

CARRILLO, UN PROFETA DE LA APS

EL APORTE DEL PENSAMIENTO Y OBRA DEL DR. CARRILLO A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN LA ARGENTINA

por Eduardo Tisseraⁱ y Gonzalo Pereyraⁱⁱ

“Carrillo descubría las relaciones esenciales que la salud articulaba con las estructuras sociopolíticas que lo determinaban (Ferrara, F. 2007)”.

RESUMEN

Este aporte al análisis de la obra y pensamiento del Dr. Ramón Carrillo pretende hacer un recorte para destacar, tanto en el plano conceptual como en lo más pragmático, el carácter militante y académico de los cimientos de lo que algunos denominan “Justicialismo Sanitario”. Doctrina que hizo hincapié en la dimensión social de la salud, aspecto que recién a partir de 1978 adquiriría un status internacional bajo la denominación de Atención Primaria de la Salud (A.P.S.). Incluso nos permitimos arriesgar la idea de que ni aún en los pocos y posteriores momentos históricos de mayor avanzada del sanitarismo argentino, se pudieron superar algunos de los logros de la obra de Carrillo. También señalaremos lo que para nosotros fueron las razones y bases ideológicas de semejante anticipación y perspectiva superadora en el Sistema de Salud Nacional. Para alcanzar dicho objetivo, que perfilaron la “APS Carrillense”, hemos de contextualizar algunos planos que permiten entender dicho momento y proceso.

- 1) En una primera parte rescataremos su ubicación, histórica, política y social.
- 2) A continuación repasaremos principios y **concepciones de salud** explícita e implícita que orientaron la obra del sanitarista santiagueño.
- 3) En un tercer momento seleccionamos algunas de las características que organizaron la transformación (prácticamente crearon) el Sector Estatal del **Sistema de Salud nacional**, acentuado en las estrategias que mayor impacto producirían en el **primer nivel de atención**.
- 4) Finalmente describiremos los distintos efectores de lo que hoy configuraría dicho nivel, con énfasis en la prevención y promoción de la salud.

1. ACERCA DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

1.1. Un médico santiaguense

Alzugaray (2008) en su recorte biográfico describe que Ramón nació en 1906 en Santiago del Estero. Para ese entonces una pequeña ciudad de quintas, plantaciones de verdura y casas bajas de estilo colonial. La leche era repartida a lomo de burro y había pocos médicos en la región, así es que se proliferan las curanderas que realizan tratamientos con mezcla de rezos e infusiones de hierbas. Su infancia y adolescencia transcurrieron impregnadas del paisaje agreste de Santiago, de sus largos caminos desolados y desérticos poblados de leyendas, folklore y relatos de nuestra historia, contados por hombres y mujeres que tenían la edad de la Patria. Ya de niño a través de muchos compañeros de escuela, **Ramón vio de cerca el rostro de la pobreza**. Luego conoció a los obreros golondrina que año tras año abandonaban sus ranchos, donde quedaban guardados sus morteros de piedra, e iban a las cosechas con la mujer, los hijos y hasta los animales domésticos. A Ramón le quedó la imagen del criollo sufrido, que recorre su propia tierra como paria en busca de pan y trabajo. No es extraño por eso que, muchos años después, siendo ministro de Salud Pública, en una charla ante médicos y funcionarios, intercalara una referencia a aquellas cosas simples de la vida, como trenzar un tiento, hacer con ramas de árbol un techo o rasguear una guitarra. Era la nostalgia de la tierra y de aquellos años inolvidables de la adolescencia, con un toque de atención **contra las tendencias científicistas** que olvidan la esencia del hombre. Con respecto a su posición política el ingreso de Ramón Carrillo al peronismo fue la elección esperable de un nacionalista revolucionario. La ideología del Movimiento que acaudillaba Perón estaba basada en nuestra propia historia, sin ataduras con ninguna de las variantes del capitalismo, ni del comunismo internacional. Perón y Carrillo entablan una estrecha relación política y personal. Este comprende que aquel es un verdadero líder de masas, que encabeza un auténtico movimiento nacional al que hay que dotar de ideología, extrayéndola de nuestra propia historia y de la cultura del pueblo. Perón, a su vez, percibe rápidamente que **Carrillo es un político, tanto como un hombre de ciencia o un docente de nivel, pero que además posee un asombrosa cultura e identidad humanista**.

Debemos insistir en que es excepcional el caso de un hombre de clara vocación científica, que al llegar a la función de gobierno se revela como un higienista capaz de estudiar, desde los más simples, a los más complejos problemas de construcción, organización y administración de hospitales; de encarar el problema de las grandes epidemias, de organizar la lucha epidemiológica, de fomentar la investigación, y de plantear conceptos modernos que vinculan toda la acción sanitaria con la política de

seguridad social, salario y vivienda.

1.2. Perfil epidemiológico nacional pre - Carrillo

El 23 de mayo de 1946, en acuerdo general de ministros, fue creada la Secretaria de Salud Pública, con rango de Ministerio, cuestión que se formaliza luego de la Reforma Constitucional del '49. Carrillo asume el compromiso y se enfrenta con el desafío de revertir un panorama caótico, con lucidez logra encontrar el camino para una etapa de transformaciones revolucionarias. Así como el coronel Perón había convertido el viejo y burocrático Departamento de Trabajo en la dinámica Secretaria de Trabajo y Previsión, Carrillo sepultó las caducas estructuras del Departamento de Higiene y trazó los modernos lineamientos del Ministerio.

Alzugaray (2008) rastrea en su estudio que **“cuando Ramón asume, había un déficit de camas y hospitales, defectuosa distribución de los mismos, falta de personal técnico, bajas remuneraciones, desabastecimiento en rubros elementales, ausencia de sistemas administrativos que permitieran conocer los recursos humanos y materiales disponibles, inexistencia de un sistema de seguridad social y sistemas previsionales. Los índices de mortalidad infantil en la Argentina eran similares a los que se registraban luego de la Segunda Guerra Mundial; la tuberculosis diezmaba a las colectividades originarias, a los campesinos, a los alumnos de las escuelas suburbanas y a los obreros marginados de las grandes ciudades. El paludismo y la fiebre amarilla se extendían desde Tucumán, Salta y Jujuy, hasta Corrientes y Misiones, pasando por Formosa y el Chaco, la enfermedad del Chagas cubría toda esa zona y descendía por el centro y oeste hacia Neuquén y Río Negro. Se disponía de cuatro leprosarios para aislar a una décima parte de los enfermos del país. Los enfermos mentales eran hacinados en manicomios con características medievales, y el problema del cuidado de los ancianos y niños estaba en manos de instituciones de caridad”**.

La gestión del Dr. Carrillo permitió la erradicación de muchas enfermedades claves en los índices nacionales de mortalidad en general, y mortalidad infantil, en particular. La construcción de instituciones sanitarias con disponibilidad de camas para la atención, y efectores para la prevención en el territorio, influyó fuertemente en el proceso salud – enfermedad argentina. La esperanza de vida se elevó por la intervención del Estado en lo que hoy denominamos los determinantes sociales de la salud. Esto generó que la población viva más años y la distribución de la morbi –mortalidad en la población se modifique: Se reducen o erradican viejos lastres sanitarios relacionados con los modos

y condiciones de vida (básicamente enfermedades infectocontagiosas) y se dan nuevas patologías a contemplar y tratar como las cardiopatías, tumores malignos, diabetes, etc. más bien relacionados con los estilos de vida, según el modelo de Pedro Castellanos. (De Lellis, 2015). Es, decir, se advierte aquí una sustancial modificación en el perfil epidemiológico de la población. El siguiente esquema refleja sintéticamente lo dicho:

Cuadro comparativo de morbilidad y recursos hospitalarios disponibles a partir de la gestión del Dr. Carrillo.

| | ANTES DE 1946 | LUEGO DE 1951 |
|-----------------------------------|---|---------------------------|
| CAMAS DISPONIBLES | 66.300 | 134.000 |
| ESPERANZA DE VIDA | 48 años | 60 años |
| MORTALIDAD GRAL MORTALIDAD INF | 12/1000 (168.000) x año CABA 55/1000 NORTE 200/1000 | 9/1000 (146.000) x año |
| Neumonía | (1900) (304/100.000 hab) (1940) (40/100.000 hab) | Prácticamente erradicada. |
| Enfermedades renales | (1940) (155/100.000 hab) | (47/100.000 hab) |
| Difteria | (66/100.000) | (10/100.000) |
| Cardiopatías | (112/100.000 hab) | (355/100.000 hab) |
| Cáncer | (66/100.000) | (174/100.000 hab) |
| Arteriosclerosis | No figuraba en las 10 primeras causas. | (13/100.000 hab) (+ E.V) |

Fuente: Teoría del Hospital, 1951. (Habitantes del país en 1950: 17.000.000)

1.3. Sistema de servicio de salud

En función de su historia personal, compromiso político, formación profesional y pensamiento nacional, Carrillo tomó la decisión histórica de encarar la titánica obra sanitaria que se requería: articuló las pocas instrucciones de salud dispersas en el territorio argentino (básicamente en las capitales de provincia). Lo hizo en base a un impulso federal que se tradujo en la potencialización y ampliación del sistema para que el Estado pudiera llegar a zonas hasta el momento invisibilizadas y con poco acceso a la atención de su salud. Con esto queremos decir que cambió enteramente la lógica, la filosofía de toda la manera de pensar la Salud Pública

Su obra consistió, básicamente, entonces, en CONSTRUIR el sistema de salud argentino allí donde prácticamente no existía y el paso de la beneficencia a la responsabilidad del Estado de garantizar la salud del pueblo como un derecho.

A continuación nombraremos algunos de los principales logros de la gestión que reflejan su concepción y posición sanitaria.

Durante la gestión del Dr. Carrillo (1946/1954) se crearon:

- **230 establecimientos sanitarios de internación.**
- **50 institutos de salud especializados.**
- **3000 centros de salud, dispensarios (APS)**
- **2 fábricas nacionales de alta tecnología sanitaria.**
(EMESTA, 1ª fábrica nacional de medicamentos)
- **De 66.300 camas hospitalarias en 1946, se llegó a 134.000 en 1954.**

1.4. Producción de subjetividad social. Concientizando derechos.

Complementando el cuadro de situación previo a toda la gesta sanitaria que generó el peronismo en el país, es fructífero realizar el ejercicio de ubicarse en aquel contexto previo a esas transformaciones. En principio remarcar que tanto en el sanitarismo como en la de otras áreas sociales, no había un asentado piso de respuestas por parte del Estado. Implicaba que tampoco había antecedentes de la conciencia social de los derechos inherentes.

Poniéndolo en crudo si alguien sufría enfermedades incapacitantes a nivel laboral y/o social en general, no se esperaba que estas debieran ser afrontadas a nivel de política pública. Los hospitales y efectores de salud de la Nación o diversas jurisdicciones existían, pero la insuficiencia de sus prestaciones formaría parte del cuadro

naturalizado. Las respuestas posibles estaban reservadas a las prestaciones en gran parte autogestivas de las mutuales que se referenciaban en torno a las colectividades de los países fuentes de la emigración europea y algún incipiente agrupamiento por rama productiva. La obra de Carrillo, acompañada por su prédica legitimadora (y la del gobierno del que formaba parte), fue asentando las bases de la **apropiación de “los derechos sociales” por parte del pueblo trabajador y sus familias**. Queremos remarcar entonces que son distintos los procesos psicosociales ante la extracción del acceso a un derecho ya instalado en la conciencia de la sociedad, que la situación de la creación de los que la sociedad y el Estado aún no garantizaron previamente (al menos con un alcance universal). En el primer caso se vive como pérdida de algo que corresponde, en el segundo caso como descubrimiento y nueva conquista. Si bien es redundante en la bibliografía es necesario subrayar entonces que la orientación hacia un pleno acceso a la salud formó parte de un proceso de cambio en la misma identidad colectiva e individual. Aquello que habitualmente se menciona como percepción de la propia dignidad como persona, como trabajador, como pueblo. Adquiere mayor fuerza a nivel de las representaciones sociales la frase **“la salud es un derecho y por ende responsabilidad del Estado”**. Será necesario luego un camino de destrucción muy consistente para ir destruyendo esa conciencia. Proceso que quedaría en manos de los sucesivos gobiernos de orientación neoliberal sufridos en la Argentina y que todavía no lograron borrar totalmente de nuestra conciencia de los derechos.

1.5. Más allá del Higienismo.

En la perspectiva de las transformaciones del sistema de salud y, principalmente en las propuestas sanitarias hacia el conjunto de distintos estamentos de nuestra sociedad, parece advertirse con la llegada de Carrillo, un avance respecto de la visión “ingenua” o limitada del higienismo desprovisto de un sujeto social al que se debían dirigir las políticas públicas. Uno de los principales acentos de aquella visión sanitaria histórica proponía intervenciones en lo ambiental y los “huéspedes” ponderando la menor pérdida económica en los puertos, fábricas, etc. El circuito recurrente del peronismo en su conjunto si bien no abjura de la ganancia capitalista, claramente pretendía poner un límite ahí donde afectara la salud de los trabajadores que producían para el bien común

Y es en este punto (al que se hará mayor referencia en esta presentación), donde es preciso valorizar la progresiva participación, justamente de la “clase trabajadora”. Y puntualizar que se trata de obreros que se van identificando y organizando a través de sindicatos que progresivamente se irán constituyendo en actores sociales con un peso político institucional que supera la presencia a veces testimonial y otras sólo

contestataria a la que quedaba circunscripta previamente. Incluso las organizaciones mutualistas fueron desplazadas del centro de la escena para dar mayor preponderancia a las organizaciones sindicales. La apropiación de la doctrina peronista le confiere entonces una identidad, serán definitivamente un sujeto colectivo con capacidad de incidir en la organización de la sociedad en general y en las políticas públicas en particular. Es en este marco en el que decíamos se supera la inicial visión ahistórica del higienismo. La siguiente frase da cuenta de lo recién mencionado:

“La tarea de los higienistas no rendirá sus frutos si previamente no se consolidan las leyes obreras destinadas a dignificar la tarea en las fábricas y oficinas, a mejorar sus salarios, a ampliar los beneficios de las jubilaciones y pensiones que amparen a la familia”.(Carrillo, R. 1951).

2. BASES DOCTRINARIAS Y CONCEPCIONES DE SALUD.

2.1. “Cultura y Civilización”

Muy sugerentes y motivadores son las apreciaciones de Carrillo respecto a la diferenciación entre Civilización y Cultura. Sería necesario ahondar más y contar con material que aporte en las afirmaciones que arriesgamos. Vale recordar el estigma sufrido por los sectores populares en el siglo XIX con la consigna “Civilización o barbarie”. Aquí Carrillo parece pretender rescatar, además de la valoración tecnológica (y tal vez incluso la hotelería por ejemplo de los hospitales) el aspecto más humano en juego. Queda plasmado en varias de sus frases su raíz federal y popular. Estas posiciones son coherentes con el denominado “pensamiento nacional” al que aportaban (y aportarían luego) muchos autores (Arturo Jauretche, Enrique Santo Discepolo, Homero Manzi, Hernández Arregui, Scalabrini Ortiz, Rodolfo Kusch, etc). Arturo Jauretche (1973), por ejemplo, analizando la situación del peronismo y el pensamiento nacional en el marco de la batalla cultural, dice al respecto:

“La base del predominio del pensamiento liberal era la consolidación de un establishment cultural, para el que sólo fueran válidos los hechos coincidentes con determinada mirada política. Y dentro de esa fórmula, la implicancia obligada de considerar barbarie todo lo propio, y civilización todo lo importado. Ese es el concepto que guió a las generaciones que construyeron el país después de 1853”.

Carrillo aplicó esta descolonización cultural dentro del área de salud. Se lo observó claramente en la arquitectura hospitalaria implementada, en el plan de regionalización,

en cómo pensó la salud de los argentinos con una mirada argentina. Hizo carne la cultura nacional, en realidad, algo que no es otra cosa que la victoria del hombre sobre el medio y esta victoria no se logra contra el medio sino en él, adaptándolo y superándose. Entendiendo que no debemos incorporarnos a la cultura, lo que debemos hacer es incorporar la cultura a nosotros como semillas que cuando germinen darán plantas argentinas.

Respecto de este eje “Civilización vs Barbarie sería necesario adentrarse para comprender la raíz histórica de estas dos concepciones que siguen muy presentes en la actualidad. Tradicionalmente el peronismo mismo fue encuadrado dentro de la barbarie. Borges decía “esos bárbaros, esa morralla”. No es en absoluto abstracto profundizar en esta reflexión en el quehacer de las políticas públicas y en el sanitarismo en especial. Hasta se podría arriesgar que buena parte de los llamados “modelos en salud” actuales remiten a esta tensión. El excesivo énfasis en orientaciones positivistas, que valoran las explicaciones monocausales, lineales, de excesiva valoración de la tecnología de alta sofisticación, descontextuadas, a históricas, etc. claramente tienen como referencia la limitada noción de “civilización”. La que representan referentes como Carrillo, por otra parte, ¿quedarían condenadas a la adjetivación de barbarie?

Aquí se abriría un debate de mucha densidad: Respecto a la conciliación o no de modelos y concepciones. El desafío consistiría en que uno de las dos orientaciones tendría que ser capaz de tomar lo mejor de la otra y subsumirla, enriqueciéndose. El mismo hecho de la denominación de “barbarie” connota estigmatización. Desde la filosofía y la antropología podrían aportar las consideraciones sobre la “otredad”. El peronismo será siempre barbarie para la civilización en tanto como sociedad no podamos tramitar la otredad y todas sus consecuencias. Sin embargo también participa la lógica política por la cual debemos admitir que la lucha por el poder y específicamente por intereses y recursos a distribuir es central.

2.2. Programa de atención médica vs Plan de salud integral

La OMS fue creada en 1946 e integrada con expertos de la entonces Oficina Sanitaria Panamericana. Comienza a funcionar en abril de 1948 y sus directivos resuelven mantener cierta distancia con el gobierno de Perón, por considerarlo “pro-nazi-facista”, a raíz de la neutralidad mantenida por la Argentina durante la 2da Guerra Mundial. La política exterior del justicialismo, con el correr del tiempo, será reconocida como precursora ideológica del Tercer Mundo. Ahora bien, trasladada al sanitarismo,

produce el primer cuestionamiento a las concepciones de la OMS, con respecto a un presunto apoliticismo y una óptica estrictamente técnica de los problemas sanitarios.

Uno de los mayores meritos de Carrillo ha sido, precisamente, la fundamentación del sanitarismo, con concepciones tomadas de nuestra historia, de nuestra tradición y de nuestras necesidades concretas, sin dejar de lado los aportes de la cultura universal.

Perón y Carrillo impulsan una política de participación y colaboración con organismos internacionales como la OMS y la OPS, pero sin sentirse obligados a seguir programas que no consideran correctos o desajustados a nuestra realidad.

La obra de Carrillo profundizó en caminos que recién más tarde tomarían las políticas y los técnicos de la OMS, tales como la regionalización, la clasificación de hospitales por nivel de complejidad, la creación de los Centros de Salud, la función del agente sanitario en las zonas rurales, la arquitectura hospitalaria, la organización de las grandes luchas sanitarias, etc.. Como se menciona a menudo estos avances en nuestro país, son acentuaciones y direccionamientos, decisiones de Política Social y especialmente sanitaria que se apoyan en ciertos modelos como el inglés.

Entre la concepción de Plan de Salud elaborado por Carrillo, y los programas de atención medica de la OMS y la OPS, no hay solo una diferencia conceptual o metodológica, sino una diferencia de objetivos. **Los objetivos del Plan de Salud son integrales, es decir que comprenden lo preventivo, lo sanitario y lo social. En cambio, los programas impulsados por la OMS son acciones más parciales, que se limitan a tareas preventivo-asistenciales.** Por la propia estructura de la OMS es ciertamente evidente que aún en sus más logradas concepciones, su límite político está dado por el hecho mismo de pretender representar a distintos países con orientaciones políticas (y de políticas sociales) muy diversas. Muchas de sus declaraciones tienen el estilo “equidistante” y con intención neutral. En ese sentido, y si bien Carrillo tomaba los desarrollos de la OPS para legitimar la política sanitaria nacional, también es cierto y evidente que la orientación puede imprimir un lineamiento mucho más volcado a la “doctrina” dirigida a la clase trabajadora y centrada explícitamente en el Estado como garante.

2.3. Determinantes sociales de salud

“La medicina moderna tiende cada vez más a ocuparse de la salud y de los sanos, y su objetivo fundamental no es ya la enfermedad y los enfermos, sino evitar estar enfermo. Orienta su acción no hacia los factores directos de la enfermedad, los gérmenes microbianos, sino hacia los indirectos, la miseria y la ignorancia, comprendiendo que los componentes sociales: la mala vivienda, la alimentación

inadecuada y los salarios bajos, tienen tanta o más trascendencia en el estado sanitario de un pueblo, que la constelación más virulenta de agentes biológicos”. (Carrillo, Teoría del Hospital. 1951).

Esta es una de las contundentes afirmaciones del gran sanitarista argentino. No sería necesario ahondar mucho más que en ella para advertir la claridad con que adelanta la noción de los Determinantes sociales de la Salud. Y el valor de esta concepción se potencia al no circunscribirse a una enunciación o análisis teórico o epidemiológico destinado a sustentar el nivel descriptivo, sino que está dicha por quien tuvo a cargo el desafío de transformar este pensamiento en acción planificada. El señalamiento desde una autoridad con respaldo científico viabilizó el refuerzo de política pública para identificar y revertir los determinantes de la salud que la afectan en un sentido negativo. Configura un mandato para los distintos sectores sociales (estatales y de la sociedad en general), poder ejecutivo, legislativo y judicial, así como empresas y toda el área de producción, y servicios para apuntalar tales transformaciones.

2.4. Determinación Política

“Es evidente que actualmente no puede haber medicina sin medicina social, y no puede haber medicina social sin una política social de Estado. ¿De qué nos sirve que se acumulen riquezas en los bancos, en pocas manos, si los niños de los pueblos del interior del país andan desnudos por insuficiencia adquisitiva de los padres y tienen así que soportar índices enormes de mortalidad infantil, del 250 x 1000, como ocurre en algunas mal llamadas provincias pobres, que yo llamaría más bien, provincias olvidadas?”

“El Estado no puede quedar indiferente ante el proceso económico, porque entonces no habrá posibilidad de justicia social, y tampoco puede quedar indiferente ante los problemas de salud del pueblo, porque un pueblo de enfermos no es ni puede ser digno”. (Carrillo, 1951)

“Desde que el general Perón afirmó que su programa consistía en asegurar un mínimo de bienestar a los argentinos, y en evitar que en nuestra patria existiesen demasiados ricos y demasiados pobres, desde ese momento quedó colocada la piedra angular de una política medico social argentina, la que es consecuencia lógica y natural de esos enunciados peronistas”. (Carrillo, 1951)

Estas referencias al momento histórico por el que se encaminaba el país no oficiaba sólo como un marco orientador o sugestivo de las políticas públicas, sino la posibilidad misma de concretarlo. No se puede entender la Salud Pública (como los alcances y transformación del sistema educativo, etc.) sin la referencia al movimiento político que involucró al país. Esto es la doctrina y la acción del peronismo y de las dos figuras por excelencia galvanizadores de la escena pública de esos diez años (Juan Perón y Eva Duarte de Perón). La emergencia de la noción de derechos del pueblo trabajador permitió desnaturalizar la pobreza como condición existencial. Simultánea a las transformaciones se dieron los pasos de una confrontación en el terreno psicosocial que permitiera crear en la conciencia social algo que no estaba instalado previamente en la historia nacional. Los valiosísimos movimientos obreros de raigambre izquierdista no llegaron a encarnarse en las grandes masas populares como lo hizo con enorme velocidad el movimiento peronista.

Los sectores que indudablemente podían aparecer como opositores a estos cambios en salud desde los estamentos del poder no contaban en esos primeros años con la suficiente legitimidad social como para frenar o condicionar estos procesos.

Esta referencia nítidamente política es necesario remarcarla ya que de otro modo la lectura puede desviarse hacia la visión ingenua de que aquellas transformaciones (como todas en general) se garantizan sólo con las miradas y compromisos personales de referentes iluminados.

2.5. Tres principios de la Salud Pública Justicialista

Se pueden retomar tres principios de la Salud Pública justicialista frecuentemente aludidos por Carrillo:

- 1) Todos los hombres tienen igual derecho a la vida y la sanidad.**
- 2) No puede haber política sanitaria sin política social.**
- 3) De nada sirven las conquistas de la técnica médica, si esta no puede llegar al pueblo por medio de dispositivos adecuados.**

En el marco establecido por estos parámetros son posibles algunas reflexiones respecto tanto a la concepción de salud, como más puntualmente, referentes al sentido último de la salud de la población:

“Es necesario hacer comprender al pueblo que todos tenemos obligación de cuidar nuestra salud, ya que no es totalmente nuestra, sino que pertenece a la familia que

formamos y al Estado, que nos cuidan hasta que llegamos a ser una unidad productiva” (Carrillo, 1951)

“La salud no es, en sí misma y por sí misma, el bienestar, pero si es una condición ineludible del bienestar. No es pues, un fin, sino un medio y, en el mejor sentido, un medio social. Porque no se trata de asegurar la salud para un goce más o menos epicúreo de la vida, si no para que el hombre se realice como ser físico, intelectual, emocional y moral, afianzando su conquista del medio exterior y su propio dominio interior.”

Interesante tema de debate. **Carrillo frecuentemente menciona a la salud como medio para el logro de mejores niveles para la producción económica e incluso abaratamiento de costos.** Sin embargo, también se entrevistó que entiende a la salud como bien en sí mismo y como derecho no sujeto necesariamente a otros objetivos-

Si se toma la segunda frase en un sentido demasiado literal, podemos encontrarnos con una contradicción visible. En otras partes de sus escritos, Carrillo asemeja mucho su definición de Salud a la que pocos años después difundiría la OMS que la centraliza en el bienestar. Aquí asocia Salud con bienestar, como “una condición”. Lo interesante entonces será reflexionar sobre los presupuestos en juego en cada término y en cada oportunidad. Ampliar las respuestas que posiblemente podamos arribar, considerando los aportes de Milton Terris, que complejizaba el concepto de Salud de la OMS incluyendo gradientes y especialmente distinguiendo los aspectos “funcionales” de la salud, de los subjetivos (en términos de mayores o menores sensaciones de bienestar).

Hay una interesante cuestión si nos detenemos en la frase: “... cuidar nuestra salud, ya que no es totalmente nuestra, sino que pertenece a la familia que formamos y al Estado...”. Pareciera que la concepción social, especialmente justicialista, de salud incluye la responsabilidad individual hacia otros. **Mi salud no es sólo para mí mismo. Es también un bien para quienes me rodean. Esto coloca el debate sobre concepciones de salud en otra clave, en otro nivel. Y aporta en la discusión sobre si esta es medio o fin. O ambos.**

3. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

El Dr. Ramón Carrillo ideó y expuso el desarrollo del Plan de Salud contemplando la realidad de la que partía, y avanzando en las metas que se propuso hasta llegar a la

plena expresión en la práctica de su concepción de salud. Lo hizo en los siguientes términos:

Carrillo lo sintetiza en los siguientes términos:

Medicina Asistencial: binomio enfermo - medico

Medicina Sanitaria: trinomio enfermo – medico – estado

Medicina Social: tetranomio enfermo – medico – estado – comunidad.

3.1. Marco normativo para la acción

El Congreso Nacional sancionó en 1947 las leyes N° 13.012 (**Código Sanitario Nacional**) y 13.019 (**Ley sintética del Plan Integral vigente**). Esta última a su vez crea el Consejo Nacional de Construcciones Sanitarias. Estas normativas permitieron dejar asentado tanto los lineamientos generales del Plan Integral de Salud como su reglamentación y modo más pertinente de implementación. De esta forma nada quedaba librado al azar o al espontaneismo, si no que respondía a una organización institucional más amplia.

3.2. Medicina Preventiva

“Apenas iniciado el periodo de gobierno se da comienzo a intensas campañas de orden sanitario. **Se vacuna contra la viruela, la difteria, el tífus. Se lucha contra la hidatidosis, el tracoma, la fiebre amarilla, la brucelosis y la parálisis infantil. Se renuevan los métodos, se los hace más eficaces, rápidos e integrales.** Con equipos montados sobre vehículos automotores, las campañas sanitarias llegan a todas partes, se visitan lugares a los que antes jamás se había ido para prevenir o curar” (Revista, 1972).

Para la anquilostomiasis (enfermedad parasitaria, plaga de las provincias norteañas y litoraleñas, producida por el desconocimiento de las más elementales reglas de higiene) el gobierno nacional provee de 20.000 retretes de losa higiénica.

Para combatir el bocio (mal endémico de todas las poblaciones cordilleranas del país) el gobierno peronista llevó a cabo campañas por verdaderos “ejércitos sanitarios”, registrándose una sensible disminución del número de enfermos. Médicos, técnicos sanitarios, enfermeras y educadores recorrieron todo el país realizando campañas de vacunación y desinfección con métodos modernos. Fueron utilizados camiones y trenes sanitarios. Para combatir el tracoma, solamente en la Patagonia fueron desinfectados

con DDT cinco mil viviendas. La lucha se hacía así: casa por casa.

En abril de 1938 las estadísticas registraban un total de 23.000 palúdicos agudos, cifra que 11 años después se había reducido a solamente 500. El fin del paludismo era una verdadera obsesión de Carrillo y se lo pudo desterrar definitivamente gracias a que las campañas fueron planificadas previamente para actuar luego en forma drástica, masiva e integral. Respecto de los establecimientos hospitalarios, estos también debían transformarse en función de las metas previstas:

3.3. Concepción y función de los establecimientos sanitarios

“Personalmente aspiro a más para el hospital. **Estoy decidido a que los hospitales argentinos no sean solo *casas de enfermedad*, sino *casas de salud*, de acuerdo con la nueva orientación de la medicina, la cual tiende a evitar que el sano se enferme, o a vigilar al sano para tomarlo al comienzo de cualquier padecimiento cuando este es fácilmente curable.** En otros términos, trataremos primero de transformar los hospitales – que actualmente son *centros de cura*, en “centros de medicina preventiva” – y luego, en una segunda etapa, cuando se organicen las obras complementarias de higiene, de asistencia y recuperación social, para que sean verdaderos *centros de salud*. (Teoría de Hospital, 1951).

El Dr. Carrillo se preguntaba: ¿Cómo hacer para que los efectores de salud sean también un lugar de encuentro de la comunidad? Plantea objetivos a alcanzar y un camino claro de hacia donde quería apuntar con sus actos de gobierno, cada política pública tenía un fundamento científico y era un aporte para la transformación de la lógica sanitaria. Podemos dar cuenta de una posición científica sobre la salud, más relacionada a la noción de proceso y de forma positiva. En su cita, observamos como se acentúa la importancia en promover la prevención de las enfermedades para finalmente impulsar la necesaria promoción de la salud. Trabajo arduo en la batalla cultural por el pasaje de las “casas de enfermedad” a los “centros de salud”.

Y en este mismo sentido una de sus frases sintetiza el espíritu con el que concebía la Salud Pública: “A los fines de la salud pública, es más importante proporcionarle a la madre los medios para que, una vez que tenga el hijo, pueda defenderse de las contingencias posibles, o bien proporcionarle al padre junto con el sentido de la responsabilidad, los medios materiales y las oportunidades laborales para atender al nuevo hijo. Todo ello vale más que rodear al parto de lujos sanatoriales, que de hecho y biológicamente son menos indispensables.”

Aquí observamos un Ramón Carrillo sensible ante las necesidades sociales que surgen antes, durante y luego del embarazo. Reivindica el derecho a tener un lecho seguro que aloje al niño por nacer. Como así también el trabajo del padre para su posterior manutención. Hoy la realidad incluso es más compleja ya que muchas mujeres además de maternar trabajan fuera de su casa. Este pensamiento hace de base para posteriores reivindicaciones del movimiento de mujeres. Carrillo visibiliza una situación que cuestiona cierta lógica liberal de lo considerado “un buen nacimiento”, algo más asociado a un cómodo Sanatorio donde consumir el nacimiento (estada que pocos podían pagar) que en revalorizar los derechos sociales necesarios para poder garantizar una posterior crianza saludable.

3.4. Intersectorialidad

“No hay política sanitaria sin política social”. Seguramente en este tipo de afirmaciones, Carrillo tendría varios antecedentes de epidemiólogos y sanitaristas como por ejemplo Rudolf Virchow **“La medicina es ciencia social, y la política no es otra cosa que medicina en gran escala”**. El planteo insistente, permanente, de Carrillo en señalar las dimensiones sociales, políticas, con un carácter de importancia que supera los alcances que la medicina imperante otorga (simplista, lineal, ahistórica), hoy claramente las podemos resignificar en términos de “determinantes sociales”.

Por lo tanto, dicho señalamiento implicaba en el pensamiento de Carrillo (y en el paradigma político-social que lo sustentaba), respuestas muy comprometidas del Estado Nacional. Carrillo sostenía que esos (hoy) “determinantes sociales” sólo podrían revertirse con la participación de distintos “sectores” de la sociedad regulados y orientados por ese Estado hacia políticas que involucran no solo a “Salud”, sino que decididamente a la economía, las leyes laborales, (CYMAT), el sistema educativo, la planificación habitacional, políticas medio ambientales, etc. Hoy es fácil relacionar esta enumeración con la denominada lógica de la intersectorialidad.

Es decir, reiteramos, se imponía la necesaria participación de los distintos sectores en los que se organiza la sociedad. Nuevamente aquí se advierte la voluntad política de producir las transformaciones que implica ese nivel de decisión.

3.5. Rol de las y los trabajadores de la salud

En innumerables pasajes Carrillo es específico en personalizar en la figura

emblemática por excelencia en su época, el médico, buena parte de la viabilidad del Plan de Salud:

“Mientras los médicos sigamos viendo enfermedades y olvidemos al enfermo como unidad psicológica y social, seremos simples zapateros remendones de la personalidad humana”.

“En el interior existen médicos inteligentes y sensibles que comprenden el problema social, que lo ven y lo atienden, pero encontramos 1 cada 500. Los demás acuden al caso concreto, como quien dice, al detalle de la placa radiográfica”(Carrillo, 1951)

Es claro entonces que Carrillo considera una pieza fundamental la transformación del perfil profesional del médico. En sus propuestas ahondará sobre estos ejes que, claramente, implican una política de formación específica que incluya además de la capacitación de excelencia y de acorde a las reales necesidades sanitarias de la población, un compromiso de tipo ético-humano-ideológico, seguramente también político. Esto implica además, la ampliación de sus habilidades.

Es apoyándose en dicho profesional que concibe la garantía de creación y sustentabilidad del sistema que se estaba creando con su dirección. Sin embargo, cuando desarrolla las cualidades que se esperan y se requieren de dicha pieza fundamental, inevitablemente el rol asignado se debe ampliar notoria y drásticamente del que venía desempeñándose hasta el momento. Por un lado, **incluye la necesidad de “humanizar” el rol, sensibilizar dicho profesional con la vida cotidiana, las condiciones vitales de cada paciente y su entorno familiar y social. Pero además pretenderá de él (o ella) el desarrollo de habilidades y saberes no tradicionales: adecuación al lenguaje y cultura en general de los pacientes de cada región, el uso de las estadísticas validas, incorporación de destrezas pedagógicas y un largo etc.** Ese profesional hoy no se concibe en una sola persona. Hoy dicha complejidad sólo es abordable desde la noción de un equipo con un paradigma fuertemente asentado en la **Interdisciplina**. Si bien es arriesgado poner en Carrillo palabras o nociones que él no planteó, también es cierto que sería coherente y probable de imaginar que este adelantado pudiera postular la conformación de equipos en que, si bien el médico de Carrillo tendría una centralidad notoria, llegaría a la conclusión de construcción de equipos de conformación interdisciplinaria. Abonararía en este sentido el cambio en el perfil epidemiológico de la población producto de las transformaciones en el sistema de salud y en todo el desarrollo social. Este cambio ya advertido por Carrillo implica investigaciones que arrojan una complejidad aún mayor en la “maraña epidemiológica” explicativa de la nueva patología emergente. Y dentro de esa

multicausalidad la participación de fenómenos psicosociales por ejemplo es decisiva. Por otro lado, luego fueron surgiendo nuevas profesiones no existentes en el período de su gestión. Disciplinas que proveían la ampliación, desde la ciencia, de conocimiento específico de las nuevas variables y factores de riesgo involucrados.

3.6. Regionalización y descentralización

La impronta firmemente federal de todo el Plan de Salud, a la par que la adaptación a cada región del país en función de su realidad socio-sanitaria es asimismo encontrable en parte en la actual mirada de la territorialización. **La modalidad administrativa anticipa criterios de descentralización en sus mejores versiones. Esto implica desarrollo genuino del poder sanitario local sin perder la mirada estratégica general, a efectos de impedir atomizaciones y consecuente desprotección de zonas de mayor vulnerabilidad. Regionalización significa también equidad presupuestaria, facultad de decisión local manteniendo unidad de todo el sistema.** Esto se concretó bajo la forma de Direcciones generales y subzonas.

Carrillo dividió el país en grandes áreas geográficas, delegando gradualmente funciones y atribuciones técnicas y administrativas en distintos niveles, lo que le permitió multiplicar los organismos de ejecución de un vastísimo plan que abarcaba la totalidad del país. Las **Direcciones Generales Sanitarias** tenían a su cargo la supervisión y planificación detallada de las acciones de salud que debían ejecutar los organismos de su jurisdicción (hospitales, centros de salud, centros materno-infantil, campañas de vacunación, etc..) Además, tenían las atribuciones administrativas para manejar y distribuir convenientemente el presupuesto anual entre los establecimientos de su dependencia. En provincias extensas se creaban **Jefaturas de Sub-zonas**, lo cual permitía una mayor agilización de los trámites administrativos o técnicos. El Dr. Carrillo adopta un Plan de Regionalización, teniendo en cuenta las características geográficas y problemas comunes de cada área.

3.7. Planificación ¿Normativa o Estratégica?

Carrillo es el primer sanitarista que ha realizado hasta el momento un estudio integral de los problemas de salud en la República Argentina, el Plan Analítico de Salud Pública. Allí no quedó ningún aspecto a ser tratado, ni zona o paraje del país que no estuviera contemplado en el mismo.

El momento y las características del plan Carrillo tienen elementos de clara identificación con un pensamiento más cercano a la **planificación normativa** que la habitualmente llamada estratégica (según las actuales denominaciones). Pero ¿es así? En afirmación de lo dicho puede señalarse: Encuadramiento de las Políticas Públicas como pertenecientes al 1º Plan quinquenal, el **rol central de un solo actor: El estado nacional**, Orientación de las acciones de acuerdo a planteos claramente basados en normas (incluso en un soporte material voluminoso), acotamiento de los márgenes de incidencia de otros actores potenciales (obras sociales, corporaciones médicas, etc).

Sin embargo, desde otra mirada, el mismo gobierno y la salud en particular, “hacía lo que la gente quería”. Y se propuso satisfacer necesidades no solo no tenidas en cuenta previamente, sino incluso naturalizadas en ausencia de una concepción de la salud como un derecho.

A modo de ejemplo se menciona una de las políticas que resume tanto la existencia de poderosos intereses corporativos, como la respuesta decidida del Estado en ejercicio del poder emanado de una autoridad con el suficiente respaldo:

Frente a un clima de diversas presiones realizadas por las multinacionales de los medicamentos, Carrillo responde con la creación de **EMESTA** (Empresa Medicinal del Estado), primera fábrica nacional de medicamentos, destinada a abastecer a todos los establecimientos públicos del país, a precios muy reducidos. EMESTA se constituye como un gran freno para impedir ciertos abusos en los precios, y otras irregularidades propias de quienes habitualmente detentaban el poder económico para dominar un mercado, en especial en un país como Argentina que carecía de tecnología. Es decir que **Carrillo defendía la soberanía y oponía, al poder de las multinacionales, el poder del Estado, provocando el escándalo de los sectores liberales.**

Otra interesante área de debate en relación a la tipificación del modelo de planificación que caracterizó la gestión de Carrillo se puede reflexionar a partir de la tensión entre el despliegue del Plan Nacional de Salud y el progresivo **fortalecimiento de la cobertura de salud desde las organizaciones gremiales de los trabajadores**. No será desarrollado en este trabajo, pero la tensión en parte quedó instalada a partir de que ambos proyectos tenían como destinatario principal a la clase trabajadora. Los objetivos de los trabajadores organizados, en el sentido de crear organización sanitaria independiente de los gobiernos (a pesar de que el justicialismo era consistente con sus representados) no dejaron de crear **tensión entre ambos proyectos**. Sin llegar a establecerse un conflicto abierto, constituye otra oportunidad para el ejercicio de pensar

en clave de caracterización del modelo de planificación de la gestión Carrillo.

3.8. Objetivos fundamentales del Ministerio de Salud

- 1) Preservación, conservación y restitución de la salud de la población.
- 2) Problemas de la higiene
- 3) Profilaxis y tratamiento de las enfermedades.
- 4) Defensa sanitaria de las fronteras y puertos terrestres, marítimos, fluviales y aéreos.
- 5) Medicina preventiva
- 6) Fiscalización sanitaria y bromatológica de los alimentos.
- 7) Protección médica integral de la madre y el niño.
- 8) Higiene y medicina infantil
- 9) Higiene y medicina del trabajo.
- 10) Prestación médica de los seguros de accidentes, maternidad, enfermedad o vejez que correspondan a su jurisdicción.
- 11) Readaptación y reeducación a enfermos e inválidos.
- 12) Higiene de la vivienda urbana.
- 13) Higiene y medicina del deporte.
- 14) Aspectos higiénicos sanitarios del suministro de agua potable y distribución de las redes cloacales.
- 15) Reglamentación y fiscalización del ejercicio de las actividades vinculadas a la salud pública y de las profesiones médicas, sus ramas auxiliares y farmacias.
- 16) Fiscalización de lo atinente a productos medicinales y sustancias.
- 17) Creación y dirección de los establecimientos para fines de salud pública y fiscalización de los privados.
- 18) Intervención y fiscalización en la distribución de subsidios a las entidades públicas o privadas que desarrollen actividades de higiene, medicina preventiva o asistencial.
- 19) Inspección y fiscalización técnica del funcionamiento de los institutos, sanatorios y demás entidades de carácter sanitario.
- 20) Epidemiología de la Nación.
- 21) Educación higiénica sanitaria de la población.
- 22) Fiscalización de la aplicación de los conocimientos de las ciencias médicas.

4. EFECTORES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.

La regionalización permitió alcanzar zonas del territorio que antes jamás habían sido contempladas por el Estado, con suerte alguna institución de beneficencia prestaba algo

menos de lo básico, pero nada mucho más organizado que eso. Fue entonces cuando luego de hacer un balance de la situación sanitaria surge la necesidad de crear nuevos dispositivos y efectores que realizaran las acciones necesarias en esos sectores olvidados de la comunidad para promover la salud y reducir los factores de riesgo de las principales enfermedades de la época, según cada región.

Centro de Salud

En el Art 1º de la Resolución 5078 del 20 de Noviembre de 1947, se define al Centro de Salud, como la unidad elemental de asistencia y medicina preventiva constituida por 3 o 4 consultorios polivalentes, con un equipo completo de rayos, y destinado a la atención de enfermos en general y a la observación de los que no lo estuvieron.

El rendimiento de los centros de salud fue altamente positivo, al punto de que, en su implementación, dio lugar al Puesto o Posta Sanitaria, unidad de menor complejidad aún dedicada a medicina general y a atención materno infantil, con enfermera permanente y medico 2 o 3 veces por semana, pero ubicada en parajes lejanos de difícil acceso. Dadas las características geográficas del interior, estas unidades constituyeron verdaderas avanzadas sanitarias que llegaban a lugares desprotegidos, donde había núcleos de población diseminados que trabajaban en obrajes distantes, zonas mineras, etc.. y por los cuales la medicina privada no tenía el menor interés.

La **Unidad Sanitaria**, en cambio, es un conjunto de servicios mas amplios que los asignados al Centro de Salud, contando con fisiología, medicina social, maternidad e infancia y cualquier otro indispensable, de acuerdo con la necesidades de la zona. Todas las unidades disponen también de servicio social.

El **Centro Sanitario** es la unidad de mayor complejidad en organismos asistenciales sin internación. Es superior a la Unidad Sanitaria y estará constituida por todos los consultorios externos necesarios para la atención polivalente integral de sanos y enfermos, servicio social y centralización de estadísticas sanitarias. Se encuentran por lo general en las capitales de provincias y territorios donde se radique una Delegación Sanitaria de la Secretaria.

Todos estos organismos, además de ser elementos fundamentales en las acciones de la medicina preventiva, evitan la concurrencia de muchos pacientes a un hospital donde la misma atención es de mayor costo. En los núcleos urbanos, la misión básica de los Centros es disponer de una batería de consultorios que puedan atender multiples consultas, en forma agil y a un costo reducido. En cuanto a los organismos de menor

complejidad, Centros de Salud y Postas Sanitarias, los mismos han demostrado, en la practica, un **alto grado de eficiencia especialmente en los medios rurales**. En efecto, estas pequeñas unidades con un medico y una auxiliar de enfermería, con un litro de leche en polvo y algunos antibióticos o antidiarreicos, han cumplido la triple misión de asistir, prevenir y educar. Además de aportar cifras para mayor representatividad de los datos epidemiológicos, previos al Plan Carrillo.

CONCLUSION:

Para sus autores, y esperamos que para los lectores, este recorrido tuvo el mérito demostrativo, pedagógico, de poder encontrar, en la obra monumental de Carrillo, las claves y condiciones que la posibilitaron. A lo largo del siguiente trabajo hemos logrado hacer un relevamiento de las **principales conquistas de la gestión del Dr. Ramón Carrillo** como servidor público. Su historia, sus logros académicos y profesionales. Pudimos hacer un **análisis comparativo de la situación epidemiológica previa y posterior a Carrillo**, identificando modificaciones en cuanto los índices de morbimortalidad, a partir de **acciones asistenciales, sanitarias y sociales** llevadas a cabo por los distintos efectores. Encontramos en este periodo uno de los momentos de mayor desarrollo en cuanto a presencia del **Estado como garante de derechos**, la construcción de instituciones y programas, haciendo hincapié en aquellos orientados a la praxis preventiva y/o a promover hábitos y estilos de vida saludable. A su vez, se trabajó sobre la **relación con las recomendaciones de los organismos internacionales de salud como la OMS/OPS**. La diferencia entre programas médicos asistenciales y plan integral de salud. Describimos como se estructuró su obra titánica, con una **planificación fundamentalmente normativa** y coordinada entre las principales aéreas del Estado, poniendo en práctica la **intersectorialidad** y la defensa de la **soberanía sanitaria** frente a los intereses de las corporaciones medicas a nivel internacional. Enunciamos los distintos objetivos propuestos por el nuevo Ministerio de Salud de la Nación, su organización descentralizada como Sistema Nacional a partir de una **Regionalización** con Delegaciones Grales y Subzonas. En este sentido sostenemos y fundamentamos la importancia de los Centro de Salud, Puestos y Unidades Sanitarias. Finalmente también reflexionamos sobre el **rol de los y las trabajadores de la salud** dentro de este paradigma que se instaura, las **concepciones de salud** que promovía, la revalorización de la cultura nacional frente al avance civilizatorio del capitalismo. Como el trabajo de concientización sobre los derechos de la población logró que dejaran de ver en la beneficencia su única alternativa de cobertura frente a la enfermedad y el abandono. Ahora estaba el Estado, estaba Perón y Evita y estaba Carrillo. Para darle al gran pueblo argentino, Salud!

BIBLIOGRAFÍA

- Alzugaray, R. (2008) "Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional". 1ª Ed. Buenos Aires: Ed. Colihue. ISBN 978-950-563-831-4
- Carrilo, R (1951) "Teoría del Hospital, Tomo 1, Introducción. Buenos Aires: Ministerio de Salud Pública.
- De Lellis, Martín. Perspectivas en salud pública y salud mental. 1a Ed. Cap 1. C.A.B.A: Nuevos Tiempos. 2015
- Jauretche, A. "Civilización o Barbarie". Revista *Crisis* N° 5, Septiembre de 1973.
- Revista "Crónicas del Peronismo", Cap. El Derecho a la Salud. Agosto 1972.

ⁱ Lic. Eduardo Tissera: Jefe de Trabajos Prácticos de la cátedra I de Salud Pública y Salud Mental (Titular: Mg. Martín De Lellis) de la Facultad de Psicología UBA.

ⁱⁱ Lic. Gonzalo Pereyra: Ayudante de Trabajos Prácticos de la cátedra I de Salud Pública y Salud Mental (Titular: Mg. Martín De Lellis) de la Facultad de Psicología UBA.