupar en los años venideros (Germani, 2006; Blanco 2006).

Durante un breve periodo a principios de la década de 1960 convivieron dos escuelas de Salud Pública, la primera dirigida por H. Noblia en la Secretaría de Salud, y la segunda dirigida por A. Sonnis en la Universidad de Buenos Aires.

Durante la gestión de Risieri Frondizi (1957-1962) como rector de la UBA, y en apoyo a las políticas desarrollistas, se gestionó la transferencia y fusión de la Escuela del Ministerio a la de la UBA, conocida como ESPUBA. Esto incluyó la transferencia de parte de sus profesores, subsidios, becas y estudiantes (Iriart *et al.*, 1994).

Estas escuelas encarnaban proyectos diferentes. La escuela del Ministerio de Salud tuvo el proyecto de generar una burocracia política sustentada por un cuerpo administrativo de carácter ejecutivo de funcionarios técnicos, mientras que la Escuela de la Universidad desarrolló un proyecto más vinculado a la modernización del Estado, donde se proponía la constitución de una “tecnoburocracia”, aislada de los imperativos políticos que a través del cumplimiento eficiente y eficaz de lo planificado, y de los postulados científicos, asegurara la eficiencia y eficacia del sistema (Iriart *et al.*, 1994). En este sentido, la primacía final de la ESPUBA vinculada a la neutralidad política terminó por constituir uno de los rasgos fundamentales de la identidad sanitarista de la década de 1960. Recuerda un profesor que

la escuela no era ideologizada, no había debates de política de más trascendencia [...] lo que se discutía eran cosas sobre el método CENDES podía ser o no, si era muy complicado si se podía evaluar las cosas que se decían

¹³ Gino Germani fue un intelectual de origen italiano, que resultó el actor central en la fundación de la Carrera de Sociología en la Universidad de Buenos Aires y es considerado como el renovador de la sociología en el país, promoviendo la investigación con datos cuantitativos y a nivel poblacional (Blanco, 2006; 2010).

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Un segundo entrevistado se recuerda en aquella época como “*absolutamente tecnocrático apolítico, [...], mi libido iba por lugares que no eran la política*” Una tercera entrevistada resumía la situación en que “*lo técnico cubría todo lo otro*”. Aldo Neri (1969, p. 13), director de la ESPUBA, en su evaluación de la formación de sanitaristas en Argentina explicaba que

Otro aspecto clave del ejercicio profesional comprende al juego y delimitación de los niveles técnicos y políticos. Desde el comienzo de nuestra formación, los administradores de salud aprendemos netas distinciones entre las funciones y atributos de los niveles [...] el experto se transformaba así en el instrumento idóneo para elaborar y ejecutar programas cuyas implicancias políticas y objetivos finales debía en cierto modo desinteresarse de considerar.

En este proceso de profesionalización del sanitarismo la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (ESPUBA), tuvo un papel clave. Esta se había constituido en un nodo de formación de profesionales para la administración pública y un centro de investigación que incorporó la idea de formación en epidemiología, administración, planificación con una agenda de trabajo cercana al desarrollismo y que contó con el apoyo de los actores universitarios. Su creación, unificación, financiamiento y posicionamiento contó con el apoyo de la OPS.

La creación y afianzamiento de la Escuela de Salud Pública como lugar formador de planificadores no fue un caso particular de Argentina, sino que OPS apoyó y financió la creación y afianzamiento de otras escuelas en distintos países de la región, como Colombia (Galli, 2008; ASCOFAME, 1967; Veronelli & Testa, 2002).

Las escuelas de Salud Pública fueron centrales en la difusión y discusión de los métodos de planificación, y en particular del CENDES/OPS (Barrancos y Vilaça Mendes, 1992). Un médico, estudiante y posteriormente incorporado al ESSEM recuerda que “*para nosotros a partir del curso de ESPUBA, sí; la planificación era clarísimo, lo que se necesitaba darle a los que toman las decisiones era información*”.

Tanto la ESPUBA como OPS, compartían una identidad tecnocrática que les permitía establecer relaciones de amplia colaboración y una identificación recíproca. Además, la OPS otorgaba becas a los docentes de la ESPUBA, y tal como relatan algunos entrevistados,

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

posteriormente los ayudaba a insertarse en el Estado. Estas becas fueron claves en la conformación del equipo del ESSEM: Sus dos directores (Ferrero y Hamilton) y algunos de los directores de proyectos se formaron, especialmente en Estados Unidos y Chile con ellas. Uno de los actores clave del ESSEM recuerda que

la gente de la OPS estaba buscando gente desesperadamente para tapar los huecos que habían quedado con la rajada del peronismo y así caí [...] [buscaban] gente con conocimiento en metodología estadística y en esa época estaba haciendo encuestas [...]. En los 60. Lo único que buscaban era gente con conocimientos... con proyección [...] a la gente buena ya la metían a estudiar. Tenían un programa de becarios importantísimos. Yo era muy amigo de la gente de OPS y todos los años mandaba a una o a dos personas de los graduados de la Escuela de Salud Pública [...] y era plata buena

En este proceso de profesionalización del sanitarismo hay que destacar dos logros de la ESPUBA: en primer lugar que su titulación, curso de administración hospitalaria, fuera requisito para acceder a puestos destacados, tales como director de hospital; en segundo lugar que formó cuadros técnicos estadísticos que se incorporaron a las direcciones de estadísticas de las diversas provincias y permitieron mejorar significativamente la calidad de los datos estadísticos (Iriart *et al.*, 1994; Marconi, 2014). Uno de los profesores de la ESPUBA, posteriormente vinculado al muestreo y análisis de datos del ESSEM, recordó que “*la escuela de Salud Publica formó técnicos en estadística para las provincias... y se hicieron convenios con las provincias para montar el sistema [de estadísticas en salud]*”. Esto fue fundamental para la realización del ESSEM, ya que fueron los funcionarios de estas provincias los responsables de proveer datos. La formación de los mismos facilitó la obtención de información ya que se había establecido una red informal de contactos y por otro, la homogeneidad de la calidad de la información.

Un último rasgo resulta importante. Se indicó anteriormente que la generación de intelectuales de la década de 1960 se identificaba como una “generación sin maestros” (Terán, 2013) y que esto les dio la oportunidad de producir rupturas en las formas de conocimiento sin pasar por la validación de generaciones anteriores. En esta lógica la ESPUBA participaba de este movimiento en la medida que la aparición de un saber identificado como nuevo, la planificación, permitía que el “orden” generacional se viera

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

como disruptivo. Una entrevistada rememoró que “*yo daba clases, yo tenía ¡27 años! ¡y daba clases a los titulares de obstetricia!*”. Otro recordó que “*Por ahí pasaba toda la inteligentzia argentina, tenía 29 años. A los 29 años fui el primer profesor de estadística de la escuela. Ahí éramos profesores y alumnos, todo junto*”. Este rasgo tuvo una continuidad marcada desde la ESPUBA al ESSEM. Una de las demógrafas recuerda, respecto de las reuniones de trabajo que:

eran equipos que realmente funcionaban, por lo menos de todas las experiencias de trabajo que tuve [...] por ejemplo los sábados íbamos, yo me acuerdo patente de ir a las reuniones de muestra que realmente me aburría, te lo digo, no, porque no es mi tema pero bueno era como que íbamos todos, no íbamos solamente cuando nos tocaba, entonces opinábamos todos realmente, no, no, era una cosa de mucha interacción, tanto Ferrero como Mario Hamilton por eso te digo eran especialmente abiertos a escuchar.

En un borrador de informe final del ESSEM, perteneciente al Fondo Floreal Ferrara de la Biblioteca Nacional, se sintetiza esta relación entre lo técnico y lo político

Conviene sin embargo manifestar que el nivel técnico tiene que reconocer la necesidad de urgir los mecanismos de obtención de toda esta información porque las presiones de las expectativas de la comunidad se hacen cada vez más intensas y están obligando a una decisiva política que puede transformarse en urgente. De esta forma deberá resolver la dificultad inherente a la transformación del sistema con celeridad y precisión, porque si no puede producirse cambios incontrolables que no asegurarán la optimización de las soluciones teóricamente concebidas y aceptadas como útiles. Gran parte de esta estrategia prioritaria está desarrollada en la ejecución del ESSEM, que viene a circunscribir estos requerimientos de información con la profundidad y alcance que se consideran imprescindibles. (ESSEM, Informe Final, SRF, p. 6)

Durante la charla posterior a la entrevista, una funcionaria del MBS describía a los equipos del ESSEM y del PNES como “*moscas blancas*”: ella asociaba un pequeño tamaño (e influencia), rareza, cierta capacidad de molestar y sobre todo el color blanco e impoluto.

10.3.3 La ruptura con el imperativo tecnocrático en el sanitarismo

Durante las entrevistas detectamos un punto de ruptura en la identidad profesional de los sanitaristas hacia fines de la década del 1960 y principios de la de 1970. Este proceso se fue acrecentando hacia 1973, con la elección de Cámpora como presidente de la nación y en

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

los años siguientes hasta el golpe de Estado de 1976. Esto se produjo en el contexto de una radicalización más generalizada de la sociedad argentina (Terán, 2013). Entre los sanitaristas se produjo una división que marcó una visible diferenciación en un grupo profesional que hasta ese momento se había mantenido relativamente unido. Uno de ellos recuerda que *“es más o menos simultaneo la preparación de la encuesta con esta transformación, con esta radicalización, tienen que ver sin ninguna duda, no podría precisar de qué manera”*.

Un grupo de ellos se alejó de la imparcialidad política planteada y las manifestaciones exclusivamente técnicas para participar explícitamente del desarrollo de proyectos políticos (siempre vinculados a salud), en particular del peronismo. Por ejemplo, Floreal Ferrara, jefe de la encuesta de morbilidad del ESSEM, se convirtió en Secretario de Salud de la provincia de Buenos Aires en 1973 y muchos de los sanitaristas y sociólogos de la encuesta decidieron participar con él, como parte de lo que entendían una experiencia transformadora (Svampa, 2010). Hamilton (2010, p. 90-93) relata que

en una reunión realizada con el grupo progresista de la Escuela de Salud [Pública] analizados las diferentes posibilidades de integrarnos a alguno de los sectores político técnicos existentes [dentro del peronismo]. Había dudas y resistencias con relación a la izquierda del peronismo. [...] Decidimos con Escudero y Sores Soler integrarnos al consejo Tecnológico [...] al grupo inicial se fueron agregando paulatinamente otros participantes. [...] Con ellos trabajé en mi casa un par de semanas hasta lograr una primera versión del documento “bases para un Programa Peronista de Acción de Gobierno en Salud [...] En el mensaje del presidente electo [...] Cámpora enunció como programa de salud del gobierno casi integralmente las bases para un Programa Peronista de Acción de Gobierno en Salud dando énfasis a la creación de un Sistema Único de Salud que incluiría todos los recursos humanos materiales y financiero del sector.

Una de las sociólogas, identifica este cambio en los sanitaristas en tanto:

los médicos transformaron su cabeza, todos [...], todos como que se reciclaron, además en un momento políticamente, [...] en el momento de la peronización de las capas medias, entonces todos ellos, nosotros también, yo viré a la izquierda, nos peronizamos, los médicos se peronizaron, y se armó una cosa tan extraordinaria

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Otro grupo, del que formó parte el primer director del ESSEM, Carlos Ferrero¹⁴, identificó en este escenario de polarización un riesgo grande y optó por mantenerse por fuera de estos desarrollos políticos y refugiarse (física, simbólica y laboralmente) en los organismos internacionales, manteniendo la presentación de un carácter puramente técnico. Incluso entre aquellos que optaron por mantener la identidad “técnica” como sanitaristas, en las entrevistas aparecen repetidas veces amenazas contra su vida o integridad física que, eventualmente, llevaron a la mayor parte de ellos a exiliarse. Sobre la renuncia de Ferrero, una participante del ESSEM entiende que *“terminó renunciando porque yo creo que se lo superó el tema de que sabía que todos estábamos ahí al borde de (risas) éramos todos militantes viste”*.

Una imagen que ilustra estas tensiones, y también en las relativas a la tensión entre los sanitaristas y los asesores de OPS y los profesionales de apoyo, sobre la selección y contratación de los encuestadores. Dos profesionales de apoyo indican: *“nosotros queríamos contratar compañeros (risas)”*, *“contra recomendación del asesor internacional lo primero que contratamos fueron estudiantes de sociología”*. En la medida que esto trajo problemas tanto técnicos como políticos,

uno de los pibes que fue a listar lo habían metido en cana [preso] y Ferrero tuvo que intervenir para sacarlo, lo habían metido en cana porque aprovechó la coyuntura para pintar... (ríe) en apoyo a los movimientos revolucionarios de aquel momento, porque en Tucumán la cosa estaba muy caliente... tuvo que viajar Ferrero para sacarlo al pibe

Además de problemas políticos, esta selección trajo problemas en la calidad de los datos. Los entrevistados recuerdan que la efectividad de los estudiantes no era la misma que las amas de casa; como recuerda uno de los profesionales de apoyo que inicialmente apoyó la contratación de estudiantes:

¹⁴ Ferrero fue director desde el comienzo del ESSEM en 1968 hasta fines de 1970, cuando fue reemplazado por Hamilton. Además de esta función, fue el primer director de la DEIS, coordinador del instituto de bioestadística y primer profesor de estadística de la ESPUBA, becario de la OPS en Ann Harbor, organizador del sistema de estadísticas en salud de la Provincia de Buenos Aires. Posteriormente al ESSEM se desempeñó como consultor de OPS y director del INDEC, entre otros cargos (Hamilton, 2010)

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

[el asesor] había recomendado contratar amas de casa... con hijos... adolescentes o más que no les ocupasen el tiempo, etc..
Nosotros pensamos "con esto nos venís" y contratamos estudiantes de medicina y sociología y fue terrible, porque no entraban... aparecía una señorita de pollera corta, tacos altos, pintadita y quería entrar a una villa y lo sacaban a las patadas o un señor barbudo que quería entrar y no entraban y ahí cambiamos por unas señoras respetables que tomaban el té y el mate y levantaban las encuestas... algunos quedaban de los otros profesionales, pero fue... porque además los jóvenes eran muy imaginativos... o sea, llenaban muchas encuestas en las mesas de café, teníamos un sistema de supervisión que permitía detectarlos.

Una de las sociólogas apunta que el asesor

[el asesor internacional]nos dice bueno ¿Cómo piensan reclutar encuestadores? Nosotros dijimos: bueno los estudiantes de filo, porque nosotros somos todos de filo, sociología estaba ahí, en fin. Entonces el tipo dijo "Ningún estudiante, ningún joven, esta encuesta la tienen que hacer mujeres no académicas, no estudiantes, no docentes, sino amas de casa" Con lo cual nos quedamos todos... ¿Pero cómo van a hacer una encuesta de esta complejidad? [...] No teníamos rechazo, eran señoras mayores de 50, amas de casa, y se reclutaron varias, y realmente no tuvimos rechazo porque las mujeres estaban fascinadas, formando parte del grupo.

Respecto del final del periodo Marconi (2014) recuerda que

por el 73, 74 [...], empezaron a producirse las deserciones, o porque se fueron a trabajar al exterior como Ferrero, o porque bueno, era la época de las tres A, y en el subsuelo del entonces Ministerio, no era Ministerio de Salud, era Ministerio de Acción Social o de Bienestar Social [...]. Bueno, yo quiero decirles que en el subsuelo del Ministerio funcionaba el comando logístico operativo de las tres A¹⁵

Para otros, el primer momento del ESSEM representa un momento cargado de expectativas y proyectos técnicos, donde lo técnico era necesario para la acción política y ellos como técnicos escuchados, mientras que en los años posteriores, esto ya no fue así, sino que lo técnico fue subsumido e ignorado por la política. Para una entrevistada esto fue un

¹⁵ La triple A, era la sigla de la Alianza Anticomunista Argentina un grupo parapolicial de ultra derecha, organizado desde el Estado que creó un clima de persecución y violencia a través de amenazas, asesinatos y tortura de dirigentes políticos, gremiales e intelectuales. Este grupo operó desde 1973 y se encontraba financiado con los fondos y armamentos que le proporcionaba el Ministerio de Bienestar Social, a cargo de José López Rega. Estuvo integrado "por oficiales de las Fuerzas Armadas y policías en actividad, ex policías dados de baja por antecedentes delictivos, delincuentes de frondoso pasado, matones sindicales, miembros de la Juventud Sindical Peronista y de la Juventud Peronista de la República Argentina. Si bien, eran reclutados bajo un imperativo ideológico, cada asesinato o atentado era suculentamente pagado con fondos reservados del Estado" (Servetto, 2008:445).

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

quiebre en su función como profesional ya que “fue el último momento donde tuvo sentido hacer datos. Después, ya no sirvieron para nada”.

Como propone Iriart *et al* la producción discursiva del sanitarismo argentino pone en evidencia los intentos, independientemente del tipo de gobierno, por ocupar los espacios técnicos. Afirman también que ese “espacio conquistado durante el onganato” llegó a niveles decisorios y que fue un periodo donde “los técnicos lograron venderle el plan al gobierno” (Iriart *et al*, 1994, p. 67).

Esta aparente asepsia ideológica permitió en una época atravesada por la represión del peronismo incorporarse a la gestión pública sin mayores problemas y evitar otros conflictos ideológicos y políticos; aunque generó una brecha entre la propuesta técnica y la perspectiva política que durante el desarrollo de la década se volvió un problema para el proyecto sanitarista (Belmartino, 2005).

De alguna manera esta postura aséptica no era total, como analiza una entrevistada: *“el lugar técnico nos daba una cobertura para la actividad política, yo lo vivía así [...] no sé si era una pantalla, pero era lo formal que te permitía estar en todos los otros planos”*.

La trayectoria de Mario Testa resulta clarificadora de este recorrido:

Con el propósito deliberado de intervenir en el proceso político en Argentina vuelvo¹⁶. Viajo a Cuba para una asesoría, algo que fue importante por lo que Cuba significaba en aquel momento. Pero lo más importante fue mi incorporación en calidad de 'militante de Base' yo diría, al peronismo como movimiento popular. Participaba en la formación de un grupo de discusión en medio de una gran inserción de la población. Nosotros entendíamos que había una posibilidad de que este movimiento fuera transformador.

Es a partir de esa acción y de esa reflexión que voy incorporando más elementos para la crítica y comienzo a repensar la articulación entre ciencia y política. Ciencia por un lado, era la planificación en alguna de sus variantes; la política es lo otro que estaba afuera y que no tenía puntos de contactos muy claros con aquella. Es cierto, antes hacía ciencia, no había política, después hice política, no hice ciencia... Pero fue a partir de 1976, el momento de la derrota cuando se genera el espacio necesario para repensar esta articulación ciencia política” (Barrancos y Vilaça Mendes, 1992, p. 56).

¹⁶ En ese momento se encontraba dando talleres sobre la aplicación del método CENDES OPS orientados a gestores sanitarios latinoamericanos en Chile para la OPS (Barrancos y Vilaça Mendes, 1992)

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

El testimonio de Ferrara indica que esta transición se encontró orientada, hacia el interior de este grupo, por

un continuo donde las posiciones de izquierda/derecha se diferencian en función de la mayor o menor confianza depositada en la actividad estatal como garantía de justicia y bienestar para todos, independientemente de que el Estado al que se apela sea el realmente existente u otro a constituir en el futuro, las ideologías sectoriales resultan de ese modo fuertemente politizadas (Svampa, 2010, p. 94).

De alguna manera el desarrollo de identidades y procesos fragmentaron la identidad tecnocrática presente en el grupo del ESSEM. Esto, sumado a la pérdida del proyecto de estado cepalino llevó a un deterioro significativo del sentido (político, técnico y personal) del ESSEM. Otro técnico del ESSEM indica que

yo llegué ahí [...] a partir de Mario Testa y con la Doctora Guber que es la de Exactas, y después armamos el grupo de salud. Eso duró hasta que los montos [montoneros¹⁷] pasan a la clandestinidad, porque funcionaba la JP, un montón de cosas [...], era un momento muy agitado, se hacían muchas cosas, no forzosamente todas cosas coherentes, [...] y junto a eso estaba lo otro, el trabajo en salud pública, el trabajo con lo que fue el origen de la encuesta.

Una de las sociólogas recuerda que

estaba Torrens también, hasta que se fue, se tuvo que ir, era un grupo humano muy polentoso, todos militando, cada uno en su lugares, era interesante, yo creo que bueno, sobrevivimos con la encuesta, pero a la vez estábamos en muchas otras cosas, yo en el 73 tenía tres trabajos [...] estábamos muy politizados, en el trabajo este de Marta y Eduardo Torrens, era salud dependencia en América Latina, y dialogaba, se peleaba con Cardoso, Faletto.

Esta tensión entre los diversos momentos del ESSEM se puede recoger en los mismos recuerdos de los participantes: por ejemplo, respecto al resultado final de los datos del Estudio de Morbilidad. Si bien se llegaron a recolectar todos los datos, gran parte de ellos no fueron publicados e incluso se perdieron. Al momento de indagar sobre estos datos perdidos, o “desaparecidos” como los describió una entrevistada, surgieron dos versiones distintas: la primera apunta a que un empleado descontento, inconforme con el pago o despedido, en un

¹⁷ Montoneros fue una organización político-militar, de origen peronista y católico, que desarrolló actividades durante la década de 1970. El programa desarrollado por la organización se fue radicalizando desde un programa reformista de liberación nacional en pos de la consecución de un estado socialista (Pacheco, 2014).

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

ataque de furia tiró las tarjetas perforadas por la ventana durante los últimos meses del ESSEM y que por esa razón no llegó a analizarse y publicarse. La otra versión refiere que, en el contexto del incremento de la violencia política y de la actividad de la Triple A, los responsables de guardar los datos se sintieron amenazados y decidieron destruirlos tirándolos por la ventana del piso más alto de la Facultad de Medicina donde estaban almacenados.

A lo largo del trabajo de campo nos fue imposible otorgar mayor certeza a ninguna de las dos historias, lo que sí resultó significativo fue que, en aquellos casos donde el proceso de polarización había sido más marcado, los actores se inclinaban a creer la segunda historia y en aquellos que habían mantenido un carácter más técnico, se relataba la primera. Esto es sin duda un recordatorio de los límites de la técnica utilizada para la mayor parte de este apartado, ya que los datos obtenidos de las entrevistas no refieren a fenómenos objetivos, sino a las percepciones recordadas a partir de las experiencias de vida de los sujetos y de su contexto actual.

10.3.4 Los profesionales de apoyo

La nomenclatura de profesionales de apoyo la recuperamos del nombre que nucleaba al grupo de trabajo que se encargaba de los aspectos considerados “más técnicos”, como el diseño de muestras. En este grupo predominaban estadísticos, demógrafos¹⁸, sociólogos, muestristas, físicos y matemáticos, aunque no era el único grupo de trabajo en el cual estos profesionales se desempeñaban.

Una característica común del grupo de profesionales de apoyo es que, gran parte de ellos, provenían de carreras recientemente creadas (como la sociología o la licenciatura en estadística) o de especializaciones poco difundidas en el país (tal es el caso de la demografía) y que contaban con una formación metodológica considerada de excelencia.

¹⁸ La mayor parte de los demógrafos poseían una carrera de base en sociología, pero como en las entrevistas se señala que su condición de especialista en demografía era valorada muy superiormente a la de sociólogos se optó por describirlos de forma separada.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Raúl Vargas, matemático de origen peruano, consultor en estadística de la OPS y del ESSEM narra su ingreso a la salud pública a principios de la década de 1960:

Yo básicamente soy matemático, [...] Era pronosticador del tiempo. En la facultad vi un letrado que decía ‘Se necesitan matemáticos para trabajar en estadísticas en el Ministerio de Salud’ [...] con gran asombro fui contratado [...] fui uno de los primeros estadísticos de la Organización [...] No había gente que manejara lo que yo manejaba (Barrancos y Vilaça Mendes, 1992, p. 15-16).

En este contexto, las profesiones auxiliares eran consideradas por los sanitarios como poseedores de saberes técnicos y específicos para desarrollar las técnicas de planificación, o de recolección de datos: desarrollo de cuestionarios, diseño y aleatorización de las muestras, control del trabajo de campo, la presentación gráfica y desarrollo de las matrices de datos.

Una consecuencia de este rol subordinado de las profesiones de apoyo es claramente ilustrada por la sociología: los profesionales que podían ser reclutados eran los jóvenes, recién egresados, con alguna experiencia laboral, pero en ningún caso referentes importantes de sus campos. En parte, porque la sociología de la época estaba ocupada de otros temas como el análisis de clase, de migraciones, las problemáticas del trabajo, entre otras (Blanco, 2006) y la salud no era considerada un área central. Una de las sociólogas recuerda que

no veníamos todos de salud, ahí nos formamos en salud. Éramos entre una especie de militancia, este, conocimientos, éramos muy pocos sociólogos egresados, yo soy fíjate la número 44” [...] lo de salud salió tangencialmente. Salió [...] si vos querés, como un trabajo. Salud no era un campo de investigación importante para ellos, si la estratificación social, si otra a impronta tenía, ¿no? Análisis de la sociedad, análisis más macro, si vos querés, [...] Entonces no había mucha experiencia en armar una encuesta nacional [...] fuimos muy buen formados en ese sentido por Germani, éramos quienes teníamos las herramientas como para organizar una encuesta nacional, una encuesta con todos los indicadores, las variables, etc etc, darle un formato.

Uno de los estadísticos indica que *los sociólogos se reclutaron porque había necesidad de tener técnica y método para recibir información.*” respecto de su rol como estadístico refirió que

muy pocos se dedicaban a la estadística en ese entonces [...] los sanitarios tenían una visión muy peyorativa de los demás, ellos sentían que desde la técnica iban a

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

dominar todo, que los estadísticos tenían el dominio técnico en cuanto a lo estadístico y que los sociólogos en cuanto a lo social con esa combinación iban a dar vuelta la cosa.

De alguna manera las diferencias se articularon entre estas profesiones, otro de los matemáticos ubicó la diferencia en la forma en que las profesiones construyen sus acciones:

Para nosotros los conflictivos no eran los sociólogos, eran los médicos... si... Ahora, matemáticos éramos poquitos, ¿no? Ahí había más sociólogos que matemáticos, pero nos entendimos bien. Nuestro punto eran los médicos, eran muchos. Tienen que ser así porque la gente los hace así, muy autosuficientes, poco dubitativos. No se preguntan muchas cosas, a sí mismos... La profesión hace que ciertas cosas funcionen de determinadas maneras.

Para los sanitaristas, los sociólogos eran

buena gente, bien... bien... y... con mucho rigor, venían de la escuela de Gino Germani, no sé qué les habría hecho Gino Germani, pero laburaban con mucho rigor de laburo, ¿no? Preocupados por esa cosa de medir bien, ¿no? De lo que vas a preguntar, preguntarlo bien, y que sea bien entendido”

Hamilton (2010, p. 85) los describe como los “más jóvenes, poco o nada burocratizados, irrespetuosos, conservaban la frescura de estudiantes”.

Uno de los sanitaristas del ESSEM matiza esa opinión y señala que

lo que pasa es que el médico tenía siempre una cierto predominio sobre las demás profesiones... era como una profesión más seria, nada que ver pero bueno, una encuesta sobre Morbilidad sobre salud tenía que estar en ese momento en manos de los médicos, si hubieran puesto a un sociólogo a dirigirla hubiera sido mucho mejor, depende, hubiera sido rechazada por nosotros mismos [sanitaristas], no había una idea de las profesiones tan amplia como la que hay ahora,

En coincidencia con esto, una de las demógrafas aclara que “y además, éramos mano de obra más barata”

Uno de los sociólogos entrevistado caracteriza a su generación, en tanto que:

en ese momento todos éramos inocentes hijos de Germani, [...]. Cursamos las 3 primeras materias de la carrera con Germani, [...] después nos dividimos en Troskos y comunistas o socialistas, y comunistas socialistas medio troskones, pero sabíamos la metodología de la técnica de encuesta, y la metodología empirológica que te enseñaba Germani..

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

De cualquier manera, a pesar de estas diferencias en la formación y en el desarrollo de sus roles casi todos los entrevistados comparten un recuerdo del ESSEM como un lugar de trabajo divertido, creativo, desafiante y amable en el cual compartieron buenos momentos. Una socióloga lo explica de la siguiente manera:

quiero decir, los demás éramos todos diferentes, unos más comprometidos con el peronismo y otros del partido de izquierda, pero yo no te diría en bloque, pero en realidad en lo fundamental estábamos de acuerdo esto de que la salud es un bien público y social y que esto serviría para una política más racional de la salud pública.

Una demógrafa recuerda que

“[...] lo interesante de la encuesta es que entramos muchos de las ciencias sociales, sin querer ¿entendés?, sin querer ellos, porque Cristina era socióloga, era demógrafa pero era socióloga, yo era socióloga, Celia y Leopoldo eran sociólogos, mi cuñado era médico sanitarista pero había hecho sociología como segunda carrera, ¿entendés? tenían otra mentalidad, mi hermana había estudiado ciencias políticas, Munis había estudiado ciencias políticas, entonces no eran técnicos, no había ningún técnico ahí, no había ni un solo técnico.

Esto se refleja en la fundamentación del ESSEM

Al grupo de personas que realizó esta tarea, con el apoyo de muchos más le anima la convicción de hacer un aporte inédito, veraz y objetivo para la adopción de decisiones racionales en el campo de la Salud y de la Educación Médica” (ESSEM, 1972^a, p. 7)

En este punto de tensión entre el rol subordinado, el buen clima de trabajo, las diferencias y acuerdos en los proyectos profesionales que recuerdan casi todos los participantes se encuentra “La Pitracá” (Figura 1). Fue una pequeña revista de circulación informal e interna del ESSEM editada por los “irrespetuosos sociólogos” (Hamilton, 2010) y dirigida por Hugo Barber. Los entrevistados cuentan que se publicaron varios números, y en la biografía de M. Hamilton (2010) aparece referenciados dos números distintos. Nosotros, gracias a la gentileza de Susana Checa, pudimos acceder a uno.

En ella se satirizaban situaciones y personajes del equipo, en particular a los sanitarios y directores de los estudios (Hamilton, 2010). Uno de los profesionales de ciencias exactas recuerda que

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

la Pitraca... era casi interna porque cargaba a todo el mundo, aunque a los jefes... era una gran camaradería, con compartimiento por más que hubiera alguna diferencia política o demás, era un equipo, un equipo muy integrado, de recursos técnicos. Los sociólogos eran un fenómeno. [...] Otros eran más médicos, que se yo como decirlo, no fluía todo de la misma manera, y había gente de mucha menor capacidad, en los jefes de equipo, ¿no?''.

La “editorial” del segundo número explica que, originalmente, La Pitraca se empezó a publicar en 1967 en la CONADE por el grupo de salud “como una necesidad ante el anonimato cada vez mayor que impuso a su personal el crecimiento de dicho organismo. El segundo número aparece ahora en momentos que ese mismo proceso se está dando en el Estudio de Salud.

Un año atrás nuestra revista hubiera sido absolutamente prescindible. [...] Y estamos apenados porque estos hechos cotidianos constituyen el elemento vital capaz de brindar alguna calidez al esqueleto absurdamente metódico, absolutamente gris compuesto por cuestionarios, tabulaciones, análisis de datos. [...]” (La Pitraca 1967, p. 3)

Esta crítica al ordenamiento formal y la búsqueda de asepsia metodológica, parte central de la identidad de los sanitaristas, también se encuentra en la definición de sus destinatarios:

¿a quién va dirigida la Pitraca? Digamos primero a quien NO va dirigida. [...] se niega a ser leída por racionalistas fanáticos [...] los que no quieren o no pueden ver el elemento mistificador que se oculta detrás de las profesiones sean médicos, sociólogos, matemáticos, etc. (La Pitraca 1967, p. 4).

La revista mantiene un tono general cargado de referencias jocosas a las particularidades de las disciplinas, burlas al estilo de redacción de las publicaciones por considerarlas obvias y poco creativas, también muchas referencias personales orientadas a las características de los trabajadores (gustos musicales, temas de conversación, preferencias gastronómicas y artísticas). Pero también se pueden leer algunas preocupaciones más contextuales y, que aún expresadas en tonos humorísticos marcan las tensiones entre el mundo interno con sus disputas profesionales y el mundo externo al ESSEM donde el clima

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016



político se radicalizaba “El Dr. Ferrero ha decidido suplantar a partir de 1970 al equipo de muestreo por un agente de policía. Consultado acerca de los motivos de tan insólita medida nos hizo saber que en su opinión para muestra basta un botón.” (La Pitraca 1967, p. 8). De cualquier manera, los entrevistados recuerdan como algo positivo a la publicación y no como algo que haya generado tensiones internas o problemas: “Conservo dos ejemplares; cuando los leo no puedo dejar de sonreír con la mordacidad de las entrevistas y comentarios sarcásticos” (Hamilton, 2010, p. 85).

10.3.5 El fin del ESSEM

Hacia 1972 y 1973, finalizada parte de la recolección de datos, el ESSEM había achicado significativamente su núcleo profesional. Muchos habían cambiado de proyectos de trabajo, ya sea movidos por la militancia política, las amenazas de grupos parapoliciales o la búsqueda de nuevos horizontes profesionales cuando el financiamiento empezó a

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

escasear y finalmente, a mitad de 1973 la Secretaría de Salud dejó de financiar (Hamilton, 2010). Sobre estos últimos meses, una de las demógrafas relata que este tiempo fue

muy triste, pero, fue preanunciada, no fue de un día para el otro, pero más o menos tres meses antes nos dijeron que ya no, que la secretaria no iba a poner más plata [...] después te nos disminuyeron los salarios, como que distribuyeron la plata que quedaba en una palabra, y nada, nos quedamos mal, bueno lo que pasa es que por ahí, también nos quedamos mal pero también fue una época de mucha euforia, por otro lado por toda la etapa camporista, entonces era como que parecía que venían tiempos nuevos y buenos, no sabíamos la que nos venía encima, pero si fue momentos de mucha quiebre de todos.

Para uno de los sociólogos lo que pasó fue que

Se diluyó. Nosotros éramos peronistas, [...] dijimos “Muchachos, Ferrara es ministro de Bienestar Social de la provincia de Buenos Aires, es una oportunidad de realizar el laburo de nuestra vida. Muchísimos vinieron, otros no vinieron militaban en barrios, solos, porque nosotros además manteníamos la militancia en barrios, en organizaciones políticas, bue. Fue una desbandada total [...] Otros fueron a la Universidad, por eso tan activa participación en las cátedras sociales de la Facultad de Medicina y otros la verdad ni sé dónde fueron”.

Una de las muestristas, relató que “ *con Cámpora se acabó, [...] pasamos a trabajar al CLAM y chau, quedó disuelto... [...] Y mal... que se yo... MAL... una cosa... no se... tanto esfuerzo para nada... una... gran pena*”.

Resume uno de los entrevistados, que no participó de la experiencia de Cámpora, que hasta ese momento

lo fundamental era el espacio abierto, la hoja abierta para compatibilizarlo con la cantidad de gente y después vino el peronismo del tío y ahí se abrió mucho, porque mucha gente se fue con el tío, otra se fue porque no era peronista, ni era antiperonista

Los relatos marcan esta doble dinámica, donde el ESSEM perdió potencia interna a medida que su grupo profesional fue cambiando y se comprometiendo con otros proyectos políticos, pero también, a medida que el proyecto motorizado por la Secretaría de Salud de Holmberg perdió importancia y por lo tanto, el rol de los datos del ESSEM pasó a ser secundario.

Hamilton sintetiza esto en su relato sobre el fin del ESSEM:

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

En marzo del 73, electo Cámpora [...]. La renovación no sería fácil porque para el Servicio de Inteligencia del Estado (SIDE) la Encuesta era un reducto de izquierdistas, en lo cual tenían alguna dosis de razón. Por otra parte, los profesionales y técnicos politizados, que eran mayoría, sostenían que el momento para especular había pasado y que ahora se trataba de actuar apoyando la gestión del gobierno electo.

Para decidir el destino de la Encuesta, y ya como director, pedí una entrevista con [el Secretario de Salud] Liotta ¹⁹, que me recibió con su jefe de gabinete, un comisario de policía jubilado. Mi preocupación central era la información [...] para planificar la salud pública [...] La del comisario, el patrimonio físico de la Encuesta, que no era despreciable. (Hamilton, 2010, p. 98).

¹⁹ Domingo Liotta (1924-) es un destacado cirujano argentino, que se desempeñó como Secretario de Salud Pública (1973-74), Secretario de Ciencia y Tecnología (1993-96) y Presidente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), (1993-96) (Fundación Internacional Domingo Liotta, 2015)

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

11. LOS ESTUDIOS Y RESULTADOS DEL ESSEM

En el presente capítulo presentamos un apartado respecto de los distintos estudios que integraron el ESSEM y la Encuesta Nacional de Salud (ENS), principal forma de recolección de datos usados para el mismo a partir de como los diversos grupos de trabajo se articularon en los estudios originalmente delineados y que resultados produjeron, vinculando las publicaciones (fechas de publicación), la serie en las que fueron presentadas y los estudios que los desarrollaron (Cuadro 1). Para esto hemos utilizado, fundamentalmente las publicaciones realizadas por el ESSEM entre 1968 y 1973 que totalizan 23 publicaciones, distribuidas en 7 series temáticas.

Esto nos permite situar las diferentes publicaciones, objetivos y fechas en los cuales se desarrollaron los distintos componentes. También damos cuenta de los distintos antecedentes particulares, las metodologías empleadas, el contexto de producción y articulación con otras instituciones, la operacionalización de las variables más destacadas y el análisis de algunos datos que, en el contexto de los objetivos planteados nos permiten situar al ESSEM como el resultado de tensiones respecto de la organización del sistema de salud, pero también de las apuestas de los grupos profesionales y la articulación entre los distintos grupos de trabajo e investigación. En la medida en que el resultado del ESSEM han influido diversos factores, la comparación entre lo propuesto y lo realizado funciona como un indicador parcial y fragmentario de los límites que tuvo.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Cuadro 1: Publicaciones del ESSEM de acuerdo a Serie, cantidad de publicaciones, fechas de publicación y Estudio al que pertenecen.

Serie de publicación	Nombre de la publicación	Cantidad de publicaciones	Fecha de publicación del primer número	Fecha de publicación del último número	Estudio al que pertenecen.
1	Estudios Demográficos: Estudio de Fecundidad en cinco áreas importantes (Buenos Aires, Rosario, Tucumán, Córdoba y Mendoza)	1	Agosto de 1969	Agosto de 1969	Estudio de Población
2	Recursos en Operación	5	Septiembre de 1969	Noviembre de 1970	Estudio de Recursos
3	Recursos Humanos	1	Mayo de 1970	Mayo de 1970	Estudio de educación médica
4	Recursos de Educación Médica	3	Octubre de 1970	Enero de 1971	Estudio de educación médica
5	Utilización de Recursos de Atención Médica	6	Septiembre de 1969	Junio de 1971	Utilización de Recursos de Atención Médica

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

6	Encuesta de Morbilidad	4	Julio 1971	Julio de 1972	Encuesta de Morbilidad
7	Estudios Metodológicos	3	Agosto de 1971	Abril de 1972	Grupo de apoyo
Fuentes: Elaboración propia a partir de las publicaciones del ESSEM					

11.1 La Encuesta Nacional de Salud

La Encuesta Nacional de Salud (ENS) se volvió sinónimo del ESSEM y muchos de los entrevistados se refieren indistintamente a los dos, aunque en sentido estricto fue la técnica de recolección principal del ESSEM.

En términos formales, la ENS Fue una encuesta presencial, representativa de la población de las regiones estudiadas, con un muestreo por conglomerados de tres niveles: centros urbanos, conglomerados de viviendas y viviendas. Los datos se recogieron a nivel de individuo y se agregaron en términos de viviendas y familias (ESSEM, 1973a).

Los objetivos de la misma, tal como aparecen descriptos en el módulo de población, fue suministrar información para la planificación en Salud, ampliar y fortalecer la información de los sistemas permanentes de estadísticas en salud y proporcionar elementos para adecuar las currículas de formación profesional, en particular de las carreras de medicina (ESSEM, 1973a).

Dentro de la fundamentación, el formato de encuesta se rescata como adecuada ya que sería una técnica apropiada en contextos donde “se carece de estadísticas o cuando estas no son abordable por métodos estadísticos de tipo censal” (ESSEM, 1971e, p. 19). Esto señala la forma en la cual el ESSEM se integraba metodológicamente con las otras formas de construcción de datos que se habían puesto en circulación durante los años previos, y en particular con los del CONADE, INDEC y la DEIS, no solo desde la técnica, sino también

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

del alcance y la importancia; como describe una de las muestristas integrando su experiencia previa en CONADE:

Y después empezamos a trabajar para la ENS. La ENS fue todo un gran desafío, porque hasta el día de hoy no hay ninguna encuesta en el país que tenga la cobertura que tenía esa encuesta, esa encuesta se hizo sobre... la totalidad del país, cubriendo áreas urbanas y rurales.

La ENS recogió datos relativos a la autopercepción de accidentes y enfermedades, la demanda de servicios médicos, no médicos y paramédicos, el gasto en salud efectuado por la población, la utilización de los distintos sistemas de atención médica y del grado de cobertura financiado en obras sociales, mutuales o servicios médicos privados o prepagos y, finalmente la información demográfica y socioeconómica de la población en general. De esta forma el conjunto de estudios del ESSEM se proponen capaces de

brindar los datos necesarios para que los órganos de planificación y atención médica puedan programar sus actividades en un marco más amplio que les permita hacer jugar variables cuyo comportamiento es hasta aquí desconocido (Ferrero, 1968, p. 59).

En su diseño señalan tres dificultades asociadas a selección de este tipo de encuesta:

1. el tema puede llevar al rechazo, 2. es posible un sesgo de recuerdo; 3.

el hecho de que el entrevistado deposita en su respuesta tanto elementos reales como puramente subjetivos o producto de su imaginación, por lo cual la encuesta en gran parte está teñida por la subjetividad del entrevistado; esto incide [...] en general en las preguntas en las cuales la apreciación de un problema de salud sin haber realizado la consulta médica es absolutamente personal²⁰ (ESSEM, 1971e, p. 20).

El universo de estudio de la ENS se definió como “la población no institucionalizada que reside habitualmente dentro de cada área de estudio en una unidad de vivienda” (1971e, p. 21). De esta forma, se entrevistó a aquellos residentes de las viviendas que comprendieran

²⁰Esta tensión entre la representación de un sustrato biológico de la enfermedad y un fenómeno social/cultural en sí mismo que puede ser considerado como enfermedad fue uno de los ejes de debate en la teoría social vinculada a los procesos de salud-enfermedad en América Latina desde la década de 1970 (Castro, 2011). De este debate participaron algunos de los miembros del ESSEM, como J.C. Escudero o Susana Checa.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

“agregados familiares” es decir, grupos unidos por algún lazo (formal o no), tomado como familias separadas aquellos casos donde la relación principal con el jefe de familia fuera la prestación de servicios (como empleados e inquilinos), en estos casos se los tomó como una familia distinta, aunque parte del mismo agregado familiar.

La muestra terminó conformada por 2190 viviendas y 6409 individuos. La recolección de datos de la encuesta se realizó entre 1969 y 1970 (ESSEM, 1973a). La toma de datos se realizó a nivel familiar recabando información para cada miembro de la familia en sentido individual. En función de estos se utilizaron cuatro cuestionarios distintos, que en total contenían casi 200 preguntas y 12 planillas (ESSEM, 1972e):

1. Cuestionario de vivienda: los datos de este cuestionario se completaron directamente por la encuestadora e incluían características físicas de la vivienda y el registro de visitas.

2. Carpeta familiar: registró los datos demográficos y familiares de las personas que habitaban la vivienda. Este cuestionario se respondía por alguno de los miembros adultos de la vivienda, con algunas excepciones (como empleadas domésticas, etc.)

3. Cuestionario individual: recabó información respecto del estado de salud del encuestado. Pudo ser respondido por el adulto “informante” designado a responder o por cada uno de los miembros de la vivienda. El informante debía ser mayor de 15 años, no poseer “facultades mentales alteradas”, no ser sorda, sordomuda o tener dificultades en el habla o audición, ser el miembro de la familia más próximo en orden de parentesco y haber convivido con el/los encuestados las últimas dos semanas completas (ESSEM, 1969c, p. 22).

4. Cuestionario demográfico: aplicado a las mujeres de entre 15 y 49 años de edad. Se utilizó fundamentalmente para el Estudio de Fecundidad (EdF) (ESSEM, 1972e).

Los manuales de entrevista hacen hincapié en la formulación de las preguntas de forma tal de no producir reacciones adversas, indicando intención de compensar los sesgos mencionados anteriormente, por ejemplo

Lea las categorías sin hacer comentarios y anote la respuesta que le dé el entrevistado si no recuerda muy bien, trate de lograr la respuesta aunque sea aproximadamente [...] La pregunta debe ser formulada del modo más natural

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

posible y al leer las categorías no fuerce la respuesta; la entrevistada no debe sentir que usted la está retando por no haber consultado nunca (ESSEM, 1972e, p. 42)

Esta parte del cuestionario exige un esfuerzo de memoria de la entrevistada, especialmente para las mujeres mayores e incluso puede despertar recuerdos conflictivos. Haga las preguntas y espere las respuestas; no induzca ni apure las respuestas (ESSEM, 1972e, p. 54).

En las entrevistas los responsables técnicos señalaron que estas capacitaciones fueron inusualmente largas y complejas, y que para ellas se incorporaron los asesores de OPS y del Estudio Internacional.

La elaboración del muestreo y la redacción de los materiales técnicos para supervisores y encuestadores fue realizado por un equipo amplio que incluyó a Adolfo Chorny (físico), Sara Novaro (matemática), Luis Faigón (estadístico), Alicia Masautis (estadística), Jesús Mosquera (sociólogo). El manual para encuestadores por Susana Checa (socióloga), Estela De Lorenzo (socióloga) y Leopoldo Halperín (sociólogo); finalmente el instructivo y cedula de entrevista por Cristina Cacopardo (socióloga) (ESSEM, 1972e). Nuevamente, las argumentaciones se sitúan en un lugar intermedio, entre reconocer la existencia de otros organismos (creados en la misma época) y su falta de capacidad técnica de producir los datos necesarios, declarando que

Por no existir en el país una estructura previamente organizada para la recolección de información muestral [...] la encuesta debe al principio montar estos mecanismos [...] Esta última se considera de verdadera importancia, por cuanto la encuesta de morbilidad es permanente, es decir, que continuará una vez que haya concluido con el bienio tripartito que le dio origen (ESSEM, 1969, p. 23).

Aun así, el muestreo se realizó a partir de la cartografía existente en el INDEC y con la colaboración de sus funcionarios; en particular del director Carlos Noriega, técnico de ese Instituto hasta 1976. En relación con ese caso, uno de los entrevistados sitúa a los sistemas de información del Estado como un punto de posible conflicto, y trabajar en ellos, de peligro *“Cuando desapareció Noriega, que fue un secuestro porque no les gustó algo del Censo, porque intuían que Noriega les daba información Censal a los guerrilleros ¿Qué carajo les importa a los guerrilleros la información Censal?”*

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

11.2 Los estudios del ESSEM

11.2. 1 Estudio de población y el Estudio de Fecundidad: Serie 1

Desde su dimensión técnico instrumental, este estudio se articuló con antecedentes previos y contemporáneos desarrollados por organismos internacionales, en particular la CELADE, recuperando técnicas y profesionales que participaron de otras experiencias utilizando formulaciones y preguntas que cuestionaban no solo la calidad de los datos, sino las variables y definiciones operacionales utilizadas para medirlas, proponiendo una nueva cadena estadística²¹ y cuestionando la producida por los otros sistemas de información oficiales, como el del censo nacional. Desde una dimensión político institucional, se inscribió en un contexto más amplio de desarrollo y consolidación de la demografía en América Latina, marcado por el desarrollismo y la búsqueda del incremento de la población nacional.

Al igual que todo el ESSEM, este estudio partía de un diagnóstico muy desfavorable de los datos existentes, y por eso se planteó como objetivos estudiar la composición de la población a partir de su distribución, dinámica de crecimiento y morbilidad, dando cuenta de su composición económica, social y cultural. Además buscaron indagar el sistema de identificación de defunciones de forma de comprobar la diferencia entre la mortalidad real y la certificada.

El estudio buscó, de esta manera, profundizar el conocimiento de las características básicas de la población del país, así como también contribuir a las metas de planificación tanto sanitaria como poblacional.

Para esto se trabajó con numerosas fuentes, tanto primarias como secundarias. Se utilizaron los datos del censo de 1960, datos provistos por el Ministerio de Salud e información de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) generada específicamente con estos fines.

²¹ En tanto largas series de procedimientos de complejidad técnica variable dotadas de diversos eslabones que incluyen las diversas elecciones técnicas (por ejemplo, que tipo de encuestadores utilizar). Estas operaciones no son realizadas automáticamente ya que hay márgenes de acción y decisión donde influyen, fundamentalmente, las características políticas, sociales y económicas del proceso estudiado (Otero, 2006).

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

El resultado publicado de este proyecto fue la Encuesta de Fecundidad. Pantelides (1975) la identifica como un estudio pionero a nivel nacional, desarrollado en un marco de incertidumbre respecto de la calidad de los datos de natalidad disponibles en ese momento. Esta situación se empezó a revertir con los datos del censo de 1970, donde hay un cambio en la calidad, cantidad, criterios técnicos seleccionados y en la presentación de los datos vinculados a fecundidad.

El EdF desarrolló dentro de la encuesta Domiciliaria del ESSEM, realizada entre junio de 1969 y septiembre de 1971 y tuvo como objetivo analizar la fecundidad de las mujeres y estimar distintas medidas de fecundidad (total y efectiva, diferenciales de fecundidad de acuerdo a distintas variables demográficas y socio económicas).

Estuvo previsto originalmente en dos publicaciones distintas, según el procesamiento de los datos. De igual manera que el estudio de morbilidad, solo se llegaron a publicar resultados vinculados a las grandes áreas metropolitanas del país: Buenos Aires (Capital y partidos del Gran Buenos Aires), Córdoba (Departamento Capital), Mendoza (Departamento Capital, Godoy Cruz, Guaymallen y Las Heras), Rosario (Departamento Rosario y Tucumán (Departamento Capital).

La construcción y publicación de los datos agregados a nivel de lo que CONADE había definido como las 7 regiones de desarrollo (Centro, Comahue, Cuyo, Noroeste, Noreste, Pampeana y Patagonia.) estaba programada los años siguientes, pero los datos no llegaron a procesarse y publicarse.

El cuestionario fue diseñado por el equipo de la encuesta Domiciliaria y se aplicó a una muestra de la ENS, comprendido por las mujeres entre 15 y 49 en relación a los hijos tenidos a lo largo de su historia reproductiva. En su diseño participaron C. Cacopardo y M. Hamilton. Posteriormente se incorporaron, Ana M. Rothman, María Arruñada y Silvia Chejter; sociólogas y demógrafas. Se desarrollaron actividades de capacitación y una selección especial de entrevistadores durante los meses de marzo y abril de 1969.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

La muestra utilizada para EdF estuvo compuesto por las mujeres de 15 a 49²² años, quienes hubieran completado el cuestionario demográfico de la encuesta domiciliaria del ESSEM. Fue construida de acuerdo a un muestreo polietápico. En un primer momento fueron seleccionados áreas y conglomerados y en una segunda etapa se seleccionaron aleatoriamente distintas viviendas. En cada una de las áreas de desarrollo se relevaron entre 1600 y 2190 casos, siendo aproximadamente 6.500 individuos. De estos, 1.400 y 1.800 fueron mujeres presentes en el momento de la encuesta (el 99,2 % de las personas seleccionadas aceptaron ser encuestadas) (ESSEM, 1973a).

El cuestionario variaba según la presencia de la mujer, de no estar presente se inquiría por la cantidad de hijos vivos en la actualidad y su estado civil²³. De estar presente la mujer se le realizaban 26 preguntas respecto de su vida reproductiva, de su historia de matrimonios o uniones de hecho, respecto de la atención médica durante embarazo y parto.

En consideración al lenguaje matricial, vinculado a la organización de las matrices de datos y presenten en los anexos de la publicación, primó la consideración por grupos etarios, lugar de origen, características del estado civil (tipo de unión y cantidad de años), nivel educativo, condición ocupacional (propia o del jefe de hogar) y condición de migración en tanto variables independientes. Como variables dependientes figuran cantidad de hijos (tenidos y nacidos vivos).

Respecto de otras fuentes usuales para calcular datos de fecundidad como el censo²⁴, el EdF incorporó no solo a mujeres casadas, divorciadas o viudas, sino también a las solteras y unidas de hecho. Esto resultó una innovación en la forma de conceptualizar a las mujeres, y una ruptura con lo que Otero (2006) identifica como uno de los rasgos más típicos de la

²² Si bien en las referencias se establece que serán entrevistas mujeres entre 15 y 49 años, el cuestionario indica 15 a 50 (ESSEM, 1973).

²³ Este dato no se considera en el cálculo de la fecundidad porque no considera hijos muertos. De cualquier manera las tabulaciones refieren a las respuestas dadas por mujeres.

²⁴ El censo nacional fue otra institución en rápido cambio. En el año 1960 se realizó el censo de las Américas, concertando el año con otros países de la región para facilitar la comparabilidad de los datos (Otero 2006).

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

estructura censal argentina, que es la recurrencia sistemática a las definiciones legales de determinados hechos (o status sociales) como estado civil por sobre otro tipo de nociones, ya sean técnicas o del sentido común. A pesar de esta innovación, en los resultados esta categoría se agrupó junto a “casadas” ya que la respuesta no superó en ninguna de las áreas 5%.

En el censo de 1970, posterior a los datos del EdF se cambió la pregunta, incluyendo a todas las mujeres independientemente de su estado civil (Pantelides, 1975).

A partir de estas preguntas se presentan las medidas de fecundidad estimadas para 1969 calculadas según los datos obtenidos. Estos datos se encuentran desagregados por áreas. Se publicaron la tasa bruta de natalidad, tasa general de fecundidad, tasa bruta de reproducción, tasa global de fecundidad y las tasas específicas por edad. El lenguaje gráfico se encuentra concentrado en tablas y gráficos de barras bi o trivariados, presentado alguna característica de las mujeres, y por otro los hijos cantidad de hijos (tenidos y nacidos vivos).

La mayor parte de los gráficos son descriptivos de las características de la muestra y de los nacimientos, haciendo hincapié en las diferencias regionales y etarias. En los anexos de la publicación correspondiente al EdF se presentan algunos datos a nivel mayor de desagregación, el formulario de la encuesta y la definición operacional de la categoría nivel ocupacional. Esta definición fue tomada de las categorías de la “encuesta de Consumo de Alimentos en la Capital Federal y Gran Buenos Aires” realizadas por Gino Germani en 1968 y se encontraba construido a partir de la relación entre tres variables: tipo de trabajo oficio o profesión, nivel de calificación y relación de dependencia, operacionalizado en 6 niveles. En el EdF se agruparon las dos categorías más altas por la baja frecuencia de casos. Este dato resulta interesante en tanto muestra la forma en la cual los desarrollos de la metodología sociológica de la época y de las experiencias previas de la CONADE fueron incorporadas efectivamente en la realización del ESSEM.

Las conclusiones del EdF señalan que: una vez calculadas las medidas de fecundidad, resultan relativamente bajas para las ciudades en relación con las del total del país. También que dentro de las áreas urbanas hay diferencias donde las ciudades más ricas poseen tasas de natalidad más bajas, mientras que Tucumán la más alta.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

El número de hijos nacidos vivos por mujer fue estimado en 1.5 para Buenos Aires, 1,6 para Córdoba, 1,8 en Mendoza, 1,4 en Rosario y 1,7 en Tucumán. Estas tasas fueron consideradas bajas en comparación con otras ciudades grandes de América Latina, ya que la encuesta del PECFAL (Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad de América Latina) arrojó valores entre 3,27 en Ciudad de México y 2,25 en Rio de Janeiro (ESSEM, 1973a).

Indican además que el número medio de hijos tenidos por las mujeres no solteras es superior a la media de las mujeres encuestadas. Señalan además que esta diferencia puede deberse a la juventud del grupo de mujeres no casadas. Para Buenos Aires el valor fue de 2 (0,4 puntos por sobre el total de las mujeres), en Córdoba 2,5 (0,9 puntos por sobre el total de las mujeres), 2,6 en Mendoza (1,2 puntos por sobre el total de las mujeres), 2 en Rosario (puntos por sobre el total de las mujeres) y 2,7 para Tucumán (1 punto por sobre el total de las mujeres).

En relación al vínculo entre nivel educacional y trabajo, concluyen que la relación es indirecta y no lineal y que esta relación se encuentra explicada por la distinta frecuencia de madres solteras viudas y separadas en los niveles de instrucción. Encuentran de mayor peso explicativo la relación entre trabajo, ingresos y fecundidad.

En coincidencia con estudios anteriores para cualquiera de las áreas estudiadas existe una relación inversa entre condición ocupacional de la mujer y nivel de fecundidad, indicando que mientras que el número de hijos por mujeres para las mujeres que no trabaja se encuentra entre 1,6 y 2,1 para las mujeres activas es de 1,0 y 1,3, además que esta diferencia se reduce a medida que se comparan grupos de edad más viejos y en particular la cohorte de 40 a 49 años. A su vez, esta relación esta mediada por nupcialidad, ya que esta variable se encuentra asociada a la de condición ocupacional en un grado importante, por ejemplo, de las mujeres casadas y convivientes la proporción de mujeres que no trabajan se encuentra entre 64% y 80%. Señalando que, en relación al nivel ocupacional del jefe de familia el ingreso posee forma de U, con disminuciones marcadas en los niveles medios y recuperación en los altos; pero que tomado por nivel de ingresos los ingresos más altos se comportan de formas similares en todas las provincias registrando un nivel estable de

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

aproximadamente, 1,3 hijos por mujeres mientras que en el nivel de ingresos más bajo los valores oscilan entre 3,0 en el caso de Mendoza y 1,9 para Rosario. Finalmente señalan una fecundidad sistemáticamente superior en las mujeres migrantes a las de las consideradas nativas (ESSEM, 1973a).

Se contempló la condición de migración, aunque a diferencia del periodo anterior, no se encuentra conceptualizado respecto de una otredad extranjera, sino de migraciones internas. Al respecto concluyen que la fecundidad de las mujeres migrantes es siempre mayor que las no migrantes, y que esta brecha se amplía en las mujeres que llevan más de 10 años de residencia. La relación más amplia corresponde a Buenos Aires, donde el número medio de hijos nacidos vivos por mujeres no migrantes es de 1,6 y luego de 10 años de traslado 2,2, mientras que en Tucumán, para la misma relación la diferencia es de 0,1 (ESSEM, 1973a).

11.2.1.1 Los antecedentes del Estudio de Fecundidad

El Estudio de Fecundidad (EdF) se propone a sí mismo como parte de un conjunto novedoso llevados a cabo en América Latina e impulsados por la CELADE desde principios de la década de 1960. Estos estudios presentaban la innovación de utilizar la técnica de encuesta para obtener estimaciones de fecundidad. A su vez, se fueron desarrollando desde principios de la década de 1960 adquiriendo complejidad metodológica y extensión geográfica: empezaron por áreas urbanas y se fueron extendiendo hasta cubrir áreas semiurbanas y rurales.

Tanto Biernat y Ramacciotti (2013) como Otero (2006) indican que durante las primeras décadas del siglo XX la lupa demográfica se localizó en el problema de la reproducción de la población local y extranjera, centrándose en la cuestión de la raza y la calidad de la misma. A partir de la década de 1960, cambia este foco para desplazarse hacia la necesidad de administrar la población para el desarrollo de la Nación; en el caso argentino para aumentarla.

Felitti (2004: 1) señala que hay un desarrollo marcado de la demografía en aquellos años vinculado a la emergencia de la problemática del control de la población “bajo el argumento de que existía una correspondencia causal entre la pobreza de una nación, sus

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

altas tasas de natalidad y la (im)posibilidad de alcanzar el desarrollo.” Indica también la importancia de los organismos internacionales, y en particular la CELADE (CEPAL) en la investigación de estos temas. Argentina y Uruguay, quienes poseían una baja natalidad, eran casos excepcionales de estudio ya que habían realizado tempranamente un proceso de transición demográfica, donde bajaron considerablemente tanto la mortalidad como la natalidad (ESSEM, 1973a).

Los documentos analizados vinculados a estos estudios indican la centralidad del pensamiento desarrollista en la justificación de estos estudios (Janvry & Rothman, 1975; CELADE, 1973a). A su vez Massé (2007, p. 264) hipotetiza que

Las ideas prevalecientes en relación con una actitud estatal pronatalista contribuirían a explicar la ausencia de este tipo de estudios en los ámbitos estadísticos oficiales argentinos. Si bien Massé señala al Estudio de Fecundidad (EdF) del ESSEM como realizado integralmente por OPS creemos que el análisis presentado en esta tesis permite inferir que esta hipótesis, requiere por lo menos algunas mediaciones.

Hay dos antecedentes respecto del EdF en el contexto de la demografía en Argentina que resultan pertinentes de destacar: el Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad de América Latina (PECFAL) el Programa de Estudios Comparativos sobre Aborto Inducido y Uso de Anticonceptivos (PEAL). Ambos, desarrollados por la CELADE, elaboraron mediciones de fecundidad a través de encuestas, que a diferencia del estudio analizado estuvieron acotados a la ciudad de Buenos Aires:

Entre 1963 y 1964 se desarrolló el PECFAL (Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad de América Latina). Este programa fue desarrollado por la CELADE, a nivel de América Latina en dos etapas: una primera etapa, conocida como PECFAL-Urbano, donde se efectuaron encuestas en siete áreas metropolitanas de América Latina, entre ellas Buenos Aires. Una segunda fase, PECFAL-Rural, se realizó entre 1969 y 1970 con encuestas rurales complementarias, esta vez sí a nivel nacional, en cuatro países (Costa Rica, Colombia, México y el Perú) (Villa y Torrealba Gibert, 1982).

La división de trabajo para la encuesta implicó que organizaciones de cada país se hicieron cargo del procesamiento local, y CELADE del comparativo a nivel internacional.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

En el caso de Buenos Aires se realizó en el Instituto T. Di Tella y participaron Bárbara De Janvry y Ana M. Rothman (1975), quien participó del EdF.

Los objetivos del PECFAL-Urbano fueron: a) Estimar los niveles y tendencias de la fecundidad, según algunas características demográficas. b) Estimar los niveles y tendencias de la fecundidad. c) Recoger y analizar las opiniones y actitudes relativas a la formación y al desarrollo de la familia, y algunos otros factores que se presumen relacionados con la fecundidad, como la religión, por ejemplo., d) analizar alcance y desarrollo de métodos anticonceptivos (Janvry y Rothman 1975).

El otro antecedente, también organizado por el CELADE, fue el Programa de Estudios Comparativos sobre Aborto Inducido y Uso de Anticonceptivos (PEAL). Este estudio se llevó a cabo desde la Secretaría de Salud Pública y fue coordinado por C. Álvarez Herrera. Contó con 1300 entrevistas y se llevó a cabo paralelamente al EdF, entre Agosto de 1968 y 1971. A diferencia de los otros estudios el PEAL buscó conocer la magnitud del aborto (incluyendo sus consecuencias), el grado de utilización de anticonceptivos y la influencia de esto respecto de la fecundidad. Pantelides (1975) indica que esta encuesta fue de difícil administración ya que era un cuestionario muy largo y complejo (157 preguntas) y que resultó dificultoso el análisis ya que se buscaba inferir tanto hipótesis de nivel microsocial como macrosocial. Sumado a la complejidad técnica, este estudio contó con un financiamiento insuficiente, cosa que para la autora, influyó negativamente en la calidad de los datos.

Una consideración final, sugerida también por Pantelides (1975), puede servir de hipótesis respecto de la continuidad entre las dos encuestas de la CEPAL y el EdF: las modificaciones realizadas en el censo de 1970 resultaban apropiadas para medir gran parte de las variables referidas a fecundidad y contaba con una cobertura territorial mayor y un número más grande de casos sin requerir una inversión monetaria adicional. Creemos que, en parte, esto pudo haber resultado en un cambio de los organismos nacionales e internacionales en financiar nuevas encuestas de fecundidad.

Exceptuando a M. Hamilton, el resto de las profesionales que trabajaron en este estudio poseían una trayectoria común: eran egresadas recientes de la carrera de sociología,

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

que se habían formado en el exterior (Roma y Chile) como demógrafas. En general habían desarrollado, previamente a la especialización, trabajos en otras agencias del Estado como la CONADE o en instituciones académicas como el equipo del Instituto Di Tella o la carrera de sociología. Exceptuando a Ana M. Rothman, cuyo padre trabajaba en la Escuela de Salud Pública, para el resto fue la primera experiencia donde trabajaron demografía con un enfoque centrado en salud.

Finalmente estos estudios resultan antecedentes importantes porque no solo hay una continuidad teórica, metodológica y política, sino que también existe la transmisión de un *know how* (saber hacer) entre los estudios por la continuidad de los profesionales. Tanto A. Rothman (en el EdF) como C. Álvarez Herrera (primero coordinador del estudio de morbilidad, luego sub director) participaron del ESSEM.

11.2.2 Estudios sobre recursos: Serie 2

El estudio sobre recursos se encontró desde su inicio separado en dos estudios paralelos con grupos operativos distintos: por un lado se encontraba el análisis de los recursos humanos y por otro los recursos en operación. Finalmente los resultados se publicaron de forma indistinta, como parte de la serie N°2.

En tanto objetivos se propuso construir una suerte de gran mapa del sistema de salud, señalando los distintos actores de cobertura y financiamiento, distribución territorial, y recursos –humanos y materiales- disponibles.

A partir de esos objetivos, los datos producidos permitían entender las dimensiones del campo de las prestaciones de salud, su nivel de utilización, distribución geográfica.

Este estudio del ESSEM responde un conjunto de interrogantes claves para cualquier proyecto de modificación del sistema de salud: como se distribuye y financia la atención. En esto se puede ver la articulación del proyecto técnico del sanitarismo con el proyecto político de Holmberg: los saberes técnicos movilizados en un intento de reorganización del sistema de atención. Además, desde una perspectiva técnico-instrumental, permite ver las continuidades y rupturas con otras experiencias, como el grupo de salud de la CONADE en el desarrollo de metodologías, fuentes y recursos para los sistemas de información en salud.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

11.2.2.1 Estudio sobre recursos en operación.

Este estudio contó con tres objetos distintos: en primer término buscó describir a que subsistema (público, privado, de seguridad social), en qué número, de qué calidad y en que distribución geográfica se encontraban los establecimientos sanitarios.

En segundo lugar indagó sobre cada establecimiento su capacidad material, técnica y operativa. Buscaron la capacidad de individualizar cada establecimiento según su equipamiento o personal sanitario (médicos, enfermeros, paramédicos y otros profesionales).

Por ultimo buscaron conocer en detalle las fuentes de financiación, montos y capacidades; así como también la forma y el grado en la que lo utilizaban (servicios de salud, servicios preventivos, atención médica ambulatoria, hospitalización adiestramiento de personal, investigación médica, nuevas construcciones, equipamiento, modernización del equipo, etc.)

Es de destacar que durante los años previos al ESSEM se produjeron ciclos de centralización y descentralización generando una dispersión de tipos de contrataciones que obedecían a diferentes sectores (municipales, provinciales, nacionales y privados) y que cada uno pagaba sueldos diferenciados, haciendo de los hospitales verdaderos mosaicos de situaciones laborales (Belmartino & Bloch 1994).

Se planificaron dos formas de recolección de datos distintos: un relevamiento constituido por dos encuestas, una en terreno y otra por correspondencia. En primer lugar se enviaron formularios por correo a las instituciones registradas de cada provincia, y para aquellas instituciones que no contestaron a 3 o 4 envíos de formularios enviaron a un entrevistador. La encuesta se focalizó en relevar la capacidad y distribución (de acuerdo a especialidad) de las camas, el relevamiento de tipos y características de los servicios, la estructura y nómina del personal de cada hospital. Los datos tabulados no muestran que se haya llegado a esta capacidad de análisis, ni encontramos referencias en los testimonios de los participantes que señalen que se llevó a cabo este nivel de desagregación.

Como fuente secundaria utilizó el catastro realizado entre los años 1964 y 1965 por Dirección de Estadísticas de Salud (ESSEM, 1969).

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

11.2.2.2 Estudio de recursos humanos

Los resultados de los dos estudios unificados fueron publicados como la serie N°2 Estudios sobre recursos.

El modulo N°1 tuvo por objetivos conocer el número de médicos, personal de enfermería y odontólogos de acuerdo con su distribución geográfica, formación profesional, datos demográficos (sexo, edad, estado civil, etc.), situación económica, tipo de inserción profesional, grado de ingreso, el rendimiento profesional (en tanto número de pacientes atendidos), por ultimo también se buscó indagar las “actitudes” y “opiniones” de las enfermeras respecto de su profesión.

Se planteó como un objetivo la elaboración de una guía actualizable anualmente de estos profesionales médicos, en concordancia con la idea general de crear sistemas de actualización continua.

Se proyectó una segunda etapa con un muestreo estratificado según áreas geográficas y tipo de recurso humano para realizar entrevistas en profundidad. La entrevista referiría a los antecedentes, trayectorias laborales y formativas, migraciones, equipos disponibles, personal auxiliar del médico, experiencias docentes o en investigación, cantidad y características de sus pacientes, acceso a información científica, fuentes de satisfacción en el trabajo y opinión de la educación médica recibida.

La información respecto del personal de enfermería abarcó no solo las enfermeras graduadas con título universitario sino también a auxiliares en enfermería, y dejó de lado la intención original de relevar a los graduados no activos o de instituciones formadoras que habían cesado su funcionamiento²⁵.

²⁵ Faccia (2015) señala que en los años posteriores a 1955 las enfermeras formadas por la Fundación Eva Perón fueron sistemáticamente invisibilizadas. Esto, sumado a la cantidad de pequeñas escuelas acreditadas, puede resultar un factor explicativo respecto de este punto. Lamentablemente no pudimos verificar esta hipótesis en el trabajo de campo.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Se trabajó con la base del catastro actualizado por el grupo de trabajo de Recursos en Operación, en el cual se solicitaron los datos necesarios para la elaboración de tarjetas identificadoras del recurso de enfermería. Se relevaron nombre y apellido, documento de identidad, lugar de residencia; edad, tipo de adiestramiento (medido en académico, formal o en servicio); nombre y dirección de la entidad donde estudió y año de la terminación de los estudios.

No se realizó una segunda etapa planificada que incluía entrevistar enfermeras tituladas y no tituladas respecto de sus trayectorias educacionales, laboral, condiciones de trabajo y satisfacción en el trabajo.

Se publicó junto a los resultados un cuestionario, destinado a analizar en profundidad las escuelas del listado. Según señala la publicación, este cuestionario fue elaborado con colaboración de la OPS y directoras de escuelas de enfermería. Sin embargo no consta que se haya aplicado en el contexto de la CONADE, ni aparecen resultados publicados o referidos en otras publicaciones (CONADE, 1966a).

Las publicaciones correspondientes a este estudio resultaron provisorias y se limitaron a la presentación de datos sin análisis específicos. La publicación N°3 indica que “debido a la gran demanda de datos sobre los recursos disponibles se publican solamente las tablas generales sin ningún tipo de análisis, ya que ello demoraría la aparición de la información” (ESSEM, 1970, p. 8). En alguna medida esta falta de interpretaciones explícitas puede ser matizado por la información presente en el lenguaje gráfico y matricial.

Vale señalar que esto contrasta con los relatos de los participantes de la encuesta, quienes nunca refirieron tener una gran demanda de datos que forzara a acelerar el ritmo de publicación, más bien, por el contrario, siempre refirieron dificultades para encontrar receptores de los datos. Si bien el marco normativo incluía la posibilidad de ampliar los formularios a pedido de terceros, como forma de complementar el presupuesto del ESSEM, no hay referencias ni documentos que indiquen que se hayan podido vender datos.

Los objetivos en el segundo número de la serie fueron: conocer cantidad y distribución de los recursos y servicios para la atención de salud que se encuentran operativos; proporcionar información sobre el tipo de distribución geográfica y tipo de los

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

establecimientos asistenciales, servicios de diagnóstico y tratamiento, y de distribución de los recursos humanos vinculados a las prestaciones de salud; obtener un listado de médicos que prestan servicios en los establecimientos asistenciales según especialidad y tipo de remuneración, obtener un listado del personal de enfermería que presta servicios, sus grado de capacitación, y el tipo de actividad que desempeñan; e información sobre las fuentes de financiamiento de los establecimientos (ESSEM, 1969b).

Como se señaló anteriormente, para el estudio de Recursos Humanos se eliminaron de la planificación original (Ley N° 18.551) los objetivos cualitativos vinculados a evaluar trayectorias y representaciones, así como también la creación de un registro actualizable de profesionales.

Del estudio de recursos en operación, no se produjeron datos vinculados a la utilización de los recursos y solo se llegó a completar el catastro, publicado en forma de listado de establecimientos y capacidades.

Operativamente, el relevamiento estuvo a cargo de los organismos de estadísticas de salud de cada provincia. Esto resulta interesante porque una de las apuestas de la ESPUBA fue la creación de un cuerpo de técnicos, especializados en estadística sanitaria para ocupar las estructuras provinciales. Esta apuesta tiene dos rasgos interesantes: se encontraba orientado a desplazar la demanda de médicos especializados en epidemiología para los puestos de línea media y reemplazarlos por técnicos formados específicamente para la tarea; esta formación buscaba homogeneizar los conocimientos y formas de codificar los valores de las estadísticas en salud a partir de una forma de enseñanza homogénea y multiplicar la capacidad de estas instituciones. Con este argumento buscamos indicar que la capacidad operativa de este estudio se apoyó en las acciones realizadas anteriormente por la ESPUBA (Iriart *et al*, 1994; Hamilton, 2010). Finalmente, es significativo porque describe un buen nivel de integración entre las oficinas provinciales y el nivel central. Según relata E. Marconi (2014) esta relación de confianza y colaboración se quebró pocos años después durante la intervención miliar del organismo.

El relevamiento se construyó a partir del catastro de recursos hospitalarios realizado por la SSP durante 1964 que fue actualizado en 1966 (CONADE, 1966b).

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Son tres las categorías centrales que trabajaron en este estudio: dependencia del establecimiento; cantidad de camas y cantidad y función de los trabajadores.

La codificación de estas variables resultó exhaustiva, y de alta complejidad, resultando en 11 valores posibles en relación a la dependencia del establecimiento y 52 para los trabajadores.

En términos generales el estudio definió como establecimiento asistencial:

a aquel ubicado en uno o varios locales donde un grupo de médicos u otros profesionales vinculados a la atención de la salud efectúan prestaciones médicas y/o odontológicas, a pacientes internados o no, teniendo ese grupo de profesionales una administración y administración únicas (ESSEM, 1969, p. 8).

Esto implicó un criterio de inclusión/exclusión que resulta interesante de señalar: se excluyeron consultorios privados, médicos u odontológicos que no contaran con una administración y dirección única. Esto organiza una separación de los consultorios de práctica liberal que no se encontrarán administrados por otra institución. En tanto criterio de exclusión resulta interesante ya que el estudio no da cuenta de parte de la capilaridad de los consultorios médicos, reflejando el proceso de concentración de la oferta de servicios en los prestadores privados; las obras sociales, en menor nivel; y el sistema público. En tercer lugar, porque esta exclusión resultaba técnicamente posible sin que implique un sesgo invalidante del estudio.

Los establecimientos se describieron de acuerdo a su dependencia administrativa, presentando seis posibilidades: Salud Pública Nacional, Salud Pública Provincial, Salud Pública Municipal, Obra Social, Municipal y Otras Dependencias Nacionales, Privado y luego una serie de categorías residuales que incluían otras dependencias (Nacionales, provinciales, municipales). Se aclara que se pudo obtener datos de la totalidad del sistema, exceptuando los pertenecientes a las fuerzas armadas (1969b).

Cuadro 2: Codificación y definición de los tipos de establecimientos para el Estudio de Recursos del ESSEM

Código	Tipo de establecimiento	Definición operacional
--------	-------------------------	------------------------

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

	Establecimiento asistencial	Aquel ubicado en uno o varios locales o ambientes físicos donde un grupo de médicos y otros profesionales vinculados a la atención de la salud efectúan prestaciones médicas y/o odontológicas a pacientes internados o no, teniendo ese grupo de profesionales una administración y dirección únicas
2	Dependencia administrativa	Institución que es responsable por la administración del establecimiento y que fija las normas para administrar su patrimonio
2.1	Salud Pública Nacional	Establecimientos asistenciales dependientes de la SSPN
2.6	Otras dependencias Nacionales	Establecimientos asistenciales que dependen del Gobierno nacional, pero no dependen de SSPN o no estén incluidas en el punto anterior
2.2	Salud Pública Provincial	Establecimientos dependientes de organismos de salud pública provincial.
2.7	Otras dependencias Provinciales	Establecimientos Asistenciales que respondiendo al nivel provincial no dependen de salud pública de la provincia o no estén incluidas en lo anterior
2.3	Salud Pública Municipal	Establecimientos asistenciales dependientes del organismo de Salud Pública Municipal
2.8	Otras dependencias municipales	Establecimientos asistenciales que no dependen de salud pública del municipio, pero se encuentran en dependencia del nivel municipal
2.4	Obra Social	Establecimientos asistenciales que dependen administrativa y funcionalmente de una entidad a la cual es obligatorio la afiliación y el aporte
2.5	Mutualidad	Establecimientos asistenciales que dependen de una entidad con afiliación y aporte voluntario
2.9	Privado	Todo establecimiento asistencial, ya sea individual o colectivo de carácter de bien público o de investigación lucrativa o no, no incluido en las categorías anteriores.

Fuente: Elaboración propia con datos de ESSEM 1969a; 1970a

También se tabularon informaciones referentes a la capacidad instalada de cada uno de estos establecimientos, incluyendo camas disponibles, aparatología, etc.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

La otra gran variable que se trabaja en el este estudio es la del personal de los establecimientos. Para ello se establecieron tres categorías, que contienen 52 valores posibles: Profesionales (básicamente médicos y especialidades médicas, contó con 23 categorías), personal de enfermería (4 valores posibles) y otro personal (28 categorías).

Esta codificación aborda en gran detalle el mundo médico hospitalario y lo codifica no por titulación sino por función desempeñada, haciendo hincapié en las diversas especializaciones y subespecializaciones codificando con casi la misma cantidad de posibilidades que el resto del mundo no médico. En este sentido hay una diferencia con el mundo de enfermería, codificado según grado de titulación. Igualmente Faccia (2015) señala que durante la década de 1960 y a partir de la emergencia de diversas instituciones de formación –con distintos tipos y calidades de titulación y formación- esto llevó a la diferenciación de tres niveles en el ejercicio de la enfermería, que corresponden a la tipología utilizada, las enfermeras universitarias, las no universitarias y las auxiliares de enfermería. Finalmente, “otro personal” aparece con un alto grado de dispersión.

Entendemos que esto tiene que ver con las preocupaciones propias del momento de elaboración del estudio, vinculados a la educación y distribución de los médicos, en tanto recurso nuclear del sistema de salud, seguidos por el personal de enfermería, que históricamente se consideró poco profesionalizado. En definitiva, esta codificación presenta una forma hospitalocéntrica y médica de pensar la salud, propia de la época (Iriart *et al*, 1994; Belmartino & Bloch, 1994; Hamilton, 2010).

Cuadro 3: Definición y operacionalización de los trabajadores de salud en el estudio de Recursos del ESSEM

Categoría y Código	Variable	Categoría y Código	Variable
4. Personal Profesional	Profesionales egresados del sistema	6. Otro Personal	

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

	universitario	en		
	condiciones de ejercer			
4.1	Médicos de Clínica Medica	6.1	Asistente social y Visitadora social	
4.2	Médicos de Cirugía	6.2	Asistentes Dentales con Titulo	
4.3	Médicos de Toco ginecología	6.3	Asistentes Dentales sin Titulo	
4.4	Médicos Pediatras	6.4	Dietistas	
4.5	Médicos de Medicina General	6.5	Foniatras	
4.6	Médicos de Laboratorio	6.6	Mecánicos Dentales	
4.7	Médicos en Anatomía Patológica	6.7	Asistente de Anatomía patológica con titulo	
4.8	Médicos Radiólogos	6.8	Asistente de Anatomía Patológica con título sin titulo	
4.9	Médicos Radioterapeuticas	6.9	Auxiliares de estadística con titulo	
4.10	Médicos de Enseñanza	6.10	Auxiliares de estadística sin titulo	
4.11	Médicos de Investigación	6.11	Auxiliares de Farmacia con titulo	
4.12	Médicos de Administración Hospitalaria	6.12	Auxiliares de Farmacia sin titulo	
4.13	Médicos de Bioestadística	6.13	Auxiliares de Hemoterapia con titulo	

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

4.14	Bioquímicas	6.14	Auxiliares de Hemoterapia sin título
4.15	Farmacéuticos	6.15	Auxiliares de Laboratorio con título
4.16	Odontólogos	6.16	Auxiliares de Laboratorio sin título
4.17	Obstetras	6.17	Auxiliares de Radiología con título
4.18	Kinesiólogos	6.18	Auxiliares de Radiología sin título
4.19	Fisiatras	6.19	Auxiliares de Radioterapia
4.20	Estadísticos	6.20	Personal Administrativo
4.21	Administradores de Hospital	6.21	Personal de Cocina
4.22	Mantenimiento	6.22	Personal de Lavadero, Ropería y Mucamas
4.23	Otros	6.23	Personal de Mantenimiento
5. Enfermeras	Personal, con capacitación formado o no que desempeña funciones de enfermería dentro del establecimiento	6.24	Religiosas
5.1	Enfermeras Universitarias	6.25	Otros
5.2	Enfermeras Diplomadas		
5.3	Auxiliares de Enfermería		
5.4	Otras		

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la publicación ESSEM 1969a, 1970b

Para la consideración de cantidad de profesionales se contabilizó una vez cada profesional, independientemente la cantidad de cargos que ocupe, para el caso del tabulado por establecimientos, se contabilizó como un médico distinto para cada cargo.

En vistas de evaluar esta concentración de cargos se triangularon diversos listados de profesionales: los provistos “gentilmente” por el laboratorio Roche (ESSEM, 1969a, p. 10), por los registros profesionales de las provincias y los colegios médicos. Por considerarse de mayor calidad se tomó como base el de los laboratorios. Esta selección puede ser entendida como una evaluación por parte de este equipo de trabajo en relación a los datos disponible, también una expresión de sus redes de contacto y finalmente como lectura de su intención respecto de los sistemas de información, ya que, a pesar de que existían esos datos era considerado necesario elaborar mecanismos capaces de producirlos.

En este sentido existe una diferencia significativa con el intento realizado por CONADE, ya que se evitó trabajar con una fuente única de datos y, en vez de partir de una entidad reguladora, se partió de los listados de una entidad privada. Sin depurar los dobles cargos se arribó a un total de 63.732 profesionales, y depurados, 45.819 profesionales. No se indica que se haya tenido precauciones similares con otras profesiones, como enfermeros o trabajadores sociales.

Finalmente, los resultados salieron publicados como la serie 2, compuesta de 5 números. En estas publicaciones no se establece la diferencia entre estudios, como se señala en los documentos previos. Aunque a juzgar por los objetivos, los tres primeros corresponden al estudio de recursos en operación y los últimos dos al de Recursos Humanos. Creemos que esto se debe a que el ESSEM en general y este estudio en particular tuvieron un alcance, tanto temporal como económico un alcance inferior al planificado.

El primer número de la serie (ESSEM, 1969a), presenta los datos respecto de la distribución de profesionales cruzándolos alternadamente con los lugares de residencia y el tipo de dependencia en la que trabajaban o ambos. El segundo número de la serie presentó los resultados en relación a los establecimientos, su distribución por provincia, y tipo de

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

dependencia. Fundamentalmente presenta una tabulación con 5 características: código número de establecimiento, nombre del establecimiento, localidad, calle, número, teléfono, cantidad de camas de internación y dependencia (ESSEM, 1969b).

La información se presentó en tablas se encuentran organizadas según provincias, y ordenadas alfabéticamente de acuerdo al nombre del establecimiento.

El tercer número de la serie, presenta la distribución de camas y consultorios externos. Los resultados se encuentran agregados a nivel de provincia, región de desarrollo. El lenguaje gráfico es claramente dominante, y los datos se organizan privilegiando como variable independiente los establecimientos asistenciales, las camas de internación y los consultorios externos y como dependiente las regiones de desarrollo y el tipo de dependencia administrativa (ESSEM, 1970a).

En relación a las publicaciones correspondientes a Recursos Humanos, el N°4 presenta las combinaciones de profesionales y no profesionales caracterizados por regiones de desarrollo, dependencia administrativa, grado de calificación, desagregado a nivel de regiones de desarrollo y provincias (ESSEM, 1970b).

El N° 5 (ESSEM, 1970c) se encuentra orientado a la publicación de las características cualitativas de los establecimientos, indicando la proporción de servicios de diagnósticos, aparatología (máquinas de rayos, etc.), instrumentales de diagnóstico, tipos de anestias disponibles, características del equipamiento odontológico y medios de movilidad.

Creemos a partir del análisis de los elementos gráficos y matriciales presentes en la serie, así como también de las entrevistas y documentos, que la hipótesis detrás de este estudio fue que los profesionales, recursos y materiales se encontraban desigualmente distribuida, no solo según las regiones de desarrollo, sino de acuerdo a la diversa penetración de Obras Sociales y Mutualidades, dejando sin cobertura adecuada a diversos sectores de la población.

Entendemos que esto se debe a que los debates respecto a la centralización, las características propias de las prestaciones y la falta de una identidad sistémica y produciendo un exceso de oferta para otro sector.

Un entrevistado señaló que:

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

el CABA y la zona metropolitana que nos impactó, un 80% de cobertura de las obras sociales. Puta había un sistema de salud, que era... Bastante aceitado. Nos golpeaba encontrar cifras de... de una cobertura muy grande.

Los distintos relatos indican una constante en este punto, el equipo del ESSEM partía de un diagnóstico en el cual la obras sociales contaban con una importancia, extensión y recursos considerablemente menor a la que efectivamente tenían, y que la relación entre estas y los privados era menos significativa.

Esta hipótesis era central en términos de la viabilidad de la estrategia de desarrollo de un amplio seguro social o de la regulación del sistema por parte de la SSP planteada por la gestión de Holmberg y por los sanitaristas. Como señala otro entrevistado, en estas estrategias confluían, por diversas razones múltiples actores:

[...] puede tener una verdadera apariencia que es la destrucción de las obras sociales. Vos podés estar interesado en integrar las obras sociales en un sistema de salud universal, donde todos tengan acceso, un pensamiento progresista, [...] pero otro puede pensar "este es un camino para conocer y hacer mierda las obras sociales" quitarle poder a los sindicalistas [...]. Bueno, entonces, pensá que no todos pueden pensar con igual criterio. Todos se embarcaron en el mismo ferrocarril, unos con la cimitarra y otros con la paloma en la mano y el olivo [...]. Cuando dijimos "y... la demanda de atención son 5 consultas habitante año" se agarraron la cabeza, "no puede ser, va a salir muy caro un seguro". Porque ellos esperaron que diga 1, 2 habitante año".

11.2.2.3 Los antecedentes del Estudio.

Este módulo puede ser visto como una continuidad del trabajo empezado por algunos de los investigadores del ESSEM en su experiencia en la CONADE. Registramos dos estudios realizados por algunos de ellos sobre el mismo tema: 1) "Distribución de Médicos en la República Argentina por Provincias y Departamentos", publicado en 1964 como un tema de divulgación interna, y elaborado por el Sector Salud de CONADE. El estudio se realizó a partir de los padrones de médicos inscriptos en los colegios médicos de las distintas provincias en 1964 que fueron tabulados, en los casos donde era posible, según Departamento. Ya que los colegios incluían en sus nóminas a los odontólogos fueron

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

considerados indistintamente de los médicos. Este estudio fue coordinado por S. Provenzano, quien participó de la ESPUBA (CONADE, 1964).

El segundo antecedente, también de CONADE, fue el relevamiento de “Escuelas de Enfermería de la República Argentina por Dependencia y Provincia”, publicado por el Sector Salud de CONADE en 1966. En el mismo participaron J. Barrenechea, consultor de OPS y miembro de la ESPUBA como director, Alberto Mondet, subsecretario de Ezequiel Holmberg, y Arnaldo Torrens, jefe de la encuesta de recursos humanos del ESSEM, como asesores.

El relevamiento de CONADE partió de los datos del catastro de recursos de salud realizado en 1964, en el cual se incorporó un formulario de personal destinado a obtener información referente a la estructura de sector de enfermería. A partir de estos datos elaboraron un listado de escuelas o cursos que emitieron certificados habilitantes de enfermería, aunque no comprobaron que siguieran existiendo al momento de la publicación, dos años después. Este listado se complementó con información disponible en el Sector Educación del CONADE, en la Asesoría de Enfermería del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública y en la Cruz Roja Argentina.

11.2.2.4 El estudio sobre recursos y el reordenamiento del sistema de salud

Analizado a partir de este estudio, el ESSEM emerge como parte de un intento del Estado para intervenir de forma más activa en la regulación del sistema de salud, no solamente como árbitro de acuerdos ajenos, sino como organizador de la totalidad del sistema de atención. Recurriendo para esto a las técnicas de planificación en un intento de racionalizar un sistema que crecía en tamaño, complejidad y costo (Iriart *et al*, 1994; Belmartino, 2005). En particular este estudio detalla las fuentes de financiamiento y las distintas capacidades instaladas de los subsistemas, datos que para Holmberg hubieran sido “elementos utilísimos para el proceso de reordenamiento de la atención médica y su planificación adecuada” (Holmberg, 1968, p. 9).

De acuerdo a la caracterización de Belmartino (1995, 2005) y Belmartino y Bloch (1994), durante el periodo analizado los actores centrales en el campo de la salud fueron las

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

entidades gremiales médicas, organizaciones empresariales de la medicina y obras sociales y en un plano secundario, el sanitarismo, vinculado a los intentos del Estado de recuperar grados de control y determinación sobre las entidades y estrategias de atención en salud.

Esta centralidad se encontraba fundamentada en diversos aspectos 1) el control de recursos económicos; 2) las representaciones sociales dominantes respecto del rol del médico como profesión liberal, de relación médico paciente individualizada y reglada por el secreto, la libre prestación y el pago por prestación; 3) La medicina y los mecanismos asistenciales, que destacaban la incorporación de tecnología, la idea de la centralidad del hospital como centro asistencial y la incorporación de especializaciones y, finalmente, 4) un factor que se fue consolidando a lo largo del periodo analizado, la capacidad de constituir (o apoyarse en instituciones ya constituidas) organizaciones destinadas a la defensa de intereses sectoriales, como la Confederación General del Trabajo (CGT).

Los actores centrales del periodo desarrollaron una identidad, y un modelo asistencial, vinculado en la oposición al carácter regulador del Estado, al que entendían como ineficiente y autoritario. A su vez, el Estado fue desarrollando diversas estrategias para tratar de reorganizar el sistema. Alternó entre intentos de descentralización y otros de centralización, de apuesta a modelos de atención más amplios o restrictivos, basadas en la intervención de diversos profesionales y la alternancia de distintos proyectos políticos (Belmartino, 2005; Arce, 2010; Veronelli & Veronelli Correch, 2004).

A lo largo del periodo, la siempre conflictiva relación entre obras sociales y corporaciones médicas se fue suavizando para dar lugar a una serie de acuerdos implícitos respecto del financiamiento y las condiciones de prestación de servicios de salud basados en la centralidad de las obras sociales y en el control de la profesión médica por parte de las corporaciones. Esto encontró un punto de soporte en la identidad liberal del médico defendida por las corporaciones profesionales en la medida que valorizaban como constitutiva tanto de la identidad médica y como de la eficacia curativa la autonomía profesional, en tanto control total en el espacio de su práctica, garantizado en el control ético y formativo de las organizaciones profesionales.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Esta etapa, signada por un “pluralismo corporativo” es lo que Belmartino (1995) caracteriza como “pacto corporativo” entendiendo pacto en su acepción de la puesta en marcha de mecanismos de concertación, para la compatibilización de intereses sectoriales a través de acuerdos globales entre actores sociales relevantes y que además actúa como forma constitutiva de una sociedad, en este caso el sistema de salud.

El “pacto corporativo” (Belmartino, 1995) contó con tres puntos básicos:

1. El Estado se desplazó hacia un rol secundario, sin capacidad efectiva, de ejercer regulaciones que disminuyeran el grado de poder de las otras corporaciones. En la medida de que su intento de establecer nuevas reglas de juego (Belmartino, 2005) para el campo de la salud no logren imponerse pasará a desempeñarse como regulador de algunas disputas puntales entre obras sociales y corporaciones médicas.

2. Se estableció la regulación de la profesión médica, su formación, matriculación y sistema de honorarios como dominio de las corporaciones medicas formando un oligopolio de servicios.

3. Con el incremento de la capacidad prestacional y con la intervención de la CGT y la posterior sanción de la Ley 18610, las obras sociales se vuelven claves en las estrategias sindicales, se convierten en herramienta de negociación con los sucesivos gobiernos y una gran fuente de ingreso de los sindicatos. Esto llevó a su consolidación como en tanto los principales financistas de los servicios de salud.

11.2.3 Estudio de educación médica

En el estudio sobre educación médica se ve claramente la influencia de la OPS en el ESSEM, en tanto que esta organización venía motorizando desde hacía años el debate por la “sobreproducción” de médicos en relación con el resto del personal sanitario, por ejemplo, enfermeros. Se publicó en dos series, la número 3 que presenta los datos recogidos a partir del censo de estudiante de la carrera de medicina de la UBA, y la serie 4, que presenta características de la enseñanza de odontología, enfermería y medicina.

La diferencia en las dos presentaciones respecto de medicina corresponde a la fuente de información, su intención de uso y la articulación con las instituciones externas al ESSEM.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

En las publicaciones de la serie 3 se utilizó el censo de estudiantes de la UBA y se realizó a partir de datos provistos y a pedido de AFACIMERA, con intención de conocer las características de los estudiantes de la carrera. Los datos presentados en la serie 4 corresponden a los relevados para la investigación de J.C. García de la OPS sobre la educación médica en América Latina y no se limitan a los estudiantes de la UBA, sino que se toman datos de otras facultades del país.

Presentado desde las dimensiones seleccionadas, este estudio presenta algunas particularidades: las articulaciones institucionales entre el ESSEM y otros organismos primó sobre los criterios técnicos (por ejemplo en la comparabilidad de los datos). Además estas articulaciones institucionales se fundamentaban en distintos proyectos de reforma de la educación médica y su función en la sociedad, no solo en lo articulado por los decanos de AFACIMERA y OPS, sino también como posibilidad de proyectar la cantidad y tipo de formación de profesionales en un sistema de salud planificado.

Tal como señala Borrell Bentz (2005) OPS no solo apoyó diversas medidas para poder conocer (tanto cuantitativa, como cualitativamente) a los recursos humanos en salud, sino que también se propuso modificaciones curriculares de diverso tipo y apoyó planes de grado y posgrado basados en su intención de romper con la lógica tradicional de formación médica.

De acuerdo a uno de nuestros entrevistados, existió una preocupación local del conjunto de decanos que conformaban AFACIMERA referida a una sobreformación de médicos generalistas en desmedro de otras especialidades, es decir, produciendo un recurso humano innecesario. Estos estaban a favor de expandir el sistema de residencias para fomentar la especialización de posgrado de los médicos. Las fundamentaciones recogen marginalmente este argumento (ESSEM, 1970). Por esto existió la intención original de estudiar también la formación de posgrado. Uno de los responsables de AFACIMERA que trabajó en el ESSEM resume que:

[...] el problema vino porque acá en el año 1958 se creó la primera residencia de especialidades, el primer posgrado [...] bueno, entonces, se dijo, y eso tomando el modelo de los Estados Unidos, para ser especialista tenías que hacer un posgrado, por eso las escuelas de medicinas creían que formaban un generalista [...] los

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

decanos estaban convencidos de que formaban un generalista, entonces cuando el programa de la enseñanza clínica, tenías que hacer clínica médica, cirugía, oftalmología, dermatología, pasear por todas las especialidades, vos lo que formabas era un poli mini especialista, y no un generalista, bueno, una eterna discusión con los decanos [...] entonces acá se da un fenómeno muy interesante, se generan una cantidad de, como se llaman, residencias el tipo de enseñanza [...] los decanos creían que estaban formando generalistas, y la gran pregunta era, ¿son estos?, el medico que el país necesita, ¡no tenía sentido!, porque el país necesitaba mucha clases de médicos, la cuestión es la proporción en la que se necesita, porque la proporción que se necesita va de acuerdo a la organización del sistema de salud.

Los objetivos originales de este módulo plantearon que la información de este estudio debía servir para racionalizar los planes de formación profesional. Entre sus objetivos contaba con tres ejes:

1. caracterizar los ingresantes, estudiantes y graduados de las carreras de grado y posgrado de medicina y odontología del país, a partir de sus características socio-demográficas.
2. un segundo eje radicaba en estudiar las prácticas pedagógicas, características de los docentes y los planes de estudios de las carreras de grado y posgrado de odontología y medicina.
3. El último eje se encontraba en la indagación de las estructuras materiales del dictado de los cursos, haciendo referencia al equipo disponible, condiciones financieras, remuneración de los profesores, articulaciones comunitarias, formas de financiación de las universidades.

En términos generales resulta difícil una caracterización general del cumplimiento de estos objetivos propuestos, pero podemos adelantar que se obvió completamente la dimensión de posgrado, y que las características demográficas aparecen reducidas en general a sexo. También es importante señalar la diferencia marcada entre las diferentes herramientas de recolección que se usaron para relevar las distintas profesiones ya que en este estudio publicado como Serie 3, se trabajó con datos del censo de estudiantes de la UBA para Medicina, que contenía una mayor cantidad de datos demográficos (condición ocupacional, estado conyugal, etc.) que para otras profesiones, aunque sí se pueden observar relevamientos

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

de las formas de financiamiento, tipo de remuneración (entendida por cargo) y, en el caso de odontología, características del equipamiento de enseñanza.

Como parte de la creación de un sistema de información continuo se planteó como una meta la elaboración de una guía actualizable anualmente de estos profesionales médicos. A partir del progresivo desmantelamiento del ESSEM, esto quedó en el plano enunciativo. Pero, en tanto meta del estudio, permite entender el alcance propuesto y el rol de los datos como puntapié de un nuevo sistema, de carácter continuo y capaz de incorporar numerosas fuentes de datos, no solo para planificar prácticas y servicios, sino recursos humanos.

Si bien el estudio supuso una definición amplia de “educación profesional”:

Abarca la formación de las diversas profesiones de la salud, cualquiera sea su nivel y que se extiende desde la preparación necesaria para recibir esta enseñanza hasta la formación continua del profesional en el curso de su vida (ESSEM, 1969, p. 68).

Se limitó el alcance concreto a la enseñanza de la medicina, la odontología y la enfermería.

Metodológicamente se adaptó el cuestionario utilizado por el “Programa de Desarrollo de la Pediatría”, promovido por AFACIMERA entre 1968-1970, en la cual se recolectaban los datos en varias visitas y contando con la colaboración del personal directivo (ESSEM, 1969).

11.2.4 Los estudiantes de Medicina de la Universidad de Buenos Aires: Serie 3

Los datos se obtuvieron por medio de un censo general de estudiantes realizado por la Universidad, de tal manera que se desarrolló fuertemente sobre variables demográficas: edad, sexo, estado civil y nacionalidad, años de estudios, logros docentes y condición ocupacional. Posteriormente se complementaron estos datos con una entrevista referida al nivel educacional del padre, la situación económica que permite o dificulta el acceso a la carrera, las expectativas respecto del futuro profesional y respecto del currículo académico y las asignaturas que lo componen. Se proyectó comparar estas respuestas con las dadas por los graduados como parte del estudio sobre Recursos, aunque esto no llegó a hacerse.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

De igual manera que en otros módulos, solo se presentaron los datos de la primer parte, que incluía los resultados del censo y sus tabulaciones básicas.

La hipótesis presentada en la única publicación de la serie (Serie 3, N°1, ESSEM 1970) vincula al desempeño diferencial entre estudiantes de medicina de la UBA que trabajaban y aquellos que no. Tanto el lenguaje matricial desplegado en los anexos como el gráfico en el análisis señalan la misma hipótesis.

El Censo se realizó durante octubre de 1969, totalizó 7128 respuestas. Como el censo fue establecido por las autoridades de la universidad como obligatorio y el comprobante era requisito para rendir exámenes o realizar trámites administrativos fue considerado por el equipo del ESSEM un universo equivalente al de estudiantes activos y representó el %80 de los estudiantes de la facultad. En el censo se relevó sexo, estado civil (solteros, casados y otros), nacionalidad (argentinos nativos y naturalizados y extranjeros), años de estudio (la diferencia más 1 entre el año de inscripción a la facultad y 1969), y logros académicos (medidos como cantidad de unidades académicas aprobadas), condición de trabajo (trabaja o no), dependencia laboral (en una institución o por cuenta propia), cumplimiento de horario laboral fijo (si o no) (ESSEM, 1970).

En relación con EdF el estado civil se operacionalizó distinto. Esto se debió a que los distintos formularios fueron confeccionados por distintos grupos de trabajo en los cuales primaban distintos criterios organizativos y profesionales, en parte porque los datos del ESSEM estaban vinculados a diversos usos, reales y posibles (ESSEM, 1973a).

La primera caracterización de los estudiantes indican que el 65% eran varones, el 60% no trabajaba y el 55% se encontraba cursando la etapa inicial de la carrera.

Dentro de los estudiantes censados, si bien el universo es predominantemente masculino, la tasa de ocupación entre las mujeres es de 10% menor, representando 33%, a diferencia del 43,8% de los hombres. Aun así, la tasa de ocupación femenina es superior a la nacional. La tasa de nupcialidad se mantuvo estable en ambos sexos, representado el 10% de la población. Estos valores se diferenciaron cuando se distinguen el grupo de casados (sin diferenciar por sexos) con aquellos que no alcanzando casi el doble (18,4%) entre los que trabajan, y 4,7% entre los que no.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

La población extranjera representa una minoría entre los estudiantes siendo el %7 del total.

A pesar de tener valores extremos altos (17 y 57 años) el 75% de la población estudiantil se concentró entre los 21 y los 25 años y 3 meses. De acuerdo al análisis presentado, es la edad el factor que se asocia a nupcialidad y trabajo (ESSEM, 1970).

El análisis central del estudio estuvo enfocado en señalar el mejor rendimiento de los estudiantes que no trabajan por sobre los trabajadores.

Para esto se analizaron los logros académicos, entendidos como el plazo requerido para aprobar metas académicas determinadas, medido en años y meses de estudio.

Estos logros fueron estructurados en dos grandes momentos de la carrera: el ciclo básico, compuesto de tres momentos: menos de 8 unidades académicas y de 8 a 17 unidades académicas y 18 unidades y más; en segundo lugar el ciclo clínico, separado en los 3 ciclos propios, correspondientes a las 3 unidades de entrenamiento hospitalario que componían la carrera en ese momento.

Tabla 1: Distribución de estudiantes activos por ciclos que cursan y metas académicas

	Número de Estudiantes	Distribución porcentual
Ciclo básico	3918	55
Menos de 8 unidades	1114	15,7
8-17 unidades	1946	27,3
más de 18 unidades	858	12
Ciclo clínico	3110	45
1era Unidad Hospitalaria	1107	15,5
2da Unidad Hospitalaria	939	13,2
3era Unidad Hospitalaria	1164	16,3

Fuente: ESSEM 1970:10

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

A partir del análisis de estos datos, y suponiendo un flujo constante de estudiantes, los investigadores dedujeron la existencia de nudos de dificultad y de concentración de los estudiantes. Identifican el pasaje de 8 a 8-17 unidades (materias) como dificultoso, también los pasajes entre las unidades hospitalarias.

Otra causa identificada como diferencial para la evolución de los estudios es el sexo. Los investigadores indican que las mujeres, independientemente de su estado conyugal, necesitan menos años que los varones. Entre los varones, además, los casados demoran mayor tiempo que los solteros en finalizar la carrera.

De cualquier manera, la condición de trabajador activo es la que diferencia a ambos grupos respecto del tiempo necesario para alcanzar los logros medidos. Estos resultados, sin embargo, tienen variaciones respecto de los cuartiles de rendimiento. Para el primer cuartil, la diferencia es de pocos meses, mientras que para el tercer cuartil es de 3 años.

Finalmente, se presentan cuatro conclusiones:

- 1) El trabajar o no funciona como un condicionamiento que opera a lo largo de toda la carrera, produciendo grandes distanciamientos entre aquellos que trabajan y quienes no.
- 2) A pesar de que no hay datos suficientes como para señalar la razón de la incorporación progresiva de los estudiantes en el mercado laboral, esta es continua a lo largo de la carrera.
- 3) Una característica entre la población que trabaja, además del grado de atraso, es la dispersión que tiene con relación a quienes no trabajan respecto de sus logros académicos.
- 4) Dentro de los que trabajan, el tipo de trabajo (en instituciones o cuenta propia) no afecta los logros académicos (ESSEM, 1970).

11.2.5 Enfermería, Medicina y Odontología: Serie 4

La serie 4 estuvo integrada por 3 números organizados según profesión, en los cuales se analizaron algunos aspectos de la enseñanza de la odontología, la enfermería y la medicina.

Este módulo produjo los datos para parte del trabajo del médico argentino J. C. García, que en el contexto de la OPS, estudió la formación médica en América Latina entre

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

los años 1967-1972, dando lugar a una obra muy reconocida y difundida al respecto (García, 1972; Galeano, Trotta & Spinelli, 2011).

Al igual que en otros estudios del ESSEM las publicaciones correspondientes al análisis de la enseñanza de la odontología (Serie 4, N°1) llegó a publicarse parcialmente, representando una de las 3 publicaciones programadas (1970b). El fascículo editado cuenta con los antecedentes del trabajo (definiciones, etc.) y las tabulaciones, sin presentar una sección de análisis de los datos. Por su lado, los fascículos que no se editaron proyectaban contener las características de la población estudiantil, la estructura docente, la productividad, financiamiento, instalaciones y estructura administrativa de las instituciones.

El cuestionario se adaptó del estudio dirigido por J. M. Paganini, es decir el acordado por el Estudio Internacional, y abarcó: requisitos de ingreso a la carrera y edad y sexo de los aspirantes; población aceptada y aspirante; distribución de la población de estudiantes según el grado de avance en la carrera; procesos, materias y métodos de enseñanza; personal docente, sus funciones, tipo de dedicación y categorización; egresados por años; capacidad docente; aspectos económicos; forma de organización académica y administrativa.

Para la recolección de datos se contrataron y entrenaron a dos licenciadas en salud pública y odontólogas, Susana Vadell y Rosa B. Lamartine, que recorrieron las instituciones respectivas. Antes se enviaron avisos a las diversas instituciones con las características de la investigación, etc. Según relatan no hubo respuestas negativas y las instituciones nombraron una autoridad para responder el cuestionario. Posteriormente se incorporaron para la tabulación de los datos dos odontólogos más: Seina de Steimberg y A. Valente. La pertenencia institucional de estos profesionales a la ESPUBA permite ver en qué medida para la reformulación del sistema de estadísticas en salud se recurrió a los miembros de esta escuela.

La recolección de información se realizó entre marzo y octubre de 1968. Se diseñó una estrategia que buscó aprovechar al máximo la relación con las autoridades de las universidades y sus registros. En primer término se obtuvo la información de la población estudiantil por medio de la oficina respectiva. El cuadernillo señala que esta información “fue obtenida básicamente por el encargado del departamento respectivo, en caso de no lograrlo

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

por esta vía [...] fue recogida directamente por las encuestadoras consultando los registros respectivos” (ESSEM, 1969c, p.7). Este fragmento señala que algunas facultades no fueron tan colaborativas como se indicó en otros fragmentos del texto o de los estudios. Los datos que no se pudieron conseguir ni con los registros, ni con los responsables de las dependencias de la universidad, fueron proporcionados por responsables institucionales designados por los decanos como personas de enlace. Los cuestionarios resultaron “completados a un nivel prácticamente óptimo” (ESSEM, 1969c, p.8).

El análisis matricial y gráfico de las tabulaciones presentes permiten identificar el alcance descriptivo del módulo. Se presentan tendencias temporales y descriptivas donde se presentan la evolución de las distintas características de las carreras de odontología (cantidad de postulantes, ingresantes, admitidos-según sexo-) según año y universidad. La serie abarca desde 1959 hasta 1967 y permitió analizar la distribución de los estudiantes de acuerdo a las universidades, y por medio de la ubicación de estas, de las regiones²⁶.

Una segunda secuencia de tablas (Tabla N° 5 a N° 12) describió las poblaciones estudiantes de acuerdo a año de cursada, sexo y universidad. Se elaboraron cuadros individualizando en cada universidad, como unidad de análisis y luego cuadros resúmenes donde se comparan las diversas instituciones.

Las tablas siguientes, entre la N°13 y la N°26, analizaron la cantidad de materias destinadas a cada área de conocimiento (materias básicas, materias clínicas, materias preventiva y social), la cantidad de horas y docentes (y su dedicación y tipo de nombramiento) asignadas a cada una. Esto fue desagregado a nivel de universidades y, también se presentó en términos de la totalidad del sistema. Entre los datos se destacan un total de 1.115 docentes, 128 de los cuales eran titulares, 83 adjuntos y 904 auxiliares. En las materias básicas desempeñaban 364 docentes (44 titulares, 31 adjuntos y 289 auxiliares), en Materias Clínicas 719 (75 titulares, 50 adjuntos y 594 auxiliares); finalmente en el área de

²⁶ En el momento descripto, las carreras existentes se encontraban en Universidad Nacional de La Plata, Córdoba, Universidad de Buenos Aires, Universidad del Litoral, Universidad Nacional del Nordeste y Universidad Nacional de Tucumán.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Materias Preventiva y Social 32 docentes (9 titulares, 2 adjuntos y 21 auxiliares), 13 de los cuales dependían de la Universidad Nacional de la Plata, representando la mayor proporción de docentes (9%) y 3 de la UBA, siendo menos del 1% del plantel docente de la facultad (ESSEM, 1969c, p. 21). Si bien puede parecer, por el objeto de nuestro discurso, que la ESPUBA tuvo una importancia grande en el contexto del sistema de la salud, la proporción de cargos ocupados en las universidades resulta un indicador sugerente (pero insuficiente) para señalar que sus miembros tenían importancia en algunos circuitos técnicos particulares pero no sobre el sistema en su conjunto.

Las tablas comprendidas entre la 25 y la 29 describieron los programas de cada carrera, analizados de acuerdo a la materia y dedicación horaria de cada.

Las tablas 30 y 31 refirieron al presupuesto de cada universidad, según el tipo de aporte, diferenciando los del gobierno nacional y provincial por un lado, los fondos universitarios y las prestaciones de Servicios por otro, medido en miles de pesos de moneda nacional. Los datos indican que la presencia del fondo universitario es insignificante en términos del financiamiento y exceptuando la UBA, ninguna de las demás obtiene recursos de forma relevante que no pertenezcan al gobierno nacional o provincial; y aún en este caso, los fondos representan aproximadamente 10% del total de los recursos.

El fascículo N°2, correspondiente a enfermería, es uno de los más cortos y que posee menos información respecto de su producción. Se indica que la información, de igual manera que para el caso de odontología, fue obtenida de forma personal y directa por encuestadoras entrenadas especialmente para la tarea. Para ello entrevistaron a responsables a cargo de 125 establecimientos entre octubre y diciembre de 1969. La guía fue realizada por el equipo de Recursos Humanos del ESSEM.

Estas instituciones se detectaron a partir de los listados de la Secretaria de Educación y SSPN, de instituciones paraestatales y de bien público (Cruz Roja, por ejemplo). Entre las 125 instituciones detectadas, existían 7 cursos universitarios, 94 diplomaturas, 72 cursos de auxiliares, 3 cursos de licenciatura universitaria y 45 posbásicos.

El cuestionario estaba compuesto por 122 ítems indagó respecto de: nombre del establecimiento, año de fundación, dependencia institucional, dirección y teléfono; cargo

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

nombre y profesión del titular del establecimiento; cursos y nivel de los mismos, año de creación, duración estimada, exigencias para ingreso y admisión, tipo de exámenes y entrevistas, aranceles, certificaciones de institución que los avala, becas.

Los datos no se tabularon con la intención de hacer análisis respecto de las características de las instituciones, sino de listarlas de acuerdo a la provincia.

El módulo 3 tomó como objeto la enseñanza de la medicina. Entre las publicaciones de la serie es la que describe en mayor detalle las actividades realizadas, las variables analizadas y el contexto de desarrollo del estudio.

Desde su fundamentación, se sitúa como parte de un conjunto de acciones emprendidas por OPS desde 1955 y 1956 destinadas a estudiar la enseñanza médica en América Latina para fomentar la enseñanza de la medicina preventiva. Los cuestionarios utilizados fueron elaborados por el departamento de Recursos Humanos de OPS, con intención de que sea comparables con los utilizados en otros países. Este estudio, dirigido por el médico argentino J. C. García relevó antecedentes de 22 países y más de 130 facultades. Aunque señala que su diseño es explicativo, presenta 6 objetivos de tipo descriptivo: conocer la demanda de estudios de medicina, la productividad de las mismas, la descripción de los currículos, el número jerarquía, dedicación y sistemas de selección docentes, la administración y formas de gobierno de las facultades y los recursos edilicios e instrumentales con los que cuentan los docentes.

García, compañero de la carrera de medicina de Paganini, entabló relación con algunos de los participantes del proceso de reforma de estadísticas en salud, como José Carlos Escudero, quien participó posteriormente en el desarrollo de la experiencia de los cursos de posgrado en medicina social de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, durante principios de la década de 1980, considerada de las primeras experiencias de formación en Medicina Social Latinoamericana (Galeano, Trotta & Spinelli 2011).

En relación a esto, el módulo sobre educación médica señala que este trabajo:

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Forma parte un programa de alcance latinoamericano promovido y coordinado por la Oficina Sanitaria Pamericana-OPS- en la que participaron 22 países de América latina.

El interés original de este proyecto fue responder a la preocupación por el mejoramiento, cambio e innovaciones en la enseñanza de la medicina preventiva. [...]en diciembre de 1964, se realizó una reunión de expertos en Washington que aconsejó llevar a cabo un estudio sobre la enseñanza de la medicina preventiva y social que sirviera de marco a la organización para estructurar y mejorar sus acciones en este campo [...] la investigación de la educación médica en Latinoamérica, con énfasis en la enseñanza de la medicina preventiva, en lugar de investigación exclusiva de esta disciplina los cuestionarios utilizados para este estudio de las escuelas de medicina fueron los diseñados y aprobados por el Departamento de Recursos Humanos de la OSP al igual que los utilizados en el resto del continente (ESSEM, 1971,p. 5).

De acuerdo a lo presentado en la serie metodológica, este fue uno de los aspectos centrales del estudio de educación médica, ya que:

Esta encuesta cubre la mayor parte de la información requerida; sin embargo, se profundizará en el conocimiento de las características socio - económicas de estudiantes y profesores, antecedentes académicos de estos últimos, instalaciones y actividades de investigación, así como también un estudio acabado de las asignaturas .no incluidas en el estudio sobre enseñanza de la medicina preventiva y social ya mencionado (ESSEM, 1969a, p. 26).

La publicación se estructuró en cuatro partes, una introducción donde se detallan cuestiones metodológicas y referidas al origen del estudio, un cuerpo de tablas y dos anexos: el primero contiene un listado de las escuelas de medicina, construido con los mismos datos presentados para enfermería y el segundo un cuadro con los países participantes en el estudio de J.C García y la cantidad de escuelas de medicina relevadas en cada uno. A diferencia del estudio de enfermería, donde los datos se construyeron a partir de diversas bases de datos, el anexo 1 de esta publicación se construyó exclusivamente a partir de la información brindada por AFACIMERA. Son identificadas nueve facultades de medicina: Universidad de Buenos Aires, Universidad Nacional de Córdoba, Universidad Católica de Córdoba, Universidad Nacional de Cuyo, Universidad Nacional de la Plata, Universidad Nacional de Rosario, Universidad del Salvador y Universidad Nacional de Tucumán.

En Argentina, el relevamiento estuvo a cargo de dos médicos de la Escuela de Salud Pública, M. Munist y J. M. Paganini. Posteriormente se incorporó M. D'Elia.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

De acuerdo a lo presentado por García y lo indicado por los entrevistados, la hipótesis detrás de este estudio es que las instituciones no son capaces de satisfacer la cantidad de los profesionales necesarios y que estos no se encuentran capacitados para realizar tareas preventivas y no solamente asistenciales.

El cuestionario utilizado para la recolección de datos contaba con catorce capítulos y se orientó a conocer 11 puntos centrales, que se pertenecientes a 4 dimensiones: estructura y características de la institución (identificación, año de creación, dependencia, localización; forma de gobierno y administración; tipo de estructura, departamental o catedra; relaciones con otras universidades o instituciones de bien público), características del plantel docente (niveles académicos, forma de designación, tipo de carrera, requisitos mínimos, etc.), características de los estudiantes, características de la enseñanza (recursos materiales disponibles, plan de estudios, estudios premédicos o generales exigidos, actividades extramurales). A partir de estos datos se construyeron distintas series, las más extensas tomaron datos entre 1959 y 1967, algunas entre 1963 y 1966 y para otros se tomaron valores de un año. De acuerdo a los entrevistados, esto estuvo vinculado a la diversa calidad de los datos y la necesidad de terminar el estudio en los tiempos establecidos.

Un detalle interesante de señalar, es que a diferencia de lo relevado para odontología, la forma de entender el contenido se dividió en materias básicas y clínicas, sin incorporar las de medicina preventiva o sociales. Esto fue resultado de la necesidad de mantener la comparabilidad con el estudio de J.C. García, ya que como el módulo de odontología no estaba contemplado en esto se pudo agregar un mayor nivel de especificidad.

La publicación y las entrevistas indicaron que la recolección de los datos fue compleja, dificultosa y se prolongó más de lo previsto. Finalizó a fines de 1968. Se realizó, en acuerdo con los decanos, por medio de formularios que las autoridades enviaron a los componentes administrativos de cada universidad. Indican además que en muchos casos, estas dependencias no contaban con los datos solicitados y tuvieron que elaborarlos expresamente para responder lo pedido. Esto motivó una serie de entrevistas complementarias, tanto con los decanos como con los administrativos, para “resolver las dificultades surgidas durante el trabajo” (ESSEM, 1971, p. 7). Aun así, indicaron que de

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

ninguna de las instituciones se pudo obtener información completa para todos los ítems y que la calidad de los datos difiere mucho entre las unidades académicas y por lo tanto, eligieron publicar los datos de mayor confiabilidad y consistencia.

El análisis del lenguaje matricial de esta publicación nos permite señalar que el eje estuvo concentrando en la diferencia entre las universidades, puesto que todas las presentaciones están orientadas en este sentido. Las 39 tablas presentadas toman como variable independiente o como unidad de referencia la facultad, mientras que los otros factores como dependientes. En este sentido, los recursos aparecen concentrados en las universidades más tradicionales de las regiones más desarrolladas, en detrimento de las regiones menos desarrolladas.

De igual manera que para el caso de odontología, se presentan los mismos datos variando el nivel de agregación, presentando una visión amplia y luego una más restringida y detallada. Por ejemplo, la tabla N°1 presenta la cantidad de docentes en cada ciclo por cada facultad, mientras que las tablas comprendidas entre la N°2 y la N°9 presentan la información por facultad añadiendo el tipo de dedicación al cargo.

La siguiente forma de análisis refirió a los cuadros comprendidos entre el N°13 y 33, en los cuales se analizan los estudiantes de cada universidad dando cuenta del año de ingreso, facultad en la que estudian, estado de la cursada (inscriptos, regulares, repitentes, condicionales e inscripción incompleta.).

Entre las tablas N° 34 y 39, focalizaron en la duración de los estudios, el número de graduados. Para esto se tomaron dos variables como independientes: el lugar de graduación (cada universidad) y el año de graduación. Estos datos indican, por ejemplo, que la duración promedio de la carrera de medicina a nivel país se encuentra en los 7,8 y 9 años (ESSEM, 1971^a, p. 38).

Hemos identificado diferencias a nivel tanto de las series como también de los números al interior de las mismas. Estos presentan lógicas muy diversas a su interior, mientras que los N°1 y 3 (ESSEM, 1970b, 1971) presentan la tabulación y agregación de variables y dimensiones de análisis, el N°2 está conformado por un listado de instituciones de enseñanza y algunas características generales de las mismas (dirección, tipo de título, etc.).

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Queda claro que la constitución de los diversos grupos de trabajo, sumados sus filiaciones institucionales, la incorporación y articulación con estudios internacionales llevó a rupturas en la continuidad y comparabilidad de los mismos datos del estudio, incluso en estudios que trabajaron sobre la misma población (Serie 3, N°1 y Serie 4, N°3).

A pesar de la ausencia de expresiones gráficas y análisis concretos de la información, nos resulte posible señalar la centralidad de lo médico en tanto recurso articulador del mundo de la atención en salud, aun cuando se la plantee en términos preventivos y distanciado de los llamados “modelos tradicionales”. Los otros recursos humanos aparecen como complementarios, no solo en la extensión, importancia, dedicación, cantidad y centralidad de los profesionales encargados de los estudios, sino en el nivel de análisis presentado, en que, se eligió no priorizar en ningún caso las cuestiones vinculadas, por ejemplo, a la enfermería.

Finalmente, el análisis del estudio de Recursos Humanos da cuenta de la polifonía presente en el ESSEM. No solo en términos de lenguajes profesionales y elecciones técnicas, sino de articulaciones políticas e institucionales que resultan en un objeto complejo, con una gran vida interna y capaz de articularse dimensiones profesionales locales, de proyectos políticos a nivel nacional y con organismos internacionales en la discusión por los modelos de enseñanza de la medicina.

11.2.6 Estudio de utilización de recursos de atención médica: Serie 5

La propuesta de este módulo fue:

valorar actitudes y comportamientos de la población frente a los servicios disponibles de atención médica en relación con los problemas de morbilidad del área. Ello motiva, además, la evaluación de la capacidad de los servicios de atención médica para adecuarse a la demanda total. (ESSEM, 1969a, p. 4)

Al igual que otros módulos este presenta tres órdenes de objetivos, organizados a través de diversos grupos de objetivos delimitado por objetos distintos.

En primer lugar el estudio propone analizar la construcción de los datos buscando conocer los problemas metodológicos que surgen de la aplicación de las categorías en diferentes regiones; en segundo lugar medir el grado de efectividad y eficacia de la utilización

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

de los recursos materiales y humanos, considerando las variables de organización de la atención médica, estructura y financiación; en tercer lugar buscaron estudiar los factores de comportamiento (actitudes, expectativas y percepciones) que influyen en la utilización de recursos médicos y en los patrones de morbilidad en las diversas regiones, tratando de identificar la influencia de las “posiciones sociales” y de las formas particulares en las cuales los sujetos sociales constituyen y significan sus propios padecimientos .

Institucionalmente, este estudio funcionó separadamente de los otros, además resultó un primer impulso al ESSEM por aportar colaboración extranjera y vincularlo con prestigiosos académicos de países centrales dotando de legitimidad al mismo. Esto permitió la colaboración en un plano mayor y la integración de algunos expertos en técnicas de recolección de información. Técnico instrumentalmente además, presentó una variación respecto de los otros: al ser un estudio comparativo con otros países la función mentada de los datos no se encontraba en la utilización interna; aunque el esfuerzo por presentar series preliminares y las menciones a necesidades políticas de contar con esos datos reflejan que esto se volvió una tensión que pudieron administrar sin grandes prejuicios. También, en este plano, es destacable la incorporación de técnicas de mapeo de recorridos y utilización de servicios, de las que no encontramos referencias anteriores. Finalmente, el énfasis en el control de la calidad de los datos muestra una diferencia significativa con los otros estudios del ESSEM y el fuerte peso que la pertenencia al Estudio Colaborativo tuvo en este módulo.

En las publicaciones del ESSEM correspondientes a este estudio, la serie 5, se publicaron las cifras como “provisionales”, ya la publicación definitiva fue recién en el año 1976, en el contexto de la publicación integral del estudio colaborativo. De acuerdo a uno de los principales referentes de este estudio esto se debió a que

Pero nosotros teníamos una presión política de dar datos, este... ahí está Holmberg de Ministro y Mondet de Viceministro. Entonces ellos necesitaban datos, entonces dijimos "bueno, nosotros analizamos nuestros propios datos". Además que ustedes, nosotros se los damos allá a... al nivel central, entonces nosotros empezamos a analizar nuestras propias datos y a sacar publicaciones.

Este estudio se circunscribió al Área Metropolitana de Buenos Aires y para la muestra se consideraron la Capital Federal y 18 partidos de la provincia de Buenos Aires (Vicente

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

López, San Isidro, San Fernando, Tigre, General Sarmiento, General San Martín, Tres de Febrero, Moreno, Morón, Merlo, Matanza, Esteban Echeverría, Lomas de Zamora, Lanús, Avellaneda, Almirante Brown, Quilmes y Florencia Varela).

Además formó parte de un estudio colaborativo de utilización de recursos médicos de los sistemas de salud con base poblacional con la participación de investigadores de Argentina. (ESSEM 1969a, White *et al*, 1977). Integró el "Estudio Internacional en Colaboración sobre Utilización de Recursos de Atención Médica" (WHO/ICSMCU) que fue una investigación comparativa que se desarrolló en catorce áreas repartidas en siete países de Europa y América: Argentina, Canadá, Estados Unidos de América, Finlandia, Gran Bretaña, Polonia y Yugoslavia.

De acuerdo a los entrevistados el Estudio Internacional se gestó en Ann Harbor, donde varios de los participantes del ESSEM se habían formado con becas de OPS (por ejemplo, Mario Hamilton y Carlos Ferrero, los dos directores generales del ESSEM). En esa institución Kerr White era un participante destacado y profesor de varios de los becarios, entre ellos J. M. Paganini. Mientras se diseñaba el Estudio Internacional, Paganini solicitó autorización para incorporar a Argentina al estudio. De acuerdo al relato, esto coincidió con los primeros bocetos del ESSEM y, para Ferrero la incorporación al Estudio Colaborativo permitiría mejorar la presentación y los recursos del ESSEM. A partir de las gestiones de ambos, se incorporó Argentina al Estudio Colaborativo.

El planeamiento y preparación del estudio llevó varios años de trabajo; y se realizaron pruebas piloto en los distritos de Chittenden, Vermont, EE.UU., Cheshire en Gran Bretaña y Smederevo en Yugoslavia.

En cada área de trabajo se conformó un grupo de trabajo independiente. El equipo argentino estuvo organizado por J. M. Paganini.

La OMS y la OPS mencionan en el estudio en sus diversos documentos este estudio y señalan su importancia y apoyo (OMS, 1969; 1971).

En particular los objetivos del módulo fue conocer las formas de utilización de los servicios médicos disponibles por las poblaciones locales. Este objetivo implica el supuesto que las formas de utilización de los recursos para la atención en salud se encuentran

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

determinadas por la disponibilidad de recursos y el imaginario que desarrollan los usuarios respecto de esto y que además estas formas son ineficientes y producen un gasto excesivo (ESSEM, 1969e). Justificado en que:

Todo sistema social evolucionado tiende [...] al incremento de su volumen, su importancia y su complejidad; y también es conocido que las necesidades de tal sistema no siempre son coincidentes, en tamaño y forma, con las necesidades comunitarias. Esto es particularmente cierto en lo que hace a la distribución de los recursos físicos sobre el territorio. [...] No tomar en cuenta esta circunstancia significa la ignorancia de un gasto social significativo (ESSEM, 1971c, p. 5).

Metodológicamente, los investigadores puntúan una diferencia respecto de su abordaje, ya que a diferencia de la forma usual (tomar datos de registros hospitalarios) esta forma facilita el conocimiento de las necesidades latentes y la demanda a los servicios formales de salud, independientemente del grado de cobertura que tengan estos de la misma. También señalan que la comparación entre la utilización de los diversos países puede identificar los factores que construyen la demanda de utilización médica. En otra de las publicaciones se indica que estos comentarios son de carácter “descriptivo, intentándose en algunos casos, un análisis explicativo” (ESSEM, 1970e, p. 6). Analíticamente consideramos que la busca de visibilizar la demanda como algo diferenciado de la cobertura implica que la hipótesis detrás era que el nivel de cobertura era insuficiente y la disponibilidad de algunos recursos escasos.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016



Figura 2 Sara Novaro, Adolfo Chorny, Mario Testa, Mario Hamilton y José María Paganini durante la reunión del Estudio Colaborativo realizada en Buenos Aires.

Hay un lugar ambiguo en el cual esta hipótesis podría tomarse mecánicamente del estudio internacional de Kerr White, y ser reproducido por la adaptación de la metodología, ya que en tanto que se pretendía un estudio comparativo el diseño de cuestionarios estaba dado por esta posibilidad. De cualquier manera, en tanto se encuentra reproducido en las preocupaciones de los entrevistados de este módulo y la metodología del diseño fue acordada con todos los grupos podemos indicar que el caso argentino se encuentra al menos representado parcialmente en esta hipótesis.

El formulario de la encuesta, los manuales de encuestadores, de supervisores y de codificación fueron aprobadas por los países participantes tras una serie de reuniones técnicas en las cuales participaron los diversos equipos. Adicionalmente se realizaron una o dos reuniones anuales de validación de la experiencia. Una de estas reuniones se realizó en Buenos Aires e incluyó la participación de los participantes de la encuesta (White *et al*, 1977).

Los datos se construyeron a partir de tres cuestionarios (se encuentran detallados en el N°6) que se contestaron en visitas domiciliarias: un listado de grupo familiar y cuestionarios

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

para adultos y niños (menores de 15 años) por separado. El cuestionario para los niños fue respondido por el familiar a cargo. Los datos se recogieron entre junio de 1968 y mayo de 1969. La muestra resultó de un total de 4.357 entrevistados, quienes refirieron un total de 1.308 consultas realizadas en la quincena anterior a la fecha de recolección (ESSEM, 1971b).

Esta serie presenta varias particularidades respecto de su presentación, tanto a nivel grafico como de los comentarios. Por un lado el énfasis que la presentación de este módulo hace respecto de la validez de los datos y la supervisión del trabajo de campo, listando los porcentajes de respuestas en relación a las de otros países y las distintas instancias de supervisión del trabajo indicando grado de variación para cada respuesta.

Por su parte, el análisis de datos contó se realizó en forma “provisoria” en argentina para la publicación del ESSEM y un artículo (ESSEM, 1971d), y luego se hizo una publicación más extensa en el contexto del estudio de Kerr White.

A diferencia de otros módulos analizados, este presenta breves comentarios de las tablas publicadas que pueden entenderse como conclusiones provisionarias. Sin embargo, están presentadas en el conjunto del texto, por fuera de las mismas tablas que se presentan separadamente propiciando una lectura propia para cada uno de los lenguajes utilizados. En este sentido, y siguiendo lo presentado por Otero (2006), estas disociaciones entre los lenguajes se puede trabajar como una forma de aproximación a la complejidad del objeto y de la acción que lo construye.

La forma de caracterizar a la población posee un componente distinto al presentado anteriormente; en las publicaciones de este módulo, ya que se presentan los datos según nivel económico social, entendido como indicador de la capacidad o condición socio económica. Esta variable se compuso por ingreso familiar, escolaridad y ocupación. Se calculó a partir de la suma del nivel de ingreso, escolaridad y dos veces el valor de ocupación, dividido por 4 resultando en una escala de 1 a 6, representando 1 el valor más bajo y 6 el más alto (ESSEM, 1969e; 1970d; 1970e; 1970f; 1971b; 1971c).

Los criterios para la selección del equipo de encuestadoras estuvo dictado por las normas del estudio colaborativo. Se estableció la necesidad de que las encuestadoras fueran de sexo femenino, edad 30 a 45 años y dediquen 7 horas diarias a la tarea. Se buscaron en las

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

entrevistas “rasgos de personalidad (madurez, agilidad y responsabilidad)” se contrataron 12 entrevistadoras (ESSEM, 1971d, p. 4).

Por su parte, los codificadores fueron estudiantes y graduados universitarios con alguna experiencia en la tarea. En total fueron 5.

El entrenamiento para las encuestadoras fue de 75 horas pagadas y contó con un capacitador extranjero, designado por el Estudio Internacional, Charles Cannell²⁷. Los manuales indican que el eje del curso estuvo situado en técnicas de role playing buscando simular las dificultades propias de las entrevistas. Durante el trabajo de campo se designó un día de consultas y entrega de formularios en los cuales las entrevistadoras tenían que ir a la sede central a entregar los formularios completos y podían consultar por casos difíciles o dificultades en el trabajo de campo. Ese día se agregó posteriormente por la necesidad de las encuestadoras.

Los problemas más comunes señalados fueron 14,7% de unidades dobles (más de una familia compartiendo un hogar), 3,6% por errores de listado (viviendas mal numeradas o errores en los nombres de las calles) y 6,9% unidades desocupadas. Las unidades dobles fueron sumadas a la muestra, y las otras dos, restadas, esto llevó la muestra de 1.210 hogares seleccionados originalmente hasta 1.261. De estas viviendas, 1205 contestaron la encuesta (95,6%). Para completar la encuesta se requirió un promedio de entre 2,1 y 2,7 visitas.

La supervisión del trabajo de campo se realizó en terreno y desde la oficina central. Desde la oficina central se controlaron telefónicamente algunos de los datos consignados y la completitud de los datos en la totalidad de las carpetas. Desde el campo se supervisaron entrevistas y controlaron los problemas de unidades dobles, errores de listado y unidades desocupadas. De acuerdo a lo indicado no fueron necesarios grandes correcciones, y se validó positivamente el trabajo de campo.

Además de estas vigilancias, como parte del protocolo internacional, en este estudio contó con una instancia adicional de validación. Se seleccionaron 100 casos por selección

²⁷ Charles Cannell (1913- 2001) fue un psicólogo, especialista en diseño de cuestionarios, tanto cualitativos como cuantitativos de la Universidad de Michigan, en Ann Arbor (Kahn & Miller, 2002).

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

aleatoria y un conjunto de preguntas poco afectadas por la dimensión temporal y se realizaron entrevistas con supervisores y entrevistadoras distintos a los originales. A partir de esto se realizó un índice de rotación, que pone en relación los cambios de las respuestas. Las preguntas contaron un índice de rotación de entre 6,6% y 13%. En las entrevistas se señaló que este índice fue considerado bajo en relación a los otros países. Estos resultados se presentaron en 11 tablas, ordenadas por número de pregunta.

La muestra fue diseñada por Gloria Cignacco (socióloga), Adolfo Chorny (físico)²⁸, Alicia Masautis (socióloga) y Sara Novaro (matemática).

La herramienta de recolección estuvo constituida por dos formularios, uno relativo a la familia de 30 preguntas. La mayor parte de estas de codificación cerrada. Y un cuestionario de adultos, compuesto de 20 baterías identificadas por letras y un total de 300 preguntas, de las cuales 15 eran para ser completados por el entrevistador directamente.

Entre los datos relevados destacan que, para el área seleccionada, la persona promedio tuvo 7,8 consultas al año, con una diferencia entre hombres y mujeres de 1,1 consulta al año (8,3 y 7,2). A su vez esta tasa de consulta presenta diferencias geográficas, siendo mayor en Ciudad de Buenos Aires (9,1), mientras que en los partidos fue de 7,1.

Analizado por lugar de consulta el 36% del total de consultas correspondió a consultorios particulares, 22% a los consultorios de hospitales privados o dependientes de la seguridad social, 20% en establecimientos públicos y 14% en el domicilio del paciente. La distribución por sexo indica que las mujeres eran más factibles de atenderse en su casa o consultorios, mientras que los hombres en entidades hospitalarias. Las causas de consulta, por su parte, indican que el 75% de los casos se consultó por enfermedad o malestar, 4% por accidente, 3% por certificación y por control 14%. Además que el 78% de las consultas se recibió una receta, en 10% un certificado y en él 12% se aplicó una inyección o vacuna. En casi el 60% de los casos se indicó volver a concurrir y en aproximadamente en el 5% concurrir a otro médico, en menos del 1% se recomendó la internación (ESSEM, 1969e).

²⁸ Estrictamente A. Chorny no era físico, pero si estudiante avanzado de dos carreras de ciencias exactas: física y matemática. El mismo asimiló su rol a esto, por lo cual lo describimos como físico.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

El N°2 de la serie (ESSEM, 1970e) refirió a los egresos hospitalarios y los días de estada²⁹. Tomando como base la población encuestada (por este estudio) de 4.357 individuos se calculó una tasa anual de egresos de 6,4. De estos egresos 1,6 correspondieron a partos, así que se calculó 4,8 egresos de causas generales.

Analizando esta tasa se explica que el 8,1% es femenina, mientras que 4,5% masculina. Aun excluyendo los partos de la tasa de egreso es mayor en las mujeres.

Los egresos se concentraron en los grupos de edad extremos, en menos de un año representaron 13,9% y en 65 a 75 9,5%, y más de 75 4,4%. Considerando el nivel económico social, los valores más altos corresponden a los extremos.

Estas internaciones tuvieron en promedio 10,4 días de estada, siendo de 12,5 para internaciones por causas generales y 4,0 para partos. Los días de estada por sexo indican que es mayor en hombres (13,2 y 11,8) y que la Capital Federal tiene un promedio mayor de días.

Las estadas se produjeron en un 50,6% en hospitales privados (24,3% pago directo y 26,3% pago por mutual), 44% en hospitales públicos, y el 3,2% restante en establecimientos dependientes de las obras sociales. De acuerdo a los datos presentados el mayor grado de utilización de hospitales privados se encuentra asociado a mayor nivel educativo o de ingresos. En este sentido los datos resultan consistentes con la preocupación presentada en la fundamentación del ESSEM en cuanto el peso de las entidades privadas en internación resulta mucho mayor al esperado y sumados a las entidades estrictamente dependientes de las obras sociales, suman el 54% de las internaciones.

Entre los encuestados, el 19,3% declaró haber consultado un médico por razones de salud en los últimos 15 días, independientemente de que la consulta haya sido registrada formalmente como tal. Esta proporción fue más alta en mujeres, siendo de 21,1% en mujeres y 17,4% en hombres. De igual manera que en datos anteriores, la mayor concentración de casos se encuentra entre las personas con mayor nivel económico social y en los grupos extremos de edad. Identificaron también que la población con algún tipo de seguro consultó

²⁹ Esta medida, de utilización generalizada en la estadística hospitalaria, es el total de días que el paciente permaneció hospitalizado en el establecimiento y corresponde al número de días transcurridos entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso (ESSEM 1969e).

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

en un 22,6% de los datos, mientras que la sin afiliación lo hizo en un 16,8%. En tanto, el promedio anual de consultas por personas alcanzó 7,8. La interpretación ofrecida a lo que aparenta ser un promedio alto se encontró vinculado a la laxitud de la definición en un contexto en el cual se encontraba creciendo “la demanda de atención ambulatoria que presiona sobre el sistema de atención médica al área” (ESSEM, 1970f, p. 6). De cualquier manera, alguno de los entrevistados señaló que, al momento de analizar los datos, se encontraron muy sorprendidos por la cantidad de consultas e internaciones relevadas y que esto resultaba en un problema para pensar cualquier tipo de reforma del sistema de salud ya que el grado de utilización de los servicios de salud era muy alto.

Estas consultas se realizaron en un 58,2% en consultorios y establecimientos privados y en 20% en efectores públicos. A diferencia de otras variables en este caso se computó no por pertenencia formal sino por forma de pago, incluyendo las consultas de obras sociales en la misma categoría de consultorios y establecimientos privados.

Analizados por nivel económico social (NES) el menor nivel consulta más en el trabajo y establecimientos públicos, mientras que los niveles más altos en consultorios particulares, establecimientos privados o en la casa del consultante.

A medida que aumenta la escolaridad distinguen un mayor uso de consultorios externos de hospitales a consultorios externos en hospitales privados y disminución en el uso de hospitales públicos, con una tendencia a consultas a domicilio. Por último, indican que la población de la muestra que tuvo algún tipo de cobertura tiende a utilizar más los establecimientos privados o consultas domiciliarias en detrimento de los públicos.

Analizadas según cobertura, el 23% fue por obra social o mutual, 35% a cuenta del paciente y casi el 24% de forma gratuita.

Desde el análisis del lenguaje matricial destaca que fueron utilizadas como variables dependiente: sexo (masculino, femenino) edad (agrupada en grupos de 10 años, con expedición de menos de 1 año, 1-4 años y 75 y más), lugar de residencia (capital federal y partidos del Gran Buenos Aires), nivel económico social (en una escala de 1 a 6), ingreso mensual (contemplados en 6 intervalos), escolaridad (para la población de más de 15 años, medido por nivel –sin educación formal, primaria, secundaria, universitaria-y contemplando

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

grado –completo e incompleto) y afiliación a sistema de seguro y como independiente lugar de residencia.

La cuarta parte del módulo estuvo referida a las consultas odontológicas y a la utilización de medicamentos. Para ello se analizó la pregunta correspondiente a la cantidad de visitas en los últimos 14 días y se lo analizó respecto de las variables independientes señaladas anteriormente (ESSEM, 1970d).

De los entrevistados 10.2% registró consultas odontológicas, representando un promedio anual de 2.8 consultas. Esto es interpretado por los profesionales como una cifra baja, aún en consideración de las consultas médicas registradas. De igual manera que con las consultas médicas generales la mayor concentración de consultas corresponde a las mujeres. Las consultas registran una tendencia ascendente a medida que aumenta la edad, el nivel económico social y el ingreso familiar. Difiere en la utilización de recursos médicos en tanto que aumenta la participación de la obra social o mutual a medida que aumenta la edad.

Otra diferencia respecto de los datos anteriores se indica en la utilización de los servicios: el sector privado registró el 85.5% de las consultas odontológicas y el sector público 11,6%. Incluso en la forma de pago ya que 71% de las consultas fueron pagadas por el consultante. A pesar de que 42% de los encuestados estaba cubierto por obra social, el 14.7% de las consultas fue efectuado por obras sociales o mutuales. Si bien mantiene la tendencia registrada en términos de las consultas médicas generales e internaciones, donde la mayor parte correspondió a privados, en este caso alcanzan un pico máximo, así como también la escasa participación de la cobertura pública.

Casi el 42% de los encuestados manifestó haber tomado algún tipo de medicamento en los dos días previos a la entrevista. Esto se acrecienta en la Ciudad de Buenos Aires y en las mujeres. De estos medicamentos 53.9% fueron recetados, 33.2% no lo fueron y 12.9% corresponden a casos donde parte de los medicamentos eran recetados y parte no. De estos medicamentos, 26.4% son calmantes, 14% vitaminas o tónicos, 10.9% laxantes y 9.1% de sedantes. Como parte de la tendencia señalada, se indica que las mujeres tienen una mayor proporción de medicamentos recetados que los varones (ESSEM, 1970d).

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Analizado el gasto en atención médica se indica que tiende a perder importancia a medida que sube el nivel económico social. Analizados por tipo de cobertura, destacan que es mayor el gasto en los sectores con seguros totales o parciales que en aquellos sin seguros.

Matricialmente se presentan tablas separadas de odontología y de gasto. Las vinculadas a las consultas de odontología reproducen las características utilizadas para las consultas médicas.

Se incluyen, además, dos cuadros analizando el tipo, distribución, calidad de recetado (si o no) y porcentaje de gasto de cada hogar que representan cada tipo de medicamentos. A diferencia de otros datos, estos no se encuentran comentados en el cuerpo textual. Estos cuadros presentan los datos desagregados por sexo, edad y zona de residencia para personas que consumieron medicamentos, y según si los medicamentos fueron recetados o no.

Matricialmente el gasto aparece analizado de acuerdo a la internación, cantidad de individuos internados y el promedio de gasto por egreso según sexo, edad residencia, nivel económico social, ingreso familiar, afiliación a sistemas de seguro. Las cifras se presentaron en términos absolutos, sin indicar la proporción de gasto que representa para cada nivel económico social. Si bien indican que

nuestro trabajo se vincula al estudio de la accesibilidad del sistema de servicios de salud, inicialmente en sus términos físicos, luego socio culturales y económico financieros. El grado de accesibilidad, calidad, economía y flexibilidad del sistema de servicios de salud nos permite una cierta calificación de la eficacia total del mismo (ESSEM, 1970d, p. 8).

El gasto, componente financiero y presentado como el tercer orden de prioridad, a diferencia de lo indicado en las descripciones previas del estudio tuvo un escaso espacio de presentación y si bien los datos fueron relevados y publicados, no se encuentran analizados en el módulo. Visto en relación a la justificación original del estudio presentando anteriormente y la articulación con el proyecto de reforma del sistema de salud, donde el nivel de gasto (y su eficacia) eran una motivación del estudio, estos datos no aparecen tematizados como centrales ni en el lenguaje gráfico, ni el matricial y tampoco referido con profundidad en los comentarios (ESSEM, 1971c).

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Como forma de analizar la cobertura y su eficacia del sistema de salud se realizó un estudio de accesibilidad a través de recorridos y distancias para las distintas formas de atención. El diagnóstico establece que

el sistema de servicios de salud se halla estructurado de modo triangular, con el menor volumen de contactos en el extremo de mayor complejidad y a la inversa: es decir a menor complejidad, mayor volumen de contactos. [...] ofrecería mayor interés para nuestro estudio el sector de los recursos en estrecha asociación comunitaria, de baja especialización e institucionalización y que curiosamente aparecen arrastrados por el resto del sistema hacia una localización concentrada. (ESSEM, 1971d, p.5)

Para esto se plantearon dos técnicas respecto del análisis espacial: encuesta de origen-destino y análisis gravitacional. El primero llegó a desarrollarse y publicarse en el contexto del ESSEM y el segundo fue publicado en el estudio de K. White.

Para analizar las distancias recorridas se utilizaron las variables de edad, educación, ingreso familiar, cobertura y residencia.

La residencia fue dividida en subareas, las cuales se entendió compartían vías de comunicación y una relativa homogeneidad demográfica, en sus características socio económicas y culturales. Las zonas fueron: 1) Capital Federal; 2) Avellaneda, Quilmes; 3) Lanús, Lomas de Zamora, Almirante Brown, Florencio Varela, Esteban Echeverría; 4) Matanza, Morón, Merlo, Moreno; 5) Tres de Febrero, General San Martín, General Sarmiento; 6) Vicente López, San Isidro, San Fernando y Tigre.

Las distancias se contemplaron según el tipo de consultas médicas, analizando diferencialmente enfermedades, accidentes, partos, internaciones, etc. Los recorridos se trazaron en planos a partir del recorrido considerado “más razonablemente probable” (ESSEM, 1971c, p.6). Para esto se trazó una línea entre el hospital con más de 40 camas y el centro geométrico de la fracción o radio censal. Definieron como “accesibilidad alta cuando su valor tiende a cero [...] insisto en que solo tomamos en cuenta la accesibilidad física desprovista de toda restricción de carácter administrativo, financiero, social, etc.” (ESSEM, 1971c, p.7). A diferencia de otros estudios de este tipo donde los casos se seleccionaron a partir de registros hospitalarios, se trabajó a partir de la percepción de la morbilidad. De acuerdo a los investigadores esto les permitió contar con una muestra más representativa

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

(ESSEM, 1971c). De alguna manera esto plantea un cambio en la perspectiva, ya que no se mide la distancia desde el hospital al consultante registrado, sino entre el consultante que demanda atención y el centro asistencial más cercano.

El estudio concluyó que la accesibilidad teórica global para el área metropolitana es de 1,64km/persona, indicando que en promedio los residentes cuentan a 1.64km un hospital público o privado de más de 40 camas. Dentro de este área, las medidas para las zonas delimitadas contaron con una gran dispersión, Capital Federal presentó el valor más bajo de 0,88km/persona y para la zona 4 (Matanza, Morón, Merlo, Moreno), fue de 3.41 km/persona. Estos niveles de alta accesibilidad para Capital Federal y el área 6 (Vicente López, San Isidro, San Fernando y Tigre) “corresponde a la residencia de los niveles económico-sociales superiores” (ESSEM, 1972a, p. 7). No encontraron asociación con otras variables como edad, sexo, nivel económico social o ingresos.

Analizadas las consultas según el motivo, tomando por ejemplo, Capital Federal, las distancias oscilaron entre 6.4 km para accidentes y 9.9 km para certificados laborales. Sin embargo el factor que resultó más influyente en la distancia recorrida fue la cobertura. Las personas con cobertura recorrían casi un 30% más que el resto.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Tabla 2: Accesibilidad a centros asistenciales de 40 camas o más según accesibilidad Teórica, Distancia por consulta y por internación.

Subárea	Accesibilidad Teórica	Distancia por consulta km/caso	Distancia por internación (km/caso)
1	0,88	5.19	6.8
2	1.42	7.72	7.1
3	2.84	6.1	7.9
4	3.41	12.59	16.7
5	2.12	7.43	15.7
6	1.557	7.47	15.5
Área	1.64	7.19	10.5
Metropolitana			
Fuente: ESSEM 1971c, p. 8			

Los análisis del cuadro reproducido muestran que para los investigadores fue una sorpresa el distanciamiento entre la accesibilidad teórica y la registrada, siendo aún mayor para el caso de las internaciones. Parte de esto se explica porque

hemos registrado la distancia entre el domicilio y el lugar de consumo por limitación de la información disponible, aun cuando sabemos que un considerable volumen de contactos [...] se originan en puntos distintos del domicilio” y señalando finalmente que, a partir de estos resultados es necesaria una re discusión del concepto de área de influencia hospitalaria y que, encontrar una explicación a esto requiere “asociación con el resto de los procesos comunitarios más amplios” (ESSEM, 1971d, p. 9).

A partir de este análisis, y el señalamiento de que el factor explicativo de la elección no fue la accesibilidad física, sino el tipo de seguro y el componente del gasto este resultado se alinea con la sorpresa por la influencia de la forma de organización del sistema de salud en las formas de utilización del mismo.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Las tablas que complementan la publicación presentan los datos desagregados. Matricialmente, se utilizó la misma presentación que en los otros módulos, publicando tablas diferenciadas por causa de consulta, causa de internación.

Adicionalmente se añadió un juego de 14 planos del Área Metropolitana. Estos presentaban la densidad de la población la infraestructura vial y ferroviaria, la distribución de establecimientos asistenciales (según cantidad de camas y si eran públicos o privados), la población por fracción y menor distancia con los establecimientos, consultas según causas (enfermedad, información, accidentes, certificados, control y otras causas) e internación según causas (enfermedad, accidentes, otras causas y parto). Entendida como representaciones graficas de lo comentado y matriciado, estos planos resultan de difícil interpretación ya que no incluyen claves de lectura y poseen pocas especificaciones de lo presentado.

Un primer análisis de lo presentado indica que la selección de las variables a publicar en el ESSEM representó una parte pequeña de los datos obtenidos y que se seleccionaron aquellas de mayor relevancia.

Por ejemplo, se publicó la distancia que se cubría en promedio para concurrir a cada tipo de atención médica pero a pesar de relevarse los medios de transporte utilizados no se publicaron. Tampoco se publicaron otros datos como tiempo de espera para la consulta, quien había sugerido la misma o sobre el nivel de molestia que requería para consultar un odontólogo.

A diferencia de los otros módulos en este se incluyó como parte de las publicaciones una copia completa del cuestionario utilizado. Creemos que esto marca una diferencia respecto de la forma de utilización de la publicación, ya que en la medida que incluir el cuestionario y las formas de validación de los datos permiten realizar una lectura integral del procesos de trabajo vinculado a la producción de estos datos en tanto incluye las formas de recolección, matrices, análisis y validación de las respuestas (ESSEM, 1971b, p. 6). Las otras series del ESSEM no incluyen esto y quedó como parte de la serie 7 (Metodología).

Finalmente, señalamos que este módulo puede ser leído correlacionadamente con “Estudio de recursos humanos para la salud y la educación médica”, realizado en Colombia

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

entre 1964 y 1967. Este estudio también se realizó con la colaboración de la OPS, la asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) y el Ministerio de Salud de ese país. De acuerdo a lo discutido en la “conferencia Nacional de Resultados del Estudio de Recursos Humanos Para la Salud y la Educación Médica en Colombia” (1967) los principales temas del estudio concuerdan con los desarrollados en Argentina: la distribución de recursos médicos, el nivel de gasto de la población y la morbilidad de la población. A diferencia de Argentina, el estudio colombiano contó con un módulo sobre personas de edad avanzada y sobre fuerza de trabajo. Márquez (2008) considera este estudio buscó la incorporación progresiva de la necesidad de conceptos y metodologías para el establecimiento de una política nacional de recursos humanos que oriente el desarrollo de los mismos.

11.2.7 Estudio sobre morbilidad: Serie 6

Como otros de los estudios, este en particular buscó establecer parámetros de confiabilidad para las estadísticas oficiales, planteando como uno de sus objetivos verificar la integridad y veracidad de las estadísticas previas respecto de algunos fenómenos vitales estudiados. Además se propuso medir el volumen y naturaleza de las diversas enfermedades, accidentes y lesiones en la población para posteriormente compararlo con la percepción que tenía la población respecto de estos fenómenos. Buscó analizar la cobertura de los servicios de salud (considerando niveles, disponibilidad y costos), destacando las diversas fuentes de atención, el grado de complejidad y sus formas de financiación. Paralelamente trató de identificar en qué medida algunas variables sociales, como la posición económica, influía en la severidad y distribución de las enfermedades, utilización de los servicios y costo de atención médica. Por último buscó medir el impacto social y económico de los padecimientos de salud.

Desde un análisis en sus dimensiones señalaremos que desde una perspectiva técnico instrumental es una instancia destacada del ESSEM por tres razones: 1. la cantidad de información producida en numerosas instancias; 2. La introducción y el trabajo con la percepción de morbilidad como dimensión independiente (no necesariamente relacionada)

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

de la morbilidad en sentido biológico; 3. Integrar como parte del mismo análisis la utilización del gasto, la perspectiva de morbilidad y la utilización de recursos.

En tanto su dimensión político- institucional refleja la trayectoria general del ESSEM: un enorme dispositivo de construcción de datos, articulado con un proyecto político que intentó cambiar las normas de regulación del campo de la salud pero que, perdida la centralidad del imperativo técnico y acosado por la inestabilidad político institucional se fue desmantelando hasta destruir sus propios datos.

Este estudio se construyó con los datos de la ENS. Se trabajó y publicó de acuerdo a la división en regiones propuestas por CONADE que se utilizó en el ESSEM. Este componente contó con un proceso de capacitación y supervisión adicional, destinadas a los médicos con el objeto de que puedan responder los problemas tanto médicos, como metodológicos que pudieran surgir durante la aplicación y/o codificación de la encuesta.

Originalmente se planteó una triple forma de construcción de datos:

1. Entrevistas domiciliarias utilizando preguntas relativas a la auto identificación de enfermedades o padecimientos, costo y estructura de los gastos, lugar de atención, circunstancias de hospitalizaciones y datos referidos a embarazos.

2. Seguimiento retrospectivo: a partir de los datos relevados en el punto 1 se contactó a los establecimientos para verificar que efectivamente se hubieran utilizado los servicios descriptos por los entrevistados.

3. Evaluación clínica: a partir de la elaboración de un conjunto de cuestionarios orientados a identificar las grandes formas de padecimiento por grupos de expertos se realizó sobre una muestra de la original un conjunto de procedimientos basados en las técnicas clínicas y de laboratorio para identificar enfermedades no descriptas por los entrevistados o bien codificar las descripciones dadas por los mismos. Se buscó visibilizar aquellas enfermedades que no necesariamente producen demanda en el sistema de salud, así como identificar la severidad de algunos padecimientos. Si bien los datos de este módulo fueron realizados no se llegaron a procesar o publicar y las cintas originales fueron destruidas al finalizar la encuesta, en contra de la voluntad de los investigadores.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Si bien los componentes número dos y tres llegaron a relevarse, al menos parcialmente, no llegaron a tabularse y publicarse antes de la finalización del ESSEM. Los datos se perdieron definitivamente en 1973.

Finalmente, se publicaron los resultados en la serie N°6, compuesta por cuatro números, agregados por zona (Área Metropolitana de Buenos Aires, Área Metropolitana de Rosario, Córdoba y Mendoza), no fueron publicados los ocho otros números destinados a las otras regiones.

Estas publicaciones se encuentran divididas en cuatro capítulos que funcionan casi como números independientes y contando, en algunos casos, con distintos escritores. A su vez entre las diferencias regiones no se presentan comparaciones o presentaciones agregadas a nivel nacional (algunos de esos datos se encontraban publicados en otros módulos).

Cada una de estas publicaciones se estructuró en cuatro capítulos: población, morbilidad, utilización de recursos y gasto en salud. Cada uno de ellos presenta la definición de sus variables e índices, un conjunto de tablas y sus análisis (considerablemente más extenso que en otras series) y finalmente un anexo con tablas extendidas, presentando tabulaciones más crudas, permitiendo una lectura individualizada de cada número.

Otra diferencia en la presentación respecto a los módulos de otras series es que los anexos se encuentran divididos de acuerdo a los capítulos y no respecto del tema. Este diseño se repitió en las distintas publicaciones de esta serie.

En vista que la presentación de los datos y la utilización de los lenguajes se repiten entre los números de esta serie optaremos por enfocarnos en el correspondiente al Área Metropolitana de Buenos Aires ya que, además de ser el más extenso y detallado, presenta algunos detalles adicionales que resultaron de interés para esta tesis.

La elección del área metropolitana de Buenos Aires como primera publicación se encuentra fundamentada en su relevancia administrativa, importancia demográfica (la mayor aglomeración urbana del país), por poseer un alto grado de concentración industrial y comercial. En este estudio se trabajó con las variables demográficas, educacionales, sociales y económicas a nivel individual y familiar.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Como otros de los estudios, este en particular buscó establecer parámetros de confiabilidad para las estadísticas oficiales, planteando como uno de sus objetivos verificar la integridad y veracidad de las estadísticas previas respecto de algunos fenómenos vitales estudiados. Además se propuso medir el volumen y naturaleza de las diversas enfermedades, accidentes y lesiones en la población para posteriormente compararlo con la percepción que tenía la población respecto de estos fenómenos. Buscó analizar la cobertura de los servicios de salud (considerando niveles, disponibilidad y costos), destacando las diversas fuentes de atención, el grado de complejidad y sus formas de financiación. Paralelamente trató de identificar en qué medida algunas variables sociales, como la posición económica, influía en la severidad y distribución de las enfermedades, utilización de los servicios y costo de atención médica. Por ultimo buscó medir el impacto social y económico de los padecimientos de salud.

El estudio de morbilidad se realizó sobre un muestreo probabilístico de la población nacional no institucionalizada, según regiones. Para esto se dividió al país en cinco regiones, de las cuales dos no se llegaron a estudiar. La supervisión de la encuesta se capacitó intensivamente a médicos con el objeto de que puedan responder los problemas tanto médicos, como metodológicos que pudieran surgir durante la aplicación o codificación de la encuesta.

Se aplicaron las tres formas de construcción de datos propuestas (entrevistas domiciliarias, seguimiento retrospectivo y evaluación clínica).

A diferencia de otros módulos, el lenguaje grafico se encuentra más presente e integrado con los otros, presentando variaciones de las presentaciones, incorporando para la misma variable distintos tipos de gráficos y presentaciones trivariadas de los mismos.

Respecto del lenguaje matricial, se encuentra una mayor cantidad de matrices más pequeñas y orientadas a la presentación de la relación entre las variables más que a la publicación de los grandes datos desagregados, en general presentados en una forma bivariada.

11.2.7.1 Población

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Cada una de las cuatro áreas de estudio de este presentadas en esta serie se construyó a partir de un conjunto más amplio de índices y variables, en este caso las centrales fueron Familia y Constelación familiar.

Familia se construyó a partir de otras cuatro variables: Constelación familiar, tamaño, nivel de hacinamiento y nivel de vivienda (ESSEM, 1972b).

Por su lado, Constelación familiar se desarrolló a partir de las combinaciones posibles de 3 valores: Estado conyugal (casado/a, soltero/a y viudo/a), estado de convivencia con una pareja (más esposo/a, separado/a y soltero), y por la convivencia con hijos y/o otros parientes, dando un total de 12 códigos posibles (ESSEM, 1973b).

Esta categorización inicial fue reducida a 6, ya que algunas categorías presentaron muy pocos casos. Fundamentalmente se eliminaron las vinculadas a solteros y viudos.

Las categorías que presentaron una mayor concentración de caso, fueron las que los autores presentan como “esperables” (1972a, p. 12): núcleo matrimonial (13%), núcleo matrimonial con hijos (41,7%) y núcleo matrimonial con hijos y/u otros parientes (15%). Analizando estos datos consideraron que el 88% de los jefes de hogar hombres se concentran en estas categorías, mientras que las mujeres en las otras (vinculadas a la falta de pareja), aunque realizando una salvedad metodológica: al momento de encuestar, el servicio doméstico, casi exclusivamente femenino, fue considerado como familia independiente (ESSEM, 1972a).

Señalan también, que vistos de acuerdo a la distribución etaria los núcleos matrimoniales sin hijos correspondían a edades avanzadas, momento para el cual los hijos ya han abandonado el hogar y formado uno nuevo.

En relación a su nivel ocupacional medido entre 1 y 6, como se detalló anteriormente, el 60% de los jefes de hogar corresponden a las categorías más bajas, 1 y 2, y a las dos mayores agrupadas, 5 y 6, 7,4%. Otra dificultad surgida de esta caracterización fue que se registró un 15% de casos indeterminados, ya sea por fallas en la información o porque el jefe era económicamente inactivo. Respecto a la cantidad de hijos, indicaron que los niveles coinciden con los registrados por el censo de 1960 y no se encuentran grandes diferencias según nivel de ingreso. La construcción de estas categorías es una traducción de las

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

propuestas por el Instituto Interamericano de Estadísticas y utilizadas para el Censo de 1960 (ESSEM, 1973b).

Hacinamiento se definió como 2.01 personas por cuarto o más. Esto abarcó el 13,1% de la muestra, trasladado a la población total del área metropolitana representaría aproximadamente 1.600.000 habitantes hacinados. El hacinamiento se concentró en los niveles ocupacionales más bajos, abarcando al 40% de los casos registrados y descendiendo gradualmente en cada categoría (ESSEM, 1972a).

Adicionalmente a estos indicadores se construyó un índice llamado nivel de vivienda, desarrollado por Estela de Lorenzo y Susana Checa, ambas sociólogas del equipo estable del ESSEM. Para su desarrollo se encuestó a un grupo de “notables” de diversas profesiones (médicos, sanitarios, sociólogos, arquitectos y demógrafos) pidiéndole que asignen calificaciones numéricas a una serie de variables. A partir del promedio de estas valoraciones se construyó el índice.

Este contó con 45 indicadores y con valores continuos entre 0 y 150. Se contemplaron: Provisión de agua y servicios higiénicos, hacinamiento, materiales de construcción de la vivienda. 0, el puntaje máximo, representa una vivienda habitable, y 150 una vivienda extremadamente precaria. Para su análisis se agruparon en 3 categorías: valores entre 0 y 13 para viviendas en buenas condiciones, entre 16 y 130 para las regulares y 133 a 150³⁰ para las viviendas precarias. Las dos primeras categorías representaron el 96% de los casos (0 a 13, 51,6% y 16-130, 41,6%). La variable elegida para analizar esta distribución es nivel ocupacional³¹. Sin embargo el análisis no resulta en conclusiones claras por dos razones: la alta concentración en la categoría intermedia, viviendas regulares, y que el nivel más alto solo indica buenas condiciones de habitabilidad, sin distinguir a su interior gradientes. Aun

³⁰ Tal como está presentada las categorías no abarcan la totalidad del espectro, ya que los valores de 14, 15, 131 y 132 no corresponden a ningún valor, pero reproducimos el esquema presentado en el módulo correspondiente.

³¹ Para estas categorías se utilizó la clasificación ideada por Gino Germani para la encuesta de “Estratificación y Movilidad Social”, que también se utilizó en la Encuesta de Consumo de Alimentos en la Capital Federal y Gran Buenos Aires de la CONADE (1972c).

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

así concluyen que las mejores condiciones habitacionales corresponden a mejores niveles ocupacionales (ESSEM, 1972a).

En todos los módulos de esta serie, se dedicaron una serie de cuadros a comparar la muestra obtenida respecto de los resultados del Censo 1960. En todos los casos, se muestran satisfechos indicando algunos pequeños sesgos por la forma de recolección vinculados a la población ocupada. Los valores comparados fueron la distribución por sexo y edad de la población, condición ocupacional y situación conyugal (ESSEM, 1972a; 1972b; 1973c; 1973b).

Advirtieron una diferencia significativa en los niveles de ocupación y justifican la misma considerando tres factores: Un cambio en la edad jubilatoria, que la definición de desocupación en la encuesta requería más tiempo desempleado y finalmente, que las definiciones y la forma de operacionalizar la población no activa mejoró la percepción de los ocupados (ESSEM, 1972a).

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

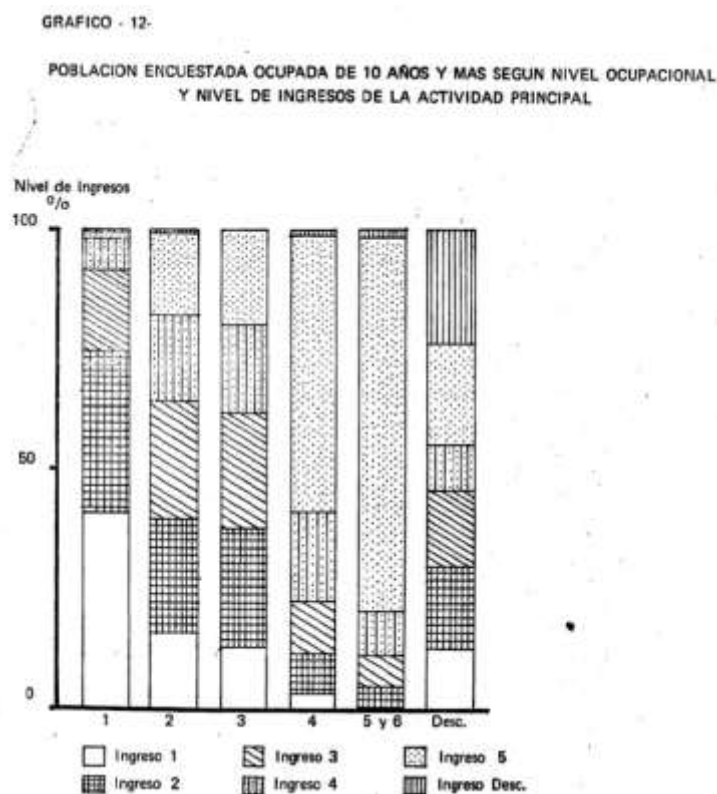


Figura 3 Población encuestada ocupada de 10 años y más según el nivel ocupacional y nivel de ingresos de la actividad principal
ESSEM 1972^a: 37

Un elemento adicional de este estudio respecto de otras publicaciones fue el estudio de la composición de los ingresos en referencia a cada sector ocupacional, buscando caracterizar sus diferencias internas para analizar la correspondencia entre ambas categorías. Se tabularon 5 categorías de acuerdo al monto máximo de ingresos³², buscando representar aproximadamente quintiles de la población.

La distribución obtenida permite ver una amplia dispersión de ingresos al interior de cada grupo, pero polarizada en los grupos más extremos.

³² Hasta \$20000, desde \$20001 a \$30000, desde \$30001 a \$40000, \$40001 a \$56000, \$50001 y más.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Finalmente, dentro de este capítulo trabajaron la condición de migrante, entendida como aquellas personas encuestadas de 10 y más años de edad que han llegado al área en estudio hace diez años o menos. Se obvio aquellos que hubieran migrado hace más de 10 años por estar contemplados por los datos del censo de 1960. Las estimaciones de este censo sitúan la población migrante en torno al 44.8%. Los resultados para el Área Metropolitana de Buenos Aires se situaron en torno a los 38%, con una proporción de mujeres más elevada entre los migrantes que en la población total. Además de la tasa de masculinidad se contempló el origen del migrante (ciudad pequeña, pueblo o zona rural), los grupos etarios, nivel ocupacional y tipo de ocupación. Concluyeron que la mayor participación económica observada entre los migrantes se corresponde con que la mayoría de ellos se encuentran entre los 15 y 44 años, edades activas y que esta participación se ubica fuertemente en los niveles ocupacionales más bajos. Estos resultados también fueron destacados en las otras publicaciones de este estudio (ESSEM, 1972a; 1972b; 1973c; 1973b).

11.2.7.2 Percepción de morbilidad

Este capítulo reúne diversas particularidades: en primer lugar es uno de los considerados por los entrevistados como de las mayores innovaciones del ESSEM, en segundo lugar presenta una cantidad de lenguaje textual inusual en relación al resto de las publicaciones y un mayor énfasis en detallar y defender posturas metodológicas respecto de la posibilidad de cuantificar estas percepciones.

Concretamente, se entendió morbilidad como enfermedad o sintomatología padecida en las últimas dos semanas, a partir de la manifestación del entrevistado de su padecimiento. Se valoró de igual manera las manifestaciones “objetivas” (como diagnósticos médicos) como las subjetivas referidas a las valoraciones del entrevistado (ESSEM, 1972c).

Además de enfermedades se inquirió respecto de accidentes (según causas, tipo de lesión producida, parte del cuerpo afectada, lugar de ocurrencia de la lesión), enfermedades crónicas, incapacidades por enfermedades (días perdidos por incapacidad, limitación de las actividades habituales).

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Una de las dificultades principales surgidas de la aplicación de este cuestionario fue la diversa calidad de los datos según pertenecieran directamente al entrevistado o si fueron respondidos por un informante. Para analizar este efecto, las tabulaciones y las matrices respetaron esta diferencia y los datos se presentaron diferenciadamente según la encuesta fuera contestada por un informante o por un entrevistado.

También se cambió el agrupamiento por márgenes etarios utilizando grupos (infantil, juvenil, adulto joven, adulto maduro y ancianos). Este cambio es justificado ya que “la agrupación decenal [...] no sería aplicable por el aumento en la variación a la que conducirían tantas aperturas para este tamaño muestral” (ESSEM, 1972a, p. 87).

Los síntomas descriptos se clasificaron de acuerdo a la VIII Clasificación Internacional de Enfermedades³³. En los casos considerados dudosos se recurría a un codificador adicional que oficiaba de árbitro. Para esta segunda interpretación se utilizaban otras preguntas del cuestionario como sexo, edad, consumos de medicamentos, etc.

A su vez la Clasificación Internacional de Enfermedades contaba con un grado de especificidad muy difícil de operacionalizar en un cuestionario de estas características y se optó por reducirlo a agrupaciones de enfermedades de acuerdo a los diversos “aparatos” del cuerpo, enfermedades o categorías residuales, dando por resultado 13 grupos:

³³ Surgió durante las entrevistas que la incorporación de la Clasificación internacional de Enfermedades como parámetro de codificación de los registros oficiales en salud fue un logro destacado del grupo de trabajo que participó en el ESSEM.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Cuadro 4: Grupos de enfermedades y cantidad de subcategorías

Nombre	Cantidad de Subcategorías	Nombres y códigos de la Codificación Internacional de Enfermedades utilizados
Aparato circulatorio	5	Hipertensión (400 al 404); Aterosclerosis (440-448); Enfermedades de las venas y otras (450 al 458); Solamente síntomas (782); Resto (390 a 399, 405 a 439 y 449)
Enfermedades infecciosas y parasitarias	9	Enteritis y otras diarreicas (008 y 009); tuberculosis (010 a 019), tos ferina (033); poliomielitis y otras enfermedades debidas a enterovirus (040 a 046); Sarampión (055); Hepatitis infecciosa (070); Tripanomiasis (086); Sífilis y otras enfermedades venéreas (090 a 098); otras enfermedades infecciosas y parasitarias (120 a 136); otras (056 a 069; 071 a 119)
Enfermedades endocrinas y del metabolismo	4	Tiroides (240-249), Diabetes (250); Deficiencias nutricionales (260-269); otras enfermedades endocrinas y del metabolismo (247 a 249; 251 a 259; 270 a 279).
Enfermedades mentales	3	Psicosis (290 a 299 y 310 a 315); neurosis (300 a 309); solamente síntomas (790, 780.1 o 781.8).
sistema nervioso central y órganos de los sentidos	6	Epilepsia (345); inflamatorias del ojo (360 a 369); del oído (380 a 389), resto de los órganos de los sentidos (320 a 344 y 346 a 358); otras enfermedades de los ojos (370 a 379.5) y solamente síntomas (780.0, 780.2 a 780.8, 781.0 a 781.7)

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Aparato respiratorio	4	Infecciones respiratorias agudas (460 a 474 y 479); Bronquitis crónicas, enfisema y asma (491 a 493); síntomas solamente (783); resto de las enfermedades del aparato respiratorio (480 a 486 y 500 a 519)
Aparato digestivo	3	Dentales (520 a 525); esófago, estómago y duodeno (530 a 537); hernias (550 a 553); gastroenteritis no infecciosa (561 a 563), trastornos funcionales de los intestinos (564), hígado, vesícula biliar y páncreas (570 a 579); síntomas solamente (784 y 785); resto (526 a 529, 540 a 543, 565 a 569)
Aparato genitourinario	3	Genitourinarias (580-609); aparato genital femenino (610 a 629); sintoma solamente (786, 789 y 792)
Enfermedades osteomusculares	3	Artritis (710-718). Resto (719 a 738) y síntomas solamente (787)
Enfermedades del parto, embarazo y puerperio	1	Complicaciones del parto embarazo y puerperio (630-678)
Piel y tejido celular subcutáneo	2	Infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo (680-686); otras enfermedades de la piel (690-709)
Enfermedades no incluidas en los cuadros anteriores	4	Tumores (140 -239), anemias (280-289), anomalías congénitas (740-759), morbilidad perinatal (760-779).
Personas que percibieron síntomas mal definidos ³⁴	3	Síntomas generales (788), dolor de cabeza (789), senilidad sin mención de psicosis (794), resto (000).

³⁴ A su vez dividido en tres sub categorías: Personas que percibieron síntomas mal definidos, Personas que percibieron solo síntomas definidos y Personas que percibieron síntomas definidos junto con otras enfermedad definida.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Elaboración propia en base de a ESSEM 1972a, p.75-87.

Nota: Los códigos de la Clasificación internacional se indican entre paréntesis.

El texto destaca ciertas precauciones epistemológicas vinculadas a la construcción e interpretación de los datos. Por un lado, al estar vinculado a las percepciones se aclara que, como cada sujeto puede tener más de una percepción o síntoma la cantidad de percepciones supera la cantidad de sujetos entrevistados. En segundo lugar, algunos síntomas se agruparon en relación a la enfermedad que las explica, por lo cual hay una pérdida en la cantidad de síntomas (ESSEM, 1972a).

Para analizar los datos se construyeron tres índices particulares: la Tasa de percepción enfermedad, de accidentes y de morbilidad total.

La tasa de percepción de enfermedad (porcentaje de la población que refirió problemas de salud en las dos semanas anteriores) fue de 33.2%. Para los responsables del ESSEM este número fue “insospechadamente alto” particularmente porque “las limitaciones metodológicas tienden a señalar una subestimación de la percepción real” (ESSEM, 1972a, p. 90).

La tasa de accidente resultó en 2.8%, de estos casos el 40% de las veces estuvo acompañado por percepciones de morbilidad no asociadas al accidente. La morbilidad total se ubicó en 33.2%.

A la luz del sesgo producido por la información referida por terceros se optó por ajustar las tasas por sexo y edad, ya que se identificó que la variación estaba dada por el grupo de hombres que por estar trabajando no se encontraba en el hogar al momento de la encuesta. Aun haciendo hincapié en esto, no se ajustó por otras variables posibles como la ocupación o el nivel de ingresos.

Analizadas las tasas por edad, presentan valores más bajo en el grupo más joven (10 a 14) y alcanza su nivel más alto en los mayores de 65 años.

En la distribución de las percepciones, la percepción de enfermedad se encontró asociada a “la condición femenina, siendo [...] independiente de la edad y la condición a través de la cual se obtuvo la información” (ESSEM, 1972a, p. 92). Respecto de la percepción

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

de los accidentes, la mayor cantidad de percepciones está asociada a los hombres, siendo significativamente mayor cuando son obtenidas por medios directos.

Analizados a partir de variables socio económicas, no fueron capaces de identificar grandes diferencias entre los grupos. Analizan esto a partir de la obtención de datos por informantes y destacan que comprando estos datos con los obtenidos por medio de entrevistas las leves diferencias entre grupos sociales se acentúan. Una última justificación se busca a este fenómeno, indicando que es posible que, en relación a las dimensiones biológicas, los grupos más bajos (con mayor “morbilidad real”) tengan un menor grado de percepciones de la morbilidad, mientras que los niveles más altos, con mayor percepción de la morbilidad tengan grados más bajos de “morbilidad real”.

Una nota interesante destaca en la interpretación de estos datos es la centralidad dada a la “unidad de recolección” (ESSEM, 1972a, p. 95) ya que entre los comentarios a los datos se propone que la forma correcta de observar la percepción de la morbilidad estaría dada simplemente por utilizar como “unidad de análisis” a la utilizada como “unidad de recolección”, entendemos que esto está vinculado a una conceptualización de la percepción como fenómeno social independiente más que como reflejo de un fenómeno biológico objetivo. Las redactoras de este módulo fueron, casualmente, ambas sociólogas. Esta referencia a la diferencias de percepción entre entrevistados e informante se mantiene como una constante en la serie, presentado una tensión entre las formas de conceptualizar la enfermedad presentes en el estudio, algunas de un carácter más vinculado a lo biomédico y otras más a lo social. Esta tensión se observa, dentro de los módulos, en espacios secundarios casi escondido entre los datos.

También aparece referido una crítica a la construcción de los indicadores que si bien eran

“tradicionales en la tradición de la sociología, no sean lo suficientemente específicos como para medir las variaciones de la percepción de la morbilidad [...] esto sin descartar que la morbilidad en el área metropolitana no tuviera variaciones reales en función de esta categoría socio-económica” (ESSEM, 1972, p. 104).

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

11.2.7.3 Utilización de recursos de atención médica

A diferencia de otros estudios del ESSEM, este capítulo analizó la demanda atendida de atención médica, descartando la necesidad (entendida como deseo de atención médica) o la demanda no atendida (ESSEM, 1972c). Propuso su metodología como pionera en el país ya que abordaron esto desde la entrevista con el usuario y no desde la perspectiva tradicional de los registros hospitalarios que “permite una visión parcial y sectorizada del problema, por lo que la encuesta a familia aparece como única metodología disponible en el país para conocer la totalidad de la demanda” (ESSEM, 1972a, p. 151).

Para esto trabajaron sobre dos sujetos de estudio, por un lado el individuo, analizado según edad, afiliación-o no- a servicios de salud, niveles de ingreso, y por otro el recurso de atención (médico, odontológico, de internación, elementos auxiliares de diagnóstico³⁵, paramédico –farmacéutico o enfermero- y medicamentos.

Las conclusiones de este capítulo están en línea con el resto del ESSEM y destacaron cuatro afirmaciones generales: que la mitad de la población del Área Metropolitana se encuentra afiliada a algún sistema de seguridad social, que de estos, más de la mitad lo están por obras sociales, que este porcentaje aumenta en edades activas y a mayor nivel de ingreso.

Si bien la mayoría de los datos se encontraban en línea con los anteriormente indicados, podemos señalar algunas diferencias; por ejemplo, indican que “frente a lo esperado, que era una alta frecuencia en la utilización” (ESSEM, 1972a, p. 200) se relevó un 1% de utilización del recurso de enfermería o farmacéutico. También que a pesar de que la cantidad de consultas se encontró polarizada entre los dos niveles sociales extremos, su utilización cualitativa es distinta ya que en el caso del grupo con mayor poder adquisitivo reportaron mayor utilización de otros recursos complementarios, como laboratorios, odontología y radiología. También se encontró asociado a una utilización más regular en el tiempo de los recursos.

Tomado el caso particular del Área Metropolitana de Buenos Aires, se señala que esta presenta una concentración de utilización del sistema privado muy elevada en relación al

³⁵ Refiere a Radiología o laboratorios.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

resto del país, ya que solo el 12% de los pacientes se atendió en instituciones públicas. También resaltan que el 33% de los afiliados utilizó su cobertura para la atención, pero para los servicios auxiliares de diagnóstico recurrió a pago directo a su cuenta.

En Rosario, una particularidad en la cual la modalidad de atención por “privado sin cobertura” concentró la mayor cantidad de consultas y porcentaje de gasto (ESSEM, 1972b); mientras que para Mendoza la mitad de la población estaba cubierta por seguros privados u obras sociales, focalizado esto en la población económicamente activa (ESSEM, 1972c).

11.2.7.4 Gasto en Salud

El gasto se entendió como el gasto privado, agregado a nivel familiar para obtener prestaciones de atención médica. En su justificación, destacan que estos datos son centrales

Quando se deba encarar la toma de decisiones sobre el o los sistemas de financiamiento de la atención médica cuya implantación concentrará los esfuerzos de todo el sector durante los próximos diez años (ESSEM, 1973b, p. 225).

Para ello se tomó en cuenta el gasto en medicamentos, consultas médicas, internación, análisis de laboratorio y radiología, prestaciones odontológicas, prótesis, otros pagos por internaciones y consultas médicas.

De igual manera que en el resto del ESSEM, estos datos fueron tabulados de acuerdo al tipo de cobertura, ocupación del jefe del hogar y nivel educacional. En términos generales el total promedio de gasto fue de 9.4% de los ingresos, siendo para el nivel más bajo el punto máximo (13.2%) y el más alto el más bajo (7.1%). Aun así “[...] es difícil anotar tendencias definidas para todos los niveles” (ESSEM, 1973b, p. 235) y también para los tipos de cobertura. A diferencia de por ejemplo, percepciones de morbilidad, donde los cruces de variables orientadas a profesionales o ingresos resultaron secundarios la distribución de gasto se contempló centralmente en estas variables.

11.2.8.5 La encuesta retrospectiva

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Finalmente, nos referiremos a la encuesta retrospectiva. De esta solo se publicó un anexo metodológico, aunque los entrevistados refieren que, efectivamente se realizó la construcción de los datos, aunque no llegaron a consolidarse y tabularse.

La muestra, construida como una submuestra específica de la ENS y relevada durante mayo-septiembre de 1971 se conformó por médicos de entre 45 y 64 años de edad del Área Metropolitana de Buenos Aires que hayan atendido entrevistados por la ENS durante un periodo de un año anterior al momento de la entrevista.

Este grupo de trabajo estuvo integrado por médicos de la ESPUBA: Saúl Rossi, Carlos Álvarez Herrera, Oscar Fiolmena, Eduardo Acebal y Miriam Gersenovich.

En particular esta encuesta se orientó a conocer la proporción de consultantes que cuentan con registro médico en el lugar de la consulta o internación, la proporción de prestaciones (consultas médicas e internación) en que el médico proporcionó el diagnóstico en relación con el motivo de la consulta, la relación entre los procedimientos diagnósticos y los diagnósticos principales elaborados, los recursos terapéuticos indicados; el grado de conciencia entre los diagnósticos provistos por los médicos correspondientes a los elaborados por el equipo del ESSEM.; comparar el número de diagnósticos de determinadas enfermedades crónicas obtenidas por evaluación y el número de diagnósticos provistos por médicos y los registros del estudio retrospectivo (ESSEM, 1972d).

A diferencia de los otros encuestadores, los utilizados para este trabajo eran todos médicos. Justificaron este criterio con dos argumentos: que la muestra estaba conformada por médicos y que el tema del cuestionario era estrictamente médico. El equipo se conformó con 4 encuestadores, 3 hombres y una mujer, jóvenes y con experiencias previas en encuestas. Estos fueron reclutados en la ESPUBA (ESSEM, 1972d).

Para su adiestramiento se dedicó un seminario de 30 horas, desarrollado en dos semanas. En el mismo, además de desarrollar los contenidos de la encuesta, se trabajó sobre la teoría de las entrevistas y se utilizó casi la mitad del tiempo para *role playing* de entrevistas y pruebas en terreno.

La identificación de los médicos entrevistados se realizó a partir de preguntas de la Encuesta Domiciliaria de la ENS y a partir de esto se elaboró un listado de los posibles

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

entrevistados, que constituyeron el universo de la encuesta de seguimiento retrospectivo. Fueron, en total, 424. Posteriormente se verificaron los datos y se descartaron 96 médicos por falta de datos o jubilación del profesional. De estos, 204 fueron efectivamente entrevistados.

Los datos tuvieron tres niveles de supervisión: en terreno, sobre lo cargado en el cuestionario y sobre las entrevistas no realizadas.

En sí, la encuesta se dividió en dos cuestionarios: el primero llamado variables de consulta médica se dividió en 10 baterías de preguntas: registro médico, motivo de la consulta, médico tratante, naturaleza de la atención prestada en la consulta, lugar de la consulta, cobertura social de la consulta, diagnóstico, procedimientos diagnósticos utilizados, procedimientos terapéuticos y características demográficas del médico tratante. El segundo, vinculado a la internación contó con 11 baterías: establecimiento de internación, dependencia del establecimiento, complejidad del establecimiento, docencia en el establecimiento, registro médico, características generales de la internación, médico tratante, diagnóstico, procedimientos terapéuticos, tratamiento quirúrgico, prolongación de la internación, prolongación de la internación no esperada, estado al egreso (ESSEM, 1972d).

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

12. CONCLUSIONES

Durante las páginas anteriores hemos descripto al ESSEM como un lenguaje polifónico que fue no solo una forma de representar el sistema de salud, sino también proyectado a describirlo, “hablarlo” y construirlo a partir de una forma de habla propia del Estado –la estadística- , para luego intentar ordenarlo a partir de estos códigos.

Queda claro, también, que parte de la función del ESSEM era posicionarse como un organismo central, capaz de producir, utilizar y actualizar grandes cantidades de información que abarcasen la totalidad del sistema de salud (y sus actores principales) información destinada a planificar e intervenir, no solo en el sector público, sino de la seguridad social y el sistema privado. En este sentido, el ESSEM y el Sistema Estadístico Nacional son emergentes del proyecto desarrollista, pero también de un intento de reforma más generalizada del Estado y la seguridad social que incluyó, entre otras cosas, cambios drásticos en las agencias estadísticas del país.

El diagnóstico presente en la fundamentación del ESSEM señala los datos en salud como inexistentes, inespecíficos, de baja calidad o insuficientes. Esta posición implica tres cosas: En primer lugar la existencia y accesibilidad a fuentes de datos previas que se utilizaron en los estudios, por ejemplo listado de profesionales desarrollados por laboratorios, que demuestran tener un mayor alcance, y en algunos casos, profundidad que los mismos que se desarrollaron para el ESSEM. En segundo lugar una concepción particular de la estadística pública, centrada en la producción estatal de datos en tanto la existencia de estas fuentes externas no implicaba que fueran los necesarios y suficientes para la aplicación de técnicas de planificación, o que se pudiera contar con actores privados para obtener en intervalos regulares los datos. Finalmente, permite entrever la posición estratégica que se asume desde el ESSEM donde por un lado se busca generar viabilidad y legitimidad a los datos producidos en el contexto de la reforma del sistema de estadísticas en salud, del cual el ESSEM formó parte, y por otro justificar su necesidad a partir de un vacío de información que es necesario

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

llenar para desarrollar acciones técnicas que mejoren la distribución de recursos y la calidad de la atención.

En esta estrategia se planteó al ESSEM no como una fuente de información continua (para eso existían otras instituciones del SEN como la DEIS) sino como un conjunto de estudios articulados con distintas organizaciones y grupos profesionales (AFACIMERA, OPS, ESPUBA) capaz de producir por un lado, una acumulación de datos que permitiera poner en funcionamiento la planificación para que, posteriormente, los sistemas de información continuas continuaran actualizando los datos; por otro, articulaciones con diversos actores importantes en el contexto que generaran legitimidad y viabilidad a la experiencia particular como a la reforma más generalizada de SEN vinculado a salud.

La creación del SEN y el desarrollo del ESSEM se dieron en el contexto de una modificación general de la estructura del Estado argentino y de intentos de reformar el sistema de seguridad social. En el caso de salud esto incluyó procesos de descentralización de los servicios de salud, y el desarrollo de numerosos intentos de intervenir de forma más activa en la regulación de los prestadores de servicios y financiadores; a través de establecer seguros de salud o de intervenir en las formas de contratación entre obras sociales, privados y el pago de honorarios médicos.

Fue desarrollado y llevado a cabo por un conjunto variado de profesionales, provenientes de diversas especialidades, aunque marcados por un perfil común vinculado al desarrollismo, y en particular, a la planificación y la información cuantitativa. Estos profesionales se segmentaron entre profesionales de apoyo y sanitaristas, siendo estos segundos los principales desarrolladores del ESSEM.

Estas identidades profesionales, y en particular los sanitaristas, atravesaron un proceso de fragmentación interna y desde fines de la década de 1960 y principios de 1970 en la cual perdió fuerza el imperativo tecnocrático y las articulaciones con los proyectos políticos mutaron en su naturaleza y pasaron a ser de asesores técnicos a militantes comprometidos desde su lugar técnico. El ESSEM representó la posibilidad de integrarse al campo de la salud a un conjunto de profesionales jóvenes de carreras recientemente creadas (demógrafos, sociólogos, matemáticos, físicos y estadísticos) a partir de la reivindicación y

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

reconocimiento de formas particulares de saberes vinculados a la construcción de información o a las técnicas de planificación.

En tanto su organización interna el Estudio de Salud y Educación Médica contó con 7 grupos de trabajos, correspondientes a los distintos estudios (Estudio de Población, Estudio de Recursos, Estudio de Educación Médica, Utilización de Recursos de Atención Médica), fases de la investigación, Encuesta de Morbilidad) o especialidades (Grupo de Apoyo). Si bien el personal empleado varió de acuerdo al financiamiento disponible y las actividades a realizar, llegó a contar con 200 empleados y representantes en todas las provincias, también con computadora propia y asesoramiento de expertos extranjeros en metodología pagados por la OPS y el Estudio Colaborativo.

En términos de sus objetivos, propuso suministrar información para la planificación en salud, ampliar y fortalecer la información de los sistemas permanentes de estadísticas en salud, proporcionar elementos para adecuar las currículas de formación profesional (particularmente de medicina), y en general las estructuras prestacionales de salud.

Metodológicamente, el ESSEM se nutrió de numerosas fuentes primarias (ENS, relevamientos en universidades y hospitales, Encuesta de Fecundidad y Encuesta de Morbilidad) y secundarias (censos, catastros de la SSP, cartografía del INDEC, censos de estudiantes realizados en la UBA) que utilizó en diversos estudios. La más destacada de estas fuentes primarias fue la ENS, a tal punto, que se volvió sinónimo de ESSEM en la memoria de muchos participantes. De esta fuente surgió la mayor parte de los datos originales del ESSEM.

La ENS recogió datos respecto a la autopercepción de accidentes y enfermedades, demanda de servicios médicos, no médicos y paramédicos, gasto en salud, utilización de los distintos sistemas de atención médica y grado de cobertura financiado en obras sociales, mutuales o servicios médicos privados o prepagos y, finalmente información demográfica y socioeconómica de la población en general produciendo un instrumento grande y complejo que nunca terminó de analizarse ni publicarse totalmente.

Tanto los participantes como los materiales del ESSEM distinguen su abordaje como novedoso en cuanto su extensión, la forma de construcción de sus preguntas (a partir del

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

acuerdo de consejos de expertos y la integración de diversas profesiones) y lo amplio y riguroso de su muestra, que resultaba representativa de la población del país.

Esta identificación con el componente cuantitativo del ESSEM, asociado a la matematización de los modelos de planificación del desarrollismo, resulta significativo también, porque a pesar de encontrarse proyectadas numerosas formas de recolección de información de tipo cualitativo, terminaron por no realizarse, analizarse o publicarse. Parte de esto se debe a su interrupción anticipada y parte por la valoración privilegiada de los abordajes cuantitativos respecto de los cualitativos.

En términos de sus resultados, el ESSEM produjo un efecto un tanto paradójico: las primeras publicaciones de resultados corresponden al momento donde la estrategia de la SSP encontró sus límites y, finalmente con la renuncia de Holmberg el impulso de este proyecto de reforma quedó acabado, perdiendo así la función original del ESSEM. Aun así los indicios publicados preliminarmente mostraron que el grado y tipo de cobertura de las obras sociales y el amplio gasto en salud dificultarían enormemente cualquier intento de ampliar la presencia del Estado en la regulación de estas relaciones.

Para cuando los últimos números del ESSEM terminaron de publicarse, sus objetivos tampoco resultaban significativos porque el proyecto al que gran parte de sus profesionales respondían no buscaba fundamentar sus accionares en datos “técnicos”.

En última instancia, los entrevistados señalan que los resultados concretos del ESSEM fueron tres: la generación de herramientas técnicas (cuestionarios, por ejemplo) que son utilizados hasta hoy; la información que fue utilizada por las obras sociales como fuentes de datos para negociar los valores de las prestaciones con las entidades médicas y los prestadores privados; y la colaboración con los proyectos internacionales que se volvieron clásicos de sus especialidades.

Finalmente, el ESSEM fue un objeto complejo: no sólo en términos de lenguajes profesionales y elecciones técnicas, sino de articulaciones políticas e institucionales, con una gran vida interna y capaz de imbricarse con dimensiones profesionales locales, de proyectos políticos a nivel nacional y con organismos internacionales en la discusión por los modelos de enseñanza de la medicina y la estructura del sistema de salud, en términos internacionales.

Librandi J. El Estudio sobre Salud y Educación Médica: política, planificación y estadística sanitaria en las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguirre Cauhé S. (1995). 14. Entrevistas y cuestionarios. En: Aguirre Baztan A (Ed.). Etnografía. Metodología cualitativa de la investigación sociocultural. México: Alfaomega. Pp 171-180.

Ahumada J, Guzmán A, Duran H, Testa M. (1965). Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud. Washington D.C.: Centro de Estudios de la Universidad Central de Venezuela (CENDES) y Organización Panamericana de la Salud, Serie Publicaciones Científicas; Nro. 111.

Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. (2006). Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 22(12):2693-2702 [citado 5 may 2015]. Disponible en <http://goo.gl/O1A8oj>

Alazraqui M, Spinelli H, Zunino M, Souza ER. (2012). Calidad de los sistemas de información de mortalidad por violencias en Argentina y Brasil- 1990-2010. Ciência e Saúde Coletiva [Internet]. 17(12):3279-3288. [citado 5 may 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/oAwugU>

Angenot M. (2010). El discurso social, los limites históricos de lo pensable y lo decible. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (1967). Conferencia Nacional de Resultados del Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica en Colombia [Internet]. Bogotá: ASCOFAME y Ediciones Tercer Mundo. [citado 5 may 2015]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/contenido/4785.PDF>

Barrancos D, Vilaça Mendes E. (1992). Memoria de Planificadores: Otra Historia de la Planificación de Salud en América Latina. Washington D.C.: Programa de Desarrollo de Políticas de Salud (Serie Informes Técnicos N° 9), OPS.

Belmartino S, Bloch C (1994). El sector salud en Argentina: actores, conflictos de intereses y modelos organizativos 1960-1985. Publicación No. 40. Buenos Aires: OPS/OMS.

Belmartino S. (2005) La atención médica en Argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Belmartino S. (1995). Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo. *Desarrollo Económico-Revista de Ciencias Sociales*. 35(137):83-103.

Berg B. (2001). *Qualitative research methods for the social sciences*. Washington D.C.: Allyn & Bacon A Pearson Education Company.

Biernat C, Ramacciotti K. (2013). *Crece y Multiplicase la política sanitaria materno infantil argentina 1900-1960*. Buenos Aires: Biblos.

Blanco A. (2006). *Razón y modernidad. Gino Germani y la sociología en la Argentina*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Borrell Bentz, M. (2005). *La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

Bohoslavsky E, Soprano G. (2010). *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 hasta la actualidad)*. Buenos Aires: Prometeo-UNGS.

Buschini J (2013). Renovación institucional y modernización científica: la creación del Instituto de Investigaciones Hematológicas a mediados de la década de 1950. *Salud Colectiva*. 9(3):317-334.

Caravaca J. (2012) *La Argentina keynesiana. Estado, política y expertos económicos en la década de 1930*. En: Plotkin M, Zimmermann E (Eds.). *Las prácticas del Estado. Política, sociedad y elites estatales en la Argentina del siglo XX*. Buenos Aires: Edhasa. Pp. 67-91.

Castro R. (2010). *Teoría Social y Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Cerdá JM, Ramacciotti K. (2015). Capítulo VI. El desarrollo y participación comunitaria en las décadas de 1960 y 1970. En: Biernat C, Cerdá JM, Ramacciotti K. *La salud pública en Argentina*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes. Pp. 205-229

Daniel C. (2012a). Contar para curar. Estadísticas y comunidad médica en Argentina (1880-1940). *Historia, Ciencias, Saude-Manguinhos*. 19(1):89-114.

Daniel C. (2012b). Una escuela científica en el Estado. Los estadísticos oficiales en la Argentina de entreguerras. En: Plotkin, M, Zimmermann, E. (Comp.). *Los saberes del Estado*. Buenos Aires: Edhasa.

Daniel C. (2013a). Estadísticas sociales para el proyecto desarrollista. Notas para su estudio. X Jornadas de sociología de la UBA. 20 años de pensar y repensar la sociología. Nuevos desafíos académicos, científicos y políticos para el siglo XXI; 1-6 jul 2013; Facultad de Ciencias Sociales (UBA), Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Daniel C. (2013b). Números públicos. Las estadísticas en Argentina (1990-2010). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Darlington Y, Scott D. (2002). Qualitative research in practice Stories from the field. Canberra: Allen & Unwin.

De Janvry B, Rothman A. (1975). Fecundidad en Buenos Aires Informe sobre los resultados de la encuesta de fecundidad en el Área de Capital y Gran Buenos Aires 1964. Serie A, N°132 [Internet]. Santiago de Chile: CELADE. [citado 7 sep 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/7CGWH5>

Di Liscia M. (2014). Renovación de la historia sobre instituciones, profesionales y salud. Historia de la salud y la enfermedad bajo la lupa de las ciencias sociales. En: Biernat C, Ramacciotti K (Comp.). Buenos Aires: Biblos.

Dvoskin N. (2013). El sueño de la seguridad social unificada: los proyectos de código de la seguridad social en Argentina en la década de 1960 [Internet]. XIV Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia; 2-5 oct 2013; Mendoza [citado 4 may 2015]. Disponible en: <http://jornadas.interescuelashistoria.org/public/ficha/resumenes/ficha.php?idresumen=175>

Estudio Sobre Salud y Educación Médica (1969). Estudio Sobre Salud y Educación Médica [folleto]. Buenos Aires: Estudio Sobre Salud y Educación Médica.

Estudio Sobre Salud y Educación Médica (SRF). Informe Final. Disponible en: Fondo Floreal Ferrara, Biblioteca Nacional de la República Argentina.

Faccia K. (2015). Capítulo X. Continuidades y rupturas en el proceso de profesionalización de la enfermería (1955-2011). En: Biernat C, Cerdá JM, Ramacciotti K. La salud pública en Argentina. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes. Pp. 315-332

Feld A, Kramer A. (2010). La ciencia y la tecnología como objetos de reflexión en América Latina: ideas, actores e instituciones (1960-1970) [Internet]. VIII Jornadas Latinoamericanas de Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología (ESOCITE); 20-23 jul; Buenos Aires [citado 4 may 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/Y4Suqq>

Feld A. (2015) Ciencia y Política (s) en la Argentina, 1943-1983. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

Feld A. (2010). Planificar, gestionar, investigar. Debates y conflictos en la creación del CONACYT y la SECONACYT (1966-1969). *Journal of Medical Humanities & Social Studies of Science and Tecnology*. 2(1)28-43.

Felitti K. (2004). Una política demográfica nacional: debates y repercusiones del Simposio sobre Política de Población para la Argentina (1969) [Internet]. VIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Asociación de Estudios de la Población Argentina (AEPA); 12-14 oct; Tandil [citado 4 may 2015]. Disponible en: <http://webiigg.sociales.uba.ar/pobmigra/archivos/felitti.pdf>

Ferrero C. (1968). Estudio sobre salud y educación médica. *Revista de Salud Pública*. 2(1):57-61.

Fundación Internacional Domingo Liotta. Biografía [Internet]. 2015 [consultado 28 mar 2016]. Disponible en: <http://www.fдлиotta.org/biografia.html>

Galeano D, Trotta L, Spinelli H. (2011). Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salud Colectiva*. 7(3):285-315.

Galli A. (2002). Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina (AFACIMERA): Creación y Desarrollo. *Revista Argentina de Educación Médica*. 2(2):68-77.

Galván V, Osuna F. (2014). Política y cultura durante el Onganiato: nuevas perspectivas para la investigación de la presidencia de Juan Carlos Onganía. Rosario: Prohistoria Ediciones.

García J. (1969). La educación médica en la América Latina. Publicación Científica No. 255 [Internet]. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/a244173.pdf>

Germani, G. (2006). Sociología y Planificación. En: Blanco A. (Comp.). Gino Germani: La renovación intelectual de la sociología. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

Giorgi G, Mallimaci F. (2012). Catolicismos, nacionalismos y comunitarismos en política social. Redes católicas en la creación del Ministerio de Bienestar Social de Argentina (1966-1970). *Revista Cultura y Religión*. 6(1):113-144.

Giorgi G. (2014). Refundar la sociedad. El comunitarismo como política de Estado en el gobierno de Onganía. En: Galván V, Osuna F. Política y cultura durante el Onganiato: nuevas perspectivas para la investigación de la presidencia de Juan Carlos Onganía. Rosario: Prohistoria Ediciones. Pp. 119-140.

Gomes G. (2014). Los orígenes doctrinarios de la propuesta comunitarista del gobierno de Juan Carlos Onganía. En: Galván V, Osuna F. Política y cultura durante el Onganiato: nuevas perspectivas para la investigación de la presidencia de Juan Carlos Onganía. Rosario: Prohistoria Ediciones. Pp. 105-118.

González Bollo H. (2014). La fábrica de las cifras oficiales del Estado argentino (1869-1947). Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

González Leandri R. (2012). Itinerarios de la formación Médica y sus saberes de Estado. Buenos Aires 1850 y 1910. En: Plotkin M, Zimmermann E. (Comp.). Los saberes del Estado. Buenos Aires: Edhasa.

Gusfield J. (2014). La cultura de los problemas públicos, el mito del conductor alcoholizado versus la sociedad inocente. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Hamilton M. (2010). Vida de Sanitarista. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Hernández Sampieri R. (2007). Fundamentos de Metodología de la Investigación. Madrid: Editorial McGraw-Hill.

Holmberg E. (1968). Discurso pronunciado por el Secretario de Estado de Salud Pública Doctor Ezequiel A D Holmberg. 3era jornada Nacional de Autoridades de Salud Pública en la Ciudad de Mendoza. Conclusiones y recomendaciones de la tercera reunión nacional de autoridades de salud pública. Buenos Aires: Ministerio de Bienestar Social.

Iriart C, Nervi L, Olivier B, Testa M. (1994). Tecnoburocracia sanitaria: Ciencia, ideología y profesionalización en la Salud Pública. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Kanh R, Miller P. (2002). Charles F. Cannell. 1913–2001. Public Opinion Quarterly [Internet] [consultado 15 abr 2016]; 66(2):304-305. Disponible en: <http://poq.oxfordjournals.org/content/66/2/304.full.pdf+html>

Ley N° 14.046. Buenos Aires: Dirección General del Registro Oficial Nacional. 6 de septiembre de 1951.

Ley N° 17.622. Buenos Aires: Dirección General del Registro Oficial Nacional: 31 de enero de 1968.

Ley N° 18.551. Buenos Aires: Dirección General del Registro Oficial Nacional. Publicado el 3 de abril de 1970.

Ley N° 19.786 Buenos Aires: Dirección General del Registro Oficial Nacional. Publicado el 8 de noviembre de 1972.

Marconi E. (2014). Trayectoria personal y el desarrollo de los sistemas de información públicos en salud desde la Dirección de Estadísticas e información en Salud [Video]. Spinelli H, Federico L, Librandi, J. Entrevistadores. Buenos Aires: CeDoPS. Video 88 min, Sonido, Color.

Márquez M. (2008). Análisis del contexto político, social y económico como base para la formación de personal técnico de salud en América Latina. Trabalho, Educação e Saúde [Internet]. 6(3):425-442. [consultado 5 may 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/J89yVg>

Martinovich V. (2012). Criterios de edición trabajos final integrador de Especialización y Tesis de Maestría y Doctorado. Serie Cuadernos de Trabajo N°1. Lanús, Instituto de Salud Colectiva.

Massé G. (2007). Encuestas. En: Torrado S. (Comp.). Población y Bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Buenos Aires, Edhasa. Pp. 245- 286.

Matus C. (2007). Adiós, señor Presidente. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa/Universidad Nacional de Lanús.

Moraes I H S (2002). Política, Tecnologia e informação em saúde, a utopia da emancipação. Salvador de Bahía: Casa da Qualidade Editoria.

Neri A, Plachner De Molinero M, Fontau I, Silberstein E, Bello J. (1971). Ideas para un seguro de salud en la Argentina. Cuadernos De Salud Pública N° 6/7. Pp 87-93.

Neri A. (1969). Aspectos de la formación y práctica profesional del sanitarista argentino. Cuadernos de Salud Pública. N°3. Pp 11-15.

Organización Mundial de la Salud (1969). Actas Oficiales de la Organización Mundial de la Salud n° 172;- actividades de la OMS 1968 informe anual del director general a la Asamblea Mundial de la Salud y a las Naciones Unidas. Ginebra Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (1971). Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud n° 192 cuarto informe sobre la situación sanitaria mundial 1965 – 1968 organización mundial de la salud. Ginebra.

Osuna F. (2012). El proyecto de Bienestar Social del Onganiato ¿Una utopía de Derecha? [Internet]. Cuarto Taller de Discusión las Derechas en el Cono Sur, Siglo XX; 31 May 2012; Universidad Nacional de General Sarmiento Buenos Aires [citado 16 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.ungs.edu.ar/derechas/wp-content/uploads/2013/09/Osuna.pdf>

Osuna M. (2014). Entre el pasado colonial y el futuro espacial ideas y actores en torno a las políticas de seguridad social del “onganiato”. En: Galván V, Osuna F. Política y cultura durante el Onganiato: nuevas perspectivas para la investigación de la presidencia de Juan Carlos Onganía. Rosario: Prohistoria Ediciones. Pp. 172-193.

Oszlak O, O'Donnell G. (1995). Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. Redes [Internet]. 4(2):99-128. [consultado 5 may 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/q440HB>

Otero H. (2006). Estadística y nación. Una historia conceptual del pensamiento censal de la Argentina moderna, 1869-1914. Buenos Aires: Editorial Prometeo.

Pacheco J. (2014). Montoneros a la luz de su programa [Internet]. Theomai.29: [consultado 15 may 2016]. Disponible en: <http://google.redalyc.org/articulo.oa?id=12431432012>

Pantelides E. (1975). Los datos para el estudio de la fecundidad en la Argentina. Buenos Aires: INDEC, Serie Investigaciones Demográficas 2.

Plotkin M, Zimmermann E. (2012). Introducción, saberes de Estado en la Argentina, siglos XIX y XX. En: Plotkin M, Zimmermann E. (Comp.). Los saberes del Estado. Buenos Aires: Edhasa.

Plummer K. (1989). Los documentos personales. Madrid: Siglo XXI.

Ruiz F, Camacho S, Jurado C, Matallana M, O'Meara G, Eslava J, Piña M, Lara E, Sandoval E, Ayala U, Acosta O, Ortíz A, Moore F, Echeverri T. Ministerio de Salud. (2008). Recursos

Humanos de la Salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva. Bogotá D.C.: Pontificia Universidad Javeriana-CENDEX, Ministerio de la Protección Social.

Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. (1969a). Estudio sobre Salud y Educación Médica: Recursos Humanos en los establecimientos asistenciales de la República Argentina. Serie 2 N°1. ESSEM.

Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud (1969b). Estudio sobre Salud y Educación Médica: Utilización de Recursos Médicos de Internación. Tabulaciones Preliminares. Serie 2 N°2. ESSEM.

Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. (1969c). Estudio sobre Salud y Educación Médica: Estudio sobre Salud Recursos para la salud y la educación médica y profesional médica en la República Argentina. Serie 7 Nro. 1. ESSEM.

Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. (1969d). Estudio sobre Salud y Educación Médica: Utilización de Recursos de Atención Médica Ambulatoria del área metropolitana. Serie 5 Nro 1. ESSEM.

Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. (1969e) Estudio sobre Salud y Educación Médica: Utilización de Recursos de Atención médica ambulatoria del área metropolitana Tabulaciones preliminares. Serie 5 N°1. ESSEM.

Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. (1969f) Estudio sobre Salud y Educación Médica: La enseñanza de la Medicina. Tabulaciones Preliminares. Serie 4 Nro. 3. ESSEM.

Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. (1970a). Estudio sobre Salud y Educación Médica: Recursos en Operación: camas, consultorios y establecimientos asistenciales de la República Argentina. Serie 2 N°3. ESSEM.

Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. (1970b). Estudio sobre Salud y Educación Médica: Recursos Humanos en los Establecimientos asistenciales de la República Argentina. Serie 2 N°4. ESSEM.

Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. (1970c). Estudio sobre Salud y Educación Médica: Recursos de Diagnóstico y tratamiento en los establecimientos asistenciales de la República Argentina. Serie 2 N°5. ESSEM.

Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. (1970d). Estudio sobre Salud y Educación Médica: Utilización de Recursos de Atención Médica Consultas odontológicas, consumo de medicamentos y grato familiar en atención médica. Tabulaciones preliminares. Serie 5 N°4. ESSEM.

Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. (1970e). Estudio sobre Salud y Educación Médica: Utilización de Recursos de Atención Médica: Población y utilización de recursos de atención médica ambulatoria del área metropolitana: Tabulaciones preliminares. Serie 5 N°3. ESSEM.

Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. (1970f). Estudio sobre Salud y Educación Médica: Utilización de Recursos de Atención Médica: Utilización de recursos de atención médica de internación del área metropolitana: Tabulaciones preliminares. Serie 5 N°3. ESSEM.

Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. (1971a). Estudio sobre Salud y Educación Médica: Utilización de Recursos Médicos de Internación. Tabulaciones Preliminares. Serie 5 Nro2; ESSEM.

Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. (1971b). Estudio sobre Salud y Educación Médica: Utilización de Recursos de Atención Médica Antecedentes y evaluación de la tarea de campo. Diseño de la muestra. Cuestionarios. Serie 5 N°6. ESSEM.

Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. (1971c). Estudio sobre Salud y Educación Médica: El consumo de salud en términos espaciales en el área metropolitana. Serie 5 N°5. ESSEM.

Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. (1972a). Estudio sobre Salud y Educación Médica: Estado de Salud de la Población del Área Metropolitana. Serie 6 Nro1; ESSEM.

Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. (1972b). Estudio sobre Salud y Educación Médica: Características de Salud de la población del Gran Rosario. Serie 6 Nro2; ESSEM.

Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. (1972c). Estudio sobre Salud y Educación Médica: Características de Salud de la población del Gran Mendoza. Serie 6 Nro3; ESSEM.

Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. (1972d) Estudio sobre Salud y Educación Médica Encuesta de seguimiento retrospectivo, método de recolección. Serie 7 Nro3; ESSEM.

Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. (1973a). Estudio sobre Salud y Educación Médica: Estudios Demográficos Estudio de fecundidad en cinco áreas metropolitanas. Serie 1 N° 1. ESSEM.

Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. (1973b). Estudio sobre Salud y Educación Médica: Estado de Salud de la Población del Gran Córdoba. Serie 6 Nro2; ESSEM.

Serrano Blasco J. (1995). Capítulo 16. Estudio de casos. En: Aguirre Baztán A. (comp.). Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural. Barcelona: Maracomb.

Servetto, A. (2008). Memorias de intolerancia política: las víctimas de la Triple A (Alianza Argentina Anticomunista). Antíteses [Internet]. 1(2):439-454. [consultado 21 mar 2016] Disponible en: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/antiteses/article/view/1596>

Sigal S. (1991). Intelectuales y poder en la década del 60. Buenos Aires: Punto Sur.

Spinelli H. (2005). Condiciones de salud y desigualdades sociales: historias de iguales, desiguales y distintos. En: Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, organizadores. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Pp. 315-332.

Stake R. (1994). El arte de la investigación en el estudio de caso. Thousand Oaks: Sage Publications.

Stuchell L. (2007). Finding aid for Charles F. Cannell papers, 1946-2001 [Internet]. [consultado 5 dic 2015]. Disponible en <http://quod.lib.umich.edu/b/bhlead/umich-bhl-07138?rgn=main;view=text>

Svampa M. (2010). Certezas, incertezas y desmesuras de un pensamiento político. Conservaciones con Floreal Ferrara. Buenos Aires: Biblioteca Nacional.

Terán O. (2013). Nuestros años sesenta: La formación de la nueva izquierda intelectual Argentina. Buenos Aires: Siglo XXI editores.

Testa M. (2008). Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Trias Mercant S. (1995). Los documentos y la cultura material en metodología cualitativa en la investigación sociocultural. En: Aguirre Baztán A. (comp.). Barcelona: Maracombo. Pp. 160-170

Universidad Nacional de Lanús. (2014). Resolución de Consejo Superior. 113/14. [Internet]. [Consultado 5 de Mayo 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/vADcjB>

Valles M. (1997). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Editorial Síntesis.

Valles Martínez, M. (1992). Capítulo 10: la entrevista psicosocial. En: Díaz M. Psicología social: Métodos y técnicas de investigación. Madrid: Eudema. Pp. 246-261.

Veronelli J, Testa A. (2002). La OPS en Argentina: Crónica de una relación centenaria. Argentina. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

Veronelli J, Veronelli Correch M. (2004). Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

Villa M, Torrealba Gibert C. (1977). Contexto social de cambio de la fecundidad en América Latina rural: aspectos metodológicos y resultados empíricos. Santiago de Chile: CELADE; 1982. White K, Anderson D, Kalimo E, Kleczkowski B, Poruola T, Vuckmanovic C. Fundamentación y prácticas de la planificación y de la gestión nacionales de los servicios, experiencias basadas en el estudio internacional en colaboración sobre utilización de los servicios de atención médica realizado con la ayuda de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Yin R. (1994). Investigación con estudio de casos. Diseño y métodos. Thousand Oaks: Sage Publications.

Zabala J. (2010). La enfermedad de Chagas en la Argentina. Investigación científica, problemas sociales y políticas sanitarias. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

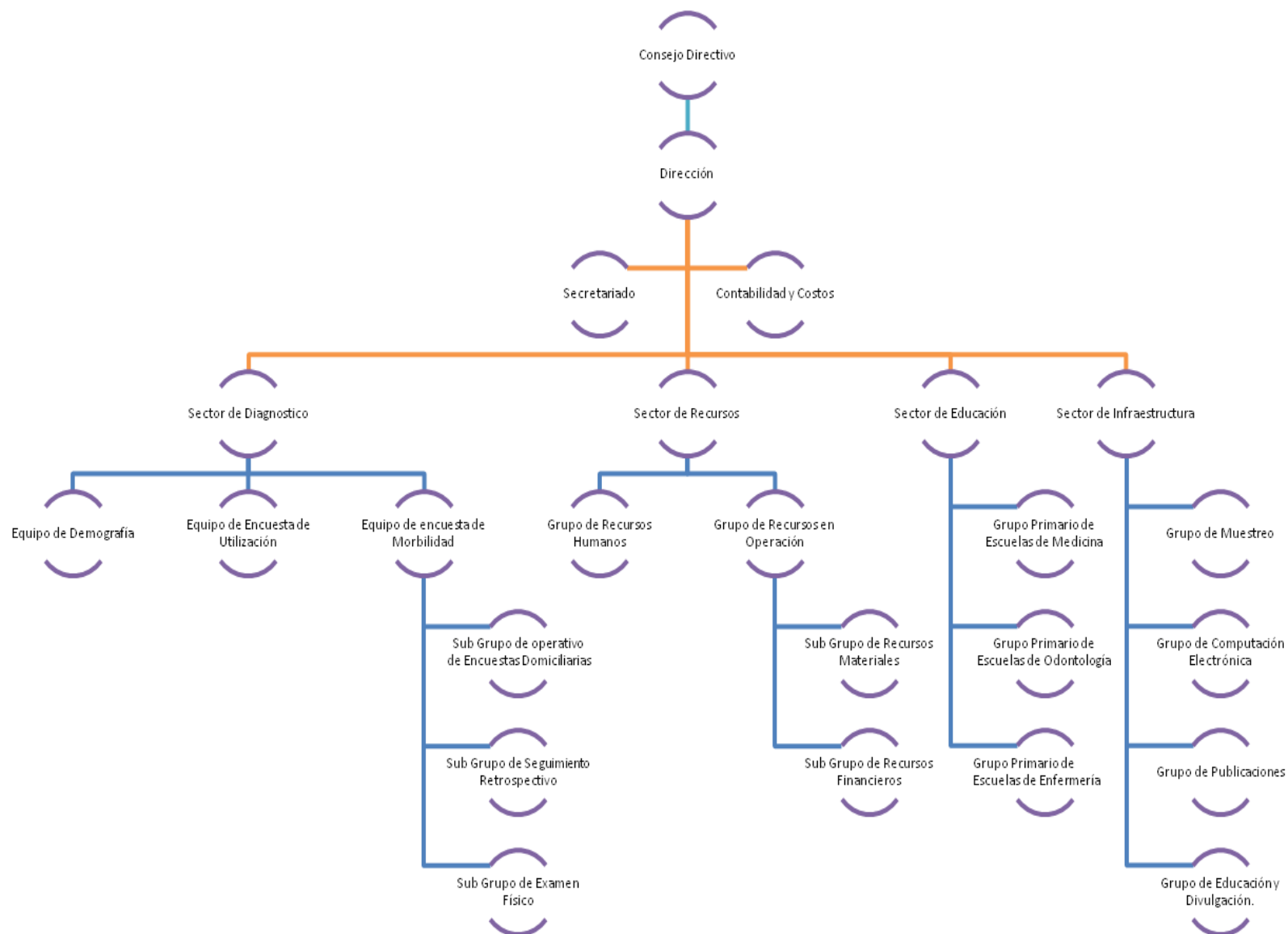
Zunino M, Spinelli H, Alazraqui M. (2006). Muertes por Armas de Fuego: un eclipse en los sistemas de información en salud. Salud colectiva [Internet]. 2(3):259-267 [consultado 5 may 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/9Pf4bf>

ANEXO

Anexo A - Organigrama del ESSEM.....	173
---	------------

ANEXO A

Organigrama del ESSEM.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos de ESSEM (1969; 1971)