

Recomendaciones internacionales y debates locales en torno a la creación de la Escuela de Salud Pública de Buenos Aires, 1958

International recommendations and local debates about the creation of the Escuela de Salud Pública in Buenos Aires, 1958

Federico Rayez¹

¹ Becario doctoral, Universidad Nacional de Quilmes-Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

Buenos Aires – Argentina

orcid.org/0000-0001-8425-9893

federicorayez@gmail.com

Recebido em 16 fev. 2018.

Aprovado em 17 set. 2018.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702020000100008>

RAYEZ, Federico. Recomendaciones internacionales y debates locales en torno a la creación de la Escuela de Salud Pública de Buenos Aires, 1958. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.27, n.1, jan.-mar. 2020, p.133-149.

Resumen

El artículo analiza las condiciones de emergencia de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires hacia fines de los años 1950. Ésta tuvo como objetivo ofrecer formación académica de posgrado a médicos y a otros profesionales en bioestadística, administración sanitaria, dirección de hospitales, epidemiología y ciencias sociales, en el marco de un “Diplomado en Salud Pública”. Nuestro trabajo ubica el nacimiento de la institución en el contexto de las recomendaciones y debates que distintas agencias internacionales realizaron sobre la educación médica y la gestión de políticas sanitarias en América Latina. A través de publicaciones, actas de congresos e informes técnicos intentamos reconstruir dichas discusiones y sus ecos en la Argentina de los años 1950.

Palabras clave: salud internacional; educación médica; salud pública.

Abstract

This article analyzes the conditions surrounding the emergence of the Escuela de Salud Pública at the Universidad de Buenos Aires in the late 1950s. It was designed to offer postgraduate academic training to doctors and professionals in biostatistics, health administration, hospital management, epidemiology and the social sciences within the framework of a “Diploma in Public Health.” This study situates the birth of the institution in the context of the recommendations and debates within various international agencies on medical education and health policy management in Latin America. Examining publications, conference proceedings and technical reports, it seeks to reconstruct these discussions and their echoes throughout Argentina in the 1950s.

Keywords: international health; medical education; public health.



El presente artículo analiza las ideas, recomendaciones internacionales y debates celebrados, a partir de la segunda posguerra, que posibilitaron la emergencia de nuevas instituciones de formación académica-profesional como la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (Espuba) en Argentina. Nuestro trabajo dialoga con varios estudios historiográficos sobre salud internacional (Weindling, 1995; Birn, 2006; Birn, Brown, 2013; Birn, Pillay, Holtz, 2009; Farley, 2004, 2008; Stepan, 2011; Cueto, 2004, 2013; Molina, 2006) que desde hace algunos años vienen estudiando casos, actores, estrategias de política pública y trayectorias profesionales e institucionales en el marco de una historia de los procesos globales de la salud. Estos trabajos han iluminado distintos aspectos de las campañas internacionales contra la malaria y la fiebre amarilla, la configuración de instituciones continentales como la Organización Panamericana de la Salud o globales como la Organización Mundial de la Salud, así como la articulación entre estas instancias internacionales y los gobiernos locales etc.

En este sentido, la segunda posguerra trajo una serie de novedades a nivel político y económico para América y Europa y, entre otras transformaciones, un entramado de agencias internacionales dieron un nuevo impulso a políticas sociales destinadas, al menos en los proyectos y declaraciones de intención, a incrementar el bienestar de la población, mejorar algunos de sus indicadores de salud y educación, así como a elevar el nivel académico de las instituciones educativas superiores y las instituciones científicas. América Latina fue particularmente afectada por el despliegue de una estrategia transnacional con el fin de aumentar el influjo diplomático, político, económico y cultural de los EEUU de América sobre toda la región.

En Argentina, luego del derrocamiento del segundo gobierno de Perón y con el peronismo impedido de participar en elecciones libres, los gobiernos subsiguientes, tanto militares como civiles, intentaron resolver el problema de la gobernabilidad política del país, redefinir el rumbo de la economía nacional y retomar la “cuestión social” (Altamirano, 1998; Laguado Duca, 2011). En las universidades, un nuevo clima de ideas cristalizó rápidamente desde 1955 a través de la normalización del gobierno autónomo y mediante la renovación curricular, la creación de nuevas carreras, institutos de investigación y escuelas profesionales (Sigal, 1991). Entre otras propuestas, surgió la de crear una “escuela de salubridad”, destinada a formar médicos en la especialidad de salud pública y proveer así con personal capacitado a la burocracia sanitaria estatal en todos sus niveles y a la universidad misma, dando pie a la transformación rápida de un incipiente campo profesional.

El análisis que proponemos intenta reconstruir la emergencia de esta escuela y a partir de ese caso estudiar cómo una serie de recomendaciones internacionales cristalizaron en el ámbito local en propuestas institucionales innovadoras. En este sentido, tratamos de pensar la Escuela de Salud Pública como un punto nodal en el que confluyeron trayectorias académico-profesionales, antecedentes institucionales y actores internacionales en una experiencia concreta para mejorar la educación sanitaria de los médicos a nivel local. Nuestro propósito no es realizar un balance del funcionamiento de esta experiencia sino comprender el escenario en el cual emergió y explorar un caso de interacción entre ámbitos internacionales y locales.

Para cumplir nuestro objetivo recurrimos a diferentes fuentes históricas. Abordamos el universo de recomendaciones internacionales a través de actas de congresos, publicaciones periódicas especializadas e informes técnicos. Estos últimos nos permitieron analizar la articulación entre la escala transnacional y la local. Algunos legajos de profesores de la Espuba también sirvieron para el mismo propósito y para introducirnos en el ámbito local. Hemos intentado reponer el contexto argentino a través de la literatura sobre el período y también a través de publicaciones especializadas e informes oficiales de la autoridad sanitaria nacional. Por último, el legajo administrativo, obrante en los archivos de la UBA, nos permitió abordar algunos detalles del “detrás de escena” del proceso estudiado.

La cuestión de la educación médica en la salud internacional de la segunda posguerra

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial varios países de Europa y América retomaron esfuerzos internacionales para organizar actividades de control sanitario y lucha contra enfermedades contagiosas. Este nuevo panorama que comenzaba a organizarse tuvo varios actores y diseños estratégicos; uno de ellos correspondió directamente al gobierno norteamericano. Según Marcos Cueto (2013), el Departamento de Estado norteamericano desplegó una estrategia para ampliar la presencia estadounidense en la región luego de la guerra. Hasta ese momento, comenta el autor, las misiones y visitas norteamericanas habían sido esporádicas y no necesariamente habían sido encaradas por agencias estatales. Un ejemplo de esto es la International Health Division de la Fundación Rockefeller.

Entre 1919 y 1939, la Fundación Rockefeller estuvo prácticamente sola en el desarrollo de programas de salud internacional en el hemisferio occidental. Esta organización filantrópica privada trabajaba bajo el supuesto de que la ciencia y la medicina occidental eran aspiraciones universales para todas las culturas y sociedades (Cueto, 2013, p.46).

Hacia finales de los años 1940, sin embargo, las agencias estatales estadounidenses¹ y nuevos organismos internacionales tomaron un mayor protagonismo. Un ejemplo es la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Ésta se formó en 1946, como parte de Naciones Unidas, impulsada por delegados de 51 países y representantes de territorios ocupados por los aliados, con la finalidad de intervenir en asuntos médicos y sanitarios a nivel mundial (Cueto, Brown, Fee, 2011, p.137). La OMS retomó los esfuerzos de otras instancias previas que venían coordinando actividades de compilación de información estadística y epidemiológica, como la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones y la Office International d'Hygiène Publique, y servicios de ayuda sanitaria durante la guerra como la United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA) (Medidas..., 1947). La preocupación de la Organización por combatir epidemias, promover saberes médicos modernos a través de misiones y contribuir a la formación de recursos humanos en medicina y salud pública fue relevante en su agenda desde el principio, a juzgar por los informes de su boletín, la *Crónica de la OMS*. El diagnóstico inicial de la OMS partía de una mirada global sobre los problemas sanitarios, a partir de la cual convocaba a atender la escasez de médicos en ciertas regiones del mundo e incrementar la cantidad de médicos especialistas en salud pública en otras. En 1947, los representantes de Brasil y Francia

recomendaron a la Comisión Interina de la Organización “que se realizase una encuesta sobre los programas de salubridad pública en los distintos países y los recursos actuales en cuanto a la formación del personal médico u otro indispensable para el cumplimiento de dichos programas” (Actividades..., 1947). La *Crónica de la OMS* comenzó a informar en numerosas oportunidades, desde 1947 y durante la década siguiente, sobre el otorgamiento de becas para la formación de personal en higiene pública, medicina clínica, pediatría, cancerología, “higiene mental” etc., a becarios de diferentes países para estudiar en Europa, EEUU, Canadá, en centros de formación avanzados (Becas..., 1948; Programa..., 1948; Notas..., 1954). La preocupación del organismo por formar personal con especialización en salud pública se empezó a manifestar en esta política de becas, pero también a nivel discursivo mediante la producción y difusión de argumentos que tendían a señalar un bache importante en la cantidad de médicos y en su formación. Frecuentemente, la *Crónica* dedicaba varias páginas a definir los roles de la salud pública. Ahí aparecían el médico sanitario pero también el estadístico, el ingeniero sanitario, el inspector de salubridad y la enfermera de salud pública.

Como espacio de deliberación, la OMS organizó anualmente la Asamblea Mundial de la Salud de la que participaron representantes de todos los países miembros, además de autoridades y grupos de expertos con experiencia en el campo de la salud internacional. Durante la segunda Asamblea Mundial de Salud, en 1949, el problema de la formación médica fue discutido en una de las comisiones técnicas. Según la *Crónica*, el propósito de la OMS para la década siguiente era “ayudar a aumentar el número de personal médico y auxiliar bien preparado, como conseguir que dicha preparación sea un requisito internacionalmente aceptable de nivel de educación sanitaria” (Preparación..., 1950), y, en cuanto al contenido de esa formación “aceptable”, se afirmaba que lo central era “subrayar especialmente las cuestiones de higiene, sanidad pública y medicina social y preventiva, así como salud infantil”. Como conclusión, la Asamblea recomendó “a los gobiernos ... establecer y desarrollar institutos nacionales en materia de sanidad pública, así como a desarrollar cursos internacionales en los institutos ya en existencia o que vayan a ser creados mediante la provisión de ayuda en forma de personal y material” como medio eficiente para solucionar la “escasez de médicos”, la “grave penuria de enfermeras” y la falta en general de oficiales e ingenieros sanitarios y demás personal auxiliar (Preparación..., 1950).

En febrero de 1950 se reunió el Comité de Peritos para la Formación Profesional y Técnica de Personal Médico y Auxiliar para debatir nuevamente el problema (Formación..., 1950). En la reunión participaron figuras de relevancia en el circuito internacional de organismos y expertos sanitarios, como Hernán Romero (director de la Escuela de Salubridad de Santiago de Chile desde 1944), J.M. Mackintosh (decano de London School of Hygiene and Tropical Medicine entre 1945-1950), G.H. de Paula Souza (de la Facultad de Higiene y Medicina Social de São Paulo) y otros profesores y especialistas de América Latina y Europa. Entre otras sugerencias, el Comité recomendó que los médicos sean formados “no solo para el desempeño acertado de sus técnicas profesionales, sino asimismo para resolver los problemas sanitarios que pueden surgir de problemas sociológicos y psicológicos del individuo, del grupo y de la sociedad en su conjunto” (Formación..., 1950).

Otro actor de peso en el escenario de la salud internacional fue la Organización Panamericana de la Salud. Su historia era más extensa y se remontaba a reuniones celebradas

en Washington D.C. en la década de 1890 donde se habían comenzado a discutir cuestiones de sanidad internacional, control de la salubridad portuaria y otros temas que el gobierno de los EEUU consideraba relevantes para sus planes de expansión comercial sobre la región (Cueto, 2004). Bajo la dirección del epidemiólogo Frederick L. Soper (1893-1977), entre 1947-1959, la Oficina, con sede en Washington D.C., amplió su presupuesto, sus funciones, su personal e infraestructura, incrementó la escala de sus operaciones a nivel continental abriendo oficinas zonales en varios países (Cueto, 2004, p.89-98). Una política editorial fue desplegada por la organización a nivel internacional. Libros, folletos y una renovada revista propia (el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*) difundieron artículos originales, informes técnicos realizados por misiones de expertos y ensayos sobre nuevas prácticas profesionales en el ámbito de la salud pública y otras especialidades.

En septiembre de 1952, cuando la Oficina Sanitaria Panamericana cumplía 50 años, se celebró, en La Habana, el Primer Congreso Interamericano de Higiene con representantes de 23 países, como Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, EEUU, México, Nicaragua, Países Bajos, Panamá, Paraguay, Perú, Reino Unido, República Dominicana, Uruguay y Venezuela y con delegados de la OMS y la OPS (OSP, 1953, p.29-56). En el symposium Educación en Salud Pública, del que participaron profesores de varios países, se destacaron algunas intervenciones señalando que las carreras de medicina no incorporaban en la formación del médico nociones de salud pública, que no había suficientes instituciones formando sanitarios, como resultado de lo cual no se contaba con suficientes profesionales disponibles para la gestión y administración de los problemas sanitarios. Según el doctor Guillermo Lage, médico cubano, representante de la cartera sanitaria nacional,

la mayoría de las escuelas de medicina no prestan una debida atención a la enseñanza de la materia relacionada con la salud pública, por lo que es necesario que se introduzcan en sus elencos o programas las ampliaciones necesarias en todas las que se consideran básicas y con suficiente número de horas de trabajos prácticos, no solo en lo que se refiere a los problemas médicos preventivos, sino también a otros problemas sanitarios, de tal suerte que logren despertar en los estudiantes la afición por la carrera sanitaria (Lage, 1953, p.340).

Por otro lado, según el médico cubano, “la eficiencia de los servicios de salubridad pública de un país está y debe estar en razón directa de la base cultural y científica, de la idoneidad y competencia de los que dirigen y orientan” esos servicios. La conclusión de Lage (1953, p.343), sin embargo, era que, aunque Cuba había sido el primer país en centralizar sus servicios de salud en una cartera ministerial, no poseía una “carrera sanitaria, con grados y con exigencia de título de capacitación o de especialización”.

Por la misma senda transitaron las opiniones de Hernán Romero (1953, p.346-350), médico chileno, director de la Escuela de Salubridad de Santiago de Chile, aunque la tónica de su intervención fue más específica, realista y pragmática. Para Romero, había escasez de médicos en salud pública, pero la raíz del problema era múltiple: (a) en las facultades de medicina, no se incorporaban preocupaciones sanitarias en las materias básicas, haciendo que la salud pública apareciera como una materia de posgrado; (b) en los círculos médicos difícilmente un profesional formado en higiene se reconocía como higienista, sino como

especialista en cualquier rama médica “y además, higienista”, lo que se relacionaba con el bajo prestigio y reconocimiento de la profesión; (c) en la función pública, la intromisión de “la política” que incluye o excluye profesionales de acuerdo a criterios no técnico-científicos, sino ideológicos y políticos. Las soluciones no podían ser de otro modo que graduales; se trataba, para Romero, de ir aumentando la colaboración internacional con la OPS, la OMS, la Fundación Rockefeller, el Instituto de Asuntos Interamericanos, Fundación Kellogg etc. Decía Romero (1953, p.348): “La condición más importante de éxito reside en la existencia de una política meditada y de largo alcance para el manejo de estas relaciones internacionales”. Era menester, por otro lado, utilizar las escuelas de formación sanitaria ya existentes: São Paulo, Santiago de Chile y México, además de las estadounidenses y europeas, que pueden ir formando sanitaristas hasta que las carreras de medicina puedan reformarse globalmente.

Sin embargo, como se desprende de los trabajos de Birn (2006) y Farley (2004), el desarrollo de la salud pública como especialidad en países latinoamericanos también fue producto en algunos casos de la interacción entre dos factores: el despliegue de acciones internacionales llevadas a cabo por instituciones benéficas como la Fundación Rockefeller y los intereses norteamericanos de defensa y ampliación del circuito comercial con los países al sur de su frontera. Algunos países, como Argentina, habían hecho algunos avances con cierta independencia de las instancias internacionales, aunque no habían logrado estabilizar instituciones formadoras de médicos de salud pública, como veremos más adelante. Pese a esto, como ha demostrado Ramacciotti (2009), el gobierno de Perón y la gestión de su ministro de salud Ramón Carrillo habían dejado en funcionamiento una gran infraestructura de atención a la salud, empleando a cientos de médicos como consultores estatales y procurando profesionalizar lo máximo posible su *performance* en la estructura burocrática estatal. Cabe preguntarse: ¿cómo interactuaron estas recomendaciones internacionales en la Argentina del período post-peronista?

Huellas de organismos internacionales en el escenario local: la OPS-OMS en Argentina entre 1956-1957

Estos debates y recomendaciones del plano internacional tomaron lugar también en distintos países latinoamericanos como Argentina. En dicho país, la situación política local precipitó una mayor articulación de la gestión pública con las asesorías técnicas de misiones internacionales. Derrocado el gobierno de Juan Domingo Perón y ya bajo el gobierno militar de Pedro E. Aramburu, el doctor Francisco Martínez, al frente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, solicitó, en 1956, al representante de la zona 6 de la Oficina Sanitaria Panamericana (el chileno Emilio Budnik que representó a la OPS en Argentina entre 1952-1973) la realización de un informe sobre el sistema sanitario público nacional (Veronelli, Veronelli Correch, 2004, p.549-551). En el gobierno nacional existía el proyecto de transferir la administración de una parte de los hospitales nacionales a las provincias y municipios, por lo que un informe de validez internacional que señalara las falencias del sistema hospitalario heredado de la gestión peronista era visto como una herramienta fundamental. En el área económica, el gobierno de la “revolución libertadora” había requerido la opinión experta de Raúl Prebisch, que había cristalizado en su célebre Informe, críticas respecto a

la gestión peronista de la economía (Altamirano, 1998). El informe Prebisch sentó las bases para los debates posteriores sobre reformas económicas y puso el acento en la crisis del sector energético y del transporte ferroviario en deterioro creciente, así como en el atraso productivo del sector agrario, estancado desde principios de la década. En el área social, Aramburu convocó al intelectual ítalo-argentino Gino Germani, impulsor de la sociología científica en el país, a quien preguntó por las medidas que el Estado debía propiciar para “desperonizar” a las masas de trabajadores (Blanco, 2006, p.190-191).

En el área sanitaria específica, se resolvió convocar a una Comisión de la OPS, que estuvo integrada por Odair P. Pedroso (1909-1981), consultor especial en materia de organización hospitalaria, Paulo Antunes, profesor de parasitología aplicada e higiene rural, de Brasil, Palmer Dearing (1905-1994), cirujano general adjunto del Servicio de Salud Pública de los EEUU, Carlos Luis González, subdirector de la OPS, Abel Wolman (1901-1989), profesor de ingeniería sanitaria (Veronelli, Testa, 2002, p.91). Acompañó la comitiva también un experto chileno, Hugo Henríquez Frödden, especialista en organización hospitalaria, junto con el cual recorrieron hospitales de la Capital, Chaco, Jujuy, Catamarca, San Juan, Mendoza, La Rioja y San Luis.

Como producto de aquella visita fueron redactados varios informes: Estudio de los Servicios de Salud de la Argentina, informe presentado en 1956 por el Consultor en Administración Hospitalaria, doctor Odair P. Pedroso, y el Estudio de los Servicios de Salud Pública en la República Argentina (presentado el 15 de junio de 1957). El informe de Pedroso arrojó un diagnóstico muy negativo de la situación del sistema sanitario heredado. En primer lugar, la prestación de servicios sanitarios, sociales y asistenciales se confundían entre sí, dando prioridad a las funciones curativas del sistema. El significado de la medicina preventiva, según Pedroso (1968, p.4-5) era casi inexistente en la práctica. En segundo lugar, si bien durante los años anteriores al informe (durante la gestión peronista) había existido un servicio de “demología”, éste no fue capaz de recolectar datos con criterios claros y solo compiló información de hospitales gubernamentales. El Estado nacional no tenía información fehaciente sobre cantidad de médicos, enfermos ingresados y fallecidos, causas de muerte, proveniencia geográfica de los enfermos, costos de los hospitales. Esto se debía a la inexistencia de un área gubernamental de estadísticas basada en la recolección de información de acuerdo con definiciones y criterios claros. Como decía el asesor: “Es necesario emplear un lenguaje uniforme, fundado en la definición precisa de la terminología hospitalaria” (Pedroso, 1968, p.9). Esto nos lleva al tercer aspecto analizado por el informe: las falencias en organización y administración sanitaria y hospitalaria. Aquí los obstáculos eran varios porque la especialidad apenas estaba comenzando a nacer en Argentina y ello se debía a la “falta de tecnicismo científico”, a la “mezcla de técnica y política” y a la ausencia de principios racionales de organización. Estas fallas ocasionaban malgasto de recursos, inoperancia de los servicios, mala distribución de elementos de trabajo, disminución del rendimiento del personal e imprecisión de los datos reunidos (p.24).

Las recomendaciones de Pedroso (1968, p.26) se resumían en “formar una mentalidad administrativa”, hacer que los hospitales adoptaran “los principios modernos de administración de negocios”, impulsar una “campaña educativa de largo alcance” dirigida especialmente al “nivel superior de la organización para que, con la catequesis de los

dirigentes puedan difundirse por el hospital las nuevas ideas y los responsables de la dirección se imbuyan de la necesidad de racionalizar el desempeño de sus tareas". Un punto central que se deducía de estas recomendaciones era que debía "crearse una carrera de administración hospitalaria ... y exigirse que haya profesionales así en los hospitales ayudados por el gobierno, con salarios que le permitan dedicarse exclusivamente a esa función y garantías de estabilidad en la misma" (p.31).

En enero de 1958, el experto Hugo Henríquez Frödden presentó su propio informe titulado *Programa de atención médica en un plan de salud pública*, en el cual convocó a reformar la capacitación profesional que tienen los médicos que actúan en el sistema de salud pública. Esta reforma era necesaria ya que

[n]o sigue siendo válido el concepto que una vasta experiencia profesional de un médico pueda capacitarlo en los conocimientos, técnicas y métodos de la administración de salud pública. Vivimos una época en la que – por el desarrollo mismo alcanzado por esta rama de la medicina – se ha creado una nueva profesión para que se atiendan estos problemas. Ya existen métodos conocidos de estadística, epidemiología, ingeniería sanitaria, enfermería etc. que permiten tomar las medidas adecuadas frente a cada problema médico-sanitario (Henríquez Frödden, 1958, p.19).

Henríquez Frödden (1958, p.15) dejaba establecida la necesidad de "dar prioridad a ... la creación de Escuelas de Salud Pública que tengan cursos para perfeccionar médicos sanitarios y directores de hospital. Carreras ambas que son de urgencia impostergable ya que los becados en el extranjero no alcanzarán a llenar todas las necesidades nacionales".

Según el asesor, entre otros factores que determinan la escasez de personal idóneo, como "la inestabilidad en la carrera profesional en todos sus niveles" o "las bajas remuneraciones en todos los cargos y que no estimulan para perfeccionamiento en el terreno técnico-sanitario-administrativo", sin dudas también se cuenta que

no existe una Escuela de Salud Pública con cursos de postgraduados a dedicación completa al estudio durante período suficiente de tiempo. Los cursos para médicos higienistas en las facultades de medicina de Buenos Aires, Córdoba y del Litoral (Santa Fe), consultan dos años teóricos, pero con una a dos clases por semana dictadas de 18 a 20 horas y con profesores ad-honorem. No se han visto los resultados (Henríquez Frödden, 1958, p.28).

En opinión del consultor, si el gobierno argentino deseaba realizar las reformas pertinentes, debía trazarse un programa con objetivos de corto y largo plazo, cuya finalidad última fuera mejorar la formación de médicos tratantes, enfermeras universitarias, visitadoras médico-sociales, dietistas, así como reorganizar sobre bases académico-profesionales la dirección de hospitales, de los servicios de bio-estadísticas y el sistema de fichas clínicas. Para lograr estos objetivos se recomendaba insistentemente una combinación de formación académica (Escuelas de Salud, de Enfermería Universitaria, de Dietética etc.) y una enseñanza práctica a realizarse en los establecimientos hospitalarios en la medida que estos se vayan modernizando. Por último, se aconsejaba "establecer convenios con instituciones y universidades extranjeras para enviar a ellas a estudiar y adiestrarse los técnicos necesarios en: salud pública, ingeniería sanitaria, administración de hospitales, enfermería dietética etc." (Henríquez Frödden, 1958, p.155).

Las consecuencias prácticas que tuvieron estos informes técnicos son varias y resultan inabarcables dentro de los límites de un artículo. Digamos que aún una década más tarde seguían siendo citados frecuentemente en revistas especializadas locales, congresos y reimpresos para promover su lectura entre la comunidad médica local.² En la sección siguiente veremos como muchos de estos argumentos esgrimidos por los consultores cobraron relevancia en los debates locales sobre el mejoramiento de la educación médica.

La renovación de la formación de médicos sanitaristas en el escenario local

La preocupación por inculcar en los médicos nociones como “higiene pública” y “salud de las poblaciones” ya había tenido en Argentina un primer antecedente en el proyecto higienista, cuyo predominio ideológico en sentido amplio podemos ubicar entre 1870 y la década de 1940. De ese período data la cátedra de higiene en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (1873) y, a partir de su experiencia, la creación en 1924 del Instituto de Higiene (renombrado en 1936 Instituto de Higiene y Medicina Social) dependiente de la misma casa de estudios universitarios (Sánchez, 2007, p.29). Esta experiencia dejó en funcionamiento algunos cursos que se ofrecían tanto a médicos (como el Curso Superior de Higiene desde 1936), a estudiantes (curso de higiene) como a maestras normales (curso de visitadora de higiene social) y a partir de 1941 otorgó el título de “médico higienista”, siendo este último el más relevante para la formación de médicos de salud pública (Ramacciotti, 2009, p.79). Por fuera del ámbito universitario, funcionó desde 1911 el Museo Social Argentino, que organizó numerosos congresos y conferencias y devino un espacio de articulación entre investigación en temas de higiene pública, formación sanitaria y discusión política en torno a lo que desde el cambio de siglo se denominaba “cuestión social” y abarcaba temas diversos como el mutualismo, el cooperativismo, la eugenesia, la protección de la infancia y la medicina preventiva. Hacia 1924 se podían escuchar conferencias en la nueva Sección Higiene Social del MSA, por las que pasaron figuras como Augusto Bunge (1877-1943), Manuel V. Carbonell (1878-1954), Bernardo Houssay (1887-1971), Germinal Rodríguez (1898-1960), Guillermo Bosch Arana (1889-1939) etc. Bajo su estructura institucional funcionó también, desde 1930, la Escuela del Servicio Social para la formación de visitadoras sociales con el impulso de los médicos Alberto Zwanck (1884-1958) y Germinal Rodríguez.

Pese a estas experiencias, no se contó en Argentina con una escuela exclusivamente diseñada para formar especialistas en salud pública hasta entrada la década de 1940, lo cual contrastaba con el panorama continental. Ya desde la década de 1920 existían escuelas de salubridad o higiene pública en São Paulo, Brasil (1924), México (1922) y Puerto Rico (1924) y para los años 1940 se sumaron las de Santiago de Chile (1944), Belo Horizonte, Brasil (1946) y Bogotá, Colombia (1948) (Biaggi, 1962, p.23-29). Por esos mismos años, en EEUU ya existían varias escuelas de salud pública universitarias independizadas de las carreras de medicina en las Universidades de Harvard (1913), Johns Hopkins (1916), North Carolina (1940), Michigan (1941), Berkeley (1944), Minnesota (1944) y Columbia (1945) (Bowers, Purcell, 1976). Muchas de estas experiencias habían sido impulsadas por autoridades locales, universidades, pero fundamentalmente organizaciones de filantropía científica como la Fundación Rockefeller. La incidencia de esta última fue notable para

casos como el chileno (Hevia, 2006), pero parece no haber tenido gravitación en Argentina. Más bien creemos que pesaron más los factores internos.

En este sentido, tras el ascenso del peronismo en 1945 y luego de la creación en 1946 de la Secretaría de Salud Pública, fue creada, en enero de 1947, la Escuela Superior Técnica de Salud Pública (Créase..., ene. 1947).

La Escuela Superior Técnica fue hasta 1951 un importante centro de formación específica técnica y profesional en salud pública, que intentó construir un puente desde la medicina de salud pública hacia la arquitectura hospitalaria y la ingeniería sanitaria. Tuvo 590 egresados en medicina del trabajo, medicina sanitaria, gastroenterología clínica, higiene pública y de la vivienda y enfermedades alérgicas y sentó las bases para una política de intercambio académico con universidades extranjeras, comprendidas en el naciente espacio interamericano (Ramacciotti, 2009, p.80).

Ahora bien, el clima de ideas que comenzó a forjarse luego de la caída del peronismo pronto mostró que podía ser propicio para formular nuevos proyectos institucionales. La década de 1960 fue particularmente prolífica en discursos modernizadores. Según Cueto (2013, p.20-21), por “modernización” los actores internacionales que la promovían en diversos niveles entendían un modelo de desarrollo anti populista, que “dependía de la ayuda bilateral, promovía la creación de élites profesionales y la transferencia de tecnología, factores que supuestamente iban a superar la pobreza y la enfermedad”. Este concepto de modernización había sido creado en los años 1950 por intelectuales y expertos de universidades, fundaciones y agencias estadounidenses que pensaban vías alternativas de desarrollo frente a lo que consideraban la amenaza comunista. Más allá de que esto fuera un temor relativamente fundado, el modelo modernizador presentaba un camino evolutivo y ordenado hacia el desarrollo económico y social y reforzaba la autoridad de una elite de expertos extranjeros que eran los encargados de planificar “científicamente” ese despliegue. En este esquema modernizador, la universidad adquiriría un rol importante.

Varios autores coinciden en señalar el período, que se abrió en 1955, como el de una significativa renovación en el campo universitario (Buchbinder, 2005, p.169-190; Sigal, 1991; Terán, 1991) que se caracterizó en los primeros años por un proceso de “desperonización” de las instituciones universitarias (Buchbinder, 2005, p.169-173) y por el restablecimiento de la autonomía y el gobierno tripartito (Rotunno, Díaz de Guijarro, 2003, p.31-35). Desde el período de la intervención de la UBA, bajo el rectorado de José Luis Romero (1909-1977) y luego el de Alejandro Ceballos, y continuando con el rectorado de Risieri Frondizi (1910-1985) en 1957, la Universidad de Buenos Aires encaró un programa de desarrollo científico, técnico y cultural de gran escala. Entre otras reformas, fueron implementadas: la creación de la figura del investigador *full-time*, la creación de nuevas carreras y departamentos (sociología, psicología, antropología, ciencias de la educación) y la extensión de un amplio y sostenido programa de becas hasta 1966. El programa de becas para estudiantes de la UBA, entre 1958 y 1962, llegó a tener 2.570 becarios de grado y financió estudios de posgrado para 220 alumnos en el exterior (Sigal, 1991, p.84-85). Este proceso de modernización incluyó las primeras medidas para la construcción de una ciudad universitaria (Rotunno, Díaz de Guijarro, 2003, p.50-55), la creación de una editorial universitaria, Eudeba, de gran relevancia cultural y éxito comercial, (p.235-250) y un fuerte apoyo a las ciencias

básicas (física y matemáticas, por ejemplo) y aplicadas (como la creación del Instituto de Investigaciones Médicas dirigido por Alfredo Lanari – 1910-1985) (p.203-208).

Pese a esto, en la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA, la matrícula no sufrió grandes variaciones y la agrupación de materias conexas en departamentos tuvo cierta resistencia, pese a lo cual se pudo avanzar en la creación de la figura del investigador médico de tiempo completo y, a partir de 1961, la instauración de las Unidades Docentes Hospitalarias y de las prácticas médicas obligatorias para los estudiantes de medicina. Estas medidas apuntaron a una renovación de la manera de investigar y enseñar medicina y respondían a una discusión que había comenzado en el primer Congreso de Educación Médica (CEM), organizado por la Asociación Médica Argentina en noviembre de 1957 (Romero, 2010, p.663-677). Dicho encuentro se había realizado en Buenos Aires y tuvo por objeto discutir integralmente la formación del médico en la Argentina, desde la enseñanza pre-médica, el ingreso a la facultad, la formación de los profesores, la organización de las especialidades, la situación de los estudiantes y de los graduados, así como la cuestión del ejercicio profesional y la distribución de los médicos en el país. Una de las intervenciones fue la de Guido Ruíz Moreno (1957), titular de la cátedra de higiene de la UBA, quien se refirió a la situación del Departamento de Medicina Preventiva y Social. Retomando recomendaciones de una conferencia sobre medicina social, organizada por la OPS en Viña del Mar, Chile, en 1955, Ruíz Moreno abogaba por la incorporación de temas de higiene en los planes de estudio de las carreras de medicina, con el objetivo de mejorar y ampliar la sensibilidad y competencia de los futuros médicos hacia problemas médico-sociales y formar “médicos integrales con mentalidad social y preventiva, curativa y constructiva”.

Esta propuesta reintroducía un tema que ya se había tratado en varias reuniones científicas internacionales, como vimos más arriba, y se puede decir que era el “programa de máxima” para la generación de médicos con intereses sociales: la reforma integral de los planes de estudios médicos. Dado que este plan no le parecía viable, por varios motivos (entre otros porque no se contaba con profesores suficientes), no existía otra opción que ofrecer cursos para graduados, como el curso superior de higiene y medicina social de la UBA, cuyo titular era el propio Ruíz Moreno. Esto tenía un aspecto positivo en tanto podía complementar la formación de los médicos y mejorar sus saberes higiénicos, pero no alcanzaba los estándares internacionales

Teniendo en cuenta el número de horas destinado a las clases teóricas y a las prácticas en laboratorios, instituciones y centros de sanidad, este curso no provee de una enseñanza que permita decir que el título de médico higienista equivale al de ‘master of public health’ de los EEUU, por ejemplo, o el de ‘sanitarista’, ‘especialista en salubridad’ de Chile. Implica un complemento a la enseñanza dada durante la carrera de médico (Ruíz Moreno, 1957, p.434; énfasis en el original).

Finalizando el año 1957, el nuevo espíritu que atravesaba a la universidad se tradujo en reformas importantes del dispositivo pedagógico y científico de la misma, alentando planes renovadores de diverso tipo. En este contexto y con aquellas recomendaciones internacionales que veíamos más arriba, se fue organizando la primera Escuela de Salud Pública universitaria en la UBA. Se conformó una comisión para clarificar un modelo

para dicha institución (Escuela..., mayo 1958, p.7). Según el legajo administrativo de la escuela, “con la contribución de la Oficina Sanitaria Panamericana, los integrantes de la citada comisión se trasladaron a San Pablo (Brasil) y a Santiago de Chile donde estudiaron la organización y funcionamiento de la Facultad de Higiene de San Pablo y la Escuela de Salubridad de Santiago” (Legajo Espuba, s.f.). En términos generales, la colaboración de la OPS, a través de la oficina local en Buenos Aires (dirigida por Emilio Budnik), fue de vital importancia para todo el proyecto de la Espuba. Un ejemplo de esto son los viajes formativos y el reclutamiento de los recursos humanos. Entre 1958-1959 varios médicos viajaron a formarse a la Escuela de Salubridad de Chile, como Mabel Munist, Juan Pablo Abadie, Vicente E. Mazzáfero y Rodolfo Sobel (Legajo n.61.866, s.f.; Legajo n.67.470, s.f.; Legajo Munist, s.f.; Abadie, 1985). La visita incluía pasar un año en la Escuela de Salubridad de Santiago y participar de clases teóricas y de investigaciones empíricas sobre problemas médico-sociales de las comunidades vecinas.

También ese año la OPS otorgó una beca para David Sevlever, otro integrante de la Comisión, para que este completara su maestría en salud pública en la ESP de Harvard, Boston, EEUU; dicho viaje le permitió al médico tomar contacto con la salud pública norteamericana (Rayez, 2017).

A su regreso, Sevlever redactó un informe titulado *Algunas observaciones sobre la enseñanza de la salud pública y la medicina en los Estados Unidos*. En diez capítulos de redacción sencilla, Sevlever pasaba revista al funcionamiento de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, resumía los principales contenidos y debates de la Segunda Conferencia Mundial sobre Educación Médica, realizada en septiembre de 1959 en Chicago (donde expuso un discurso titulado “Entrenamiento clínico básico común para todos los médicos de la sociedad actual”), realizaba algunas observaciones sobre la American Public Health Association, sobre el Departamento de Salud Preventiva y Salud Pública de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard, sobre la situación de los estudiantes extranjeros en EEUU y otros temas que consideraba relevantes. Sevlever (s.f.) definía la Escuela de Salud Pública de Harvard, como una escuela moderna cuya “actividad va dirigida a formar profesionales y técnicos preparados para actuar en el campo de la investigación científica, la educación en Salud Pública y las tareas propias de la sanidad”.

Más allá de las observaciones de Sevlever, la búsqueda de un modelo para la naciente ESPUBA se daba en un momento en que la educación práctica se estaba imponiendo como método de enseñanza principal (Romero, 2010). Por otro lado, los viajes formativos y de observación a EEUU también se explicaban por un viraje que se estaba operando en la cultura médica local (y latinoamericana). Este cambio implicaba la sustitución del modelo de la medicina francesa y alemana por el sistema norteamericano (Santas, 1976, p.125), proceso alimentado por una batería de becas otorgadas por universidades y organismos con sede en EEUU para médicos y científicos latinoamericanos (Cueto, 2004, p.94).

A tono con recomendaciones internacionales, con una coyuntura local favorable y con apoyo de un organismo internacional, la Espuba fue tomando cuerpo como proyecto durante 1959 y comenzó sus actividades durante el año siguiente.

En la opinión de sus impulsores, la Espuba venía a solventar una carencia local en la formación de médicos de salud pública. Desde el Estado nacional también se compartía

esa visión y fueron implementadas algunas medidas hacia fines de la década de 1950 para mejorar la formación de agentes sanitarios. Una Escuela Nacional de Salud Pública dependiente del Ministerio de Salud nacional fue creada en 1959 (Argentina, 1961, p.19-23). “La idea directriz, se argumentaba en 1961 desde el Ministerio, estuvo orientada a capacitar mentalmente a médicos y auxiliares de la medicina en la planificación, ajuste y aplicación de una política sanitaria eficiente, coherente y funcional” (p.20). Con ese norte se implementaron los cursos de expertos en salud pública destinados a médicos candidatos a dirigir hospitales nacionales. El curso tenía una duración de 890 horas, era anual y constaba de materias como administración sanitaria, administración hospitalaria, salud materno-infantil, estadísticas, epidemiología y sanidad del trabajo. También se creó un bachillerato en sanidad, destinado a jóvenes cursando sus últimos tres años de la educación secundaria. El objetivo era contar con bachilleres capacitados en temas de sanidad y con una base de conocimientos suficientes para orientarlos hacia carreras como médicos o auxiliares sanitarios en la universidad o como futuros agentes del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Los cursos del bachillerato se realizaron en Buenos Aires, Córdoba, La Plata, Rosario, Mendoza, Tucumán y Corrientes (Argentina, 1961, p.23).

Esta escuela funcionó hasta 1962, cuando fue clausurado el proyecto. Hacia los primeros años de la década tanto el funcionamiento de la Espuba, como el de esta experiencia gubernamental siguieron siendo vistos como insuficientes, aunque se reconociera que el camino iniciado era bueno. Según información compilada a principios de los años 1960 por David Sevlever, Carlos Canitrot y Joseba Kelmendi de Ustarán Viana, tanto el curso de médico higienista en la UBA (1941), el curso de higiene y medicina regional de la Universidad de Tucumán (1946), el curso de higiene de la UNLP (1949-1952), el curso de médico higienista de la Universidad Nacional del Litoral (1947-1956), la Escuela Superior de Sanidad (1957-1961) de la misma Universidad, la Escuela Nacional de Salud Pública (1959-1962), como la Espuba, más las incursiones en universidades extranjeras (EEUU, Chile, Brasil, Puerto Rico, Inglaterra) hechas por alumnos argentinos, daban un total de 411 egresados especializados en temas sanitarios (Sevlever, Canitrot, Kelmendi, 1963, p.97-103). En la opinión de estos médicos esta cantidad resultaba escasa, *a fortiori* si solo se contaban los profesionales formados de acuerdo con estándares internacionales fijados por la OPS, pues en ese caso solo ascendían a 154. Por otra parte, según esos criterios, “un administrador sanitario sería necesario para cada área de 50.000 habitantes y un administrador hospitalario para cada hospital con una capacidad mayor a 100 camas” (p.102), razón por la cual “para 1972 sería necesario contar con 550 administradores sanitarios para cubrir el nivel mínimo fijado”. Esto implicaba para los autores, que se estaba ante un déficit de 400 especialistas en salud pública y unos 300 administradores de hospitales.

Consideraciones finales

En este artículo se analizó el conjunto de discursos y condiciones que, en un momento dado, al comenzar la segunda mitad del siglo XX, hicieron factible la promoción de una empresa científica y profesional destinada a formar médicos mejor preparados y más instruidos para las distintas tareas de la salud pública en el plano local. Con ese norte

describimos los principales actores y argumentos en favor de una mayor profesionalización de la salud pública en el plano de la sanidad internacional y a partir de esa idea rastreamos algunas voces que reclamaban una mejora de la educación y formación profesional de los médicos del continente americano. En esa dirección hallamos, en publicaciones periódicas y en actas de reuniones científicas, una serie de observaciones emanadas por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud que, luego de 1945, empezaron a sugerir reformas a la educación médica entre otras innovaciones institucionales. Por un lado, estas recomendaciones fueron muy amplias, en algunos casos iban desde mejorar la formación de grado, ampliar la cantidad de médicos clínicos hasta fundar nuevas escuelas para perfeccionar los saberes higiénicos de los doctores. Por otro lado, no se trató solamente de consejos emitidos desde remotos congresos y simposios centroamericanos sino que se materializaron en diagnósticos concretos, *in situ*, por medio de visitas técnicas que llegaron a la Argentina entre 1956-1957.

Como vimos, las situaciones no eran homogéneas entre los diferentes países que recibían recomendaciones y/o misiones internacionales de técnicos. A diferencia de Brasil o México, donde los desarrollos institucionales en materia de formación en salud pública habían sido más tempranos, en Argentina se habían sucedido varias propuestas durante las décadas anteriores (desde cátedras de higiene, conferencias y otras instancias) destinadas a inculcar, en los galenos, principios y métodos de salubridad pública sin que hubiera fructificado una escuela profesional como en otros países. Como es sabido, en EEUU, desde la segunda década del siglo XX habían comenzado a funcionar escuelas profesionales de nivel universitario. México y Brasil habían creado las primeras pocos años después, con apoyo de la Fundación Rockefeller, lo mismo que Chile a principios de los años 1940. En todos estos casos, la premura por combatir enfermedades en los grandes centros urbanos, aunada al impulso de ciertos médicos prestigiosos que ocupaban roles de autoridad en sus respectivas universidades, más los recursos económicos provenientes de una fundación filantrópica, habían acelerado el proceso de profesionalización de la salud pública por medio de la creación de las primeras escuelas para oficiales sanitarios.

El caso argentino, como decíamos, fue más tardío e incorporó otros elementos, propios del contexto local y del período cultural y político que el país estaba iniciando hacia fines de los años 1950. Como vimos en el artículo, varios factores locales parecen haber sido determinantes para la concreción del proyecto de una Escuela de Salud Pública. En este sentido, el nuevo momento que las universidades comenzaron a experimentar hacia fines de los años 1950, construyeron un ambiente adecuado para diversas propuestas. El accionar de algunos médicos que actuaron como propulsores locales de estas reformas fue fundamental, como los doctores Florencio Escardo y David Sevlever, el primero como decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA y el segundo como director organizador de la escuela. También fueron importantes algunos actores ligados a estructuras tradicionales del campo médico como Guido Ruíz Moreno, titular de la cátedra de higiene en la UBA. Ruíz Moreno formó parte de la comisión que decidió la creación de la escuela, pero, en 1957, también había presentado un trabajo en el primer Congreso de Educación Médica en Buenos Aires sobre la formación de los médicos en higiene y materias conexas. En general, la universidad recibió el proyecto y encaró su realización con buena disposición. Estos

apoyos que muestran que la articulación entre condiciones internacionales y locales es una dinámica significativa y digna de estudiarse en profundidad. Varios estudios históricos recientes (Birn, 2006; Cueto, 2013) van en esta dirección y creemos que la presente contribución abona esas indagaciones.

AGRADECIMIENTO

Este trabajo forma parte de la investigación desarrollada en el Proyecto I+D “El proceso de profesionalización del cuidado sanitario. La enfermería universitaria en Argentina (1940-1970)” de la Universidad Nacional de Quilmes (2019-2020) y del Proyecto “A0003 La enfermería universitaria en Argentina 1952-1969” de la Universidad Nacional de José C. Paz (2017-2020).

NOTAS

¹ El Departamento de Estado, liderado entre 1953-1959 por John Foster Dulles, secretario de Estado durante los mandatos presidenciales de Dwight Eisenhower, fue uno de estos organismos. Bajo su dirección, el Departamento amplió su personal y su red de oficinas regionales, fue creada una Oficina de Asuntos Interamericanos, se incrementó la colaboración con la Organización de las Naciones Unidas y específicamente con la Organización Mundial de la Salud y se comenzó a publicar regularmente un Boletín propio para difundir las tareas realizadas (Cueto, 2013, p.49). En la política exterior del país norteamericano se fue imponiendo el proyecto de aumentar la asistencia técnica, económica y humanitaria hacia América Latina, en aras de lograr la “modernización” de estos países.

² Ver Pedroso (1968).

REFERENCIAS

- ABADIE, Juan Pablo.
Antecedentes títulos y trabajos para optar al cargo de profesor del Departamento de Salud Mental. [S.l.]: [s.n.] (Biblioteca Juan José Montes de Oca, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires). 1985.
- ACTIVIDADES...
Actividades técnicas y médicas. *Crónica de la Organización Mundial de la Salud*, v.1, n.3-4, p.62-65. 1947.
- ALTAMIRANO, Carlos.
Desarrollo y desarrollistas. *Prismas: Revista de Historia Intelectual*, v.2, p.75-94. 1998.
- ARGENTINA.
Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación. *Salud Pública y Bienestar Social*. Buenos Aires: Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación. 1961.
- BECAS...
Las becas de estudio de la OMS en 1947. *Crónica de la Organización Mundial de la Salud*, v.2, n.1, p.3-5. 1948.
- BIAGGI, Nelson.
Generalizaciones respecto al informe del Dr. James L. Troupin sobre la visita a escuelas de salud pública en la América Latina. In: Segunda Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública, 1962, Caracas. *Actas...* Washington: Pan American Health Organization. p.23-29. 1962.
- BIRN, Anne-Emanuelle.
Marriage of convenience: Rockefeller international health and revolutionary Mexico. Rochester: University of Rochester Press. 2006.
- BIRN, Anne-Emanuelle; BROWN, Theodore.
Comrades in health: U.S. health internationalists, abroad and at home. New Jersey: Rutgers. 2013.
- BIRN, Anne-Emanuelle; PILLAY, Yogan; HOLTZ, Timothy.
Textbook of international health: global health in a dynamic world. New York: Oxford University Press. 2009.
- BLANCO, Alejandro.
Razón y modernidad: Gino Germani y la sociología en Argentina. Buenos Aires: Siglo XXI. 2006.
- BOWERS, John; PURCELL, Elizabeth.
Escuelas de Salud Pública, presente y futuro. Buenos Aires: El Ateneo. 1976.
- BUCHBINDER, Pablo.
Historia de las Universidades argentinas. Buenos Aires: Sudamericana. 2005.

CRÉASE...

Créase la Escuela Superior Técnica de Salud Pública. *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, p.88. ene. 1947.

CUETO, Marcos.

La salud internacional y la Guerra Fría: erradicación de la malaria en México, 1956-1971. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México. 2013.

CUETO, Marcos.

El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.: OPS. 2004.

CUETO, Marcos; BROWN, Theodore; FEE, Elizabeth.

El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud. *Apuntes*, v.38, n.69, p.129-156. 2011.

ESCUELA...

Escuela de Salubridad. *Boletín de Informaciones de la UBA*, p.7. mayo 1958.

FARLEY, John.

Brock Chisholm, the World Health Organization, and the Cold War. Vancouver: UBC Press. 2008.

FARLEY, John.

To cast out disease: a history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951). New York: Oxford University Press. 2004.

FORMACIÓN...

Formación profesional y técnica de personal médico y auxiliar. *Crónica de la Organización Mundial de la Salud*, v.4, n.4, p.130-134. 1950.

HENRÍQUEZ FRÖDDEN, Hugo.

Programa de atención médica en un Plan de Salud Pública. S.I.: s.n. (Biblioteca David Selever de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires). 1958.

HEVIA, Patricio.

Los inicios de la Escuela de Salubridad de Chile: 1943-1957. *Revista Chilena de Salud Pública*, v.10, n.3, p.170-176. 2006.

LAGUADO DUCA, Arturo.

La construcción de la cuestión social: el desarrollismo post-peronista. Buenos Aires: Espacio. 2011.

LAGE, Guillermo.

Educación en Salud Pública. In: Congreso Interamericano de Higiene, 1., 1953, La Habana. *Actas...* La Habana: Oficina Sanitaria Panamericana. p.339-345. 1953.

LEGAJO N.61.866.

Legajo perteneciente a Vicente Enrique Mazzáfero (Archivo Histórico Central de la

Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires). s.f.

LEGAJO N.67.470.

Legajo perteneciente a Rodolfo Sobel (Archivo Histórico Central de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires). s.f.

LEGAJO ESPUBA.

Legajo de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires, t.3 (Archivo Histórico Central de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires). s.f.

LEGAJO MUNIST.

Legajo perteneciente a la Dra. Mabel Munist (Archivo Histórico Central de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires). s.f.

MEDIDAS...

Medidas de organización. *Crónica de la Organización Mundial de la Salud*, v.1, n.3-4, p.47-61. 1947.

MOLINA, Natalia.

Fit to be citizens? Public health and race in Los Angeles, 1879-1939. Los Angeles: University of California Press. 2006.

NOTAS...

Notas y noticias. *Crónica de la Organización Mundial de la Salud*, v.8, n.5, p.38-39. 1954.

OSP.

Oficina Sanitaria Panamericana. *Memoria del Primer Congreso Interamericano de Higiene*. La Habana: Oficina Sanitaria Panamericana. 1953.

PEDROSO, Odair Pacheco.

Informe presentado por el consultor en administración de hospitales de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Odair P. Pedroso, 1956. Buenos Aires: Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires. 1968.

PREPARACIÓN...

Preparación de personal médico y auxiliar. *Crónica de la Organización Mundial de la Salud*, v.4, n.4, p.191-192. 1950.

PROGRAMA...

Programa de becas de estudio de la comisión interina. *Crónica de la Organización Mundial de la Salud*, v.2, n.7, p.175. 1948.

RAMACCIOTTI, Karina.

La política sanitaria del peronismo. Buenos Aires: Biblos. 2009.

RAYEZ, Federico.

Salud pública y organismos internacionales en la trayectoria académico-profesional del doctor

David Sevlever. *Apuntes*, v.44, n.80, p.105-130. 2017.

ROMERO, Hernán.

Comentarios a la disertación del Dr. Guillermo Lage. In: Primer Congreso Interamericano de Higiene, La Habana. *Actas...* La Habana: Oficina Sanitaria Panamericana. p.346-350. 1953.

ROMERO, Lucía Ana.

La Facultad de Medicina en el marco de los procesos de modernización y profesionalización académica en la Universidad de Buenos Aires, 1955-1958: temas en debate y frentes de convergencias. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.17, n.3, p.663-677. 2010.

ROTUNNO, Catalina; DÍAZ DE GUIJARRO, E. (Ed.).

La construcción de lo posible: la Universidad de Buenos Aires de 1955 a 1966. Buenos Aires: Libros del Zorzal. 2003.

RUÍZ MORENO, G.

Enseñanza de la medicina social y preventiva. *Revista de la AMA*, v.71, n.11-12, p.431-435. 1957.

SÁNCHEZ, Norma Isabel.

La higiene y los higienistas en la Argentina. Buenos Aires: Sociedad Científica Argentina. 2007.

SANTAS, Andrés A.

Las escuelas de Salud Pública en América Latina. In: Bowers, John; Purcell, Elizabeth. *Escuelas de Salud Pública: presente y futuro*. Buenos Aires: El Ateneo. p.124-133. 1976.

SEVLEVER, David.

Algunas observaciones sobre la enseñanza de la Salud Pública y la Medicina en los Estados

Unidos. (Biblioteca David Sevlever de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires). s.f.

SEVLEVER, David; CANITROT, Carlos Hernán; KERMENDI DE USTARÁN VIANA, Joseba.

Formación de profesionales para la salud pública. *Revista de Salud Pública*, v.2, n.6, p.97-103. 1963.

SIGAL, Silvia.

Intelectuales y poder en la década del sesenta. Buenos Aires: Punto Sur. 1991.

STEPAN, Nancy.

Eradication: ridding the world of diseases forever? London: Reaktion Books. 2011.

TERÁN, Oscar.

Nuestros años sesentas: la formación de la nueva izquierda intelectual en la Argentina 1956-1966. Buenos Aires: Punto Sur. 1991.

VERONELLI, Juan Carlos; TESTA, Analía.

La OPS en la Argentina: crónica de una relación centenaria. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud. 2002.

VERONELLI, Juan Carlos; VERONELLI CORRECH, Magalí.

Los orígenes institucionales de la salud pública en Argentina. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud. 2004.

WEINDLING, Paul. (Ed.).

International Health Organizations and Movements, 1918-1939. Cambridge: Cambridge University Press. 1995.

