

La invención de la comunidad: el programa sanitarista para el trabajo social en la Argentina desarrollista*

Melisa Campana**

Fecha de recepción: 11 de julio de 2011
Fecha de aprobación: 12 de septiembre 2011

Resumen

El presente trabajo se propone mostrar, desde una perspectiva genealógica, cómo el discurso sanitarista característico de la denominada *era desarrollista* contribuyó a configurar en Argentina un novedoso modelo de intervención del Estado en lo social basado, fundamentalmente, en la idea de comunidad. En torno de esta noción se montarán diversos dispositivos de bienestar y promoción social, para lo cual el sanitarismo brindó un importante soporte (tanto teórico como operativo) a través de las propuestas de descentralización ejecutiva y centralización normativa, por un lado, y de desarrollo y participación social, por el otro. Esta “invención” de la comunidad como nuevo sujeto-objeto de las intervenciones sociales del Estado tendrá implicancias decisivas para el trabajo social, llamado a convertirse en actor central en tanto “agente de cambio” promotor del desarrollo, y dejará profundas marcas cuyos rastros pueden encontrarse aún hoy en las propuestas de intervención profesional.

Palabras clave: Argentina desarrollista, comunidad, bienestar social, sanitarismo.

* Las reflexiones aquí vertidas forman parte de la tesis doctoral “La asistencialización de la salud pública. La Atención Primaria de la Salud en el municipio de Rosario”. Doctorado en Trabajo Social, Universidad Nacional de Rosario, Argentina, 2010.

** Licenciada en trabajo social, Escuela de Trabajo Social, Facultad de ciencia Política y Relaciones Internacionales, Universidad Nacional de Rosario, Argentina. Doctora en Trabajo Social, Universidad Nacional de Rosario, Argentina. Docente e Investigadora de la Escuela de Trabajo Social de la misma Universidad. Miembro del Núcleo de Estudios sobre Asistencia Social y cocoordinadora del Programa de Estudios sobre Gubernamentalidad y Estado, Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Rosario, Argentina. melisacampana@gmail.com

The Invention of Community. The Sanitary Program for Social Work in Developmentalist Argentina

This paper aims to show, from a genealogical perspective, how the sanitarian discourse, characteristic of the so-called *developmentalist era* in Argentina, helped to shape a new model of state intervention in society that is based, fundamentally, on the idea of community. Several social welfare and social promotion devices were introduced around this notion, for which sanitarianism provided a significant support (both theoretical and operational) through proposals of executive decentralization and regulatory centralization, on the one hand, and development and social participation, on the other. This “invention” of the community as a new subject-object of social interventions by the Government will have decisive implications on social work, destined to become a central actor as an “agent of change”, promoter of development that will leave deep marks, the traces of which can still be found in the proposals regarding professional intervention.

Keywords: Developmentalist Argentina, community, social welfare, sanitarianism.

A invenção da comunidade. O programa sanitaria para o trabalho social na Argentina desenvolvimentista

O presente trabalho se propõe mostrar, desde uma perspectiva genealógica, como o discurso sanitaria característico da denominada *era desenvolvimentista* contribuiu a configurar na Argentina um inovador modelo de intervenção do Estado no social baseado, fundamentalmente, na ideia de comunidade. Em torno desta noção foram montados diversos dispositivos de bem-estar social e promoção social, para o qual o sanitarianismo ofereceu um importante suporte (tanto teórico como operacional) através das propostas de descentralização executiva e centralização normativa, por um lado, e de desenvolvimento e participação social, pelo outro. Esta “invenção” da comunidade como novo sujeito-objeto das intervenções sociais do Estado terá implicações decisivas para o trabalho social, chamado a converter-se em ator central tanto como “agente de mudança” promotor do desenvolvimento, e deixará profundas marcas cujos rastros podem ser encontrados ainda hoje nas propostas de intervenção profissional.

Palavras chave: Argentina desenvolvimentista, comunidade, bem-estar social, sanitarianismo.

Introducción

Un recorrido historiográfico minucioso nos permite afirmar que el discurso médico higienista fue condición de posibilidad para la emergencia de la asistencia social estatal en Argentina. Desde entonces, la salud pública convivió tensamente con otros actores que accionaban estrategias asistenciales, en una puja nunca abandonada por centralizar la asistencia social.

El discurso médico higienista (1830-1940) tematizó la pobreza en términos de enfermedad social, y activó un arsenal de tecnologías para su respectivo tratamiento, desde grandes instituciones como el Fichero Central o la Asistencia Pública, hasta prácticas mucho más específicas, como la inspección de domicilios, el otorgamiento de subsidios a cambio del estricto cumplimiento de las prescripciones o, lisa y llanamente, la certificación del “estado de necesidad” para la obtención de atención médica gratuita.

Las propuestas del higienismo se basaron en un amplio programa de profilaxis sanitaria, social y moral, a partir del “descubrimiento de la enfermedad como problema social” (Armus, 2000). La relación pobreza-vicio y pobreza-enfermedad jugó un rol determinante en las propuestas de intervención en salud, que incluían desde campañas de vacunación, registro y control de las epidemias y enfermedades de transmisión sexual e infectocontagiosas, hasta diseños arquitectónicos que favorecieran la ventilación, la limpieza y la organización de las viviendas. Los médicos higienistas consideraban que la cuestión social pasaba por desterrar las enfermedades contagiosas del cuerpo social, y era extensible a los individuos indeseables que podían contagiar a la sociedad a través de sus conductas riesgosas (Rozas, 2001).

El discurso médico higienista se incorporó a un sinnúmero de facetas de la vida cotidiana, y funcionó como elemento de regulación y control de los sujetos sociales. De hecho, fueron los intelectuales de la medicina higienista quienes bregaron por imponer un discurso para organizar la acción pública en materia de administración de la población y, de ese modo, fue desarrollándose un dispositivo asistencial con funciones productivas más que represivas,

en el sentido positivo de garantía de reproducción de la fuerza de trabajo y de docilización de la población.

A lo largo de los años, aunque con matices, muchos de estos elementos persistieron e incluso se profundizaron. Tal fue el caso del sanitarismo, tributario del discurso desarrollista, que se inscribió en una racionalidad tecnocrática que incorporó nuevas tecnologías de intervención y, no obstante, no hizo más que refinar el componente de comprobación del mérito a partir del perfeccionamiento de los instrumentos de identificación y clasificación de la pobreza.

Una vez más, los mentores de la salud pública ofrecieron herramientas oportunas. La dupla descentralización ejecutiva/centralización normativa se acompañó de la “invención” de la comunidad como objeto de gobierno, y el desarrollo comunitario se erigió en la modalidad privilegiada de la intervención social estatal. Fue aquí donde se hizo necesaria la presencia de personal especializado, de profesionales con el perfil tecnocrático que el nuevo modelo exigía, expertos en organización y desarrollo de la comunidad, verdaderos “agentes de cambio”.

Asumiendo una perspectiva genealógica, el presente trabajo se propone mostrar cómo el discurso sanitarista característico de la denominada “era desarrollista” (1955-1975) contribuyó a configurar en Argentina un novedoso modelo de intervención del Estado en lo social basado, fundamentalmente, sobre la idea de comunidad. El énfasis será puesto en observar que esta “invención” de la comunidad como nuevo sujeto-objeto de las intervenciones sociales del Estado tuvo implicancias decisivas para el trabajo social. Como muchos analistas señalan (Grassi, 1989; Alayón, 2007; Moljo, 2005; Servio, 2009), el trabajo social fue llamado a convertirse en actor central en tanto “agente de cambio” promotor del desarrollo, lo cual dejará profundas marcas cuyos rastros pueden encontrarse aún hoy en las propuestas de intervención profesional.

1. La era desarrollista

Durante las décadas de los cuarenta y cincuenta, varios países latinoamericanos habían impulsado una cierta distribución de la riqueza a favor de los sectores trabajadores.

En esas mismas décadas empezaron a consolidarse las “agencias de desarrollo”¹ que tendrían, en adelante, incidencia decisiva sobre los gobiernos de América Latina. A su vez, las Conferencias Interamericanas fueron demarcando el rumbo que tomaría la política de Estados Unidos respecto a Latinoamérica².

En 1961 se realizó en Punta del Este (Uruguay) la Conferencia del Consejo Interamericano Económico y Social, de donde surgió la Alianza para el Progreso como iniciativa del Gobierno norteamericano para reforzar los vínculos políticos y económicos con Latinoamérica. La Carta de Punta del Este ubicaba a la planificación como el instrumento fundamental de las políticas de desarrollo, a la vez que insistía en la urgencia de optimizar los recursos e incrementarlos con un criterio de máxima eficiencia. Algunas de las ambiciosas metas planteadas para el decenio 1960-1970 eran:

- 1 En 1944 (en el marco de las negociaciones previas al término de la Segunda Guerra Mundial) se crearon el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), perteneciente al grupo del Banco Mundial (BM), y el Fondo Monetario Internacional (FMI). Un año más tarde se instituyó la Organización de las Naciones Unidas (ONU), como poder supranacional encargado del mantenimiento de la paz mundial, que incluyó entre sus objetivos el alivio de la pobreza reflejado luego en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre (adoptada por la Asamblea General en 1948) y en el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966. A su vez, dentro de la ONU se crearon otras agencias, como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y Unicef. En esta misma época se constituyeron la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En 1959 se fundó el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), organización para la promoción del desarrollo en América Latina y el Caribe. La Comisión Económica para América Latina (Cepal) fue otro de los organismos internacionales que claramente expresó el pensamiento del desarrollismo, cuya influencia se extendió a todo el continente; difundió bases teóricas conjugadas con técnicas que sirvieran de instrumento para ejecutar los planes de desarrollo creando, entre otros órganos, el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (Iipes) en 1962. Los análisis de la Cepal partían de tres supuestos básicos: el subdesarrollo de los pueblos era una etapa de atraso en su marcha hacia una sociedad de estructura capitalista; esa etapa era susceptible de superarse al modernizarse la organización productiva; la distancia o brecha entre los dos grupos de países debía ser acortada mediante un proceso de crecimiento acelerado (Celats, 1977, p. 62).
- 2 La primera de ellas fue la Conferencia sobre Problemas de la Guerra y de la Paz de 1945 en Chapultepec, seguida de la Conferencia de Ministros de Relaciones Exteriores —conocida como Conferencia Interamericana para el Mantenimiento de la Paz y la Seguridad del Continente— de 1947 en Río de Janeiro. En esta última se firmó el Tratado de Río de Janeiro, conocido como Tratado Interamericano de Asistencia Recíproca (TIAR), pacto de defensa hemisférica por el cual cualquier ataque a uno de sus miembros sería considerado contra todos y castigado con sanciones diplomáticas y comerciales. La Conferencia de Bogotá, de 1948, fue la piedra angular para la creación de la Organización de Estados Americanos (OEA).

[...] aumentar en un mínimo de cinco años la esperanza de vida al nacer y elevar la capacidad de aprender y producir, mejorando la salud individual y colectiva. Para lograr esa meta se requiere, entre otras medidas, suministrar en el próximo decenio agua potable y desagüe a no menos del setenta por ciento de la población urbana y del cincuenta por ciento de la rural; reducir la mortalidad de los menores de cinco años, por lo menos a la mitad de las tasas actuales; controlar las enfermedades transmisibles más graves, de acuerdo con su importancia como causas de invalidez o muerte, erradicar aquellas enfermedades para las cuales se conocen tratamientos eficaces, en particular la malaria; mejorar la nutrición; formar profesionales y auxiliares de salud en el mínimo indispensable; mejorar los servicios básicos de la salud a nivel nacional y local (OEA, 1961, p. 11).

En el apartado referido al Desarrollo Económico y Social, dentro de las Resoluciones Anexas, el título dedicado al Plan Decenal de Salud Pública tomaba como punto de partida las relaciones recíprocas que existen entre salud, desarrollo económico, nivel de vida y bienestar. Entre los Considerandos se destacaba que:

[...] el mejoramiento de las condiciones de salud no solo es deseable en sí mismo, sino que constituye un requisito esencial previo al crecimiento económico y debe formar, por lo tanto, parte indispensable de los programas de desarrollo de la región [y que] el Consejo de la OEA recomendó a los gobiernos que al programar y negociar el financiamiento del desarrollo económico, se incluyan los programas de salud pública que son esenciales y complementarios de los económicos (OEA, 1961, p. 30).

En función de ello, el Consejo resolvió crear unidades de planificación y evaluación en los Ministerios de Salud,

[...] con la debida representación ante los organismos nacionales de planificación general del desarrollo económico y del progreso social, para la correspondiente coordinación [así como también] perfeccionar la organización y administración de los servicios de salud nacionales y locales, integrando las funciones de prevención y curación; lograr un mejor rendimiento de los servicios de asistencia médica; crear progresivamente los que sean indispensables y asegurar la accesibilidad económica de agentes terapéuticos y prevención de las enfermedades (OEA, 1961, p. 31).

Es la época de oro del desarrollismo, la entrada definitiva de los organismos internacionales con su prédica techni-

cista y modernizante que, como advierte Álvarez Leguizamón (2008), comenzaron a difundir una visión del proceso global de desarrollo que convirtió a la expansión de servicios básicos (educación, nutrición, salud) en un elemento clave para el éxito de sus programas.

Se trataba de la acción sobre las comunidades tradicionales retrasadas en pro de un cambio cultural capaz de impulsar el desarrollo nacional a partir de una férrea creencia en que los valores tradicionales de los pobres constituían la principal limitación para las supuestas mejoras que traería aparejada la modernización.

En concordancia con este clima de época se organizó en Estados Unidos, durante la década de los sesenta, el movimiento de salud comunitaria, basado en la implantación de centros comunitarios de salud (en general administrados por organizaciones sin fines de lucro y subsidiados por el Gobierno federal) destinados a efectuar acciones preventivas y proporcionar cuidados básicos de salud a la población residente en áreas geográficamente delimitadas. Este movimiento recuperó parte del discurso de la medicina preventiva, particularmente el énfasis en las denominadas “ciencias de la conducta”, como la sociología, la antropología y la psicología, aplicadas a la salud (Almeida Filho y Paim, 1999).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) no demoró en retomar los principios de estos programas comunitarios, pero haciendo hincapié en la dimensión de la atención simplificada, y procurando la extensión de la cobertura de servicios a poblaciones excluidas. Efectivamente, fue en 1953 cuando la OMS definió los servicios básicos de salud, que englobaban múltiples actividades: “a) atención de salud de la mujer y el niño; b) control de enfermedades transmisibles; c) saneamiento ambiental; d) mantenimiento de sistemas de información; e) educación en salud; f) enfermería de salud pública; g) atención médica de bajo nivel de complejidad” (Almeida Filho y Paim, 1999, p. 12).

2. Del posperonismo a la década de los ochenta

El periodo comprendido entre el golpe de Estado a Juan Domingo Perón en 1955 y el golpe cívico-militar de

1976, es la etapa que en Argentina puede denominarse propiamente desarrollista, caracterizada por la sucesión de democracias restringidas y por una serie de dictaduras militares³. Álvarez Leguizamón reconoce dos cambios fundamentales en la política nacional a partir de este momento: “por un lado, la Argentina abiertamente se inscribe en las directivas desarrollistas de los organismos internacionales [...] y, por el otro, las dictaduras restringen y cercenan gran parte de los derechos sociales adquiridos durante la gestión peronista” (2008, p. 103).

Durante los dos primeros gobiernos de Perón, como afirma Torrado (2003), la intervención del Estado había asegurado a los trabajadores niveles de ingreso que tendieron a cubrir una porción cada vez mayor de los componentes del costo de reproducción de la fuerza de trabajo. Por el contrario, durante el desarrollismo, esa tendencia efectiva empezó a cambiar.

En primer lugar, afirma esta autora, se ensanchó la brecha entre el nivel de ingresos de los trabajadores y el costo de su reproducción, como consecuencia del estancamiento del salario real y del deterioro de las prestaciones sociales que cubrían los componentes de reemplazo generacional (educación) y del mantenimiento en inactividad (prestaciones de salud, haberes jubilatorios). En segundo lugar, se acrecentó a través de la traslación de los aportes patronales a los precios y de la tributación indirecta a parte del

3 Luego de la llamada Revolución Libertadora, el general Lonardi fue rápidamente reemplazado por las facciones más conservadoras, asumiendo la presidencia el general Aramburu. Se intervino el Partido Peronista y la CGT, así como la mayoría de los sindicatos; se prohibió el uso de símbolos peronistas, se detuvo a muchos dirigentes políticos y gremiales, y se anuló la Constitución de 1949. Más tarde, Frondizi (quien ganó las elecciones con el peronismo proscrito) implementó un plan destinado a modernizar las relaciones económicas nacionales e impulsar la investigación científica. En 1958 se promulgó la Ley de Inversiones Extranjeras, que trajo como consecuencia la radicación de capitales extranjeros —principalmente norteamericanos— por más de quinientos millones de dólares, el noventa por ciento de los cuales se concentró en las industrias químicas, petroquímicas, metalúrgicas y de maquinarias eléctricas. Gracias a una coyuntura internacional favorable en el mercado mundial, durante el gobierno de Illia (quien también ganó las elecciones con el peronismo proscrito) Argentina entró en un ciclo de recuperación que eliminó durante una década el déficit en la balanza comercial. Pero el *establishment* reclamaba la apertura económica, la acumulación de capitales y la racionalización del Estado: a los ojos militares y desarrollistas, el viejo sistema de partidos era incapaz de asumir estas tareas, por lo que un nuevo golpe de Estado, en 1966, llevó al general Onganía a ocupar, de facto, la presidencia (Portantiero, 1977). La denominada Revolución Argentina favoreció la apertura y la concentración de capitales para impulsar el proceso de industrialización y modernización de la estructura productiva, y se estableció sobre un modelo autoritario.

salario indirecto cuyo financiamiento se cargaba sobre los asalariados.

La política económica implementada durante todo el periodo se basó en el retorno al liberalismo, la privatización de empresas estatales, la transferencia de ingresos hacia los sectores de la oligarquía tradicional, el apoyo al capital extranjero y la clara alineación con Estados Unidos que implicó, en el ámbito internacional, la inclusión de Argentina en los organismos “promotores del desarrollo” (Álvarez, 2008).

El programa desarrollista puso en marcha una serie de planes de estabilización destinados a contener la inflación y a paliar el déficit de la balanza de pagos, que determinaron la contracción del gasto público y el salario real, con la consiguiente caída de la demanda interna de bienes y servicios, y la limitación del gasto social.

No obstante, Belmartino (1991) advierte que esa contracción del área de actividad social del Estado no se tradujo en su “achicamiento” sino que, por el contrario, los organismos estatales se expandieron cubriendo nuevos ámbitos de intervención. A raíz de ello, sostiene, comenzó a gestarse una capa tecnoburocrática, con vinculaciones en el sector empresario nacional e internacional, directamente comprometida en tareas de planificación del desarrollo a partir del estímulo a la iniciativa privada.

Participación y desarrollo de la comunidad se convirtieron en los términos fundamentales con los que se expresaba el discurso desarrollista. Las expresiones “desarrollo social”, “planificación social”, “aspectos sociales del desarrollo”, empezaron a circular corrientemente. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) observaba que:

[...] la necesidad de incorporar el elemento “social” en la planificación global ha llegado a ser un lugar común en las resoluciones de los organismos intergubernamentales. [...] Las reuniones organizadas por organismos de la ONU incluyen: Grupo de Trabajo de Expertos en Aspectos Sociales del Desarrollo en América Latina (México, 1960), Grupo de Trabajo de Expertos en Planificación del Desarrollo Social (Bangkok, 1963), Grupo de Trabajo de Expertos en Requisitos Sociales Previos para el Crecimiento

Económico (Nicosia, 1963) (Cepal, 1966, p. 46, *ápu*d Grassi, 1989, p. 149).

3. Bienestar social, promoción social y desarrollo comunitario

Como se analizó en los apartados anteriores, en el plano económico las teorías desarrollistas impulsaban la superación del modelo agroexportador a través de la “modernización” de las economías de América Latina. En el plano social y político, los esfuerzos debían dirigirse hacia los únicos obstáculos que podría tener el desarrollo: “las ‘estructuras arcaicas’ y la inercia y la resistencia al cambio de los ‘sectores tradicionales’” (Grassi, 1989, p. 109).

A tono con ello, el bienestar social se conceptualizaba como “un sistema global de acción social que responde al conjunto de aspiraciones sociales de los pueblos con relación a sus condiciones de vida y convivencia. Para ello, se combinan necesidades sociales, recursos materiales, humanos, técnicos, institucionales y financieros aplicables en el transcurso histórico del desarrollo social” (Las Heras y Cortajera, 1979, *ápu*d Rozas, 1998, p. 19). Desde esta perspectiva, advierte Levín (1997), los servicios como educación, salud y alimentación se convirtieron en instrumentos centrales para garantizar el “éxito” de la gestión.

Sobre estos supuestos, el desarrollo de la comunidad se instaló, según Álvarez Leguizamón (2008), como modalidad privilegiada de intervención social sobre los pobres, en el imaginario de que los países considerados subdesarrollados —y los pobres en general— poseían actitudes y hábitos que oficiaban como trabas para el desarrollo.

El punto neurálgico era intervenir los grupos marginales para motivar su participación y remover viejas actitudes y aptitudes. Aquí, la marginalidad social se refería a

[...] problemas de desintegración y dificultades de incorporación de ciertos individuos y grupos que conforman la sociedad, con respecto a ella. Estableciendo como rasgos definitorios de tal situación, por una parte, la falta de participación de dichos sectores respecto al usufructo de los recursos y beneficios sociales, así como en la toma de decisiones y, por otra parte, la desintegración interna manifestada en la no-organización (Celats, 1977, p. 64).

El énfasis en la necesidad de un cambio a nivel de la mentalidad de los pobres que, básicamente, asociaba ignorancia con pobreza, se planteó en nuevos términos. Como afirma Grassi: “se legitimó a través de los científicos sociales y tomó la forma de obstáculos al desarrollo que se interponían en forma de pautas tradicionales, que era necesario reemplazar por una actitud abierta al cambio y al modernismo” (1989, p. 112).

Así mismo, este discurso del desarrollo fue promoviendo la institucionalización de organismos nacionales y provinciales de desarrollo comunitario que se fundaron durante los gobiernos dictatoriales, vinculados a una mayor tecnificación a través de la planificación de la intervención social (Álvarez, 2008).

En 1958, por ejemplo, la Ley 14.439 definió como competencia del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública (MASySP) la “prevención, desarrollo y cuidado de la salud física y mental de la población y también todo servicio social que el Estado preste a individuos, grupos o comunidades”. Otro ejemplo es la reestructuración, en 1960, de la Dirección Nacional de Asistencia Social, que incorporó los departamentos de Organización y Desarrollo de la Comunidad y de Servicios Asistenciales de Urgencia.

En función de todo ello, el perfil requerido para los profesionales a cargo de la asistencia debía asociarse con el proyecto desarrollista que se proponía “modernizar la ayuda social”, con una preparación ‘técnica eficiente’, que se diferenciara de las ‘posturas asistencialistas’, pero sobre todo del ‘Servicio Social tradicional’ (Moljo, 2005, p. 92). A tal fin, en 1957 el Gobierno solicitó asesoramiento a la administración de asistencia técnica de la ONU, acerca de la enseñanza del servicio social. La presidenta de la Comisión Técnica, la asistente social chilena Valentina Maidagán de Ugarte, evaluó los programas de las principales escuelas de servicio social, y concluyó que la situación de la formación profesional era crítica.

Para la asesora, el asistente social debía ejercer una función eminentemente técnica, por ser “el instrumento para hacer más racionales, inteligentes y efectivos los esfuerzos de la comunidad para promover el bienestar

social y los esfuerzos de los individuos, familias y grupos para superar y vencer los obstáculos que impiden una vida útil y satisfactoria” (Maidagán, 1957, *ápu*d Alayón, 2007, p. 178).

El acento debía estar puesto en la planificación —categoría clave para el proyecto desarrollista— y los trabajadores sociales serían los “agentes de cambio” por excelencia, organizando y estimulando a la población para cooperar en el desarrollo y adaptando las familias “tradicionales” a las pautas de la modernización. Así, la planificación para el desarrollo “apareció como la técnica salvadora: planificación económica, educativa, de la acción comunitaria, familiar [...] Todo era pasible de ser ‘científicamente organizado’” (Grassi, 1989, p. 113).

Siguiendo las indicaciones de la experta de la ONU, el entonces ministro de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, Héctor Noblía, ordenó en 1959 la creación del Instituto Nacional de Servicio Social en la ciudad de Buenos Aires, a partir de lo cual comenzaron a abrirse nuevas Escuelas de servicio social o a adaptar algunas de las ya existentes, con base en los requerimientos desarrollistas.

Se esperaba que el renovado cuadro profesional de trabajadores sociales constituyera el eje para la promoción de las condiciones de igualdad, la prevención de la marginalidad y la acción asistencial individual o colectiva de los sectores populares.

Durante el discurso de inauguración de los cursos del mencionado Instituto, Noblía reflexionó sobre las transformaciones que atravesaba la sociedad y el rol que frente a ellas debía asumir el servicio social:

[...] muchos de nuestros semejantes resisten con éxito las nuevas condiciones, pero muchos otros se encuentran en el mundo moderno como extranjeros en su tierra. Esta ambivalente situación se resolverá a medida que la sociedad reajuste sus pautas. Y en esta actividad el servicio social tiene un ineludible papel, desde la solución del caso individual del sujeto en dificultades, hasta la racionalización de los recursos comunitarios; desde la formulación de planes de bienestar para la tarea de recuperación de un convaleciente, hasta la profilaxis de los comportamientos anómalos juveniles (Noblía, 1961, *ápu*d Grassi, 1989, p. 156).

Estas declaraciones sintonizaban con las de la OEA:

El servicio social puede contribuir al desarrollo de América Latina ayudando a la gente a aprovechar en forma máxima lo que la sociedad le ofrece y también sus propias capacidades [...] estimulando y preparando a la población para participar activamente en el cambio y ayudando a individuos y grupos para que puedan enfrentarse con éxito a las exigencias del proceso de desarrollo (OEA, 1964, *ápu*d Grassi, 1989, p. 112).

La modalidad de intervención del desarrollo comunitario terminó de consolidarse luego del golpe militar de 1966, año en que la Ley 16.956 creó el Ministerio de Bienestar Social (MBS), cuyas competencias incluían “la promoción de la familia y de los recursos humanos; la asistencia a los necesitados; el mejoramiento de los servicios sociales; y la promoción de la acción comunitaria para lograr bienestar”. Los ministerios y las secretarías “sociales” fueron reasignados: la de Trabajo se incorporó al ámbito de Economía, en tanto las de Seguridad Social y Vivienda, y la de Salud Pública pasaron al flamante MBS.

Un año más tarde, la Ley 17.271 creó, al interior de este Ministerio, la Secretaría de Estado de Promoción y Asistencia a la Comunidad (Sepac), encargada de “elaborar, ejecutar y administrar programas de organización y desarrollo de la comunidad; promover la integración de las comunidades rurales y urbanas afectadas por los procesos de industrialización; propiciar la participación de la población en los aspectos sociales, orientando los medios y acciones hacia programas de desarrollo comunitario”.

Para 1970 ya se había constituido toda una red nacional de desarrollo de la comunidad, en cuya cúspide se encontraba el Departamento de Desarrollo de Comunidades de la Dirección General de Promoción Comunitaria, dependiente de la Sepac. A nivel provincial, la red se completaba con secretarías o subsecretarías de Promoción y Asistencia Social de la Comunidad, tres direcciones generales, ocho direcciones y dos departamentos (Tenti, 1989). Si bien este diseño institucional fue modificado en los años posteriores, se mantuvo la creencia en los beneficios de la participación de la población para alcanzar el desarrollo.

A partir de 1971, comenzó a tomar fuerza la idea de promoción social como estrategia de intervención sobre los

sectores marginados. Se trataba de construir poblaciones-objeto mediante la utilización de información estadística cruzada, en función de variables como edad, sexo u ocupación. La noción de promoción social recuperaba los postulados desarrollistas, al considerar necesario contribuir a la organización y participación de los pobres en la solución de sus propios problemas (Levín, 1997, p. 49).

En 1973 se crearon seis secretarías de Estado dentro del MBS, entre las cuales se encontraban la Secretaría de Estado de Salud Pública y la de Coordinación y Promoción Social. Las funciones de esta última incluían “promoción del desarrollo y organización comunitaria para elevar los niveles de vida de sectores necesitados; acciones para resolver estados carenciales colectivos a través de su asistencia, recuperación, rehabilitación y readaptación social” (Decreto 339 de 1973).

El Gobierno peronista retomó, entre 1973 y 1976, los lineamientos conceptuales y técnicos del desarrollo comunitario promocional, lo cual se dejaba traslucir en discursos oficiales que instaban a “promover a la comunidad para que la misma sea agente de su propio desarrollo, apuntando fundamentalmente a que el hombre, sujeto último del proceso, despliegue todas sus potencialidades” (Levín, 1997, p. 50).

En 1976, la Sepac fue reemplazada por la Secretaría de Estado de Promoción y Asistencia Social (Sepas), encargada de “asistir al Sr. Ministro en la promoción de los sistemas de participación activa de la población en la gestión de lo social” (Ley 21.273 de 1976; Decreto 392 de 1976). Finalmente, en 1981 el MBS fue reemplazado por el de Acción Social, al tiempo que se eliminaron las secretarías de Estado.

Golbert (1996) observa que incluso durante la dictadura cívico-militar de 1976-1983 se mantuvieron restos del discurso de participación ligada al desarrollo. Para el Área de Promoción Comunitaria, por ejemplo, se fijó como objetivo “lograr la elevación de la población, en especial de los grupos o sectores carenciados o marginados, creando o estimulando en ellos la conciencia de la intrínseca dignidad y necesidad de encarar por sí mismos la solución de los problemas” (Levín, 1997, p. 50).

Al mismo tiempo, en el discurso del Gobierno militar se consolidaba la idea de comunidad como sujeto pasivo y la necesidad del Estado de disminuir los costos a partir de una asignación eficiente de los recursos y de su uso racional por parte de las comunidades.

4. La salud para el desarrollo: el modelo sanitarista

Tras la caída del peronismo, la salud pública entró en un lento descenso, aunque mantuvo las formas organizativas heredadas y continuó teniendo por función casi exclusiva la atención de los pobres (Belmartino, 2005). Desde 1955, y hasta fines de la década de los setenta, se conformó y consolidó lo que Katz (1993) define como modelo pluralista de planificación descentralizada, observándose una progresiva desconcentración de los centros de decisión y ejecución de los servicios de salud.

A partir de 1955 comenzó a desplegarse una intensa política de formación de sanitaristas, que se cristalizó con el proyecto desarrollista y alcanzó su punto culminante durante el gobierno de Onganía. El discurso del sanitarismo argentino, afirman Iriart et ál. (1994), se generó y consolidó como correlato del discurso modernizante, que planteaba la necesidad de la planificación como instrumento indispensable para la utilización racional de los recursos. El primer ministro de Salud Pública y Asistencia Social de Aramburu decía al asumir su cargo: “El ministerio a mi cargo es esencialmente técnico-profesional. No cabe en él ninguna forma de la política” (Veronelli y Veronelli, 2004, p. 549).

Entre 1958 y 1962, Héctor Noblía privilegió la capacitación, formación y especialización de médicos, técnicos y administrativos, para lo cual fundó, en 1959, la Escuela Nacional de Salud Pública. Una de sus principales convicciones era que la reforma del aparato administrativo debía sustentarse en la ciencia de la administración, que se valía de herramientas como organización, distribución de competencias, estadísticas, valoración de rendimiento y costos.

De este modo, el sanitarismo nació como una profesión para ser desempeñada en el Estado y se expresó, desde

el inicio, como un cuerpo tecnoburocrático ligado a los sectores dominantes en el ámbito de la salud que buscaban consolidar su hegemonía luego del periodo peronista (Iriart et ál., 1994).

En la etapa fundacional, según Iriart et ál. (1994), los sanitaristas definieron a la salud pública como una especialidad médica que incluía a las ciencias físico-naturales y a las sociales y, aunque reconocían sus antecedentes en el higienismo, planteaban una ruptura. También delimitaban su campo en oposición a la medicina privada y privilegiaban la actuación en el sector público, vinculada a la formulación de políticas desde el saber técnico. En efecto, el sanitarismo se autocalificó como ciencia social aplicada, basada en las ciencias biológicas, y su preocupación central fue demostrar la cantidad de áreas de conocimiento y prácticas que incluía, y la vitalidad que esa amplitud le otorgaba.

Los sanitaristas se postulaban como intermediarios privilegiados entre la medicina y la sociedad:

[...] la función del médico de Salud Pública es la de organizador de la comunidad. Esta tarea la realiza con las finalidades de: a) crear las condiciones medioambientales físicas más adecuadas para el normal desenvolvimiento de la vida del hombre, su progreso y bienestar; b) obtener un ajuste apropiado del hombre al medioambiente social y cultural en el que debe vivir; c) fomentar una salud positiva que le permita liberarse de toda tara genética inconveniente para su pleno desenvolvimiento, maduración y progreso; d) alejar al hombre de las contingencias que afectan directa o indirectamente su salud, lo incapacitan, acortan su existencia y afectan la salud y el bienestar de la comunidad (Sevlever, 1961, p. 151, *ápu*d Iriart et ál., 1994, p. 63).

Cabe destacar que, a los ojos del sanitarismo argentino —estrechamente ligado al proyecto desarrollista—, la “arquitectura del cambio” estaría dada por la construcción y puesta en marcha de instituciones sanitarias como la Escuela Nacional de Salud Pública, el Bachillerato en Sanidad, el Instituto de Servicio Social, el Instituto Nacional de Pediatría Social, el Centro de Capacitación en la Lucha contra la Tuberculosis, el Instituto de la Alimentación y el Sistema de Médicos Residentes (Gómez, 2008). Nótese que el Instituto de Servicio Social se ubicaba dentro de la constelación de instituciones sanitarias:

[...] nos aventuramos a solicitar la inclusión de trabajadores sociales de alto nivel dentro de este equipo, que actúen conjuntamente con el restante personal para descubrir los factores económicos, psicológicos y sociales de importancia en esta tarea y trabajen con él, a fin de investigar y resolver los problemas socio-educativos relacionados con las necesidades médicas y sanitarias (Martini, 1962, p. 123, *ápu*d Iriart et ál., 1994, p. 132).

Iriart et ál. (1994) sostienen que el núcleo problemático de la salud pública se conformó en torno a tres ejes: seguro de salud, centralización normativa-descentralización ejecutiva y participación comunitaria. Los dos primeros ya habían sido sostenidos por los higienistas desde la función pública y por el gremio médico desde sus asociaciones. La preocupación por la participación comunitaria, en cambio, surgió con el sanitarismo, representando el interés de la medicina por incorporar los asuntos sociales a la problemática sanitaria.

4.1. Descentralización ejecutiva y centralización normativa

Unida a la propuesta de descentralización, apareció la referencia al déficit fiscal, y en esos términos se justificó la transferencia de hospitales a las jurisdicciones provinciales, según el Decreto 1.375 de 1957.

Este proceso se vio reforzado por los informes técnicos que realizó una misión de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) acerca de la situación hospitalaria en Argentina. De hecho, el pedido a la OPS para que una comisión de expertos realizara un diagnóstico sobre el estado de los servicios e hiciera recomendaciones para mejorar su eficiencia fue una de las primeras medidas de la dictadura militar en materia de salud, reactivando el pedido de colaboración internacional que el ministro Carrillo había iniciado en 1954 durante la presidencia de Perón.

Los informes de los expertos debieron incluir el análisis del Plan de Gobierno para el MASySP y del decreto por el cual se autorizaba a esa cartera a transferir establecimientos pertenecientes al nivel nacional: “las provincias, en su mayoría, poseen la capacitación técnica suficiente para solucionar sus problemas sanitarios y médico-asistenciales y, por ello, no les corresponde de-

legar las atribuciones que por imperio constitucional les son inherentes” (Reunión de Ministros Provinciales de Salud Pública, 1956, *ápu*d Veronelli y Veronelli, 2004, p. 550). El mencionado plan definía una función rectora y normativa para el organismo nacional, aunque la ejecución correspondiente compitiera a las provincias y los municipios.

El primer informe se concentró en el sistema hospitalario y fue presentado en 1956 por Odair Pedroso, profesor de Administración Hospitalaria de Brasil: “El Consultor sustenta el criterio de que los establecimientos de asistencia hospitalaria general deben pertenecer predominantemente a entidades particulares, y ser administrados por ellas, correspondiendo al Gobierno intervenir subsidiariamente en la concesión de medios materiales y en el ofrecimiento de recursos técnicos” (OPS, 1956, *ápu*d Veronelli y Veronelli, 2004, p. 551). Decía, además, que los centros de salud eran “deficientes en personal especializado, no poseen una sección de control de las enfermedades contagiosas, de higiene y en muy pocos se realiza el examen periódico de salud de la población” (OPS, 1956, *ápu*d Veronelli y Veronelli, 2004, p. 552).

El Informe de los Consultores Internacionales de 1957 diagnosticó la falta de coordinación entre las acciones de los diferentes ministerios, así como entre las características de la oferta de salud pública de las provincias. Encontraron servicios de medicina asistencial, sanitaria y social estructurados sin criterio uniforme y en los que predominaba la medicina curativa y la asistencia social. Las recomendaciones fueron: descentralizar los servicios, transfiriéndolos a las provincias o municipios, pero considerando que sus presupuestos eran “absolutamente insuficientes para soportar la carga derivada de la descentralización”; la Nación financiaría la mayor parte de los servicios transferidos; y el ministerio nacional tendría carácter normativo, de orientación técnica, coordinación, estímulo y ayuda financiera (Veronelli y Veronelli, 2004, p. 555).

El último informe —sobre sistema de atención médica— correspondió al médico chileno Hugo Frödden, quien en 1958 presentó su Programa de Atención Médica en un plan de salud pública:

[...] no ha existido en el Gobierno central ni en los Gobiernos provinciales un plan de política sanitaria que, después de estudiar los problemas, hubiera orientado las acciones hacia una atención integral de la salud de la población en sus aspectos de protección, promoción y reparación [...] han predominado las preocupaciones por la medicina curativa y se han postergado o ignorado las acciones de medicina preventiva y sanitaria (Veronelli y Veronelli, 2004, p. 556).

Basándose en estos informes, las autoridades nacionales procedieron a transferir gran parte de los servicios a las provincias y los municipios para descentralizar las funciones administrativas y técnicas. En lo concerniente a los recursos, se estableció un régimen de subvención anual desde la Nación, junto a un régimen de reducción gradual de ese aporte hasta su total mantenimiento por la provincia o el municipio (Iriart et ál., 1994).

Desde el comienzo de su gestión, el ministro Noblía manifestó su acuerdo con el rol normativo del ministerio a su cargo. Al igual que la mayoría de sus predecesores, creía necesario que Salud Pública se ocupase de los condicionantes sociales y económicos del estado de salud. Sostenía que “el médico debe ser un auténtico trabajador social [y que] la medicina ya no es pertenencia exclusiva del médico. Aquel concepto es cosa del pasado. Ahora la medicina se resuelve como un problema social; estricta y altamente social” (Veronelli y Veronelli, 2004, p. 588).

Quien lo sucedió en el cargo durante la presidencia de Illia, Arturo Oñativia, compartía esa postura:

[...] tiene este gobierno sensibilidad para ubicar en la política de desarrollo del país, los agudos problemas de la salud pública y buscar sus soluciones en una acción conjunta con el esfuerzo médico privado, con los gobiernos provinciales y municipales y con la cooperación de los organismos sanitarios internacionales [...] la pobreza y la enfermedad forman un círculo vicioso; hombres y mujeres se enferman porque son pobres y se empobrecen más porque están enfermos (Veronelli y Veronelli, 2004, p. 600).

Respecto de la propiedad y administración de los establecimientos nacionales, puntualizaba:

[...] Mientras no se resuelva una efectiva política de descentralización, la evolución y el progreso de las regiones del interior del país, favoreciendo el pleno

auge de las autonomías provinciales, no les permitirán a estas absorber los presupuestos que le demanda la medicina asistencial. Mientras tanto, Salud Pública de la Nación debe asumir la responsabilidad de mantener la eficiencia de sus hospitales (Veronelli y Veronelli, 2004, p. 602).

La trunca iniciativa de reforma del sistema sanitario intentada por Oñativia fue recuperada por el secretario de Salud Pública del gobierno militar, Ezequiel Holmberg, quien fundamentaba la eficacia social de las políticas en el cumplimiento de determinadas normas de procedimiento. Apoyado por un amplio grupo de sanitaristas, buscó implementar una reorganización de las instituciones del sector, conforme a las pautas técnico-organizativas elaboradas desde los organismos internacionales (Belmartino, 2005) en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y Seguridad 1971-1975.

Dicho plan identificaba como principales problemas del sistema de salud la falta de coordinación de los tres subsectores, las deficiencias y distorsiones en la dotación de recursos humanos, y la obsolescencia de los recursos físicos dado el bajo índice de inversiones. Frente a este panorama, consideraba primordial mejorar la capacidad instalada y atender las necesidades sanitarias críticas de la población. Simultáneamente, proponía implantar un sistema coordinado de prestaciones, para ordenar los establecimientos según niveles de complejidad, y para favorecer su articulación acorde con un proceso de regionalización sanitaria.

A estos argumentos se sumaban los expuestos en el Decreto 46 de 1970, que contenía las 160 Políticas Nacionales. Aquellas referidas a salud hablaban de un sistema que cubriese los aspectos preventivos, curativos y de recuperación, pero destacaba como prioridad a los niños y a la población de menores recursos. Proponía, también, “proporcionar a personas y grupos la asistencia necesaria, cuando no les fuera posible satisfacer sus necesidades espirituales o materiales” (Decreto 46 de 1970).

Años más tarde, durante el Gobierno de Cámpora, emergió un proyecto de Seguro Nacional Integrado de Salud (SNIS). El modelo inicial implicaba la incorporación al sector público de todas las jurisdicciones del

sistema, junto con las obras sociales; promovía una conducción central a través de un Consejo multirrepresentativo, e instituía una fuerte descentralización operativa. Casi no tuvo aplicación y fue derogado en 1976.

Según Belmartino (1994), la apelación al Estado árbitro se actualizaba cuando era necesario establecer acuerdos sobre honorarios y condiciones de pago de los servicios, pero se tildaba de “estatizante” cualquier acción dirigida a superar la fragmentación, la superposición de recursos, la irracionalidad en la administración o la desigual situación de los beneficiarios en el acceso a las prestaciones.

De este modo, entre 1970 y 1977 se conformó un modelo pluralista de planificación descentralizada (Katz, 1993), caracterizado por la consolidación de las instituciones intermedias (del sistema de seguridad social, de las federaciones de profesionales y de clínicas privadas, de las cámaras empresarias de la industria farmacéutica), el rápido desarrollo del sector privado y la debilidad del sector público.

Durante la dictadura cívico-militar, entre 1976 y 1983, primaron dentro del ámbito de la salud los componentes liberales y tecnocráticos, avalando el desmantelamiento de los servicios estatales, y su traspaso a la actividad privada. Privatizar significó que el principio de la responsabilidad colectiva fuera reemplazado por el de la rentabilidad empresaria (Belmartino, 1991).

El autodenominado Proceso de Reorganización Nacional acentuó las medidas orientadas a disminuir la participación estatal en el gasto en salud, así como en las restantes áreas sociales. Al respecto, Belmartino (1991) muestra que el porcentaje destinado a salud dentro del presupuesto estatal bajó de un 6% en 1975 a un 2,5% en 1983, mientras los rubros de defensa y seguridad absorbieron el 40% del gasto total del Estado.

Entre 1976 y 1983 se desmantelaron y cerraron hospitales y centros sanitarios, se derogó el SNIS y se desarticularon los programas nacionales. Acorde con los lineamientos político-ideológicos de la dictadura militar, en las políticas que sustentaban la descentralización primó la necesidad de disminuir las cargas fiscales del Estado

nacional. A partir de aquí, “la tendencia es a abandonar los componentes universalistas y a profundizar la fragmentación del sector salud, conforme al poder de demanda de la población” (Lo Vuolo, 1998, p. 233).

4.2. Desarrollo, participación y promoción

Siguiendo a Álvarez (2008), es posible ubicar en el contexto latinoamericano de la década de los sesenta, la “invención” —en el discurso del desarrollo y de los organismos internacionales— de la problemática de la salud y la educación a un mismo nivel que las inversiones en capital físico. Se comenzó a dar valor económico a la educación y a la salud, temas que, por otra parte, ya habían estado presentes en el discurso y la práctica higienista, y en la conformación de los regímenes de bienestar, asociados a la promoción de la vida útil (económica) de los trabajadores.

El discurso sobre participación en salud comenzó a cobrar relevancia a partir de 1955, ligado a la descentralización operativa y, en especial, a la transferencia de servicios. En efecto, los consultores de la OPS defendían la participación comunitaria en todas las etapas de los programas y señalaban que

[...] todo el personal de salud pública, sin excepción, ha de tener una clara comprensión del alcance de esta colaboración y de su importancia para resolver los problemas locales de salud pública. Por lo tanto, es imprescindible que se lleve a cabo un buen plan de divulgación de información y educación sanitaria, de modo que la población se dé cuenta del papel que debe desempeñar (Iriart et ál., 1994, p. 128-129).

Como se vio, el objetivo del desarrollo de la comunidad, según la ONU, consistía en “lograr las condiciones previas al progreso económico: el ambiente mental, los conocimientos teóricos y prácticos y la organización y elementos que hacen falta para que la repercusión económica sea al mismo tiempo importante y duradera” (ONU, 1953, p. 29, *ápu*d Tenti, 1989, p. 84). Hacia 1964, este mismo organismo definía el desarrollo de la comunidad como:

[...] aquellos procesos en cuya virtud los esfuerzos de una población se suman a los de su Gobierno para mejorar las condiciones económicas, sociales y cultu-

rales de las comunidades, integrar a estas a la vida del país y permitirles contribuir al progreso nacional. En este complejo proceso intervienen, por lo tanto, dos elementos: a) la participación de la población misma en los esfuerzos por mejorar su nivel de vida; b) el suministro de ayuda y servicios técnicos y de otro carácter (ONU, 1964, *ápu*d Belmartino, 2005, p. 135).

Belmartino (2005) advierte que si en un primer momento esta idea tuvo que ver con fomentar la capacidad de las comunidades en la gestión de sus problemas —unida a una concepción del desarrollo que jerarquizaba los aspectos sociales vinculados al crecimiento y a la noción de subsidiariedad del Estado—, más tarde el énfasis se puso en la atribución a las comunidades locales de una mayor responsabilidad en la satisfacción de sus necesidades.

La aplicación de la concepción del desarrollo comunitario estaba destinada a enfrentar, por un lado, las dificultades del Estado para hacerse cargo de los crecientes costos de la atención médica y, por otro, la expansión de la industria relacionada con la medicina, en particular la producción de fármacos y tecnología de diagnóstico y tratamiento (Iriart et ál., 1994).

Tanto en el discurso autóctono como en el de la OMS y la OPS, la participación comunitaria aparecía vinculada a la necesidad de un uso racional de los recursos y, en función de ello: “debía ser la propia comunidad la que se responsabilizara de la ejecución de los trabajos, previa instrucción y capacitación, dejando al Estado la programación, el asesoramiento, la supervisión y el suministro de los elementos y equipos” (Holmberg, 1981, p. 25, *ápu*d Iriart et ál., 1994, p. 135). Oñativia, por ejemplo, sostenía que “la aparente apatía o indefinición de los grupos sociales en contribuir a solucionar sus propios problemas, no es más que falta de motivación, de educación social, de ausencia de medios y recursos. En esto radica la responsabilidad de los gobiernos” (Veronelli y Veronelli, 2004, p. 606).

A mediados de la década de los setenta, la participación comunitaria alcanzó una sistematización conceptual y un desarrollo práctico notable, y fue incorporada de lleno a la concepción sanitarista. La participación comunitaria en los programas sanitarios se incluyó definitivamente a la salud pública en nuestro país a partir de la Declaración

de Alma Ata, en 1978. La posición argentina llevada a esta Conferencia, aclaraba que la Atención Primaria de la Salud (APS) no limita “su acción a la atención de los así llamados sectores marginados [sino que es] una forma de organizar los recursos para atender a toda la población” (Bloch et ál., 1992, p. 20).

En efecto, el primer objetivo establecido en el Plan de Salud publicado por la dictadura cívico-militar en 1979 fue la organización de un nivel de atención primaria, para lo cual proponía “estructurar una estrategia adecuada para lograr la extensión de la cobertura real de los servicios de salud a toda la población, incluyendo visitas programadas casa por casa. Estimular la activa participación de la población, la que podrá tomar conciencia de sus derechos y obligaciones en salud” (MBS, 1979, p. 8, *ápu*d Iriart et ál., 1994, p. 136).

5. Atención primaria de la salud: cobertura básica y responsabilización comunitaria

En 1972 tuvo lugar la Tercera Reunión Panamericana de Ministros de Salud, que estableció como meta del plan decenal aprobado en esa ocasión extender la cobertura de salud al cien por ciento de las poblaciones de los países americanos. En esa misma época se dio a conocer un importante documento del Banco Mundial que señalaba la necesidad de extender los servicios de salud a los grupos marginales de la población urbana y rural.

En septiembre de 1977, la OPS presentó el documento “Extensión de cobertura de los servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad”, en la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Allí, la cobertura fue definida como “el resultado de una oferta eficaz y sistematizada de servicios básicos de salud, que satisfagan las necesidades de toda la población, se proporcionen en forma continua en lugares accesibles y de manera aceptable y garanticen el acceso a los diferentes niveles de atención del sistema de servicios de salud” (OPS, 1977, p. 470).

En función de ello, indicaba que se deberían priorizar las necesidades de salud de los grupos marginados y menos

protegidos de la población que vivieran en condiciones de pobreza social definida como “la combinación de desempleo y subempleo, bajo nivel de educación, vivienda insalubre, malas condiciones de saneamiento, desnutrición, deterioro de la salud, apatía social y por sobre todo, la consiguiente ausencia de voluntad e iniciativa para contribuir a implantar mejoras” (OPS, 1977, p. 480).

Aquí se hizo visible la centralidad de la APS, que era conceptualizada como “una estrategia para lograr la extensión de la cobertura de servicios de salud. Comprende un conjunto de acciones destinadas a satisfacer las necesidades básicas de salud de las comunidades” (OPS, 1977, p. 485).

En sintonía con las propuestas de desarrollo comunitario, una idea clave del documento era la participación, entendida como un proceso de autotransformación de los individuos en función de sus propias necesidades, que cree en ellos tanto un sentido de responsabilidad como la capacidad de actuar consciente y constructivamente en el desarrollo. Esto daría lugar a diversas acciones educativas, cuya finalidad sería:

[...] crear las condiciones de aprendizaje mediante las cuales los individuos puedan conocer mejor su realidad, relacionar el mejoramiento de su medio con el progreso social y económico de otras agrupaciones humanas dentro del contexto de su nación, asumir responsabilidades como elementos impulsores del desarrollo, y adquirir la motivación que les sirva para resolver sus problemas comunes. De este modo, los miembros de las poblaciones se convierten no solo en beneficiarios de las acciones de los programas sino en agentes, autores y creadores responsables de su propio desarrollo (OPS, 1977, p. 486).

A tono con la discusión sobre centralización normativa y descentralización ejecutiva, el documento sugería una regionalización funcional para la organización y administración de los servicios de salud basada en el concepto de niveles de atención

[...] para regionalizar deben organizarse los servicios según niveles de atención, lo que permite determinar la distribución geográfica de los establecimientos de salud, en forma tal que el primer nivel de atención se preste en establecimientos de cualquier tamaño y complejidad que sean fácilmente accesibles a toda la

población. [...] Una distribución geográfica apropiada conduce a una ampliación del primer nivel que aumenta la superficie de contacto de la población con los servicios del sistema institucional” (OPS, 1977, p. 493).

El documento señalaba, por último, que la interconexión de los niveles mediante un sistema adecuado de referencia era un aspecto fundamental de la regionalización, “para lo cual deberán fijarse las normas operativas de transferencia de pacientes, movilidad del personal, intercambio de información, apoyo técnico-administrativo y supervisión” (OPS, 1977, p. 494).

A partir de estos postulados, se elaboró una estrategia que pretendía asegurar la extensión de los servicios de salud, y de allí emergió el concepto de atención primaria, programas de extensión de la cobertura y participación de la comunidad en los programas de atención médica (Troncoso, 1978).

En 1977, la Asamblea Mundial de Salud lanzó la consigna “Salud para todos en el año 2000”, asumiendo una propuesta política de extensión de la cobertura de los servicios básicos de salud con base en sistemas simplificados de atención.

Al año siguiente, en Alma Ata, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, promovida por la OMS en colaboración con Unicef, reafirmó la salud como derecho del hombre, bajo la responsabilidad política de los gobiernos, reconociendo su determinación intersectorial:

[...] el desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados; [...] uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social (OMS, 1978).

En Alma Ata se consolidó el concepto de responsabilidad individual o comunitaria, y la necesidad de incrementar la educación de la población para que modificara hábitos y generara interés en la realización de acciones. Esta propuesta se enmarcaba en la necesidad de extensión de la cobertura que venía sosteniéndose desde la década anterior:

[la atención primaria] exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla, mediante la educación apropiada, la capacidad de las comunidades para participar (OMS, 1978).

A partir de aquí, la APS fue definida como

[...] la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar [...] Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud (OMS, 1978).

La Conferencia de Alma Ata logró consenso internacional sobre la incorporación de la participación en programas de salud, con lo cual la comunidad se consolidó como corazón de la política sanitaria mundial y, hacia la década de los ochenta, la mayoría de los ministerios de salud pública latinoamericanos reforzaron elaborados programas de participación comunitaria (Ugalde, 2006).

Con anterioridad a Alma Ata, en 1974, en Canadá, el documento conocido como Informe Lalonde había definido las bases de un movimiento por la promoción de la salud. Sobre sus premisas, la reforma del sistema de salud canadiense tuvo como objetivos:

[...] reunir los servicios sociales y los servicios de salud bajo la autoridad de un mismo ministerio, llamado Ministerio de Asuntos Sociales, en los mismos establecimientos en el ámbito local, los Centros Locales de Servicios Comunitarios, con un equipo pluridisciplinario compuesto de agentes sanitarios y sociales [...] asegurar una participación importante

de los ciudadanos en la administración de los servicios de salud (Desrosiers, 1996, *ápu*d Almeida y Paim, 1999, p. 12).

Otro material pionero dentro de este abordaje fue el documento de trabajo de la oficina regional europea de la OMS, en el que se propuso que la promoción de la salud tuviera un papel central en la transformación de las condiciones de vida de los más desfavorecidos, y que estimulara la participación de los individuos y de los grupos poblacionales en procesos decisorios vinculados a las acciones de salud.

La Carta de Ottawa sintetizó esta producción y representó el consenso alcanzado por los representantes de 35 países presentes en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (realizada en 1986 bajo el patrocinio de la OMS), el Gobierno canadiense y la Asociación Canadiense de Salud Pública (Resende, 2009). En dicha Carta quedaron definidos los principales elementos discursivos del movimiento de promoción de la salud:

[...] a) integración de la salud como parte de políticas públicas saludables; b) actuación de la comunidad en la gestión del sistema de salud; c) reorientación de los sistemas de salud; d) énfasis en el cambio de los estilos de vida. Cronológicamente, este movimiento se correspondió con el desmantelamiento del Servicio Nacional de Salud británico, en la coyuntura del tatcherismo, y la reforma de los sistemas de salud y seguridad social de los países escandinavos, frente al retroceso de la socialdemocracia en el continente europeo, lo que limitó su potencial de expansión (Almeida y Paim, 1999, p. 13).

A partir de la Carta de Ottawa, la promoción de la salud fue definida como:

[...] el proceso de capacitación de los individuos y colectivos para que tengan control sobre los determinantes de la salud con el objetivo de tener una mejor calidad de vida. Esta categoría constituye un concepto que sintetiza dos elementos clave para la promoción de la salud: la necesidad de cambios en el modo de vida y, también, de las condiciones de vida. Representa, igualmente, una estrategia de mediación entre las personas y el medioambiente, combinando elecciones personales con responsabilidad social, con el objetivo de crear un futuro más saludable (Resende, 2009, p. 337-338).

La Carta de Ottawa, al igual que la Declaración de Alma Ata, consideraba que justicia social, equidad, educación, saneamiento, paz, vivienda, salario digno, estabilidad del ecosistema y sustentabilidad de los recursos naturales eran prerequisites para la salud de la población (Resende, 2009).

Más tarde, a fines de los años ochenta, con la nominación de sistemas locales de salud, y en el modelo organizado en distritos sobre la base de niveles jerarquizados de atención, la retórica de la salud comunitaria se integró a las nuevas iniciativas de reforma en salud de los países considerados subdesarrollados (Almeida y Paim, 1999).

Reflexiones finales

Como se sostuvo al comienzo, en Argentina el discurso médico higienista fue condición de posibilidad para la emergencia de la asistencia social estatal. Desde entonces, la salud pública convivió tensamente con otros actores que accionaban estrategias asistenciales, en una puja nunca abandonada por centralizar dicha asistencia.

A lo largo de la historia, uno de los elementos que muestra mayor persistencia es la certificación del “estado de necesidad” o del “mérito” como criterio de acceso a servicios asistenciales públicos.

La novedad del discurso desarrollista es que postula la comunidad como sujeto-objeto de las intervenciones sociales del Estado, valiéndose para ello de los oportunos aportes del incipiente pensamiento sanitarista. De esta manera, la dupla descentralización ejecutiva/centralización normativa se acompañó de la “invención” de la comunidad como objeto de gobierno, y el desarrollo comunitario se erigió en la modalidad privilegiada de la intervención social estatal.

Este momento marca un hito en la historia del trabajo social en Argentina, en tanto la formación viró decisivamente hacia la construcción del perfil profesional técnico que el nuevo modelo exigía: expertos en organización y desarrollo de la comunidad, verdaderos “agentes de cambio”.

Muchos de los elementos articuladores del discurso desarrollista serán resignificados en lo sucesivo, a medida que el pensamiento neoliberal vaya consolidándose e inscriba la problematización de la pobreza en el sistema discursivo del desarrollo humano, que desplazará el desarrollo “a secas”.

Uno de los hitos de ese desplazamiento lo constituyó la Conferencia de Alma Ata que, si bien enfatizó el estatuto de derecho que debía asignársele a la salud, y estableció que su garantía debía ser responsabilidad del Estado, también aportó elementos que marcaron el rumbo que asumirían, en adelante, las estrategias de salud pública al hablar, por ejemplo, de cobertura “mínima”, servicios “básicos” y “responsabilización comunitaria”.

Solo para mencionar una de las líneas de ruptura-continuidad de los fundamentos del modelo del desarrollo comunitario hasta nuestros días, puede señalarse que la grilla neoliberal marcó una inversión con respecto a los fundamentos del desarrollo comunitario de las décadas de los sesenta y setenta: mientras antes había que promover capacidades culturales y participativas que los pobres no tenían para sumarse al desarrollo, en el discurso del desarrollo humano esas capacidades se convirtieron en “la” solución para el “combate” a la pobreza. Además, la estrategia de descentralización que había comenzado a operar hacia fines de los años cincuenta tomó un vigor renovado a la luz de los postulados neoliberales, y coadyuvó a modelar el dispositivo de focalización, dando nuevos contenidos a la noción de comunidad al emplaazarla en la idea de territorio.

Para finalizar, vale la pena insistir en la necesidad de revisar cuidadosamente la historia, no en tanto recuento cronológico de sucesos, sino como un diálogo crítico que permita reconocer los puntos de ruptura y —sobre todo— de continuidad, que conforman el sedimento sobre el cual se fundamentan las propuestas de intervención profesional contemporáneas.

Referencias

Alayón, N. (2007). *Historia del trabajo social en Argentina*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

- Almeida Filho, N. y Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales* (75): 5-30.
- Álvarez Leguizamón, S. (2008). *Pobreza y desarrollo en América Latina*. Salta: UNSa.
- Armus, D. (2000). El descubrimiento de la enfermedad como problema social. En Lobato, M. (ed.). *El progreso, la modernización y sus límites*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Belmartino, S. (1991). Políticas de salud en Argentina: perspectiva histórica. *Cuadernos Médico Sociales* (55): 13-33.
- Belmartino, S. (1994). Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo. *Cuadernos Médico Sociales* (68): 5-26.
- Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Bloch, C., Godoy, C., Luppi, I., Quintreos, Z. y Troncoso, M. (1992). *Evaluación del programa de atención primaria de la salud en la ciudad de Rosario*. Buenos Aires: OPS.
- Centro de Estudios Latinoamericanos de Trabajo Social (Celats) (1977). El bienestar social, las políticas sociales y la profesión de trabajo social. *Contribución a la metodología del trabajo social*. Lima: Celats. pp. 55-74.
- Golbert, L. (1996). Viejos y nuevos problemas de las políticas asistenciales. *Serie de Estudios*. Buenos Aires: CECE.
- Grassi, E. (1989) *La mujer y la profesión de asistente social. El control de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Humanitas.
- Gómez Paz, J. (2008). La política de salud en el desarrollismo. *Revista de la Asociación Médica Argentina* (4): 29-38.
- Iriart, C., Nervi, L., Olivier, B. y Testa, M. (1994). *Tecnoburocracia sanitaria. Ciencia, ideología y profesionalización en la salud pública*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Katz, J. (1993). *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Levín, S. (1997). El concepto de pobreza en la política social argentina. En Firpo, A. (comp.). *Nuestra pobreza*. Rosario: Editorial Fundación Ross. pp. 25-65.
- Lo Vuolo, R. y Barbeito, A. (1998). *La nueva oscuridad de la política social. Del Estado populista al neoconservador*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores-CIEPP.
- Moljo, C. (2005). *Trabajadores sociales en la historia. Una perspectiva transformadora*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Organización de Estados Americanos (1948). *Carta de Organización de los Estados Americanos*. Bogotá. Recuperado el 19 de julio de 2006, de http://www.oas.org/dil/esp/tratados_A-41_Carta_de_la_Organizacion_de_los_Estados_Americanos.htm
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata, URSS. Recuperado el 14 de junio de 2006, de http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Organización de Estados Americanos (1961). *Alianza para el Progreso. Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial*. Punta del Este, Uruguay. Recuperado el 20 de diciembre de 2009, de <http://www.bvsde.paho.org/bvsadi/fulltext/punta%20del%20este.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (1977). Extensión de cobertura de los servicios de salud con las estrategias de Atención Primaria y participación de la comunidad. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 83 (6): 477-503. Washington. Recuperado el 5 de enero de 2010, de <http://hist.library.paho.org/spanish/Bol/v83n6p477.pdf>
- Portantiero, J. (1977). Economía y política en la crisis argentina: 1958-1973. *Revista Mexicana de Sociología*, 39 (2): 531-565. México D.F. Recuperado el 21 de julio de 2009, de <http://www.links.jstor.org/sici?sici=0188-2503%28197704%2F06%2939%3A2%3C531%3AEYPELC%3E2.0.CO%3B2-6>.
- Resende Carvalho, S. (2009). Promoción de la salud, empowerment y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Revista Salud Colectiva*, 4 (3): 335-347.
- Rozas Pagaza, M. (1998). *Una perspectiva teórico-metodológica de la intervención en trabajo social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Rozas Pagaza, M. (2001). *La intervención profesional en relación con la cuestión social. El caso del trabajo social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Servio, M. (2009). Trabajo social y tradición marxista. Apuntes para recuperar la experiencia argentina en los años '60 y '70. *Revista Cátedra Paralela* (6): 42-52.
- Tenti Fanfani, E. (1989). *Estado y pobreza: estrategias típicas de intervención*. Tomos I y II. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Torrado, S. (2003). *Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000)*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
- Troncoso, M. (1978). Atención Primaria y programa de extensión de la cobertura. *Cuadernos Médico Sociales* (3): 1-12.
- Ugalde, A. (2006). Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en salud. En Menéndez, E. y Spinelli, H. (coords.). *Participación social ¿para qué?* Buenos Aires: Lugar Editorial. pp. 145-164.
- Veronelli, J. y Veronelli Correch, M. (2004). *Los orígenes institucionales de la salud pública en la Argentina*. Tomos I y II. Buenos Aires: OPS-OMS.

Jurisprudencia

Argentina

- Decreto 1.375/1957: Transferencia de hospitales nacionales a jurisdicciones provinciales.
- Ley 14.439/1958: Ley orgánica de los Ministerios del Poder Ejecutivo Nacional. Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública.
- Ley 16.956/1966: Reorganización de los Ministerios y Secretarías de Estado. Creación del Ministerio de Bienestar Social de la Nación. Secretaría de Estado de Promoción y Asistencia a la Comunidad.
- Ley 17.271/1967: Competencias de las Secretarías de Estado.
- Decreto 46/1970: Definición de las 160 Políticas Nacionales.
- Decreto 339/1973: Creación de seis Secretarías de Estado en el Ministerio de Bienestar Social. Secretaría de Estado de Salud Pública. Secretaría de Estado de Coordinación y Promoción Social.
- Ley 21.273/1976: Creación de la Secretaría de Estado de Promoción y Asistencia Social (Sepas), dependiente del Ministerio de Bienestar Social. Reemplazo de la Sepac.
- Decreto 392/1976: Competencias de la Secretaría de Estado de Promoción y Asistencia Social.