



Vida de sanitarista

Mario Hamilton



Colección Cuadernos del ISCo

Títulos publicados (para acceder a los libros, pulsar en el título)

SERIE SALUD COLECTIVA

El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX
Lilia Blima Schraiber, 2019

Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones
Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019

Morir de alcohol: saber y hegemonía médica
Eduardo L. Menéndez, 2020

Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias
Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (compiladoras), 2020

Pensar en salud
Matio Testa, 2020

Adiós, señor presidente
Carlos Matus, 2020

Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Gestión en salud: en defensa de la vida
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI
Jairnilson Silva Paim, 2021

Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina
Sonia Fleury, 2021

Teoría del juego social
Carlos Matus, 2021

La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad
Luis David Castiel, Carlos Alvarez-Dardet, 2021

SERIE CLÁSICOS

Política sanitaria argentina
Ramón Carrillo, 2018

Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores
Instituto de Medicina del Trabajo, 2019

Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo
Josué de Castro, 2019

La salud mental en China
Gregorio Bermann, 2020

SERIE DIDÁCTICA

Teorías dominantes y alternativas en epidemiología
Marcelo Luis Urquía, 2019

Método Altaír de planificación popular
Carlos Matus, 2021

SERIE INFORMES TÉCNICOS

Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014
Instituto de Salud Colectiva, 2020

Vida de sanitarista

Mario Hamilton



EDUNLA
COOPERATIVA

Secretaría de Investigación y Posgrado

Hamilton, Mario

Vida de sanitarista / Mario Hamilton. - 1a ed revisada. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2021.

Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Clásicos ; 20)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-4937-96-4

1. Salud Pública. 2. Pediatría. 3. Historia. I. Título.

CDD 362.92

Colección *Cuadernos del ISCo*
Serie *Clásicos*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Jorge Arakaki, Ignacio Yannone*

Coordinación editorial de esta obra: *Ignacio Yannone*

Fotografía de tapa: *Mario Hamilton y Susana Badino en Mar del Plata, 1965.*

Corrección de estilo: *Wanda Hamilton*

Diagramación: *Viviana Martinovich*

© 2021, Susana Badino

© 2021, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-4937-96-4

DOI 10.18294/9789874937964

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727. edunla@unla.edu.ar

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Wertheim"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958. <http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons

Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0.

Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.



*Mario a los 4 años, con su mamá, hermanos y prima.
Buenos Aires, 1937.*



Mario Testa, Mario Hamilton y Susana Badino. Foto tomada en 1970, gentileza de Sara Novaro.

Mario Hamilton

Se graduó en Medicina en la Universidad de Buenos Aires, en 1958, y se especializó en Pediatría. Su interés por la salud pública lo llevó a realizar el curso de posgrado de la Escuela Nacional de Salud Pública de Buenos Aires, en 1963, y el *Master of Science* en Población en la Universidad de Michigan, en EEUU. Desde entonces, su actuación profesional se desarrolló en tres áreas íntimamente relacionadas: sistemas de información, investigación y planificación en salud. En 1963, fue contratado por el Ministerio de Salud Pública para implantar, en la provincia de Tucumán, el Programa de Estadísticas Vitales e Información Básica para los Servicios Públicos de Salud, experiencia que fue ampliada a todo el territorio argentino. La crisis política en la Argentina y el consiguiente golpe militar, ocurrido en 1976, lo llevaron a exiliarse en Brasil. En las palabras de Sonia Fleury, actual presidenta del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes): "...Mario nos enseñó la importancia de la gestión, desde su actuación como consultor en el Proyecto Montes Claros hasta el montaje, como vicepresidente, del sistema de planificación participativo de la Fiocruz. Sin su capacidad de planificación y gestión, nuestros ideales democráticos no se hubiesen concretizado, nos enseñaba. Aunque fuera necesario, para esto, reinventar la propia planificación y las formas de gestión democrática. Para lo cual, dominar la técnica y plantearla como parte de la política era imprescindible. [...] Quien convivió con él sabe que era una experiencia única, como un tango: intensa, agresiva, radical, seductora. [...] Mario era un hombre generoso, que quería compartir sus conocimientos, compromisos y pasiones con los compañeros brasileños, con quienes creó una hermandad". Pocos días después de su fallecimiento, Mario Testa escribió un sentido homenaje, en el que decía: "Mario Hamilton murió, como vivió, sorprendiéndonos a todos con una de esas piruetas a las que nos tenía acostumbrados pero que siempre aparecían como una novedad, con esa increíble carga de creatividad que era su sello de garantía. He conocido solo tres personas que tuvieran la creatividad de Mario para enfrentar situaciones difíciles y conflictivas. Pero él era superlativo en esto. Su capacidad para resolver problemas lo hacía imprescindible a la hora de conseguir que algo que parecía imposible pero necesario lo llevara a identificar con claridad que había que cambiar las reglas del juego. [...] Sus contribuciones para la salud pública latinoamericana son históricas y ameritan una reflexión mayor. El terreno principal de sus actividades fue Brasil, en especial en la Fundação Oswaldo Cruz, tanto en la Escola Nacional de Saúde como en la Superintendencia Administrativa de la Fundación, aunque no es menor lo que aportó en nuestro país, donde siempre soñé con verlo a cargo del Ministerio de Salud Pública. [...] Compartimos muchos trabajos, tristezas y alegrías aquí, en Buenos Aires, en Río de Janeiro y en Caracas y siempre aprendimos el uno del otro hasta no saber quién había pensado qué cosa. Lo que escribí acerca de salud es tanto suyo como mío. Fue el hermano menor que no tuve y uno de los hombres que amé en mi vida". Fragmentos de "[Homenaje a Mario Hamilton \(Buenos Aires 1932 - Río de Janeiro 2008\)](#)", publicado en la revista científica *Salud Colectiva*.

Índice

Una vida de novela	IX
Algunas palabras	XV
Introducción	1
Capítulo 1. De la Medicina a la Salud Pública	5
Capítulo 2. Salud Pública	23
Capítulo 3. Rumbo a los Estados Unidos de Norteamérica	41
Capítulo 4. Ideología, política y métodos	47
Capítulo 5. Inserción política	59
Capítulo 6. En Brasil rumbo a Montes Claros	77
Capítulo 7. En Brasil rumbo a Río de Janeiro	89
Capítulo 8. Institucionalización	109
Capítulo 9. Lo que Mario no llegó a contarnos	121
Epílogo	131
Bibliografía	132
Homenajes	133

REPUBLICA



ARGENTINA

Región Militar

Distrito Militar 13 A

Oficina enroladora de Sección 5ª

Matrícula individual N.º 4091777

Clase de 1932 (el año de nacimiento)

Libreta de enrolamiento del ciudadano Dalton

Mario HAMILTON

nacido el 15 de Agosto de 1932
en Cap. Fed.



REGISTRO CIVIL DE LA CAPITAL
SECCIÓN 5ª
REPUBLICA ARGENTINA

— 1 —

EDUARDO ALBERTO QUIAN BOLANDI
JEFE DE SECCIÓN
REGISTRO CIVIL

Su documento de enrolamiento, a los 18 años. Se llamaba Dalton Mario, pero sin saber el porqué fue solo Mario toda su vida.

Una vida de novela

Mario Testa

Parafraseando a John Berger: *¿por qué escribe un hombre su autobiografía? Uno de los motivos, entre otros muchos, es el mismo que el que lleva a cualquier persona a querer que la retraten. Para producir pruebas, unas pruebas que seguramente le sobrevivan, de que ha existido.*

Pero hay más; ya nos lo había advertido René Lourau en *El diario de investigación* cuando afirma que en un informe de investigación existen dos tipos de páginas: en las de la derecha se encuentran los resultados alcanzados y las vías para llegar a ellos, en tanto que en las de la izquierda (simbólica) se encuentra lo que el autor llama la escritura “sinistra” conformada por todos los avatares que atraviesa el investigador en su cotidianidad. Podría afirmarse que hay dos sujetos que escriben: el sujeto epistémico redacta las páginas diestras y el sujeto de la vida hace lo propio con las siniestras.

Esos dos sujetos son, en la realidad, uno solo, que ocupa el cuerpo que —transitoriamente— habitamos durante el paréntesis que es la vida (Benedetti *dixit*), pero se transforman el uno en el otro como lo he descrito durante el proceso de investigación en mi libro *Saber en salud*, mediante el despojamiento simbólico de las características “sentimentales” del sujeto a secas, de manera que el sujeto epistémico suspende sus afectos, no padece de hambre, ni de apetitos sexuales, ni tiene sueño, ni siente frío o calor, ni tantas otras cosas que hacen a la cotidianidad. Quienquiera haya participado en procesos de investigación conoce sin duda esa sensación de despojamiento durante las fases importantes de su trabajo.

Un ejemplo que ya nos acostumbramos a denominar “paradigmático” es el libro *The Double Helix* donde James Watson relata ese famoso descubrimiento realizado junto con Francis Crick (y Rosalind Franklin, posteriormente ignorada en los créditos), incluyendo algunas deliciosas páginas “siniestras” (creo recordar) donde se describe de manera no muy “*sancta*” el intento de acercamiento a jovencitas inglesas por las tranquilas calles de Cambridge (Watson no llegaba por entonces a los treinta años y era soltero).

Este libro entre manos no es un informe de investigación sino el relato de una vida apasionante, pero incluye un minucioso informe de acciones en el terreno de la salud desde el punto de vista organizativo y administrativo, que son un aporte fundamental para la comprensión y el desarrollo de esas actividades en América Latina, en particular en Brasil y Argentina. Pero no me dedicaré a comentar esa escritura “diestra”, para ello están las páginas del libro. Tampoco hablaré de lo que sentí ante la muerte de mi amigo, quien no pudo terminar la redacción de este texto, tarea que cumplió su compañera del viaje por la vida. Mis sentimientos aparecen en la nota que escribí al saber de su desaparición, texto que se incluye al final de este libro, al que refiero.

Sí intentaré referirme a un aspecto particular del contenido “siniestro” que aparece delineado en varias partes del libro y que en algún momento de nuestra vida común constituyó casi (no llegó a formularse como tal) un proyecto de investigación. También intentaré dar cuenta del porqué del fracaso.

Tratamos, junto con Wanda Hamilton, de indagar en las razones que pueden explicar el extraordinario fenómeno de la creatividad de Mario. Para ello utilizamos las entrevistas que un equipo de la Fiocruz realizó con él y que están reflejados en el texto de este libro (los registros aún deben estar en alguno de los vericuetos de esta máquina con la que estoy escribiendo). También concurrí a la Facultad de Arquitectura de la Universidad de Buenos Aires donde se desarrollaba un seminario sobre creatividad (la arquitectura proclama ser una de las disciplinas profesionales más creativas, pero estoy seguro que si hubiera invitado a Mario a acompañarme me hubiera hecho una contrapropuesta: ¿por qué mejor no nos vamos a un boliche a escuchar tangos y tomarnos unos vinos?) y tuve largas charlas con Carlos Iraldi (luthier emérito, creador de muchos de los instrumentos no convencionales de Les Luthiers). Pero no fuimos suficientemente creativos y todo quedó ahí, como uno más de la larga serie de fracasos que jalonan mi vida. Nos quedamos sin saber cuál era el origen de la forma en que Mario enfrentaba y resolvía los problemas que se le presentaban en muy diversos aspectos de la vida.

Ese tema está parcialmente tratado, como decía, en las páginas “siniestras” del libro, al hablar sobre una de las pasiones del autor, los juegos de cartas, que bien pudieran figurar en algún texto sobre teoría de juegos. Mario insiste en su falta de formación matemática, a pesar de que en sus actividades surge la evidencia de un rigor lógico solo comparable a un sólido fundamento matemático, pero esto no alcanza para dar cuenta de la capacidad de resolver problemas complejos. Y aquí entra otro elemento que es necesario tomar en consideración.

Esta historia —la de Mario— como toda otra, tiene que reflexionar sobre la duplicidad que integra a los individuos con la sociedad. Y sabemos —nos lo dijo Popper—, que no hay historia teórica, sino que es una construcción (una “lectura”, dirían algunos) de acontecimientos que ocasionamos y que nos conforman; dirán Berger y Luckman: “la sociedad es un producto humano. La sociedad es una realidad objetiva. El hombre es un producto social”.

Y el relato de Mario cuenta esto; él no va a la salud pública (o medicina social, o salud colectiva) con un bagaje teórico que le permita actuar en lo que va a ser el gran desarrollo de su profesionalidad, sino que es, literalmente, vivido por las circunstancias que enfrenta, empezando por la provincia de Tucumán pero también en muchos otros sitios del interior de Argentina, como los viajes que realizaba en el tren sanitario que recorría algunos de los lugares dejados de la mano de Dios, igual que en el famoso relato de *Cristo si é fermato a Eboli* que nos regaló Carlo Levi. Y esos recorridos siguieron después en Brasil, que en conjunto desencadenaron lo que podría llamarse la “invención organizativa” que ningún libro ni ninguna formación académica hubieran podido darle.

Él sabía (o intuía, que para él era casi lo mismo) que los libros son una barrera para el pensamiento (creo haber formulado este aserto mucho antes de conocerlo;

¿vidas paralelas?), exageración para un lector empedernido, pero como toda exageración con una pizca (o algo más) de verdad.

En un intento de aclarar lo que acabo de escribir, apelo a un recuerdo de mis años venezolanos cuando trabajaba en el Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela. Juan Carlos Portantiero daba una conferencia y llamaba a la confrontación directa de los hechos sociales para hacer propuestas realmente creativas y eficaces. Fue criticado duramente por un economista presente en la sala, militante de un grupo de izquierda (de los grupos que después la izquierda brasileña llamaría “*esquerda festiva*”) diciendo lo que en mi recuerdo suena como: ¿qué es esa sensualidad de andar todo el tiempo frotándose con la realidad? A lo que el Negro respondió sin vacilar: “prefiero —dijo— esa sensualidad, a la liturgia de la lectura de los libros sagrados” (creo que no se refería ni a la Biblia, ni a la Tora, ni al Corán).

O sea que la cosa está entre la sensualidad y la liturgia, comentó alguien a mi lado en aquel momento. Y de inmediato surgió en mi mente otra historia donde estos dos relatos aparecen de una manera formidable. Me refiero a la epopeya de Heinrich Schliemann, padre de la arqueología, quien después de enriquecerse con el comercio durante cuarenta años, montó una expedición destinada a encontrar la ciudad de Troya, en cuya existencia real nadie creía (hablamos de las décadas octava y novena del siglo XIX). Digo que esa aventura bien puede ser considerada un acto litúrgico.

En tanto desde la misma Troya, unos treinta siglos atrás, después de pelear en la guerra, Odiseo comenzaba su largo viaje de regreso a su isla de Ítaca, donde la fiel Penélope le esperaba. Pero el viaje se desvió porque el dios Poseidón así lo dispuso, y durante diez años ambuló por el mundo de esa época atravesando muy sensuales avatares (la magia de Circe en las costas del norte de África, el canto de las sirenas en el estrecho de Mesina, la seducción de la ninfa Calypso en la isla Ogygia del mar griego) con el agregado no de una sino de dos mitologías, expresadas en el nombre latino de Odiseo: Ulises.

La contradicción de esta historia es que lo que aparece como menos verdadero, lo litúrgico, tiene como resultado algo muy verdadero como el descubrimiento no de una sino de siete ciudades superpuestas en el lugar excavado por Schliemann e identificado en base a los relatos de Homero: la *Iliada* y *La Odisea*. Y por otra parte lo que parece en principio ser más verdadero (ese “frotarse con la realidad”) es una construcción literaria cuyos personajes son sospechados de falsedad y cuyos episodios descritos son obviamente falsos (ni Circe era maga, ni las sirenas existentes, y aunque es de esperar que Calypso fuera tan seductora corno se le atribuye no se puede obviar el hecho de que era hija del Titán Atlas, o en otras versiones de Tethys y Oceanus, o era una de las Nereidas). ¿Y qué tiene que ver todo esto con este libro? Ahí vamos.

Mario era más del tipo Ulises-Odiseo que schliemanniano. Su enfrentamiento era directo con la vida, desde su preadolescencia cuando comienza a trabajar sin la preparación previa que otros requieren, pasando por los muchos sitios donde ejerció su actividad de médico pediatra, pero también como administrador y

organizador, siempre transitando por el barro de la historia, produciendo hechos no contaminados por lo que los libros enseñaban (libros que habían sido escritos en realidades diferentes: Europa, EEUU) dando así respuestas eficaces a una pregunta no formulada todavía que es la que se refiere al contexto histórico social. Mario no necesitaba la pregunta porque estaba dentro de ese contexto. Y así fue generando teoría sin decirlo. Habría que rastrear los informes donde describía lo que había hecho para encontrar las pruebas fehacientes de esta afirmación. Entró por la sensualidad (falsa, de Ulises-Odisseo) para reencontrarse con la fuerte realidad schliemanniana de los resultados eficaces.

En mis trabajos hay dos preguntas centrales que se repiten a lo largo de los varios textos escritos: una se refiere al contexto de las situaciones enfrentadas. Y esta es la razón por la que cometí la audacia de afirmar que los libros son barrera del pensamiento; porque si los libros en los que basamos nuestro quehacer fueron escritos en contextos diferentes al nuestro, no nos sirven porque no están en el contexto adecuado. La pregunta entonces es: ¿en qué contexto? La segunda pregunta se encuentra estrechamente ligada con la anterior, tanto que se podría derivar de ella y es: ¿cuál es la teoría de organización que corresponde a las organizaciones de los países capitalistas, subdesarrollados y dependientes (CSD)? Lo que esta pregunta afirma es que la teoría de organización generada por los países capitalistas, desarrollados e independientes no nos sirve (tampoco la de los países socialistas) y que no hay (no había hasta hace muy poco) una elaboración propia de la circunstancia señalada (países CSD).

Lo que hoy no podría responder es si las preguntas que formulé (de manera explícita) son anteriores o posteriores a la actividad desarrollada por Mario, es decir, si al formular las preguntas tenía ya de alguna manera en mente las respuestas generadas en forma implícita, no explícita, por esa actividad. Pero no intentaré siquiera formular con algo más de rigor este dilema ovogallináceo. Solo afirmo que aquí reaparecen los dos sujetos que conforman al sujeto Mario: el de la vida (explícito) y el epistémico (implícito) o, si se quiere, el redactor de las páginas siniestras y el de las páginas diestras.

Pero además en su viaje profesional tomó contacto con instituciones de muy disímil nivel de complejidad: de un simple servicio de un hospital de provincia, pasando por el Centro de Salud de Montes Claros que en alguna oportunidad llamé “organización por el caos”, hasta la hipercomplejidad de la institución de salud de mayor tamaño y variedad de América Latina: la Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), donde desplegó su máxima potencialidad de organizador-administrador. Sus logros allí recibieron el muy merecido reconocimiento de la máxima autoridad de Brasil. En todos esos sitios aportó análisis precisos, soluciones imaginativas, desarrollos oportunos, procedimientos eficaces.

La sensualidad de Mario tuvo también otros reconocimientos: así lo expresa en las páginas siniestras al mencionar no solo los juegos de cartas o el billar, el amor por la música y sobre todo el tango, sin dejar de lado aquellas “gambas de novela”.

Pero hay más, que tiene que ver con las dos vertientes de la historicidad, ya mencionada en este texto, traducida en dos aspectos de vital importancia en la construcción de su identidad: el Mario educador y el Mario militante.

Él mismo se define como profesor prolijo y es claro para cualquiera que haya oído sus presentaciones que la prolijidad era producto de la lógica rigurosa que aplicaba en sus prácticas profesionales. Pero no era solo cuando exponía que se podía identificar esa característica pedagógica, sino también en la manera como organizaba las clases, de modo que había un intercambio permanente con los alumnos, lo que lograba que tanto el profesor como los alumnos “aprendieran” o, se podría decir, creaban un conocimiento compartido (siempre pensé que para realmente “aprender” un conocimiento hay que inventarlo, de lo contrario es una simple memorización). Y tal vez el ejemplo máximo ligado al educador Mario Hamilton sea la experiencia de Montes Claros, donde se respiraba la atmósfera de libertad que reclamaba Paulo Freire.

La actividad educativa de Mario no se limitaba al aula. También en su tarea de administrador y organizador enseñaba y transmitía saberes y prácticas. Pruebas de ello van desde los remotos tiempos de la encuesta de morbilidad en Argentina hasta los multitudinarios congresos internos de la Fiocruz, donde su presencia era un estímulo permanente para que todos los funcionarios, de cualquier nivel, pensarán con fervor militante los procesos de la actividad.

Y es precisamente la militancia el otro aspecto que deseo destacar. Porque toda su vida fue eso que postulé como la forma de incorporación de los descubrimientos que se realizan en las disciplinas que forman parte de las ciencias sociales. Esos productos no se incorporan a las prácticas profesionales mediante lo que es habitual en las ciencias fácticas —la incorporación tecnológica— sino a través de lo que llamé la militancia sociopolítica del científico social, de la que es un ejemplo —otra vez— paradigmático, el recorrido profesional de Mario.

El compromiso militante de Mario era permanente, desde los tiempos de los equipos político-técnicos en Argentina, hasta la solidaridad política en el exilio primero y ya incorporado en plenitud a la vida brasileña, desde donde irradió ese compromiso hacia los diversos movimientos que luchaban con la consigna de la salud como deber del Estado y derecho del pueblo (CEBES, ABRASCO, el “partido sanitario”), y el permanente intento de una práctica centrada en la creación de un Servicio Único de Salud (PIASS, SUS).

Termino apuntando que los dos últimos aspectos de la vida de Mario señalados —educación, militancia— son la concreción de lo que más arriba llamé las dos vertientes de la historicidad: la que transforma a los individuos para devolverlos a la vida cotidiana como mejores sujetos de la vida y la que tiende a transformar las sociedades en un mundo mejor, de cuya posibilidad tanto él como yo estábamos convencidos.



*Homenajeando a Mario Testa durante el Congreso Interno de la
Fundación Oswaldo Cruz, Río de Janeiro, 1988.*

Algunas palabras

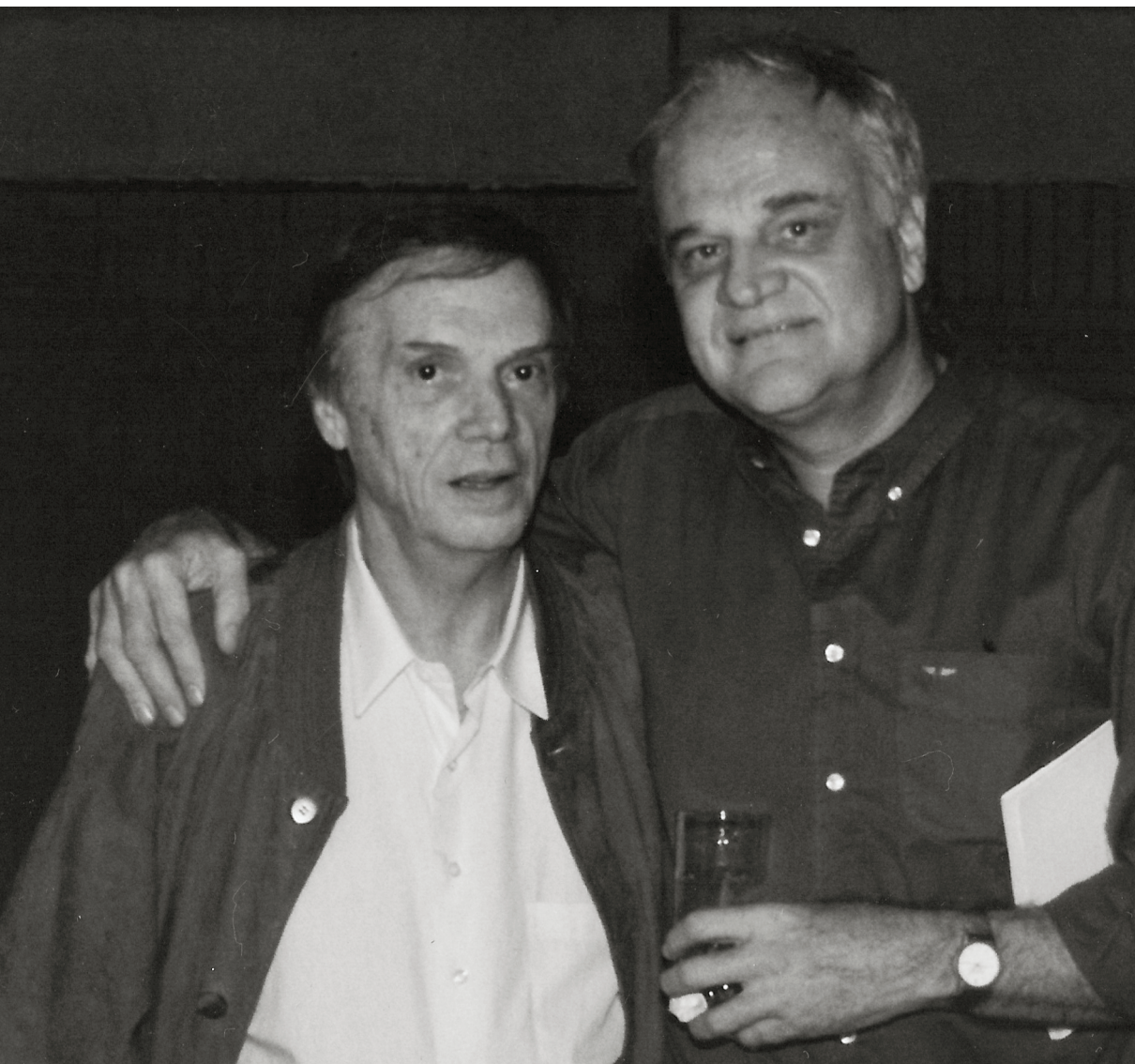
Susana Badino

Mario, querido; una vida espléndida e intensa que cesó súbitamente la dolorosa madrugada del 25 de Julio de 2008. Amoroso compañero, inseparable, vivaz, lleno de proyectos, inteligente y movedido; sin adiós, nos hemos quedado huérfanos.

Él comenzó a escribir estos recuerdos y no llegó al final. Yo he tratado de recuperar y concluir sus memorias, con mucha ansiedad y nostalgia pues esto significó evocar momentos, experiencias, historias; en fin, largos años de compartir lo hermoso y lo penoso de nuestro azaroso recorrido.

Sin embargo, como dice García Márquez, “la memoria nos hace trampa, recordamos aquello que nos impactó positivamente y tratamos de olvidar lo negativo”. Así, y porque él era un optimista, deseo preservar la felicidad y el orgullo de haber sido su compañera y cómplice.

Al porteño-carioca, como se autodenominaba, va, con amor, nuestro homenaje.



Con Paulo Buss, en el Clan Café, el café del clan Hamilton en Río de Janeiro, 2001.

Introducción

Esta es la historia de mi vida profesional, centrada, egocentrada, en los asuntos que tienen que ver con la formación de un sanitarista: su ideología, política, teoría, métodos y estrategias.

Los personajes —amigos, compañeros de trabajo y otros, más hermanos que compañeros— que aparecen en el relato son aquellos que me influenciaron y enriquecieron en mi andar por la vida, no solo en mi actividad profesional sino también en lo personal. Recuerdo poco —o no los quiero recordar— a aquellos cuyo interés era individual, a los oportunistas, vanidosos sin fundamento (porque existen los que tienen justificativos para ser vanidosos).

A través de mi historia en la salud trato proyectos en los cuales tuve la suerte de participar, personajes que trabajaron y que merecen ser recordados, muchos de ellos casi anónimos: no escribieron libros, no ocuparon cargos importantes, pero fueron militantes incondicionales de la salud.

Estas páginas contienen casi cincuenta años de historia de la salud. El paño de fondo es la situación política y social y cómo ella fue alterando enfoques y comportamientos para llegar a una casi triste actualidad.

Nací en Buenos Aires el 15 de agosto de 1932. Soy el menor de cuatro hermanos y más que un hijo fui casi el nieto de mi padre: cuando nació, él, Eduardo, tenía 65 años, y mi madre, Francisca, un poco más de 40.

Mi padre, uruguayo, de una familia acomodada que en el siglo XIX poseía tierras y una carbonera, era un personaje atípico. Cuando murió mi abuelo, alrededor del 1900, hizo un acuerdo con su hermana, mi tía Matilde, para que ella se quedara con el patrimonio de la familia y le compensara en dinero lo que correspondiera para seguir su vida. Pasó años viajando por Europa y América. Era bohemio, creativo, y quemó lo que restaba de la herencia familiar en un instituto médico de curas alternativas, anticipando la importancia de lo psicosomático. Obviamente, como ocurría con todos los proyectos que inventaba, poco después fracasó. Hoy proliferan en el mercado hierbas, mantras, flores de Bach, que armonizan el yin y el yang para mejorar la salud. Mi viejo estaba fuera de época. Varios años después, revisando sus papeles, encontré un carnet de periodista del diario chileno *El Mercurio*.

Tengo recuerdos vagos de mis primeros años de vida. Aparecen algunas imágenes de una corta etapa de abundancia: una casa grande, un petit hotel en Acoyte y Rivadavia con cocinera, mucamas y ayas uniformadas.

Ya a mediados de los años treinta, en plena decadencia económica, nos mudamos al barrio de Flores. Alquilábamos un departamento con balcón a la calle, en una construcción típica de la época: corredor largo lateral, que daba acceso a otros dos departamentos al final del corredor.

Al pan y la leche los entregaban en la puerta de casa, transportados en un carro con caballos. También pasaba periódicamente un “turco” ofreciendo frutas

y verduras. Algunos días de la semana, por la tarde, desfilaban un par de vacas que con el tintineo de sus campanillas en el pescuezo ofrecían la posibilidad de comprar leche fresca ordeñada al “pie de la vaca”.

La mayoría de las calles eran de tierra; era un barrio de casas quintas, con paredes cubiertas de hiedras, balcones coloridos con malvones, jardines perfumados con rosas, jazmines y glicinas. Estas últimas desaparecieron del verano porteño así como los sabañones del invierno.

Precozmente, a los cinco años, aprendí a leer y escribir, sumar, restar, multiplicar y dividir. Mi padre me traía a la cama el diario *La Prensa* donde leía con interés las noticias sobre la Segunda Guerra Mundial, que se estaba iniciando.

La vida estaba restringida a la casa y al barrio. Por la mañana se hacían las compras en el almacén del gallego de la esquina, en la verdulería y en la carnicería; por la tarde íbamos a pie a la escuela pública y al volver hacíamos los deberes. El programa familiar era escuchar la radio: noticias con el *Reporter Esso*, novelas con Osear Casco, concursos de preguntas y respuestas, noches de tango y comentarios con Wimpi y Discépolo, este con los monólogos críticos de su personaje “Mordisquito”.

La diversión consistía en robar mandarinas, kakís e higos en las quintas, asar papas y batatas en las fogatas de los terrenos baldíos, construir radios a galena, armar tanques de guerra con los carretes de hilo y jugar al fútbol en la calle, con pelotas hechas con medias y rellenas con papeles o, en el mejor de los casos, con una pelota de goma. Las mejores, las “Pulpo”, costaban 25 centavos, pocas veces al alcance de nuestros bolsillos.

Más tarde, ya adolescente, frecuentaba los clubes sociales y deportivos que, en aquella época, existían en todos los barrios. Eran pequeños: tenían un bar o buffet atendido por el dueño, que vivía en el club y hacía la limpieza; había mesas de madera para jugar a las cartas, una o dos mesas de billar. Algunos clubes tenían salón de fiestas para los bailes, una cancha de básquet con piso de baldosas y una cancha de bochas.

Yo era asiduo concurrente de dos clubes que quedaban muy cerca de mi casa. Uno era el “9 de Julio”, un club para la gente de clase media baja, donde predominaba el juego por dinero, el billar y las bochas. Todos los domingos por la mañana se reunían viejos italianos inmigrantes, que comían salami y aceitunas y bebían Pinal, Ferro Quina Bisleri, Fernet Branca y vermut Cinzano para matar nostalgias de la tierra distante.

El otro club, el “Bonorino”, era más social, más diversificado: tenía un grupo vocacional de teatro que ponía en escena un par de piezas por año. Los bailes de los sábados reunían a las familias en la cancha de básquet; todo muy prolijito, se bailaba tango, bolero y jazz, twist, rumba y cha-cha-cha con las pibas del barrio.

Yo me anotaba en todas: básquet, billar, ping-pong y cartas. Como era menor de edad y no podía jugar por dinero, me sentaba horas detrás de los que eran considerados buenos jugadores para aprender técnica y astucia.

En esa época me desdoblaba en múltiples actividades simultáneas: un trabajo en una compañía de seguros, el estudio, deportes y juego. Compartía diversos submundos poblados de intelectuales, artistas, deportistas, jugadores tramposos,

apostadores de quiniela y a los “burros”, malabaristas del dinero fácil, tangueros y mujeriegos. Un caleidoscopio de la fauna porteña.

En 1948, con 16 años, cursando el penúltimo año del secundario, tuve que comenzar a trabajar. Mi padre había fallecido unos años antes y el dinero era escaso. El sustento era el trabajo de mis hermanos mayores y ahora me tocaba a mí contribuir a la economía familiar.

Comencé a trabajar como cadete, “pibe de los mandados”, en La Argentino Sueca, una compañía de seguros recién creada, donde permanecí hasta el día en que aprobé Obstetricia, mi última materia para recibirme de médico.

La compañía crecía: era necesario diferenciar funciones y como yo era un adolescente rápido en las cuentas, honesto, barato y organizado, me promovieron a cajero con un sueldo un poco mayor.

A los veinte años llegó el servicio militar: sorteo sin suerte, número alto, dos años en la Marina. El período del servicio militar fue desgraciado desde el punto de vista económico, a esa altura ya tenía un sueldo de alrededor de 1.500 pesos y como conscripto recibía 50. Durante casi dos años me vi obligado a mejorar mis ingresos mediante el juego, asunto que no me disgustaba porque unía lo útil a lo agradable.

Si bien la situación económica empeoró, mejoraron las posibilidades de avanzar en mis estudios. Por un amigo del barrio, que tenía un tío capitán de navío y bioquímico, conseguí como destino el laboratorio de la Marina, que producía píldoras y jarabes para uso interno de la Armada. Como todos los oficiales eran profesionales, bioquímicos o farmacéuticos, fue fácil que me autorizaran un horario flexible para hacer los trabajos prácticos de la facultad. También, después de mucho “*chamuyo*”, me liberaban una semana para preparar las materias y rendir los exámenes. Cuando entré me faltaba rendir una materia de segundo año; cuando salí comencé a cursar el quinto año de Medicina.

El día a día estaba resuelto, me complicaban las guardias obligatorias de 12 o 24 horas. En parte me salvaba porque jugaba al básquet en el equipo de la administración naval. El resto era negociación con los suboficiales que organizaban las escalas de guardia, a los cuales “compraba” con cajas de aspirina, antigripales y jarabes para la tos que “confiscaba” en el laboratorio.

Terminadas mis poco heroicas “obligaciones militares”, retorné a la compañía de seguros que por ley tenía que guardarme el cargo. Después de algunos meses me promovieron a tesorero y me asignaron la tarea de organizar los sectores de caja y cobranzas.

En este segundo período aprendí en la práctica a organizar sectores, definir procedimientos, distribuir tareas y administrar personal.

Una característica precoz de mi personalidad era escapar de las rutinas. En mi trabajo me entusiasmaba organizar, pero cuando todo estaba funcionando me aburría, entonces inventaba actividades que no tenían que ver con mis funciones: mejorar el sistema de flujo de los documentos de las secciones de la compañía, reestructurar los espacios físicos y qué sé yo cuantas otras cosas más.

En una mañana del mes de mayo de 1958 aprobé mi última materia en la Facultad de Medicina. Llegué al trabajo alrededor del mediodía, no hice ningún

comentario, saludé como siempre y escribí mi renuncia, justificando mi decisión porque me había recibido de médico. El toque teatral de mi renuncia causó una sorpresa general seguida de gritos de alegría y abrazos emocionados. A lo largo de los años había creado vínculos con muchos compañeros, con los cuales luego continué la relación compartiendo, por varios años, charlas, copas y mesas de póquer. Por ejemplo, mi amistad con Roberto Sollito perdura hasta hoy.

A los 25 años comenzaba mi adultez y empezaba una nueva etapa: ejercer mi profesión sin la protección de un ambiente conocido. Estaba convencido que la experiencia acumulada me servía poco o nada para la medicina: había que comenzar de cero. Ledo engaño: la experiencia administrativa adquirida me sirvió bastante en el ejercicio de la medicina y mucho, posteriormente, en la salud pública.

Capítulo 1

De la Medicina a la Salud Pública

Deducción, teoría y estrategia

Siendo preadolescente, mis lecturas preferidas habían sido las novelas policiales: me inicié con Sexton Blake, Sherlock Holmes, Hércules Poirot y Miss Marple. Más tarde entraron el comisario Maigret y la colección El Séptimo Círculo dirigida por Borges y Bioy Casares.

Las series negras americanas me interesaban menos porque predominaba la violencia antes que el método deductivo, a pesar de que Sam Spade y Philippe Marlowe también guardaban un espacio en mis preferencias.

El desafío era identificar los posibles sospechosos, quiénes se beneficiaban, cuáles eran los motivos y la oportunidad, para develar el misterio antes de llegar al final y descubrir al asesino. Odiaba las trampas que hacía Poirot sacando de la manga algún hecho o historia que él revelaba al final con todos los sospechosos reunidos. El desafío deductivo continuó, tratando de resolver problemas clásicos de lógica: identificar nombres de personas y los colores de las corbatas o de los gorros que usaban.

Todavía hoy las buenas novelas policiales siguen siendo una de mis preferencias literarias, y continuo, obviamente, tratando de desvendar el misterio antes de llegar al final. Cuando mis hipótesis son válidas la satisfacción es grande, es como si hubiera ganado un premio.

También precozmente me interesé por el ajedrez. Preferido de mi padre, me sentaba en sus rodillas —debería tener cinco o seis años—, y él me enseñaba los movimientos de las piezas de ajedrez. Estas me fascinaban, era un juego de la época de bonanza de la familia: piezas grandes, bien talladas con un peso de plomo en su base que era mayor según la importancia de las piezas en el juego. Esa diferencia marcaba la responsabilidad del movimiento: una cosa era mover un peón, otra un caballo, un alfil o una torre; ya el cuidado con el rey y la reina era mayor.

A los diez años ya jugaba ajedrez con amigos mayores que yo y les ganaba con facilidad, porque conocía mejor que ellos los rudimentos del juego. Cuando comencé el secundario en el colegio Urquiza me hice amigo de Hitos, que estaba un año más adelantado que yo, tendría 15 o 16 años. Inteligente, extraordinario ajedrecista, de aspecto trasnochado, pálido, con grandes ojeras y pelo lacio peinado a la gomina, vestía un traje oscuro, lustroso por el uso. Fue mi primer profesor informal de teoría y transgresión.

Un día me propuso hacernos la “rata” e ir a jugar al billar. Yo estaba preocupado porque no teníamos dinero para pagar la mesa. Llegamos al café “Gloria” en Caracas

y Rivadavia, conversó con unos señores de edad, y ya con el tablero de ajedrez en la mesa, hizo las primeras movidas y jugó simultáneamente ajedrez y billar. De tanto en tanto lo llamaban: “Pibe, te toca mover a vos”; entonces se paraba frente al tablero unos segundos y volvía al billar. Ganó la partida de ajedrez y dos pesos para pagar la hora de billar y las gaseosas.

Me ganaba al ajedrez con facilidad y analizaba mis fallas estratégicas: “Estás atacando sin consistencia”, “el ala de la reina es vulnerable”, “tenés que anticipar las intenciones del otro”, “¿cuáles son las variantes posibles?”.

Yo desarrollaba razonablemente el medio juego y anticipaba la intención de las movidas del opositor, pero me faltaba fundamento teórico, sobretudo en la apertura. Me prestó algunos libros clásicos que me introdujeron en teoría y estrategia del ajedrez.

Todavía con pantalones cortos, jugaba al ajedrez con adultos en un club de barrio y casi siempre ganaba algunos centavos, que después gastaba en cafés aprendiendo a jugar a las cartas, al billar y hasta al ping-pong. La regla era clara, en el juego de la vida nada era gratis, para aprender había que pagar.

Empirismo y picardía

En la adolescencia mi interés se disparó para el juego de cartas. Comencé jugando al truco y al mus por la consumición y más tarde, con la experiencia adquirida, me incorporé a las mesas de codillo y póquer donde se jugaba por dinero. El truco y el mus son juegos de pura picardía, el éxito pasa por dominar psicológicamente al adversario, confundirlo con la palabra, esconder el juego y mentir con convicción.

En 2002, mi hijo Mariano, periodista, gran jugador de truco, exagerado en su autoevaluación como as de ese juego, escribió en la revista *Latido* un artículo: “La vida es un gran juego”, del cual extraigo partes de su contenido en relación con el truco y a su reencuentro conmigo después de años de desencuentros:

Es un juego que no se puede enseñar fácilmente porque es imposible de explicar con reglas lógicas, que solo se aprende empíricamente. [...] Cada partido es un mundo y cada situación que se presenta tiene tantas resoluciones como palabras figuran en el diccionario. [...] Porque más allá de que las cartas son las mismas, la dinámica la marca el rival de turno y su actitud frente al juego. Si es miedoso, si es prudente, si es mentiroso inteligente o mentiroso compulsivo, si solo canta cuando tiene cartas buenas, si arriesga cuando está acorralado, si sabe ir a la pesca, si le gusta hacerse fuerte de entrada o especula todo el tiempo con el tanteador.

Menciona también adversarios calificados: destaca a su hija Nicky, mi primera nieta, a quien inició en el juego cuando tenía cuatro años, y a mí como el otro rival de fuste.

La rivalidad nació una noche de 1979 en Río de Janeiro, cuando él viajó para reencontrarse conmigo después de un prolongado y traumático distanciamiento.

Después de una larga charla donde según él: “Tratamos de saldar los millones de temas pendientes que teníamos, decidimos terminar la velada con un partido de truco. Que era lo mismo que declarar la guerra con 40 naipes como arma”. Cuenta que fue una de “las derrotas más humillantes de su carrera”; para él no se trataba solamente de una partida de truco, se jugaban también las razones y culpas que habíamos discutido previamente. Era demasiada carga para un pibe de 18 años.

Probabilidad y memoria

Al codillo, una variante del tute, juegan por dinero cuatro jugadores con diez cartas españolas cada uno. Hay en juego 130 puntos, 120 determinados por el valor de las cartas (los ases valen once puntos, los tres diez, los reyes cuatro, las damas tres y los valet dos) y diez puntos de bono al que hiciera la última base (de esta base final se deriva el dicho popular “está en las diez de última”). Uno de los jugadores, calculando la cantidad de puntos posibles que puede conseguir con sus cartas, se arriesga a jugar contra los otros tres, que a su vez tratan de que uno de ellos consiga hacer más puntos para que el otro pierda. Aquí también es necesario intuir el posible juego del adversario, analizar su fortaleza o debilidad a partir de las cartas que juega en cada mano y memorizar las cartas que faltan ser jugadas, para aumentar los puntos propios y disminuir las posibilidades del contrincante.

Inicialmente, como era menor de edad y no podía jugar por dinero, me sentaba horas detrás de los que eran considerados buenos jugadores para aprender técnica y astucia. Creo que era un jugador razonable: perdía más veces de las que ganaba porque la mayoría de los jugadores con los cuales me sentaba eran casi profesionales en el submundo del juego.

En 1974, cuando estaba haciendo la maestría en Ann Arbor, en la Universidad de Michigan, aprendí rápidamente a jugar bridge sentado detrás de los jugadores a la hora del lunch en la cafetería. La lógica del juego es igual que la del codillo, en lugar de puntos hay que conseguir el número de bazas rematadas. La gran diferencia es la existencia de una extensa bibliografía sobre la comunicación entre la pareja de jugadores para alcanzar el mejor remate posible para ganar más bazas, así como para definir la estrategia del descarte calculando la distribución probable de las cartas de los contrincantes.

El grupo habitual era de cuatro jugadores: tres estudiantes y un profesor de la escuela. Una tarde uno de ellos se atrasó y los tres restantes estaban desasosegados; me ofrecí a sustituirlo informando que nunca había jugado pero que me animaba a acompañarlos. Yo conocía la dinámica, que había aprendido jugando al codillo, donde no existía bibliografía, pero el análisis *a posteriori* de los errores cometidos enseñaba probabilidades empíricamente. Perdimos, pero no hice mal papel; mi problema era que no conocía las reglas del remate inicial. Me dieron un manual básico que aprendí rápidamente y me incorporé al grupo de jugadores fanáticos por el bridge.

Con mi incorporación, el grupo pasó a ser de cinco; el que llegaba más tarde corría riesgo de quedarse afuera, entonces comenzábamos a llegar cada día más

temprano y terminar el juego más tarde. Obviamente, el director acabó prohibiendo el bridge en la cafetería. Las partidas se trasladaron a la oficina del profesor y el horario rápidamente se estiró. Empezábamos antes del mediodía y si no teníamos actividades seguíamos hasta mucho más tarde. La fiesta duró poco: un día el director abrió la puerta de la oficina y llamó al profesor para conversar; poco tiempo después este desapareció de la escuela.

Análisis complejos. Probabilidad y riesgo

En los años cincuenta, ya adulto joven, adopté el póquer como el juego de los juegos. El momento era favorable porque todavía trabajaba en la compañía de seguros, donde ganaba lo suficiente para darme el lujo de arriesgar mi propio dinero.

¿Por qué es atrayente el póquer? Para jugarlo bien, requiere capacidad para realizar análisis complejos y tomar velozmente decisiones basadas en ese análisis. No basta conocer la dinámica y confiar en la suerte; es necesario deducir cuáles son las cartas posibles de los adversarios que abren el juego o aumentan la apuesta inicial (¿par, par doble, pierna, servido?), e inferir después del descarte los juegos posibles que esperan conseguir si la suerte los ayuda. Las preguntas que definen las opciones, para lo cual la experiencia es de gran ayuda, están orientadas al cálculo del valor a invertir y el riesgo a correr: ¿vale la pena cubrir la apuesta? ¿Cuál es la probabilidad de mejorar mi juego? En el descarte, ¿cuántas cartas pide cada jugador? ¿Cuál es su juego inicial y el juego probable que pretende obtener? Si alguien apuesta nuevamente, ¿conviene entrar? ¿Cuál es la probabilidad de ganar? ¿El riesgo vale la pena?

Simultáneamente, para decidir, es preciso “leer” el estilo de los jugadores: ¿es agresivo o inseguro?, ¿imiente con frecuencia o es cuidadoso?, ¿está perdiendo o ganando?, ¿en cuál de las situaciones arriesga más?

En síntesis: el análisis de la situación incluye deducción, personalidad de los adversarios, cálculo de probabilidad y riesgo para la toma de decisión. Todo este proceso dura segundos, para ser realizado en cada una de las manos que se juegan.

Aplicaba, sin saberlo, conceptos de estadística y de la teoría de juegos, como distribución y probabilidad, análisis del comportamiento de los jugadores, suponer lo que los otros piensan hacer, etc., para escoger una estrategia que maximizara mi ganancia. El póquer es descrito en la teoría de juegos como competitivo o de suma cero; los jugadores tienen intereses opuestos y la ganancia de un jugador siempre se equilibra con la pérdida de otro. Esta elección indica, también, mi inclinación precoz por competir, por aceptar desafíos con un cierto grado de incertidumbre sobre el resultado final.

Hace casi 60 años que juego al póquer, primero en los clubes del barrio con frecuencia casi semanal, después más espaciadamente con compañeros de la compañía de seguros y hoy todavía despunto el vicio reuniendo amigos brasileños por lo menos una vez por mes. Hoy ya no se trata solo de jugar: el ritual comienza a las siete de la tarde con un asado o una cena preparada por Susana. Cuando ella cocina, todo el mundo llega temprano, porque se sabe que los distintos platos van a ser un

festival de sabores y colores, acompañados de buenos vinos y charla agradablemente distendida por poco más de una hora. En seguida “comienzan los trabajos”, que se extienden hasta bien entrada la medianoche.

La Maternidad Peralta Ramos

En 1958 terminé mi formación médica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. En aquella época, el recién egresado tenía una formación razonable pero insuficiente para ser un buen médico. El camino para completar la formación y especializarse era trabajar como “*ad honorem*”, es decir, sin salario, en un hospital público de prestigio.

Mi vocación era especializarme en pediatría y un amigo del barrio, Tito, me recomendó a su hermano, médico pediatra de la Maternidad Peralta Ramos. Esta institución tenía un staff de elite: varios jefes de salas de obstetricia eran profesores titulares de la Facultad y el jefe del departamento de Pediatría era el profesor Murtagh, considerado el padre de la neonatología argentina.

El departamento de Pediatría era una escuela. Mi supervisor, el doctor Visciglio —hermano de Tito—, montó un programa progresivo de formación en pediatría y particularmente en neonatología, que ocupó todo mi primer año de actividades. Rotaba de sector a cada trimestre —recién nacido normal, recién nacido patológico, prematuros y lactantes—, con espacios de tiempo para aprender técnicas de laboratorio y atender el consultorio externo con la supervisión de algún médico de mayor experiencia.

En cada sector se comenzaba por acompañar el trabajo de las enfermeras, indicar y supervisar la alimentación de los lactantes, completar las historias clínicas, hasta finalmente asumir responsabilidades en la atención de los pacientes internados.

Inicialmente gané puntos diseñando una nueva historia clínica para los recién nacidos normales. Le cuestioné a uno de mis jefes que en la ficha que tenía que llenar, aunque completa, el ordenamiento de los datos a recoger no acompañaba la secuencia lógica del examen que realizaba. Me desafiaron a mejorarla. Trabajando varios días, conseguí un nuevo diseño, superior al que estaba en uso, que fue aprobado con algunas correcciones menores. La experiencia en la compañía de seguros fue útil.

En 1960 se expandían en Argentina las residencias médicas. La implantación del programa de residencias en pediatría era coordinada por un médico joven. Carlos Gianantonio, formado en EEUU, era un pediatra excepcional, una biblioteca ambulante, con una capacidad lógica impresionante para diagnosticar los casos más difíciles. Era una promesa que se confirmó con el tiempo; no hizo carrera académica ni fue profesor formal, pero fue, sin duda, el pediatra de mayor prestigio de su época.

Para completar la formación de los pediatras en neonatología fue escogido el departamento de Neonatología de la Maternidad, que me designó como instructor de residentes. Además de las actividades clínicas regulares, desde las ocho de la

mañana hasta el mediodía, en esta etapa pasé a cumplir guardia como pediatra residente. Me pagaban poco, pero ganaba por hacer lo que me apasionaba.

Residencia en Pediatría

Las guardias como pediatra y la actividad de instructor de residentes eran lo que más me entusiasmaba. Además de atender los problemas médicos de todos los sectores del departamento de Pediatría, la actividad predominante era acompañar los embarazos y partos de riesgo para dar atención al recién nacido en el instante mismo del nacimiento. Era la primera experiencia de inclusión de un neonatólogo en la atención del parto en servicios públicos argentinos. La introducción de esta innovación fue posible a partir de la estadía de un pediatra del departamento en Inglaterra, donde esta práctica ya era extendida.

El primer equipo del cual formé parte estaba compuesto por un médico obstetra —el Pato Althabe— y tres practicantes: García, Alderstein y López.

Introdujimos una serie de normas de atención que redujeron la autonomía de las parteras: la medicación de la parturienta administrada solo por orden médica, el control periódico de la evolución de los partos en la sala de dilatación y la identificación precoz de embarazos de riesgo. Althabe permaneció poco tiempo con nosotros; luego compartí con diferentes obstetras la guardia de los miércoles.

Cacho García, moreno, de estatura baja, peinado a la gomina, siempre sonriente (se reía a carcajadas), era un excelente profesional, celoso en la atención de las pacientes; continuó como compañero de guardia a lo largo de los años en que permanecí en la Maternidad y como amigo hasta hoy. Después de la salida de Althabe, Cacho era prácticamente el responsable de la atención de la sala de partos. Yo, además de mis tareas habituales, que no eran pocas, lo ayudaba a tomar decisiones sobre la evolución clínica de los casos complicados, haciendo análisis clínicos en el pequeño, pero bien equipado laboratorio que disponía en la sala de Pediatría.

Como consecuencia de acompañar los embarazos y partos comenzamos a detectar conductas médicas inadecuadas por parte de los obstetras de guardia y de las parteras, que prácticamente reinaban en la sala de partos: exceso de medicación para acelerar o retardar el parto de acuerdo con los turnos de guardia, técnicas que afectaban la salud del feto como la maniobra de Kristeller y fórceps mal indicados, o esperas innecesarias para decidir una cesárea.

Todas las mañanas repasábamos con los jefes de sector las fichas de los fetos muertos y de los recién nacidos con alguna patología. En la misma constaban: medicación, técnicas utilizadas y oportunidad de la indicación. Cuando se identificaba alguna responsabilidad médica como causa probable de la muerte o del sufrimiento del feto o del recién nacido, Murtagh solicitaba una reunión de la dirección de la Maternidad con el obstetra de guardia y, como dirían las comadres, “ponía el grito en el cielo”. Esta actitud crítica inicialmente nos creó dificultades con algunos compañeros de guardia que nos consideraban “alcahuetes”, pero, ante la persistencia, mejoraron sus conductas terapéuticas y de intervención.

No recuerdo en cuanto, pero tengo la certeza de que la mortalidad perinatal cayó bruscamente en la Maternidad con la introducción del pediatra residente. La satisfacción de haber contribuido a bajar la mortalidad y cambiar el comportamiento de los obstetras nos llenaba de orgullo y circulábamos por los pasillos con la cabeza erguida. Murtagh, al innovar en la atención del recién nacido, reafirmaba una vez más su condición de padre de la neonatología argentina.

Trabajar en la guardia de un hospital, vivir durante 24 horas separado del mundo cotidiano, crea un estado psicológico particular. Las relaciones personales externas, la familia, las preocupaciones se esfuman para dar lugar a un ambiente cerrado, de tensión permanente, donde lo que importa es lo que está sucediendo a cada instante y cómo aprovechar el poco tiempo disponible para relajarse momentáneamente y continuar. La responsabilidad es enorme y todo depende de la experiencia y la capacidad de cada uno de los que forman el equipo. Los errores pueden costar vidas.

Un día, Cacho me comenta: “Alderstein conoce una piba que estaría interesada en entrar en la Guardia, buena estudiante, tiene “unas gambas de novela” ... ¿Qué te parece?”. Por qué no, contesté, probar no cuesta nada. Unas semanas después me avisa: “Llegó la piba, estoy con ella en la sala de admisión”. Como estaba ocupado, bajé un par de horas después y me presentaron la nueva practicante: bonita, interesante, con peinado de peluquería y elegante guardapolvo blanco y almidonado. Las primeras palabras que crucé con ella fueron: “Bienvenida, pero no precisabas ir a la peluquería”.

La “piba” era Susana Badino, mi mujer por más de 40 años, cuatro hijos y varios nietos. Compañera inestimable, participó y me ayudó a superar todas las vicisitudes que pasamos en los largos años de convivencia y militancia en la salud.

La llegada de Susana alteró la rutina de nuestro día a día agregando pequeños placeres compartidos. Los pocos instantes que podíamos aprovechar juntos era la noche, y el momento crítico era la lamentable cena preparada por un gordo y viejo auxiliar de cocina. En ese entonces, el obstetra de guardia era un personaje, poco interesado en atender a las pacientes internadas, pero fascinado con Susana, a la que llamaba “doctorcita”. Aprovechamos su debilidad para mejorar la cena. Para agradecer a Susana, a quien nosotros estimulábamos sugiriéndole lo que queríamos comer, compraba comida en “Zi Teresa”, una cantina italiana cercana a la Maternidad.

Muchas madrugadas, agotados por la tensión, íbamos a beber y relajarnos a “Tres Patitos” o al “Blasón”, el único bar abierto a esas horas, en Las Heras y Pueyrredón, hasta que nos llamaran por una emergencia o el sueño nos venciera.

Un pediatra promisorio

En la Maternidad era considerado un pediatra de buen nivel y comprometido con el trabajo. Hice varios diagnósticos difíciles que aumentaron mi prestigio; entre ellos relato a continuación dos casos que creo significativos.

Llaman de la recepción: llega un caso para internación, derivado del Hospital de Niños de la Ciudad de Buenos Aires. Se trata de un matrimonio joven, con aspecto

de gente de campo, con un recién nacido de menos de diez días de vida, deshidratado y con pérdida de peso. Subiendo en el viejo ascensor hasta el tercer piso, comienzo el interrogatorio:

—¿Qué problema tiene el nene?

—Vomita toda la leche, —me responden.

—¿Vomita con fuerza o regurgita?

—Regurgita.

—¿Qué aspecto tiene la leche?

—Como si no la hubiera digerido.

Ante la sospecha de un desarrollo incompleto del esófago (*atresia*), expresada por su oclusión total o parcial, se realiza una radiografía del tracto digestivo con sustancia opaca. Confirmado el diagnóstico, se retorna al paciente al Hospital de Niños, con indicación quirúrgica.

Algunos meses después, una enfermera me avisa que un señor me estaba esperando para hablar conmigo: era el padre del pibe de la atresia de esófago. Traía un envoltorio de papel de diario, me agradeció y me dio el paquete: “Doctor, es un pollo de mi chacra de Chivilcoy”.

El otro caso es el de un recién nacido con cianosis: dificultad respiratoria —por momentos grave—, cuadro estacionario, sin diagnóstico. Único tratamiento: carpa de oxígeno. Se decide hacer una junta médica con especialistas del Hospital de Niños: clínico, cirujano, neumonólogo y cardiólogo. Las hipótesis diagnósticas que se barajaron eran restrictas a patologías cardíacas o pulmonares. En un momento de la interconsulta nos llama la atención una imagen aérea que podría indicar un gran enfisema pulmonar. El neumonólogo descarta la hipótesis diciendo que “es la cámara gástrica”. No se llega a ninguna conclusión y se decide esperar la evolución.

Al día siguiente, bañándome antes de ir a trabajar, no sé porque insondables caminos pensé en el caso y de pronto, casi como una revelación, me dije: “¿Por qué no puede ser una *hernia diafragmática*?” (un defecto en el diafragma que permite la proyección de órganos abdominales hacia el interior de la caja torácica). Era una hipótesis plausible que explicaría la dificultad respiratoria por la compresión de los pulmones por la cámara gástrica que invadía el tórax.

Apenas conteniendo mi ansiedad, llegué al hospital y antes de consultar a los jefes, revisamos el caso con Llabres, otro pediatra residente de excelente nivel. Mi hipótesis era compartida.

Pedimos al doctor Murtagh que nos autorizara a hacer una radiografía. Fumando su pipa matinal, él escuchó los argumentos y autorizó el procedimiento responsabilizándonos por el riesgo de retirar al paciente de la carpa de oxígeno. La radiografía, realizada con un aparato portátil, confirma el diagnóstico. Poco después, en una nueva reunión de interconsulta con los especialistas en nuestra presencia, Murtagh dice, orgulloso: “Mis pollitos irrespetuosos diagnosticaron el caso”.

La sensación que sentí era como si el Rey Arturo me hubiera consagrado Caballero de la Mesa Redonda. Desde ese día —ya pasaron muchos años—, cuando tengo

un problema complicado, que está pendiente, no resuelto, espero que en la ducha, de pronto, impensadamente, aparezca la solución. A veces funciona.

La práctica privada

En aquella época los ingresos de la mayoría de los médicos provenían de dos fuentes. Una de poco valor económico: el salario, bajo o ninguno, de medio tiempo de dedicación en el hospital; la otra, de la atención de consultas privadas.

Por entonces, vivía en San Antonio de Padua, en el *Cercano oeste* (título de una novela policial de un escritor porteño, por el cual tengo un cariño especial).

Por las tardes atendía el consultorio en mi casa y complementaba mis escasos ingresos atendiendo pacientes en el centro de salud municipal y trabajando como profesor de Anatomía en el cuarto año del colegio secundario Sarmiento. Al consultorio particular le dedicaba pocas horas, pero sumando un poco de cada uno de los trabajos, obtenía lo suficiente como para vivir razonablemente.

El consumo no era el paradigma de la época: no tenía automóvil, viajaba en tren —el ferrocarril Sarmiento— y en colectivo desde el Once hasta la Maternidad. Las visitas domiciliarias las hacía a pie o, cuando la distancia era grande, en taxi.

Al poco tiempo de abrir mi consultorio, el pediatra más conocido de Padua me pidió que atendiera su clientela durante sus vacaciones. Así atendí a mi primer paciente “prestado” por poco tiempo.

Una mujer joven, elegante, toca el timbre de mi casa. Salgo a atenderla en remera y mocasines, sin medias. Pregunta: “¿Está el doctor?”; le respondo que sí. “Mi hijo está con fiebre alta, ¿el doctor puede ir hoy?”; nuevamente le respondo que sí. Anoté la dirección y poco después estaba en su casa. Cuando me vio puso cara de sorpresa; terminada la consulta y ya despidiéndome, le pregunté el porqué de su sorpresa; “Doctor, cuando me atendió en su casa pensé que era el hijo del doctor”, me respondió.

No tenía aspecto de doctor, parecía más joven de lo que realmente era y mi vestimenta era totalmente deportiva; en las consultas nunca usé corbata. Ese estilo y la apariencia joven me crearon también dificultades con el rector del colegio Sarmiento, que era el médico clínico más antiguo y de mayor prestigio de Padua. En la entrevista que mantuvimos fue reactivo a mi contratación argumentando que en cuarto año la mayoría eran alumnas y yo era demasiado joven. Lo convencí relativizando la apariencia frente a la formación y seriedad profesional. No solo me contrató como profesor, sino que también comenzó a derivarme casos pediátricos en los cuales tenía dudas diagnósticas.

Mi actividad privada comercialmente era un fracaso. Perdía algunos pacientes por no recetar lo que las madres esperaban: “Doctor, ¿no le parece que el nene necesita vitaminas?”; “Doctor, ¿no va a recetarle antibióticos o jarabe para la tos?”. Pediatras antiguos de la Maternidad me aconsejaban: “Tiene que recetar, la consulta es un intercambio, la gente paga y espera recibir una receta, sino ¿para qué va al

médico?”. Terminada la consulta, ya con la lapicera en la mano, no me salía, no podía indicar medicación que consideraba innecesaria.

Tenía como costumbre explicarles a las madres la evolución de la enfermedad y alertarlas sobre los síntomas de las complicaciones que podían surgir. Un caso típico fue una parotiditis atendida en domicilio. Indico reposo, dieta y paciencia para esperar la evolución natural; informo a la madre sobre los síntomas de las complicaciones que justificarían un nuevo examen. Pocos días después me pide tres certificados para la escuela de sus hijos. Reviso las fichas clínicas y veo que solo uno de ellos tuvo paperas. “Doctor, después se contagiaron los otros hermanos, pero no lo llamé porque ninguno tuvo síntomas de complicación”.

Durante los pocos años que ejercí la pediatría en forma privada perdí algunos pacientes pero gané la confianza de muchas madres tratando casos simples y algunos complejos. Creo que fui un buen pediatra, no el “Herodes de Padua” como me llamaba Leopoldo Halperin.

Experiencia extramuros

A fines de la década del 1950 comenzaba —tardíamente con relación a otros países de América Latina, especialmente Chile— la profesionalización en Salud Pública. En 1959 se había creado la Escuela de Salud en el Ministerio de Salud, que en 1962 pasó a depender de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

En el gobierno de Arturo Frondizi, período desarrollista con su paradigma de eficiencia y gestión pública, el ministro de Salud (el doctor Noblia) impulsó algunos programas, entre ellos el de Maternidad e Infancia.

Se aproximaba el verano y la alta mortalidad por diarreas era un grave problema. Noblia propuso un programa innovador que consistía en mandar pediatras jóvenes con experiencia en el tratamiento de la deshidratación, para entrenar médicos de las provincias menos avanzadas del país. Se trataba de mejorar el diagnóstico y realizar hidrataciones venosas prolongadas con sueros salinos balanceados.

Solicitaron a las cátedras de Pediatría que seleccionaran pares de médicos. Y Murtagh nos seleccionó a Llabres y a mí. En una reunión en la Dirección de Maternidad e Infancia, el director se enfrentó con más de veinte médicos jóvenes que querían ir a las provincias con mayor atractivo. Vislumbrando que para Río Negro no había mucha disputa, nos postulamos y fuimos seleccionados en la primera ronda. Debíamos pasar un mes en dicha provincia.

Llegando a Viedma, nos reunimos para programar las visitas a los hospitales, y asegurar el transporte y el hospedaje, que corrían por cuenta del Ministerio provincial. Recorrimos toda la provincia: primero Viedma y San Antonio Oeste; después fuimos hacia el noroeste: General Conesa, Villa Regina, General Roca y Allen; finalmente, el sur: Bariloche, Ingeniero Jacobacci y Maquinchao. Nos hospedábamos en los hospitales y decidimos que la primera actividad a realizar sería pasar revista a los casos internados y examinar en consultorio externo los casos de difícil diagnóstico. Era necesario superar el escepticismo local inicial —atribuido a

nuestra juventud—demostrando nuestro conocimiento de la pediatría, para después explicar, con la confianza conquistada, las nuevas técnicas de hidratación.

En Viedma, un pediatra del hospital nos invitó a su consultorio particular. Su sala de espera estaba repleta de pacientes y anuncia que “llegaron los pediatras de Buenos Aires”. Nos vimos obligados a realizar un montón de consultas. El pícaro aumentó su ingreso gracias a nuestra ingenuidad.

En General Conesa nos encontramos en un bar con el único médico del pueblo, un hombre de más de 50 años, con aspecto de chacarero, calmo, sosegado. Nuestra primera impresión fue que era una pérdida de tiempo, que no se iba a interesar. Nos sorprendimos en la visita al hospital: organizado, con fichas clínicas completas, y actualizado en terapéutica. No teníamos nada que hacer más que felicitarlo y reconocer que nos habíamos equivocado.

En Villa Regina visitamos una bodega que fabricaba coñac de manzanas: el calvados. Parecía leve, pero después de varios vasos nos agarramos una borrachera que no fue catastrófica, pero arañó nuestro prestigio.

En Allen y General Roca fuimos a algunas chacras de descendientes de italianos, explotaciones familiares de ocho a diez hectáreas, con cultivo de manzanas y duraznos, y algunas vides para producción de vino para consumo propio. De la actividad médica hay poco para recordar.

Nos hospedaron provisoriamente en un sanatorio particular moderno con el compromiso de dejar libre el cuarto cuando lo precisaran para internar pacientes. Nos hicimos amigos del doctor Rocchia, un cirujano joven que vivía en el sanatorio. Estaba separado de su mujer y enamorado de una belleza, ex miss del valle del Río Negro. Después de compartir por las noches varias botellas de vino, nos aseguró la permanencia dando de alta a los pacientes cuando estaba amenazada nuestra estadía.

En Bariloche encontramos un hospital organizado, bien administrado, con atención pediátrica de buena calidad. Ya estábamos algo cansados de esta maratón y aprovechamos para descansar y hacer turismo.

La experiencia de Río Negro fue interesante por el contacto humano, para conocer otras realidades y entender los problemas de atención pediátrica de zonas menos privilegiadas, pero irrelevante desde el punto de vista de la motivación por la salud pública.

En la década de 1950, en el currículo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires existía la cátedra de Higiene, pero su contenido curricular era lamentable: legislación sanitaria, normas de higiene, nociones de nutrición y tratamiento superficial de las enfermedades transmisibles. En fin, una disciplina menor cuya temática no motivaba el menor interés y era dispensable en el conjunto de materias que debíamos cursar. Fue comprensible, por lo tanto, que Río Negro no despertara en mí ningún entusiasmo por la salud pública. Hasta ese momento continuaba siendo una actividad desconocida y distante de mis intereses profesionales.

Rumbo al noroeste

En 1962 vivía la crisis personal de una separación traumática. Ante la necesidad de tomar distancia, pedí licencia en la Maternidad y partimos con Susana hacia Salta y Jujuy para procurar trabajo en nuestras especialidades, ella en obstetricia y yo en pediatría.

En Salta nos ofrecieron trabajo como médicos en el hospital rural de Cachi, un pueblito pequeño, aislado, en el tope de la Cuesta del Obispo. No nos convenció por la distancia a centros urbanos y por la personalidad del director del hospital, un médico sueco que vivía alcoholizado. En la sala tenía, a medio hacer, una escultura de arcilla de una mujer vieja cerca de una chimenea con un fuego intenso, chisporroteante. Mientras cenábamos pedía frecuentemente a la mucama: “Ebelia, mojá a la vieja”. Cuando prendía un cigarrillo se quedaba con el fósforo encendido hasta quemarse los dedos. Esa noche dormimos con la puerta cerrada con llave y la ventana semiabierta como vía de escape del probable incendio. Poco tiempo después nos enteramos de que murió quemado en su cuarto cuando supuestamente estaba durmiendo. Era una muerte anunciada.

La presencia en Salta de médicos suecos, emigrados de la segunda guerra, no era una excepción: muchos de ellos habían conseguido habilitación para trabajar en zonas inhóspitas.

En Jujuy, la Dirección de Maternidad e Infancia nos ofreció un contrato, con recursos del Programa Nacional de Control de Diarreas, para trabajar en un hospital de la zona de Ramal, en Fraile Pintado, área de explotación de caña de azúcar, por la que pasaba el “ramal” ferroviario que unía San Salvador con Tartagal, en el norte de la provincia de Salta.

Aceptamos la propuesta, y como había que esperar varios días hasta que saliera el contrato, decidimos aprovechar el tiempo para visitar a Cacho García, nuestro compañero de guardia de la Maternidad, que en ese momento era obstetra del hospital de YPF, en el campamento de Aguaray, al norte de Tartagal, en el límite con Bolivia.

El campamento era un pueblo de alrededor de 1.000 habitantes, con un hospital pequeño, pero bien equipado, viviendas para los funcionarios, un almacén y un club social.

Un domingo —no recuerdo qué se conmemoraba— fuimos invitados a almorzar en el club con más de 50 funcionarios del sector técnico y administrativo. Hubo asado, empanadas salteñas, vino, campeonato de truco y taba.

Susana y yo formamos pareja para el truco; ella era la única mujer que jugaba y para sorpresa y desazón de las 15 o 20 parejas que participaban, salimos campeones. Pero el desempeño de Susana, fuera de lo esperado, fue en la taba, juego de origen griego introducido en Argentina por los españoles, que se difundió rápidamente entre los paisanos. La taba es un hueso de la pata de los animales, el astrágalo, con incrustaciones de metal en sus dos caras, una cóncava y otra plana. Susana se acercó, preguntando: “¿Cómo es el juego?”. Le explico que la taba se lanza en la tierra, en una cancha delimitada por dos líneas donde se ubican los jugadores. “¿Cuándo se gana?”

me pregunta, y le contesto: “Si el lado cóncavo cae hacia arriba ganás, es “suerte”; si queda hacia abajo perdés”.

Se había formado una rueda de una docena de hombres apostando por dinero a favor o en contra del lanzador. Susana pidió para jugar, tiró la taba jugando contra un paisano de más o menos 50 años, alto, moreno, de pelo entrecano, que era considerado el mejor lanzador de Aguaray. Nadie entendía lo que estaba ocurriendo: Susana, sin mucha cancha, tiró como una docena de suertes seguidas. Me dediqué a levantar las apuestas, recuperando lo que yo había perdido y ganando unos pesos que no nos vinieron mal.

Para salir de la rutina cotidiana que era un poco aburrida, nos prestaron una estancia para conocer un puesto indígena en la orilla del río Pilcomayo. Viajamos algunas horas por un camino estrecho de tierra y llegamos al atardecer. El puesto de Don Amaya era un claro en el matorral, rodeado por una cerca baja de troncos y dos o tres ranchos de techo de paja sin puertas ni ventanas.

Al anochecer estábamos tomando vino con costillitas de chivito, cuando comenzaron a aparecer unas sombras alrededor del puesto. Nos dijeron: “No se preocupen, son matacos que los oyeron llegar y vienen a ofrecerse para ganar unos pesos”.

Fuimos a dormir en uno de los ranchos, alumbrado con una vela, en una cama grande de tientos, con gallinas de visita, calor húmedo y mosquitos. El sueño fue leve, era imposible dormir profundamente. De pronto sentí un bicho paseando por mi cara, lo aplasté, acercamos la vela para examinarlo y ¡alarma, era una vinchuca! En la pared de barro subían y bajaban, se entrechocaban, decenas de vinchucas. Dormitamos por minutos con la cabeza envuelta para evitar las picaduras.

Al día siguiente, crucé el Pilcomayo con un guía mataco para cazar charatas y, obviamente, no disparé un tiro del fusil viejo que me había prestado el puestero. Al volver me detuve para observar a los indios pescando dorados. Eran cuatro o cinco, parados como estatuas en el medio del río de aguas turbias, que les llegaba hasta arriba de la cintura. Con una red con un aro de unos cincuenta centímetros de diámetro, miraban fijamente el agua, esperando un movimiento diferente en la corriente para meter la red. Casi siempre pescaban un dorado.

Al regresar al pueblo, había llegado más gente; comimos chanco y dorado asado en horno de barro, una delicia que todavía recuerdo. El problema eran los enjambres de jejenes impiadosos.

Fraille Pintado

El pueblo de Fraille Pintado consistía en una calle de tierra con 20 o 30 casas pobres, calor de 40 grados a la sombra y el almacén “Colorito” que vendía un poco de todo y los sábados se transformaba en cine. Asistimos una noche en un galpón a ver *El mastín de los Baskerville*, en blanco y negro, con Basil Rathbone en el papel de Sherlock Holmes. Las gallinas y los perros paseaban entre los bancos de madera.

El hospital era pequeño, con dos consultorios externos, 40 camas en total, un sector de pediatría y otro de internación general. El hospedaje era confortable: había

una vivienda separada para el director y un departamento, dentro del hospital, con dos cuartos y comedor para residentes, o sea nosotros. El director, peruano, atendía unos pocos pacientes de clínica en el hospital y por la tarde daba consultas particulares y hacía algunas cirugías de várices. Se ganaba unos pesos extras, que imagino no serían muchos por la capacidad económica de la gente que atendía.

La clientela del hospital —principalmente bolivianos que trabajaban en la zafra de caña de azúcar del Ingenio Ledesma—, recibían una miseria por arroba de caña cortada. Los trabajadores temporarios vivían en taperas de techo de paja, bebían agua de lluvia depositada en pozos y usaban como baño el matorral a cielo abierto. Toda la familia trabajaba en la zafra: el hombre cortaba y la mujer y los hijos limpiaban y preparaban los manojos de caña para ser transportados y pesados, siendo frecuente ver una coya trabajando con un bebé colgado en la espalda.

Ingenio Ledesma era un pueblo con algunos miles de trabajadores: ingenieros, técnicos, obreros y personal de servicio. Sus casas de material eran diferenciadas según el estatus de los funcionarios. La residencia de los Arrieta —dueños y señores del ingenio— era una casa enorme, de estilo arquitectónico similar al del sur esclavista americano, pintada de rosa, a la cual se llegaba por un camino bordeado de palmeras. El simbolismo era claro, no podía ser de otra manera.

La vida social era limitada; los amigos que hicimos eran obreros y capataces del ingenio. Por las noches había zambas, vidalas y truco en el departamento del hospital. Hasta hoy recordamos al “Pelado” cantando “yo te pido que nunca me tengas piedad/ envenéname de amor/ dame a beber de tus ojos/ los tragos de sombra de tu corazón”. Otro programa era salir a cazar corzuelas y chanchos del monte. Tuve esta experiencia un par de veces: viajábamos en un camión una media docena de cazadores hasta la zona donde se habían visto nuestras presas, luego se juntaba a nosotros un rastreador y una jauría de perros hambrientos. Pasábamos horas caminando y esperando que los perros acosaran y atrajeran el chanco o la corzuela. Nunca disparé un tiro. Para aguantar el calor insoportable y el vino caliente la única opción era mascar hojas de coca.

Pediatría y obstetricia rural

En el hospital la demanda por atención era enorme, sobre todo en Pediatría donde dábamos más de 70 consultas diarias y atendíamos de 10 a 15 niños internados, desnutridos y deshidratados: la mortalidad infantil era de 200 por mil aproximadamente. Los medicamentos esenciales para tratar las patologías prevalentes eran escasos, las auxiliares de enfermería no tenían ningún entrenamiento y no existían historias clínicas.

Se vivía una situación en la cual la experiencia acumulada era insuficiente para resolver el dilema que se nos planteaba: ¿cómo atender el exceso de demanda con calidad razonable, sin rechazar pacientes?

Decidimos organizar la atención, entrenar al personal, racionalizar el stock de medicamentos e implantar una ficha clínica simple que fuera comprensiva para las auxiliares apenas alfabetizadas.

Para no rechazar pacientes optamos por delegar algunas funciones menores a otros profesionales. Pedimos a la Dirección en San Salvador que nos asignase dos asistentes sociales, que entrenamos para pesar a los chicos y explicarles a las madres la posología de los pocos medicamentos que habíamos seleccionado.

Trabajábamos incansablemente: mañana, tarde y a veces a la noche para dar consultas externas, atender y controlar pacientes internados —todos graves—, y supervisar el trabajo de enfermería. Todos los deshidratados estaban canalizados con goteo intravenoso, usualmente entre 24 y 48 horas. Cuando el goteo se extendía por más tiempo teníamos que convencer a las madres que querían llevarse a sus hijos para que no lo hicieran, ante la posibilidad de muerte. Entonces, nos explicaron el significado de “la fiesta del Angelito”: cuando moría un bebé, Dios lo llamaba como angelito, era puro, su velorio era una fiesta alegre donde se festejaba, con música, vino y coca, el pasaje del ángel para el cielo.

Susana, además de colaborar en el consultorio externo de pediatría, controlaba embarazadas y realizaba partos normales, luchando para atenderlos en la sala de partos pues ciertas pacientes, indias chauancas, acostumbradas a parir en el río, a la hora señalada, huían. Un caso que ilustra la precariedad de la atención fue el de una parturienta que llegó después de varias horas de trabajo de parto. La ambulancia del hospital, con un enfermero, salió para atenderla en su casa, en la zona rural, después del fracaso del “manteo”, que consistía en levantar y sacudir repetidamente la paciente en una manta para “acomodar el feto”. Susana examinó y diagnosticó presentación de hombro con eminencia de ruptura uterina. Había que anestesiarla y hacer una versión y extracción rápidamente, no había tiempo para trasladarla al hospital más cercano, en la ciudad de Libertador General San Martín. Yo hice de anestesista con un Ombredane (el recurso más precario para anestesiar) y Susana realizó la versión y pocos minutos después la extracción del feto muerto, pero la ruptura uterina estaba superada. La madre estaba fuera de peligro.

La experiencia de Susana en la Maternidad Peralta Ramos y su decisión de intervención rápida salvaron la vida de la paciente. El único problema que tenía al día siguiente era la boca roja e hinchada por el éter de la anestesia.

Durante unos quince días compartimos el alojamiento con Beltrami, un médico tisiólogo que estaba estudiando la incidencia y prevalencia de la tuberculosis en la zona del Ramal. Por la noche analizábamos con él las abreugrafías y nos sorprendía ver tantas lesiones tuberculosas graves; pero nuestro colega no se sorprendía: estaba acostumbrado a visitar la miseria, la desnutrición y la ausencia de tratamiento médico.

(In) experiencia en Salud Pública

Después de organizar razonablemente la atención en el hospital, comenzamos a pensar en cómo disminuir la incidencia de los casos graves de desnutrición y deshidratación que nos llegaban diariamente. Discutimos con el director de Maternidad e Infancia la idea de hacer un relevamiento domiciliario para identificar precozmente la desnutrición y convencer a las madres para que hagan un control médico periódico a sus hijos.

Nos mandaron dos enfermeras universitarias. En la primera reunión, ellas nos preguntaron cuál era el objetivo general y cuáles los objetivos específicos. No teníamos la menor idea de qué se trataba. Hablamos durante un largo rato sobre cuál era nuestro interés, limitado a identificar precozmente los casos para tratarlos oportunamente. A partir de esa charla, ellas definieron objetivos, método y necesidad de recursos. Una semana después, aparecieron cuatro autos del Ministerio, las dos enfermeras universitarias —que asumieron la coordinación— y varias asistentes sociales y auxiliares de enfermería listas para realizar la encuesta domiciliar de condiciones de salud.

Habíamos desencadenado un proceso que superaba nuestras limitadas expectativas y, por supuesto, nuestra capacidad de coordinación y análisis de los resultados.

Comenzamos por visitar a las familias para entender la importancia de las condiciones de vida: tuperas, agua contaminada, ausencia de fosas sépticas, moscas a granel y alimentación precaria basada en harinas. En síntesis, la precariedad de la miseria.

Para mejorar el abastecimiento de agua de las familias, y así reducir la incidencia de diarreas, entramos en contacto con la familia Bracamonte, dueños de unas tierras donde producían tomate tardío, producto de buen precio en el mercado. En la casa señorial tenían un gran embalse, de bastante profundidad, que usaban solamente para irrigar sus cultivos.

Pedimos una entrevista y nos invitaron a tomar el té. Era un matrimonio de alrededor de sesenta años, ambos muy gentiles: nos escucharon con atención y manifestaron su interés en ayudar. Entonces hicimos contacto con la Dirección de Hidráulica de la provincia para hacer los planos de distribución de agua. Al ingeniero, relativamente joven, le comentamos la posibilidad que se había abierto. Él hizo un gesto y sonrió con escepticismo: “Los Bracamonte hace años que no pagan el agua que ellos mismos consumen, ¿ustedes creen que la van a ceder gratis?”. Tenía razón, meses después preguntamos sobre el proyecto y todo estaba igual, nada de lo prometido se había cumplido.

Muchos años después releí los objetivos y el método de la encuesta de Fraile Pintado. Las inconsistencias eran enormes y los resultados pobres para el esfuerzo realizado. Sentí nostalgia y cariño por aquellos médicos comprometidos con la salud de las familias zafreras. Sonreí por su inexperiencia e ingenuidad para intentar entender y resolver problemas sociales.

Determinación o acaso

A comienzo de 1963, regresamos a Buenos Aires para el nacimiento de nuestra primera hija, Wanda. Para recibir el último pago del contrato de trabajo en Fraile Pintado teníamos que presentar a la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, un informe de las actividades realizadas. Semanas después, nos llamaron para una entrevista con el médico de la Dirección, que aprobó el informe. Este se había sorprendido con las actividades realizadas pues mostraban nuestro potencial para dedicarnos a la salud pública. Nos explicó que lo que nosotros habíamos hecho en Fraile Pintado, sin saberlo, era más una práctica de salud que de atención pediátrica, y preguntó si no tendríamos interés en hacer el curso de Diplomados en Salud Pública, en la Facultad de Medicina de Buenos Aires.

Nos encaminó a la Escuela de Salud Pública y recomendó nuestra admisión con una beca del Ministerio de Salud en el curso que tiempo después se transformó en la Maestría en Salud. El médico sanitarista que nos atendió era César Pepa, una figura humana extraordinaria, con el cual trabajamos y con cuya familia convivimos durante dos años en Tucumán.

Años después, en 1986, entrevistado para relatar mi experiencia en salud para el proyecto de Historia Oral de la Casa Oswaldo Cruz, los investigadores iniciaron la grabación con una larga serie de preguntas sobre mi historia de vida y, ante mi sorpresa, fundamentaron que las trayectorias tenían una historia, no determinante pero sí condicionante de los caminos trillados que me llevaron a desembarcar finalmente en política y planificación en salud. Hacer una síntesis retrospectiva del camino recorrido y atribuirle algún condicionamiento que haya marcado mi desembarco en la salud pública no es simple. Creo que en mi desempeño aparecen trazos de intereses y actividades anteriores a mi formación médica: rápida capacidad de análisis, aptitud para organizar el trabajo y coordinar equipos, adquiridas durante diez años de trabajo en la compañía de seguros, en la cual llegué a ocupar el cargo de tesorero. Esas condiciones se manifestaron, sobre todo, en la experiencia de Fraile Pintado.

Es admisible que hechos aparentemente deshilvanados, forzando una interpretación lógica *a posteriori*, se estructuren indicando que los caminos trillados son condicionados, de alguna forma, por la historia de vida. Estoy convencido de que, en el sentido del recorrido de esta historia, como ocurrió con frecuencia en mi vida, fueron determinantes las circunstancias y el acaso.

¿Qué hubiera ocurrido hasta aquí, si la piba de las «gambas de novela» no hubiese entrado en la guardia y no nos hubiéramos enamorado? ¿Fraile Pintado existiría en la historia? Y si en lugar de Pepa un burócrata de plantón hubiera aprobado nuestro informe, ¿hubiéramos hecho el curso de Salud Pública?



*Mario coordinando el Congreso Interno
en la Fundación Oswaldo Cruz.
Rio de Janeiro, 1988.*

Capítulo 2

Salud Pública

Teoría de salud

En la década de 1960, el paradigma vigente para explicar el proceso salud-enfermedad era el ecológico-biologicista, centrado más en la explicación del fenómeno que en las causas determinantes del mismo. El análisis epidemiológico era eminentemente cuantitativo, restringido a comprender la historia natural de la enfermedad, la cadena de transmisión y los procesos de control epidemiológico. Si bien existían algunos trabajos pioneros, como el del chileno Hugo Behm sobre determinantes económicos y sociales de la mortalidad infantil, las ciencias sociales solo se incorporan con fuerza a la salud pública en América Latina en la segunda mitad de la década de 1970, impulsadas por Juan César García, sociólogo argentino, platense, consultor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Sin duda, a partir de su capacidad teórico-conceptual y su esfuerzo personal se desarrollan en varios países de América Latina núcleos de estudio de ciencias sociales aplicadas a la salud, con una importante contribución teórico-metodológica sobre la determinación social de la enfermedad.

En administración y planificación en salud la teoría subyacente, no explicitada, era el equilibrio funcional con el sistema político-social hegemónico. El método y las técnicas estaban centrados en el procesamiento de una considerable información cuantitativa. Como ocurrió en las ciencias sociales, la incorporación de la conceptualización de Estado, poder y gobierno en políticas de salud fue desarrollada en la década siguiente. Esta propuesta de nuevos enfoques teórico-metodológicos de la planificación en salud también fue posterior, con los aportes de Mario Testa en salud y de Carlos Matus en lo económico-social.

La Escuela de Salud Pública, influenciada por la política desarrollista del gobierno de Arturo Frondizi, orientaba la enseñanza para la formación de profesionales en métodos y técnicas de administración con el objetivo de lograr el uso eficiente de los escasos recursos disponibles.

En administración, el esfuerzo estaba dirigido a formar gestores de hospitales y programas específicos como los de salud materno-infantil, odontología sanitaria, educación de salud, saneamiento ambiental, vigilancia epidemiológica, y a desarrollar indicadores de salud con énfasis en la eficiencia. Los modelos de atención en salud estudiados con alguna profundidad eran: el Servicio Nacional de Salud inglés,

el Servicio Nacional de Salud de Chile y el Programa de Regionalización de la Salud de Costa Rica.

Los profesores, en su mayoría, no tenían experiencia docente previa: eran profesionales destacados por su conocimiento en la gestión de diversos campos de la salud pública. No existía ningún proyecto de investigación y la bibliografía disponible era escasa. El método didáctico-pedagógico era pobre: ocho horas diarias asistiendo a clases magistrales o realizando trabajos prácticos individuales o en grupo. Éramos alrededor de treinta alumnos, con mayoría abrumadora de médicos y un par de odontólogos, con por lo menos tres años de experiencia. La edad promedio era superior a los treinta años.

Mi desempeño como alumno en el curso de diplomados de 1963 en la Escuela de Salud de la Universidad de Buenos Aires fue satisfactorio y formé parte del grupo de mejores alumnos, destacándome en la materia Estadísticas de Salud, cuyo profesor titular era Carlos Ferrero. Probablemente mi interés precoz por problemas lógicos y la desenvoltura adquirida con el manejo de números en mi experiencia como tesorero de la compañía de seguros contribuyeron para que mi destreza en estadísticas fuese superior a la media.

A pesar de las limitaciones teórico-metodológicas y de los problemas didáctico-pedagógicos, el curso de 1963 produjo un grupo de sanitaristas notables, que se destacó tanto en el ámbito académico como en la gestión de servicios de salud.

Al final del curso, Ferrero me propuso un contrato para dirigir un proyecto piloto de estadísticas vitales y sanitarias en la provincia de Tucumán. Este proyecto, base para desarrollar el Programa Nacional de Estadísticas de Salud, contaría con asesoría técnica de la OPS, del Ministerio de Salud y del Consejo Federal de Inversiones.

Después de un período de duda, acepté. La propuesta, a pesar de que me desviaba de mi interés inicial de continuar en el área materno-infantil, era atrayente por los desafíos que implicaba y por la calidad técnica de los asesores de apoyo. Valía la pena correr el riesgo.

Política de salud

Durante el primer gobierno peronista, a fines de la década de 1940, bajo la gestión del ministro Ramón Carrillo, se produjo una enorme transformación de las estructuras y servicios de salud.

Se creó el Ministerio de Salud, reemplazando al viejo Departamento Nacional de Higiene. Este cambio de estructura tuvo reflejo en las provincias, que replicaron la organización del nivel nacional, creando una importante infraestructura técnico-burocrática para administrar programas y servicios de salud.

Así, los servicios públicos crecieron vertiginosamente, siendo incorporados al Estado los hospitales de la beneficencia y construyéndose, en un quinquenio, decenas de hospitales y centros de salud a lo largo y a lo ancho del país. En la década de 1950, el Estado poseía el 70% de las camas hospitalarias del país (incluyendo los hospitales de mayor complejidad) y era prácticamente el único sector que atendía las

enfermedades infecciosas y crónicas, las necesidades de rehabilitación, cumpliendo funciones, aunque deficientemente, de docencia e investigación.

Ante la presión de las organizaciones gremiales, base política del peronismo, se constituyeron las obras sociales y servicios médico-gremiales, financiados por aportes bipartitos del trabajador y empleador.

En este período se iniciaron los programas de erradicación del paludismo, fiebre amarilla, anquilostomiasis y otras parasitosis. También los programas de control de la salud de la madre y el niño y el mejoramiento del medio ambiente a través de la potabilización del agua, letrinización y control de los alimentos.

A partir del impulso dado a la salud, los indicadores de mortalidad infantil, en general y por tuberculosis y la morbilidad por paludismo se redujeron sensiblemente.

Se puede afirmar que la gestión de Carrillo fue un punto de inflexión: de una atención médica precaria —cuando no ausente— para la población pobre, se pasó a un proyecto modernizante de desarrollo de programas e infraestructura, especialmente en las zonas marginales. Esto marcó, en las décadas posteriores, la hegemonía de los servicios públicos en la prevención, promoción y atención de la salud.

En la década de 1960, el Ministerio operaba a través de normas generadas por innumerables programas verticales: salud materno-infantil, epidemiología, lepra, tuberculosis, enfermedad de Chagas, paludismo, etc. Las administraciones provinciales espejaban la organización nacional con coordinadores locales, responsables de la implantación de las normas centrales, reforzando la verticalidad en detrimento de la coordinación horizontal de programas; por ejemplo: el área de epidemiología solo era responsable por las enfermedades transmisibles agudas, en tanto que las transmisibles crónicas operaban por canales independientes, generando duplicaciones innecesarias.

Un problema similar ocurría con la colecta y transmisión de la información que exigían los programas nacionales: múltiples canales generando datos poco apropiados para el acompañamiento y evaluación local.

En este período se inició tímidamente el proceso de regionalización sanitaria, orientado a establecer una red local de servicios integrados, incluyendo en el área los centros de salud y hospitales públicos de mayor complejidad. Hubo un intento de descentralización, a partir de la creación de coordinaciones regionales, que no pasó de una desconcentración de algunas actividades de control y evaluación, con poca repercusión en la operación de los servicios.

Situación política

Tras la caída de Perón en 1955, suceden gobiernos militares que conducen a un proceso electoral con abstenciones, siendo electo, en 1958, Arturo Frondizi, radical “intransigente”. El mismo, derrocado por el golpe militar de 1962, fue sustituido por Guido, presidente del Senado, cuyo breve período de gobierno se caracterizó por una recesión económica, tensiones, inestabilidad, enfrentamientos entre distintas facciones de las fuerzas armadas y acentuada falta de autoridad.

La salida fue convocar a elecciones nacionales en 1963. El proceso electoral se desarrolló en forma confusa, con las fuerzas políticas atomizadas y el peronismo, proscripto, declarando su abstención electoral. El candidato más votado fue Arturo Illia, del Radicalismo del Pueblo, seguido de los votos en blanco y los candidatos Allende y Aramburu.

Illia, el presidente electo, era un médico de pueblo, una figura paternal sin experiencia administrativa. Su gobierno fue declinando paulatinamente por la lentitud decisoria y el fracaso de la política económica, una constante que se repetiría en los gobiernos radicales que se sucedieron en la Argentina.

Su ministro de Salud era Arturo Oñativía, médico salteño especialista en nutrición, también radical, de trato directo, calmo, de hablar pausado, con quien tuve relación en sus frecuentes viajes a Tucumán. Escuchaba con atención, imponía respeto por su personalidad y aceptaba críticas a su gestión con naturalidad. Era un caballero.

En 1964, el ministro de Salud de Tucumán era Silvio Colombo, importante médico tisiólogo, del Partido Radical; una figura peculiar que también aceptaba críticas y apreciaba el buen humor. Mi primera entrevista con él marcó su estilo. Al recibirme en su despacho, me da la bienvenida y expone que espera mucho de mi experiencia, porque su decisión de importar un profesional de Buenos Aires había generado muchas críticas en la provincia y estaba en juego su prestigio. Mi respuesta fue inmediata: "Doctor, si su prestigio depende de mi experiencia, sinceramente, yo en su lugar no me contrataría". Le sorprendió mi respuesta, sonrió y no solo me contrató, sino que me adoptó como uno de sus asesores especiales. Nuestras relaciones fueron pautadas por una seriedad profesional y por frecuentes irreverencias de mi parte, permitidas y hasta estimuladas por él.

Desembarco en Tucumán

En los primeros días de trabajo en el Ministerio me sentía perdido, la Dirección de Estadísticas de Salud era un gran salón en el subsuelo del Palacio de Gobierno, húmedo, oscuro, ocupado por funcionarios burocratizados sin ninguna formación técnica y por ratas de tamaño apreciable, que se alimentaban con archivos apolillados de datos desechables.

No tomé ninguna decisión inmediata, me aislé por más de un mes en un escritorio pequeño para programar las actividades a desarrollar. Para ello contaba con el apoyo de los consultores de Buenos Aires Carlos Ferrero, Raúl Vargas, Luis Vera Ocampo y Pablo Abadie. Para el primer año las metas fueron: implantación del programa de estadísticas vitales conjuntamente con la Dirección de Estadísticas de la Provincia; reorganización técnico-administrativa del Departamento; formación de técnicos en estadísticas de salud y preparación de auxiliares de estadística hospitalaria. Para el segundo año: consolidación del Programa de Estadísticas Vitales; implantación y consolidación del sistema de información hospitalaria; publicación

de boletines trimestrales y estimulación del uso de la información para la toma de decisiones.

Programa de Estadísticas Vitales

El Programa de Estadísticas Vitales fue implantado en Tucumán el 1° de septiembre de 1964. En su lanzamiento, que tuvo buena difusión en la prensa, se comprometieron a apoyar el programa la Dirección Provincial de Estadísticas, el Colegio de Médicos de la Provincia y el representante de la OPS en Tucumán. El último cuatrimestre del año estaba destinado a implantar el nuevo formulario de certificación de causa de muerte, informar a los médicos sobre la importancia de registrar la causa básica, ajustar la recolección y transmisión de los datos y organizar el procesamiento y divulgación de la información, para iniciar en 1965 un ciclo consolidado de informaciones vitales.

El período de prueba fue importante para corregir una práctica corriente en la certificación de defunción. Los médicos no registraban la causa, ni siquiera examinaban al difunto, se limitaban a firmar en blanco el formulario, que era completado por la empresa de pompas fúnebres. Para implicar a los médicos fue incorporado un procedimiento simple y de bajo costo que acabó dando resultado: contratar un estudiante de medicina de último año, con buen conocimiento clínico, cuya actividad era contactar telefónicamente a los médicos que no llenaban correctamente el formulario y que llegaba, en algunos casos, a visitar el consultorio para examinar la ficha clínica del paciente. Al principio las fallas eran frecuentes, pero la insistencia y el apoyo del Colegio Médico hicieron que a los pocos meses disminuyeran drásticamente las “causas mal definidas”. Antes de implantar el programa estas “causas” eran superiores al 40%, al año siguiente bajaron hasta menos del 10%, colocando a Tucumán entre los mejores niveles de calidad de certificación de causa de muerte del país.

El Ministerio Nacional de Salud operaba en las provincias a través de delegaciones sanitarias federales que asesoraban los programas ejecutados con recursos nacionales. Igual que Tucumán, las otras provincias de Noroeste —Salta, Jujuy, Catamarca y Santiago del Estero— carecían también de estadísticas sanitarias adecuadas. Con César Pepa —en esa época coordinador de Maternidad e Infancia— le propusimos al Ministerio (pues contábamos con la simpatía del ministro Oñativia) crear asesorías regionales especializadas. El fundamento era evitar la duplicación innecesaria de asesores y que la experiencia que estábamos realizando en Tucumán podía ser replicada a mayor velocidad y menor costo en las otras provincias.

Aprobada la propuesta me contrataron como asesor regional del Ministerio Nacional de Salud para todo el Noroeste. La expansión del Programa de Estadísticas Vitales fue rápida y exitosa en las cuatro provincias mencionadas. Otro aporte importante fue la preparación de auxiliares en los cursos de auxiliares de estadísticas hospitalarias que se realizaban en Tucumán, con la participación de dos técnicas en estadísticas que, con becas de la OPS, habíamos enviado para su formación a Chile.

Un sistema de información hospitalaria

Para implementar el sistema de información básica hospitalaria era necesario disponer de personal, pero los recursos de la provincia eran tan escasos que amenazaban la viabilidad económica del programa. Decidí visitar los hospitales provinciales —cinco de alta complejidad y más de una decena de mediano o pequeño porte— para identificar funcionarios que desempeñaran actividades relacionadas con el registro de datos o tuvieran tiempo ocioso en sus funciones. El excedente era increíble, contratamos solo un funcionario y en tres hospitales de gran porte utilizamos personal desaprovechado para introducir el archivo de historia clínica única.

Contacté a Hebe Giacomini, mi ex profesora, que era coordinadora del Curso de Técnicos de Estadísticas de Salud de la Escuela de Salud Pública, para ayudar a implantar la historia clínica única. Llegó con seis alumnas, seleccionadas entre las mejores, que estuvieron dos semanas trabajando incansablemente y dejaron a las auxiliares entrenadas y al sistema operando.

El programa se implementó en Tucumán el 1° de enero de 1965 y funcionó sin grandes problemas, permitiendo la publicación trimestral de un boletín con datos de mortalidad intrahospitalaria, media de permanencia y porcentaje de ocupación de camas por clínicas y especialidades. Fundamentalmente mejoró la eficiencia hospitalaria y hubo una rudimentaria aproximación a la calidad de la atención a través del análisis de la mortalidad.

La precariedad de recursos imponía reducir los costos de impresión de los formularios y el boletín al mínimo posible. Yo hacía de todo menos servir el café: compraba las resmas de papel, las transportaba en mi auto —un Isard 700 blanco que parecía una heladera con ruedas—, las cortaba en la guillotina del Programa de Control de Paludismo, y finalmente se la entregaba para la impresión a un funcionario antiguo, habitualmente empapado de alcohol, que en sus raros momentos de sobriedad manejaba con destreza una vieja Rotaprint.

El procesamiento de los datos era antediluviano. Consistía en codificar las variables relevantes para diseñar y perforar los campos en tarjetas Hollerith. Los equipamientos que disponíamos eran una perforadora y una clasificadora. Para contar la frecuencia de cada variable en una tabla simple se realizaban innumerables pasos en la clasificadora.

A medida que se fueron implantando los programas previstos aparecieron nuevas demandas: realizar el primer catastro provincial de los recursos de salud, implementar el sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles y el registro de casos para el control de lepra y tuberculosis. Estos últimos generaron una disputa con los programas verticales porque la propuesta rompía con las normas de transmisión de datos impuestas por el Ministerio. La información para procesar respondía primero a las necesidades del control local y subsidiariamente al interés ministerial de elaborar boletines tardíos que no estaban pensados para la acción concreta. Sin ningún entusiasmo, con disgusto, tuvieron que aceptar el cambio porque la información estaba vinculada a un programa de control, no de todas las enfermedades que pretendía el nivel nacional, sino de aquellas enfermedades transmisibles, agudas

y crónicas que eran un problema en la provincia y para las que se disponía de capacidad de seguimiento y control oportuno. Este programa fue diseñado con la idea de que la información era principalmente un instrumento de acción, sin desconsiderar la importancia de elaborar estudios epidemiológicos sobre tendencias de las enfermedades transmisibles.

Información y toma de decisiones

El boletín de estadísticas hospitalarias era enviado mensualmente a todos los hospitales donde en la mayoría de los casos no era utilizado ni siquiera leído: dormía en un cajón del escritorio del director. Yo visitaba periódicamente los hospitales, reunía a todos los jefes de sector y comparaba su desempeño con los otros hospitales de igual porte. Paulatinamente se fueron interesando, más por espíritu competitivo que por interés en mejorar su desempeño, pero por lo menos comenzaron a pensar cómo mejorar algunos indicadores: ya era algo.

Un caso paradigmático, que ilustra que por encima de los aspectos técnicos existía un fuerte compromiso con la salud, fue la Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes, referencia de la provincia, con varios miles de partos anuales, cuyo director era profesor titular de la cátedra de Obstetricia de la Universidad de Tucumán. Analizando los indicadores del boletín del primer semestre de 1965, me llama la atención la alta mortalidad materna y solicité al sector de estadísticas de la Maternidad que me enviaran las historias clínicas de las madres fallecidas (la Maternidad estaba incluida entre los hospitales en que habíamos implantado la historia clínica única).

Examinando las historias clínicas constaté cuatro casos de muerte materna por irresponsabilidad médica; dos de ellos eran la crónica de una muerte anunciada: una parturienta que ingresa con hemorragia vaginal, en cuya ficha consta una pregunta: “¿placenta previa?”. Horas después, en trabajo de parto, la paciente fallece por hemorragia. Consulté con César Pepa, responsable del Programa Materno-Infantil, y decidimos presentar el problema al ministro, quien, sorprendido, dudó sobre qué hacer. El director de la Maternidad no solo era titular de Obstetricia sino también pariente del gobernador. No me olvido del ultimátum que le dimos: “La información que producimos sirve para tomar decisiones, este es un caso grave de muerte por negligencia médica, no se puede tapar. ¿Prefiere que la prensa lo denuncie?”. Colombo nos respetaba mucho y decidió consultar al gobernador. Nos hizo esperar en su despacho; cuando volvió, media hora después, nos dijo: “Vamos a intervenir la Maternidad”.

Quien se hizo cargo de la intervención fue Susana, que ya se había trasladado a Tucumán desde Salta, donde había sido asesora nacional del Programa de Maternidad e Infancia. La intervención no era un mero cambio de la dirección, contemplaba la implantación de normas de atención del parto y del recién nacido, auditoría de historias clínicas y el entrenamiento de las parteras. Susana convocó —con apoyo de la OPS— obstetras, neonatólogos y una enfermera obstétrica que además de reorganizar los diversos sectores de la Maternidad administraban cursos de actualización

médica. La intervención dio resultados inmediatos: la mortalidad materna, fetal y de recién nacidos se redujo sensiblemente.

En el proceso de la auditoría, un prestigioso obstetra tucumano, analizando con Susana una de las historias clínicas, dice: “A tal hora muerte fetal, a tal hora muerte materna” y concluye con un comentario del peor humor negro: “Menos mal que el padre no vino sino también moriría”.

Planificación en salud

A fines de 1965, César Pepa, con una beca de la OPS, fue a hacer el curso de Planificación de la Salud en Chile sobre el método de programación conocido como CENDES/OPS.

Los orígenes de este método se remontan a inicios de la década de 1960. En esa época Mario Testa era alumno del curso de planificación del Centro de Estudios de Desarrollo en Venezuela (CENDES). El coordinador del proyecto, Jorge Ahumada, le encomendó elaborar un trabajo sobre la aplicación de los principios y métodos de la planificación económica a un área social. Simultáneamente ocurría en Punta del Este la reunión de la Alianza para el Progreso, donde se recomendaba elaborar planes de desarrollo para acceder a los créditos internacionales. A partir del trabajo inicial de Mario Testa, aplicado a la salud, y del interés de la OPS en estimular el desarrollo de la planificación en salud, fue creado un equipo financiado por la OPS para formular un método aplicable a la salud. El producto de ese equipo fue publicado por la OPS en 1965 con el título “Programación de la Salud, bases conceptuales y metodológicas”. Había nacido formalmente el método CENDES/OPS, cuya lógica sería hegemónica en América Latina por más de una década.

Al regreso de César Pepa se creó, en el Ministerio de Salud de Tucumán, el Departamento de Planificación, con la incumbencia de elaborar el plan de salud de la provincia. La idea inicial de área piloto para estadísticas vitales y sanitarias se extendía, a partir de la existencia de la información disponible, a testear la factibilidad del Modelo Nacional de Programación de Actividades, una adaptación del método CENDES/OPS, que priorizaba aspectos no contemplados, como la morbilidad, la demanda de servicios y sobre todo el foco institucional.

El test sería útil para corregir eventuales problemas metodológicos y contribuir con un ejemplo práctico para un curso sobre el método, que el Ministerio nacional había programado para sanitaristas de varias provincias con el objetivo de extender rápidamente su aplicación.

El volumen de información cuantitativa que requería el método nacional, al igual que el CENDES/OPS, era abrumador: proyecciones de población, mortalidad por causa, estimación de las principales causas de morbilidad, producción y eficiencia de los programas y servicios de salud y costos de las actividades.

Ese año lo dediqué a complementar la base de datos necesarios para planificar. Los problemas críticos eran el cálculo de los costos de las actividades y la estimativa de la morbilidad por las enfermedades más frecuentes. El plazo estipulado para

elaborar el plan era corto y no disponíamos de todos los datos necesarios. El único camino posible para completar la información era estimarlos de forma aproximada.

Con el apoyo de Adolfo Chorny y Mario Boyer, en aquella época asesores del Consejo Federal de Inversiones, montamos un curso teórico-práctico de análisis de costos cuyo producto final fue la implantación del sistema en el hospital donde se administraba el curso. En tres meses habíamos implantado el sistema en los grandes hospitales y en apenas uno o dos de mediano y pequeño porte.

Faltaban datos de varios hospitales y de todos los centros y puestos de salud. No había tiempo para desarrollar los sistemas de costos; la solución era estimarlos. Para solucionar el problema decidí, por un lado, obtener datos del gasto en personal, que significaba aproximadamente el 70% del costo y, por otro, completar el costo de los consumos estimándolos a partir del gasto unitario medio de los egresos hospitalarios y de consultas médicas que habíamos obtenido en las unidades donde estaba implantado el sistema. Cuando cerré el balance de los gastos totales a partir de lo estimado, el error respecto del presupuesto total del Ministerio fue solo del orden del 4%.

La provincia tampoco disponía de información sobre morbilidad y, para estimarla, adopté un mecanismo de consulta con los especialistas que atendían las enfermedades más frecuentes. No teníamos el mínimo conocimiento de la prevalencia de enfermedades crónicas y de la incidencia de las agudas. Por lo tanto cualquier aproximación a la valoración de la morbilidad sería mejor que nada; al menos obtendríamos una escala de frecuencias. Inicialmente el grupo de especialistas convocados no estaba dispuesto a arriesgar valores sobre la magnitud de los casos que atendían en el consultorio privado y en el hospital. Las preguntas formuladas pretendían establecer una faja porcentual aproximada: “Es 5%”; “no, mucho más”; “20%”; “no, un poco menos”; y así avanzábamos en la aproximación ajustando la estimativa hasta llegar a valores que oscilaban entre bandas mínimas y máximas.

Ya en Tucumán la experiencia, fuera del desafío de completar y analizar la información, fue desalentadora. El plan de salud fue formulado dentro de los plazos previstos, pero no tuvo ninguna repercusión en el funcionamiento de los servicios y programas. Se convirtió en un libro-plan, elaborado con mucho esfuerzo, pero que durmió el sueño de los justos en algún cajón del Ministerio.

No podía haber sido diferente, el método CENDES/OPS y el Modelo Nacional de Programación de Actividades fueron un ejemplo del paradigma normativo aplicado a la planificación en salud, posteriormente criticado por Carlos Matus y Mario Testa por sus limitaciones: supuesta neutralidad técnica, aplicabilidad solo a partir del poder de intervención del Estado y su lógica cerrada en lo económico. En otras palabras, restricto a la reproducción e incapaz de captar la complejidad de los procesos de cambio político-sociales, por no abordar adecuadamente los problemas estructurales y no reconocer oponentes eliminando la posibilidad de analizar el proceso de construcción de viabilidad política.

La experiencia

Creo que vale la pena una reflexión acerca de cómo nos sentíamos los sanitaristas que trabajábamos en las provincias del noroeste en la década de 1960, válida por extensión para otros compañeros que militaban en otras provincias.

El Ministerio nacional estaba en su mayor parte ocupado por viejos burócratas que justificaban su poder técnico imponiendo normas que, en la mayoría de los casos, no se cumplían. Ese tipo de poder no nos interesaba; al contrario, cuestionábamos las normas y participábamos en proyectos que no dependían del apoyo de la burocracia. El eje del desarrollo de los servicios de salud eran las provincias y el Ministerio estaba descentralizando para ellas los hospitales nacionales.

Si bien no disponíamos de una comprensión ideológico-política del campo de la salud, teníamos una fuerte vocación social. No por casualidad los primeros sanitaristas fueron mayoritariamente oriundos de la fisiología y la pediatría. Los salarios eran bajos, los contratos del gobierno no tenían estabilidad ni seguridad social y la profesión no tenía ningún prestigio. Éramos considerados “médicos papeleros”. Las condiciones de trabajo, en general, eran precarias, como el subsuelo de la Casa de Gobierno, y el apoyo administrativo, deficiente.

Nos sentíamos pioneros, exploradores de un terreno desconocido que nos entusiasmaba, porque creíamos que nuestro trabajo era un camino para mejorar la salud del pueblo, aunque algunos pensaran que habíamos hecho el curso para ser “ministros”. Si lográbamos mejorar la eficiencia de los servicios, más gente podría ser atendida; si participábamos en programas de expansión rural, en los servicios de epidemiología o en el control materno-infantil, contribuiríamos a reducir muertes evitables.

Trabajábamos en equipo; los intereses individuales eran secundarios. No prevalecía la disputa por espacios de poder institucional: predominaba el saber técnico; todo estaba para ser construido, era una época en que la solidaridad y lo colectivo eran valores sustantivos.

Desde el punto de vista profesional aprendí en la práctica concreta a organizar e implementar programas innovadores. Los programas de estadísticas vitales y hospitalarias fueron la base para la implementación exitosa del Programa Nacional de Estadísticas de Salud en todo el país. El modelo de programación también se extendió en todo el país con los mismos resultados anodinos que en Tucumán: el método realmente no daba para más.

El desarrollo de los distintos sistemas de información en que participé y la elaboración del plan de salud, me permitieron meterme por dentro de todos los programas y servicios que se ejecutaban en la provincia, analizar sus problemas y participar en la búsqueda de soluciones alternativas.

En ese sentido, la experiencia fue rica por el aprendizaje y los logros técnicos, pero más interesante aún por la necesidad de improvisar, de apelar a la creatividad, de generar opciones para superar problemas de factibilidad técnica o de viabilidad económica que no constaban en los manuales de administración. Esta primera etapa tuvo una influencia fundamental en mi formación como sanitarista: empíricamente,

reflexionando sobre lo real, incorporé un método para analizar problemas que posteriormente enriquecería en mi segunda etapa formativa en la Universidad de Michigan.

Casa abierta y bohemia

Desembarqué en San Miguel de Tucumán solo. La primera semana paré en un hotel barato. El salario era insuficiente y una posibilidad era conseguir alojamiento en una casa de familia.

Una secretaria —de clase media alta venida a menos, que vivía en una casa bonita con gran jardín en la avenida Mate de Luna— tenía disponible un pequeño cuarto para compartir con otra persona. El inquilino, que ocupaba el cuarto pequeño con dos camas turcas y una mesita de luz en el medio, sabía que la dueña quería alquilar la segunda cama y apareció para conocerme. La empatía fue inmediata: nuestras preocupaciones de compartir un cuarto, él con un médico porteño burócrata del Ministerio y yo con un joven estudiante de Filosofía, fueron disipadas rápidamente. Así conocí a Armando Archetti, alias Santiago, más que amigo entrañable, un hermano con el cual compartimos, por muchos años, alegrías y tristezas.

Después de unos meses en la pensión de la calle Mate de Luna, cansados de la mezquindad de la dueña de casa y del cuarto minúsculo, decidimos mudarnos. Un compañero de trabajo, Marcelo Delgado, tucumano, director de Epidemiología, de quien había sido compañero en el curso de diplomados, consiguió de un amigo médico que iba a pasar un año en el exterior, una casa nueva, a estrenar, con alquiler bajo.

La casa era demasiado grande para nosotros: tenía el portón de entrada con tablas separadas, un living comedor, tres cuartos, un patio central y terreno en los fondos. Para compartir gastos y aprovechar el espacio que nos sobraba, lo invitamos a vivir con nosotros a Carlos Osimani, cordobés, estudiante crónico de Derecho, que recibía una mesada de la familia.

Cuando nos entregaron la casa nos dieron un juego de llaves, pero nunca hicimos copias. Las llaves quedaban permanentemente en la cerradura, del lado de adentro; para abrir o cerrar la puerta bastaba introducir la mano entre los espacios de las tablas. Todos los conocidos, que eran muchos, sabían como entrar y salir de la casa. Poco a poco, naturalmente, se transformó en una especie de república independiente para actores de teatro, estudiantes y almas perdidas.

Conseguimos algunos muebles prestados: una mesa, cuatro sillas y algunos colchones. El resto era improvisado: el escritorio y la biblioteca eran la puerta de un cuarto sostenida con ladrillos, las cortinas eran de papel madera pegado en los vidrios y el terreno era un matorral.

El dinero era escaso y Carlos recibía su mesada con frecuentes atrasos; el único que tenía una fuente regular era yo. El almuerzo era un problema: yo cocinaba arroz y fideos casi todos los días, ellos apenas eran capaces para hervir el agua. Un día los encontré hirviendo algo que parecía un pollo; me sorprendí y pregunté cómo lo habían comprado. Las respuestas fueron evasivas hasta que confesaron que era una

gallina del vecino, que saltó hacia el matorral de los fondos. Compraron unos centavos de maíz y la atrajeron hasta la puerta de la cocina; el resto estaba claro. Asumí la cocina; la supuesta gallina era un gallo duro que acabó en un guiso de arroz que parecía un manjar después de la dieta forzada de varios días. Ya estábamos chupando los huesitos cuando el vecino se asomó por la pared de los fondos y preguntó si habíamos visto en el “jardín” un gallito de riña paraguayo.

Cada quince días pasaba un fin de semana con Susana y Wanda en Salta y ella también aparecía periódicamente en Tucumán. Cuando llegaba era una fiesta, todos sabíamos que la comida mejoraría notablemente y que la casa reluciría de limpia. La alegría, como esperanza de pobre, duraba poco: Susana volvía a Salta y nosotros a esperar una nueva visita.

Asistí a innumerables ensayos de teatro y puestas en escena de varias obras en el teatro estable de Tucumán. Memorable fue la comedia musical *El sombrero de paja de Italia*, dirigida por el chileno Dittborn Pinto. Actuaban Santiago y Carlos; este último —como actor principal— fue consagrado por la prensa como la revelación del año. Nunca más actuó. Todavía me acuerdo del tema cantado reiteradamente por el coro “el funcionario se ha puesto a caminar, sigámosle sus pasos, dejémos guiar”.

Yo, para ese entonces con más de treinta años, llevaba una doble vida, casi esquizofrénica, pero tremendamente divertida. De lunes a viernes desde las ocho de la mañana hasta las 17 era un funcionario importante del Ministerio. Fuera de ese horario me transformaba en un joven sin más compromiso que disfrutar cada instante, cosa que no me había permitido en mi juventud.

A fines de 1964, cuando Susana consiguió ser transferida de Salta a Tucumán como asesora de Maternidad e Infancia comenzó, pero no del todo, la etapa de vida familiar más organizada. Alquilamos en El Corte, un pequeño valle en la subida al cerro San Javier, a 15 km del centro de la ciudad, una casa que era para vacaciones de verano. La casa era un lujo: living comedor, tres dormitorios y una galería cubierta en el frente que se abría hacia un gran jardín arbolado con vistas al cerro. Luis Vera Ocampo, cuando la conoció dijo: “Parece la casa de un gobernador de la India”, y su mayor asombro era lo poco que pagábamos por el alquiler.

Rápidamente el lugar se transformó en el punto de encuentro de todos los amigos. Por las tardes jugábamos al fútbol, hacíamos innumerables asados, y por las noches, cualquier día y a cualquier hora, aparecían con frecuencia algunos trasnochados para beber y rasgar la guitarra, y en muchas oportunidades terminábamos la velada comiendo una tallarinada a la madrugada.

En una oportunidad que Susana había viajado a Buenos Aires para control del embarazo de Luis Alberto y regresado inesperadamente, mis amigos Ezequiel Paz y Horacio Puga, suponiendo que yo estaba solo, cayeron a la madrugada con jóvenes acompañantes. Entraron en el jardín a los bocinazos y a los gritos para despertarme. Susana para embromarlos preguntó desde atrás de la ventana: “¿Qué está pasando?”. La reacción de ellos al oír una voz de mujer fue “rajemos, Mario está con una mina”. Obviamente los hicimos entrar y salieron de casa cuando el sol rayaba.

Otro personaje asiduo era Silvina Victoria, “Zunula”, una figura insólita, hija de un prestigioso oftalmólogo y casada muy joven con otro oftalmólogo de una

importante familia de Tucumán, con el cual tenía dos hijos. Ella decidió abandonar su familia e irse a vivir con Carlos Osimani. Sus visitas fueron objeto de comentarios de las “familias tradicionales”, en los cuales me vi envuelto por mi apellido, ya que los dueños del diario *La Gaceta de Tucumán*, los García Hamilton, eran primos lejanos míos y no aceptaban que un Hamilton recibiera en su casa a una adúltera con su compañero.

Con Zunula nos encontramos años después en Buenos Aires a nuestro regreso de Michigan; ella nos vio por casualidad cuando salíamos de un supermercado, y como era su característica se presentó con un grito: “¡Hijos de puta, que hacen por aquí!”. Unos días después la encontramos por la noche, frente al departamento donde vivíamos, cerca del Jardín Botánico, sentada en el cordón de la vereda con un acompañante, Antonio Berni, con quien estaba viviendo después de separarse de Osimani.

Luego la familia se amplió con la llegada de Luis Alberto, que había nacido en Buenos Aires en marzo de 1966 como consecuencia de un “conflicto” con los parteros tucumanos.

Con Susana aprovechamos los viajes de trabajo para conocer las provincias del Noroeste y el tiempo libre para hacer viajes cortos a lugares turísticos de Tucumán. En Tafí del Valle alquilamos caballos y recorrimos la montaña. En su punto más alto nos encontramos un día con un hombre de edad, cabellos blancos, sombrero, bien trajeado con ropas típicas y caballo bien aperado, que reconociéndonos como gente del sur nos preguntó de donde éramos. Le respondimos que de Buenos Aires y nos pregunta: “Dígame, ¿es cierto que allá no hay montañas, que es todo liso y que se ve el horizonte a lo lejos?”. “Sí, la pampa es una planicie”, le contestamos. Después de un breve silencio miró el paisaje majestuoso y cerró la conversación con un: “Qué feo hay de ser eso”. Nos quedamos sorprendidos pero mirando a lo lejos montañas y valles reconocimos que tenía razón.

También la zamba, el cabaret y el snooker formaban parte del placer compartido con amigos. Uno de los lugares insólitos que habíamos descubierto con Susana era el “Tabaris”, un cabaret típico de coperas en los alrededores de la estación del ferrocarril (zona de dudosa reputación), de clientela masculina, la mayoría en busca de sexo fácil o buscando al menos divertirse con el show, cuyo punto fuerte era el *striptease*. Por allí pasaron casi todos los consultores que venían de Buenos Aires. El que estaba en su salsa era Raúl Vargas; los otros, tímidos, eran un poco más retraídos por temor a involucrarse con alguna “artista”. Con Susana salimos varias veces a bailar tangos y milongas; las “chicas” la miraban con odio, pensaban que era una competidora.

Era divertido, anunciaban el show con una pompa como si estuvieran en el Moulin Rouge: “Esta noche está con nosotros Françoise, recién llegada de París, ¡un aplauso para ella!”. Françoise comenzó su *striptease* al compás de *La vie en rose* y por lo bajo comenté: “¡Qué París, esta mina es de Avellaneda!”. Ella continuaba contorneándose y acercándose a nuestra mesa mientras se sacaba los guantes con los dientes, murmuró: “¿Por qué no te vas a la puta que te parió?”.

El tiempo libre era escaso pero, influenciado por Santiago que siempre encontraba un espacio para quebrar la rutina, solíamos jugar al snooker en un bar que

quedaba a la vuelta del Ministerio. Cuando los asesores de Buenos Aires llegaban para trabajar después de almorzar, frecuentemente encontraban en la puerta de mi oficina un cartel: “Estoy en el bar de la vuelta”. Al principio jugar al billar en horario supuestamente de trabajo les parecía un disparate más del “loco Hamilton”, como me llamaban cariñosamente por mi comportamiento poco ortodoxo, pero después de aprender a manejar el taco y embocar algunas bolas se entusiasmaron. Muchas tardes hicimos campeonatos que se prolongaban más allá de lo conveniente, obligándonos a prolongar el trabajo noche adentro.

La zamba estaba presente en todas las nochedas que pasábamos con amigos tucumanos, sobretodo con Horacio Puga y Ezequiel Paz. Este tocaba bien la guitarra y era un apasionado por Atahualpa Yupanqui; cantaba muy bien zambas y bagualas. En las frecuentes veladas de tira de asado y vino en el “Alto de la Lechuza” dedillaba: *Mi alazán, Los ejes de mi carreta, El arriero, El payador perseguido*, etc. Poesía y música, soledad y protesta. Cómo no emocionarse.

Una noche Ezequiel nos invitó, junto con otros consultores, a cenar en su casa, aprovechando que sus padres estaban viajando. Ezequiel pertenecía a una tradicional familia de Tucumán y su casa parecía un museo de la época de la Independencia. El menú consistía en jamón con melón y pollo a la no sé que. El melón verde y el pollo pasado y seco eran casi incomibles. A la hora del café nos invitó a tomarlo en la sala y ahí se largó una tormenta torrencial: las goteras eran incontables y las gotas cayendo en cacerolas desparramadas por la sala componían una sinfonía monocorde. Ya tarde quedábamos solamente Horacio, Ezequiel, Susana y yo. Estábamos con hambre, apenas habíamos comido, y terminamos en el “Alto de la Lechuza”, como siempre con asado, vino y Atahualpa.

Compañeros inolvidables

Santiago Archetti tenía en esa época poco más de veinte años de edad, medía más de un metro noventa y era relativamente delgado. Simpático, seductor, culto, bienhumorado, crítico agudo, inquieto, siempre en movimiento, era estudiante de filosofía, actor de teatro vocacional, cantante de coro y participante de todas las tertulias y reuniones en bares. Lo único que no hacía era trabajar. El padre era un bioquímico que había sido vicegobernador de Santiago del Estero y le enviaba mensualmente dinero para su subsistencia.

Compartíamos todo el tiempo libre; por la tarde nos encontrábamos en algún bar donde combinábamos actividades para el resto del día y el quehacer en el fin de semana: ensayos de teatro, cine, circo con payasos y equilibristas, paseos por el Parque Independencia para ver caer las hojas de otoño, encuentros con amigos, dónde y qué comer y un montón más de opciones en las cuales me envolvía con su entusiasmo.

Continuamos viéndonos con Santiago cuando años después ya vivíamos en Buenos Aires, a mi regreso de Michigan, y fui su padrino de casamiento. Fue más que mi hermano y mucho más que un tío para mis hijos. A pesar de los años y de

estar ya graduado en Filosofía, continuaba igual, siempre inventando algo distinto para quebrar la rutina. Nuestros chicos, que ya eran cuatro en 1970, lo amaban. Un día los llevó a pasear en un auto viejo recién comprado, que revendería poco después para comprar un par de cachorros dálmatas, que se transformarían en otra cosa que lo entusiasmara por un tiempo. Nunca se quedaba quieto, estaba siempre en movimiento.

Ya vivíamos en Brasil, en 1977, cuando recibí la noticia de su desaparición: lo “chuparon” en Santiago del Estero. Ya era profesor en la Universidad de Buenos Aires y estaba de vacaciones con su esposa María Rosa y sus dos hijos: Ana y Marquitos. Para que la obra social le resarciera los gastos de los pasajes precisaba un comprobante dado por la policía local. Al día siguiente de la solicitud lo secuestraron cuando salía de jugar al tenis.

Santiago había sido detenido en Tucumán en 1965 por su actividad política en conflictos azucareros vinculados al Ejército Revolucionario del Pueblo (ERP). César Pepa, que en ese entonces era ministro en la provincia, consiguió liberarlo. En 1976, ya hacía varios años que no participaba activamente de ningún grupo de izquierda, y en algunas oportunidades recibía avisos desde Santiago del Estero de que estaban deteniendo viejos compañeros de militancia y, por precaución, durante un tiempo se alojaba en nuestra casa hasta que bajase la marea.

Después de su desaparición, María Rosa hizo lo imposible para localizarlo: consiguió una entrevista con Harguindeguy —ministro de Interior de la dictadura—, quien le aconsejó que no perdiera más tiempo. Desesperada, me envió a Río de Janeiro, por temor a la censura, un manuscrito para ser reenviado desde Brasil a Jimmy Carter, entonces presidente de EEUU, pidiéndole que intercediera ante la dictadura. Fue uno más de los miles de desaparecidos.

Pasé un largo tiempo deprimido; a la noche, antes de dormirme, pensaba en todos los momentos que habíamos pasado juntos, la alegría, la vitalidad que expresaba en cada momento que compartimos. Lo imaginaba con su actitud altiva, su cara de desprecio, su sonrisa irónica: habrá sido intolerable para los torturadores asesinos.

César Pepa había llegado a Tucumán en 1964, al igual que yo, para coordinar el Programa Materno-Infantil de la provincia. Era un hombre de una calidad humana excepcional. Inteligente, alto, delgado, de barriga incipiente, anteojos de aro oscuro, mirada vivaz y bigote espeso, era cuidadoso, de gestos medidos. Católico practicante, por momentos parecía un hermano lego. Estaba casado con una mujer encantadora, Mecha, con quien tenía seis hijos adorables. Trabajábamos en el subsuelo de la Casa de Gobierno en oficinas próximas y compartíamos nuestros problemas cotidianos. Antes de la llegada de Susana a Tucumán, yo era un asiduo invitado a comer en su casa, donde me acogían y mimaban como un miembro más de la familia.

En agosto de 1966 participábamos en Salta de una reunión regional del Ministerio de Salud, que ocurría simultáneamente con el encuentro regional del Movimiento Familiar Cristiano, del cual él era coordinador.

El 15 de agosto, día de mi cumpleaños, al cierre de la reunión de Salud con cena y show de música folclórica en el restaurante “Los gauchos de Güemes”, César estaba solo y se ofreció a llevarnos al hotel. Susana y yo queríamos continuar la noche en

otro lugar. Susana propuso ir a un cabaret de la calle Córdoba, zona de prostitución, que había conocido en el programa de control de prostitutas cuando trabajaba en la provincia. Él no tenía mucha convicción, pero sus ojos señalaban su curiosidad, aunque le preocupaba su papel como coordinador del Movimiento Familiar Cristiano. Lo convencimos y aterrizamos en el “Biscuit del Norte”, un cabaret atorrante donde una mujer hacía *striptease* cantando picarescamente “Tengo un cosquilleo que lo siento aquí, que lo siento allá”. Al término del show se encendieron las luces y un señor de traje y corbata oscura se acercó y saludó cortésmente a César. Era otro miembro importante del movimiento cristiano. Pepa se quedó preocupado: “¡Qué me hicieron hacer!”, nos decía. Lo calmamos con un “No te preocupes, vino para confabularse”.

Para comprender integralmente a César había que verlo manejando su vieja estanciera. Toda la mesura y calma que aparentaba desaparecía cuando se sentaba al volante: se transformaba, conducía rápido y nervioso. Manejar era su válvula de escape para las tensiones cotidianas.

Excelente sanitarista, tuvo actuación destacada en la provincia, donde llegó a ser ministro de Salud. Gran figura humana, un compañero verdadero y profundo.

En un accidente de auto, viajando de Buenos Aires a Tucumán, murió con su esposa y cuatro de sus hijos. Yo estaba en Michigan y me enteré de su muerte varios días después, por un recorte de diario que nos mandó la madre de Susana. Quedé desolado, no aceptaba la tragedia que había ocurrido. Salí de casa y estuve herrando sin rumbo fijo, con la mente en blanco, tratando de espantar el horror.

Luis Loffi era una figura particular. Nos hicimos grandes amigos. Ingeniero hidráulico, era alto, flaco, narigón, con anteojos espesos. Siempre estaba de buen humor, tenía la risa fácil y estridente. Era casado, con dos hijas.

La casa del Corte era sensacional, mas tenía un pero: faltaba agua con frecuencia, sobre todo en el caluroso verano. Para regularizar el abastecimiento, recurrí a la delegación provincial de Obras Sanitarias, donde me recibió Loffi: los dos ceremoniosos, ingeniero de aquí, doctor de allá. Para ver la posibilidad de atender a mi pedido, salió momentáneamente de su escritorio, y mientras lo esperaba curioseé un cuadrito en la pared, viendo con sorpresa que no se trataba de un diploma sino de una factura de compra de papel higiénico. Al volver autorizó mi pedido y antes de salir le pregunté sobre el significado del cuadrito y dijo: “Es para recordarme que estudié seis años en la facultad para acabar como burócrata autorizando la compra de una docena de rollos de papel higiénico”. Rápido en el gatillo le insinué la posibilidad de trabajar en el proyecto de ingeniería sanitaria del Ministerio de la provincia, con un consultor de la OPS, Alberto Flores, otro amigo y figura notable.

Loffi se incorporó a la salud y en ella se quedó para siempre: fue director provincial del programa y más tarde director del Programa Nacional de Saneamiento Ambiental.

En 1985 cuando retornamos brevemente a la Argentina nos reencontramos. En el intercambio de figuritas nos contó que, durante la dictadura, aislado, sin contactos, inventó un mecanismo propio de resistencia para superar la angustia de no hacer nada. De día escribía en una vieja Remington panfletos contra el gobierno militar.

Luego sacaba copias y las distribuía, solitario al amanecer, por debajo de las puertas en las casas del vecindario.

Luis Vera Ocampo y Raúl Vargas. Yo recibía con frecuencia a los compañeros que me asesoraban y cuya contribución fue fundamental para orientarme en la formulación de los programas que realicé en la provincia. Los personajes más asiduos con los que compartí algunos placeres, además del trabajo, fueron ellos.

Luis, riojano, era bajo, fuerte, de cuello corto. Siempre llevaba un aerosol para el asma en el bolsillo. Medido, cauto, con fina ironía, tenía una gran calidad humana. En 1971, cuando con varios compañeros decidimos incorporarnos como grupo técnico al peronismo de izquierda, lo invitamos a participar y él no aceptó por pudor: siempre había sido antiperonista.

Era un amigo y consejero inteligente. A mi regreso de Michigan en 1968, ya en Buenos Aires, yo estaba medio deprimido porque no conseguía realizar algunos proyectos y cuestionaba mi papel en el Ministerio. Recuerdo lo que me dijo Luis en esa ocasión: “A veces es más importante evitar que hagan cosas con las que no estás de acuerdo que haciendo lo que vos crees”. Muchas veces en mi larga militancia cumplí con bastante efectividad el papel de evitar que implantasen un programa con el cual no estaba de acuerdo.

En julio de 1973 me encontré con él en Chile, creo que, por última vez, en el Centro de Planificación de Salud de la OPS, donde él trabajaba como consultor permanente y yo había sido invitado para programar y posteriormente asumir la coordinación de un curso sobre sistemas de salud. Acepté trabajar una semana en la programación, pero recusé coordinarlo alegando mi participación política en la provincia de Buenos Aires. Luis trató de disuadirme para preservarme de la catástrofe que se avecinaba con la reciente renuncia de Cámpora a la presidencia del país. Pasamos largas noches conversando y bebiendo buenos vinos chilenos en las que trató infructuosamente de convencerme. Su angustia por mi decisión era palpable; mi argumento era inapelable: a pesar de compartir su análisis pesimista, sería una cobardía abandonar a mis compañeros en una situación crítica. Con evidente tristeza respetó mi opción.

Su personalidad era un tanto depresiva, sobre todo en relación a la edad. Al cumplir sesenta años estaba abatido porque había entrado en la “séptima década”. Murió en Uruguay, donde era representante del país de la OPS, el día que cumplía setenta años: no tenía ningún interés en vivir la octava década. Fue un amigo tremendamente afectivo, preocupado con mi futuro incierto y que siempre recuerdo con enorme cariño.

Raúl, peruano, era consultor permanente de la OPS en bioestadística. Ágil, movedido, brillante en su oficio, era bueno rasgueando la guitarra y cantando valsecitos peruanos; enamorado contumaz, se apasionaba con facilidad, siempre sonriente y entusiasmado con su trabajo. Fue un personaje notable en el desarrollo de todos los programas de estadísticas e investigación de salud implantados en la Argentina en las décadas de 1960 y 1970.

Su apoyo, al igual que el de Ferrero, fue fundamental en mis primeros años de trabajo en la salud pública pues tuvo participación intensa en Tucumán. Se

preocupó por conseguirme la beca de estudios de la OPS en Michigan, y continuó asesorándome, años después, en la Dirección de Estadísticas del Ministerio y en la Encuesta Nacional de Salud.

De espíritu bohemio, buen bebedor y farrista, con él compartí momentos inolvidables en las noches tucumanas, recorriendo boliches poco recomendables.

Capítulo 3

Rumbo a los Estados Unidos de Norteamérica

Ann Arbor, Michigan

Como estaba programado, obtuve una beca de la OPS para completar mi formación metodológica en la Universidad de Michigan. Llegué a Ann Arbor solo, en octubre de 1966, para hacer un curso de inglés exigido por la Universidad, y mi primer alojamiento fue en la residencia universitaria, donde compartía un cuarto con un estudiante estadounidense.

Salir de Tucumán, donde dejaba familia y amigos, parrilladas, vino y zambas, para vivir solo, fue triste. Tuve que adaptarme rápidamente, reemplazar el vino por la Coca-Cola, la parrillada por las hamburguesas y el loco por comidas insulsas.

La ciudad de Ann Arbor, sede de la Universidad, está situada en la zona de los grandes lagos del estado de Michigan. El clima oscila desde temperaturas muy bajas en invierno, de hasta 25 grados bajo cero, a calor húmedo en verano, con más de 30 grados. La ciudad era pequeña pero simpática, con buena infraestructura, agitada y hasta cierto punto divertida a pesar de su tamaño, por el movimiento de los estudiantes. En verano había pocos cursos y la ciudad quedaba semivacía.

El curso de inglés era intensivo, de ocho horas diarias, con alumnos jóvenes y cosmopolita: mis compañeros más próximos eran un venezolano, un iraní y una holandesa. Pasé un mes apesadumbrado: ya no aguantaba más, estaba cansado de la rutina del curso y de tomar el té de las cinco en la casa de alguna profesora. La nostalgia se agravaba, así que comencé a buscar algún argentino que estuviera estudiando en la Universidad. Después de preguntar en varios lugares localicé un estudiante de ingeniería espacial, Roberto, que compartía un departamento con un español, Juan. Roberto era un cordobés simpático. Juan, matemático catalán, era expansivo y gracioso como todo buen español; además cocinaba muy bien y hacía unas paellas sensacionales. Continuamos amigos durante toda nuestra estadía en Ann Arbor. Juan a menudo cocinaba en casa y de Roberto fui padrino de su casamiento con una estadounidense.

Susana llegó los primeros días de diciembre con Wanda de tres años, Luis Alberto con menos de uno y embarazada de Alejandro. La fui a esperar al aeropuerto de Detroit. El día anterior había habido una gran tormenta de nieve que bloqueó varias

rutas del estado y entonces me llevó mi compañero venezolano que tenía auto y cadenas para manejar en la nieve. La mayoría de los vuelos estaban cancelados o atrasados. Había que esperar, así que fuimos a un bar a tomar cerveza y jugar al pool. El tiempo iba pasando y no había novedades. De pronto por el altoparlante solicitaron mi presencia; salí corriendo y encontré a Susana desesperada. El vuelo Buenos Aires-Miami con escala en Lima había sido extenuante; en el aeropuerto de Miami tuvo que esperar un tiempo largo hasta que los embarcaran en un vuelo con escala en Cincinnati y allí fue demorada por la tormenta de nieve. Lo único que le faltaba era que yo no estuviese esperándola en el aeropuerto.

Después de algunas tribulaciones nos instalamos en una casita confortable de dos plantas, con una sala, dos cuartos, calefacción y teléfono, en el campo norte de la Universidad, un área de bosque de pinos a unos cinco kilómetros de la ciudad. Las paredes de la casa eran paneles de aglomerado de madera. Susana decía que parecía la casa de los tres chanchitos y que había que esperar el soplido del lobo a ver si aguantaba. Ese año había empezado a nevar a fines de octubre y continuó nevando hasta los primeros días de mayo. Fue uno de los inviernos más largos que se recordaran y en más de una oportunidad nos quedamos bloqueados por las tormentas de nieve. Ver un paisaje nevado, tierra y árboles blancos, es interesante, pero después de varios meses se transforma en una pesadilla; pasábamos semanas enteras con temperaturas muy debajo de cero y sin entusiasmo para hacer nada más que asistir a clases en la Universidad.

La noche de año nuevo de 1967, después de cenar en familia, teníamos el compromiso de encontrarnos con otros estudiantes y profesores en un bar de la ciudad. Mi auto no arrancaba y al bajar la ventanilla para hablar con Susana me sorprendí porque parecía que no había conseguido abrirla, era una capa de hielo que se había formado como un doble vidrio. Paré un ómnibus de la Universidad, vació, y su joven chofer decidió salirse de su itinerario para acercarnos al lugar de la cita: nos dejó a tres cuadras de nuestro destino. A los 200 metros Susana, que estaba con las rodillas casi descubiertas me dice: “Estoy congelada, no puedo andar más”. Llegamos a los tropezones y le di masajes en las rodillas para recuperarse; la temperatura era de 25 grados bajo cero, pero la sensación térmica era mucho menor porque corría un viento helado de los mil demonios.

Formación metodológica

En la Escuela de Salud Pública me destinaron al Departamento de Población, que en realidad era un departamento de control de natalidad. Mi “advisor” era Leslie Corsa, jefe del Departamento, de cincuenta y pocos años. Anteojudío, usaba pantalones y sacos sport con colores que no combinaban y corbata moñito. Era inteligente y tenía experiencia en control de la natalidad en algún país asiático. Su propuesta fue que hiciera la Maestría en Salud con énfasis en control de natalidad pero mi interés era aprender métodos demográficos, bioestadísticos y de investigación social. Para superar el *impassé* la solución fue transformarme en un “*special student*”;

con un programa particular que, según él, descartaba la posibilidad de obtener un “*master degree*”.

En aquella época la titulación no era importante, no existía en la salud pública argentina desarrollo académico. La investigación y la docencia no eran atractivas, así que decidí sacrificar el título por la libertad de elegir los cursos que me interesaban. Asistí a cursos avanzados de bioestadística y epidemiología en la Escuela de Salud y, en otros departamentos de la Universidad, a cursos de métodos demográficos, muestreo e investigación social.

Asociado a mi buen desempeño en el primer semestre conseguí algunas prebendas: un escritorio y acceso al Departamento de Población para usar la biblioteca y estudiar a cualquier hora del día.

Los cursos de bioestadística y muestreo me exigieron un gran esfuerzo, los alumnos eran mayoritariamente estadísticos y matemáticos con buena formación en integrales y derivadas, temas que para mí eran indescifrables. Mi conocimiento matemático era el del colegio secundario: mi desventaja era grande. Además de las clases teóricas y los exámenes finales tenía “*homeworks*”, que consistían en resolver problemas complejos y con los cuales pasaba largas horas por la noche tratando de encontrar la solución. Cuando terminaba no tenía certeza de haberlos resuelto, pero me sorprendía obteniendo notas altas. Por mi desempeño los titulares de los departamentos de Bioestadísticas y Muestreo me ofrecieron hacer el máster con ellos. Se asombraron cuando les comenté que no tenía formación matemática y que mi interés ya estaba suficientemente cubierto por los cursos que había hecho. Adolfo Chorny, algunos años más tarde, explicaba mi rendimiento argumentando que compensaba mi falta de fundamento matemático por poseer raciocinio lógico-matemático. No comprendí totalmente el significado de ello, pero me gustó la interpretación.

Cuando terminé el programa de estudios había logrado más créditos que los necesarios para obtener un máster. En varias ocasiones había discutido con Corsa cuestionando que la Escuela de Salud de Michigan no contemplaba másteres avanzados para completar la formación de profesionales que ya tuvieran hecho un curso de salud en su país. Para estos casos el único camino que ofrecían era un PhD o el doctorado en Salud, que demandaba mucho más tiempo. A partir de mi experiencia, él decidió solicitar a la Universidad autorización para que la Escuela me otorgara un “*master of science*”. Terminé de cursar las materias en junio de 1968 y obtuve mi título cuatro años después estando ya en Buenos Aires.

La relación con Corsa y otros profesores era muy particular, ya que yo pasaba varias horas por día en el Centro de Planificación de Población de la Universidad asistiendo a clases, estudiando o haciendo trabajos en las horas muertas entre los cursos, y por otro lado mi aprendizaje de métodos y técnicas complejas los sorprendía. Por ejemplo, en trabajos que requerían gran cantidad de datos de población para programas de control de natalidad, los alumnos trabajaban semanas preparando el material, generalmente sobre India o Pakistán. Yo trabajaba pocos días, formulaba una serie de supuestos sobre la estructura de la población, su ritmo de crecimiento, la expectativa de vida, la estructura de la mortalidad y las necesidades

de atención, simplificando el análisis, y mi trabajo se limitaba a media docena de páginas. Mi calificación vino con un comentario crítico: “*Too easy*”. Me defendí argumentando que formular hipótesis consistentes era más provechoso para el aprendizaje que hacer infinidad de cálculos.

Susana cursó varias materias en la Escuela y cuando estaba decidiendo el programa le recomendé que hiciera Bioestadística I, que no le iba a costar mucho porque ya había hecho estadísticas en Argentina. Cuando regresó a casa después del primer día de clase estaba aterrorizada: “Mario, hoy acabaron con todo lo que aprendí en un año, la próxima clase empieza con probabilidades”. Este episodio muestra la gran diferencia en la formación metodológica de lo que aprendíamos en Argentina y lo que se enseñaba en la Escuela norteamericana.

Relaciones personales

Con los norteamericanos resultaba difícil establecer lazos de amistad más o menos profundos. Las relaciones eran superficiales y después de un año de estar en Michigan me preguntaron qué opinaba de ellos. Mi respuesta fue irónica: “No puedo hablar sobre todos los americanos porque yo los divido en dos grandes categorías: los que salieron del país y los que no salieron. Estos últimos no me interesan; a los que viajaron al exterior también los divido en dos grupos, los que se dieron cuenta y los que no: estos tampoco me interesan y los que se dieron cuenta son tan pocos que mi opinión es absolutamente parcial”.

Otro momento que muestra el estilo norteamericano fue el asesinato del candidato Robert Kennedy. La noche anterior habíamos asistido por televisión al resultado de las primarias en California y me fui a dormir después que anunciaron el triunfo de Kennedy. Por la mañana, yendo a un grupo de discusión en el Centro de Población, leo el titular de un diario: “*Kennedy shoot*”. Llegué a la reunión y se comienzan a discutir los temas incluidos en la agenda como si nada hubiera ocurrido. La reunión parecía surrealista; paré la discusión y pregunté si habían leído el diario y si tenían idea del significado del asesinato del candidato demócrata. La primera reacción fue de estupefacción por dislocar la discusión programada; mantuve mi punto de vista y conseguí suspender la discusión. Esta situación ocurrió en una ciudad universitaria que se movilizaba intensamente apoyando al candidato demócrata, pero una cosa era una cosa y otra cosa era otra cosa, pura esquizofrenia.

No por casualidad todos nuestros amigos eran de origen latino. Además de Juan, el español, y Roberto, el argentino, hicimos una cantidad de amigos de diferentes nacionalidades. Con la mayoría de ellos la relación era más festiva: bares, bailes, reuniones en casas o residencias de estudiantes matizadas con cerveza y algunos “porros”. Establecimos una relación más estrecha con Raúl Cuadrado, cuya familia era de origen cubano y vivía en Miami desde antes de la Revolución Cubana, y con João Yunes, brasileño y paulista, un cálido hermano que se transformó en un querido miembro de nuestra familia.

João estaba haciendo la maestría en Salud y después de unos meses ya estaba cansado de la relación superficial con los norteamericanos. Procuró estudiantes brasileños y como no encontró, decidió arriesgarse con un argentino que no lo convencía por su apellido, pensó que se trataba de un gringo-argentino. Sin embargo, pasábamos juntos la mayor parte del tiempo, venía con frecuencia a cenar a casa y cuando algunas noches salíamos con Susana, él se quedaba cuidando los chicos. La relación de hermanos se mantuvo por más de treinta años hasta su muerte en 2003. Con él participamos en varios proyectos de salud y nos acogió en su departamento de Brasilia en 1976, cuando salimos del país esquivando la dictadura.

Con Raúl Cuadrado, que estaba haciendo el doctorado, cursamos Epidemiología y Bioestadística, disciplinas en las cuales yo lo ayudaba a resolver los problemas. Agradecido por mi apoyo, nos regaló un ventilador que todavía funciona en casa. Con él jugábamos frecuentemente al bridge por las noches, en parejas con su mujer y Susana.

Convivió con nosotros la tía Esther, un personaje inolvidable. Ya había nacido Alejandro, nuestro tercer hijo, en mayo de 1967, y para apoyarnos en el cotidiano familiar recurrimos a ella. Era visitadora de higiene social, la única peronista de la familia, admiradora de Evita y con una capacidad de amar y una vocación por ayudar fuera de lo común. Ella cuidó de nuestros hijos; siempre alegre y extremadamente cariñosa, ayudaba en todo con placer, hasta en tareas poco atractivas como lavar los platos después de comer. Hasta su muerte a los 92 años, fue una referencia afectiva para mí, para Susana y nuestros hijos. Todavía hoy, cuando estamos en Buenos Aires y pasamos por la esquina de Córdoba y Uruguay es inevitable mirar con nostalgia la ventana donde se asomaba para arrojarlos la llave cuando íbamos a visitarla y sentimos añoranza de sus historias matizadas con parábolas para explicar alguna situación relacionada con personas o hechos políticos.

El recorrido

Sin duda mi pasión por el juego, aún joven, contribuyó a desenvolver mi capacidad de análisis, lo que facilitó mi desempeño académico tanto en la Escuela de Salud en Argentina como en la Universidad de Michigan.

Esto no significa que mi tránsito por la salud ya estaba predeterminado, como insinuaban los investigadores sobre mi historia de vida; ninguno de mis compañeros de juego de la juventud —muchos de ellos mejores que yo— se transformó en especialista en política y planificación en salud.

Hasta comenzar a estudiar en Michigan mi conocimiento metodológico formal se restringía principalmente al dominio del método deductivo. El paradigma de su aplicación en epidemiología era el trabajo “Snow in colera”. Snow, inglés sin formación médica, constató —a partir del análisis de casos particulares— que la epidemia de cólera en Londres se había iniciado en localidades situadas en el curso superior del río Támesis y que su propagación seguía el curso aguas abajo. A partir de esta constatación concluyó que la transmisión de la enfermedad estaba vinculada

a la eliminación de las materias fecales en el río y propuso medidas de control que redujeron drásticamente la expansión de la epidemia. Este estudio pionero, de mediados del siglo XIX, descubrió la transmisión hídrica de las enfermedades y es un clásico de la aplicación del método deductivo a la epidemiología.

En Tucumán predominó el empirismo. El contacto con la realidad, la necesidad de ejecutar programas y analizar información me permitieron reflexionar sobre aspectos más generales; dicho de otra forma, pude elaborar algún tipo de conocimiento a partir de la experiencia.

Sin duda mi estancia en Michigan fue definitiva en mi formación metodológica: el punto de inflexión de mi aprendizaje fue desarrollar una capacidad analítica estructurada.

Mi primera experiencia con modelos relacionales fueron los trabajos en población, en los cuales sustituí el cálculo de volúmenes de información por hipótesis sobre el comportamiento de las variables importantes. La lectura del trabajo de Coale y Demeny sobre modelos demográficos fue fundamental para la comprensión de las relaciones entre niveles de desarrollo, estructura y crecimiento de la población, mortalidad por causa y grupo etario, y me abrió el camino para generar modelos explicativos generales de los cuales se podrían deducir comportamientos singulares. En síntesis, la aplicación del método hipotético-deductivo: formular hipótesis generales a partir de las cuales pueden obtenerse enunciados particulares.

La información que había acumulado en Tucumán más la que incorporé más tarde en la Encuesta Nacional de Salud sobre morbilidad, accesibilidad, utilización, comportamiento de la demanda y gasto en salud, me permitieron generar otros modelos explicativos de comportamiento para identificar problemas y planificar con pocos datos. Sergio Arouca, muchos años después en la maestría de la Escuela Nacional de Salud de la Fundación Oswaldo Cruz en Brasil, me pidió que ofreciera una disciplina sobre cómo planificar con poca información. Lo corregí: con pocos datos, pero con mucha información.

Capítulo 4

Ideología, política y métodos

Inflexión

Hasta alrededor de mis treinta años, mi participación en política era limitada. No pasaba de la discusión crítica de las políticas de gobierno y de apoyar en las elecciones a determinados partidos y candidatos progresistas. Era un típico integrante de la clase media porteña, sin estímulo intelectual, ocupado con el trabajo y el estudio, con momentos de ocio que agregaban poco a mi formación. Comencé a trabajar a los 16 años, estudié por la noche en un colegio secundario de Barracas e hice toda la carrera de Medicina estudiando y trabajando. Por la mañana iba a los trabajos prácticos en la Facultad, comía un sándwich al mediodía, trabajaba hasta las 19 horas, llegaba a casa y cenaba con mi familia. Estudiaba, jugaba a las cartas en los clubes del barrio o me entrenaba con el equipo de básquet.

Así como Fraile Pintado fue un punto de inflexión en mi vida profesional, el regreso a la Argentina en 1968 fue el momento de inflexión de mi compromiso ideológico y político. El proceso de cambio se fue gestando progresivamente, influenciado por la velocidad de los acontecimientos. Era imposible no tomar partido, no comprometerse.

Transcribo trechos del prólogo que escribí en 1993 para el libro *Pensar en Salud*, de Mario Testa, porque creo que sintetizan el pasaje del recurso del método al compromiso ideológico político.

Reflexionar sobre la historia de un personaje paradigmático de una generación [Mario Testa], es reflexionar sobre mi propia historia y la de otros tantos compañeros con los cuales militamos en el campo de la salud en los últimos 30 años [...] En "Autocrítica", primer tema del libro, Mario Testa trasciende lo personal convirtiendo esas primeras páginas en autocrítica colectiva de una generación de planificadores, en la cual me incluyo, que en la década de 1960 pensó que podía transformar la salud y la sociedad a través de un método. Entretanto, la historia que se pretendía direccionar con normas y modelos corría por otro lado, por otros caminos, con otros métodos y en otra dirección... Algunos tomaron conciencia y se incorporaron a movimientos políticos, renegando del cientificismo que había marcado esa época, participando en la formulación de la utopía posible, para sentirse parte de la

construcción de la historia [...] Mario destaca como marca de este período el predominio de lo político-ideológico como antagonico a lo científico-técnico. Historia de errores, el péndulo oscila del sesgo científico al ideológico-político sin entender que lo científico y lo político son el anverso y reverso de una misma moneda.

Arrastrados por una corriente de jóvenes movilizados, formularnos conceptos, políticas y estrategias socializantes con entusiasmo; realmente creíamos en la posibilidad de cambiar la sociedad. Era época de pasiones encontradas, de contradicción entre lucha armada y esperanza, de utopías, de sueños, de creatividad, de solidaridad sin límites.

La primavera fue corta, el frío invierno larguísimo, la cruenta, brutal realidad se ocupó de liquidar nuestra ilusión.

La mayoría de los compañeros que tomaron conciencia y se incorporaron a la lucha política fueron perseguidos por la dictadura, muchos nos exiliamos, otros “desaparecieron”, sufrieron en la cárcel o padecieron años de silencio y miedo en la Argentina.

A pesar de los fracasos y tristezas, alegrías e ilusiones desgarradas por el tortuoso camino recorrido, evité que el escepticismo me derrotara, continué mi trayectoria con esperanza, menos utópico, pero conservando siempre viva la capacidad de indignarme ante la injusticia social.

Situación política

Al regresar a la Argentina en 1968, el presidente de la República era el general Onganía, que en un golpe militar llamado “Revolución Argentina”, había depuesto al radical Arturo Illia en junio de 1966. Inicialmente el imaginario popular atribuyó a Onganía condiciones de liderazgo para retornar el dialogo político y acelerar el crecimiento económico del país. Estas expectativas iniciales fueron cayéndose a pedazos a alta velocidad quedando en evidencia su personalidad autoritaria y obsesivamente anticomunista.

El primer episodio, en 1966, fue la represión en la Universidad de Buenos Aires, tristemente conocida como la “Noche de los bastones largos”, por la brutalidad policial que trajo como consecuencia la emigración de numerosos equipos profesionales de excelencia. Después siguió con la detención de dirigentes estudiantiles y sindicales, la persecución a militantes de izquierda, la clausura de órganos de opinión, la censura a películas, libros y otras expresiones artísticas. Todo esto fue minando la supuesta legitimidad para pacificar al país.

El plan de reordenamiento económico, primera fase de un programa que se sucedería con un tiempo social y finalmente con una etapa política, hizo agua al cabo de dos años con el cierre de fábricas, quiebras comerciales y aumento del malestar popular.

Mientras tanto, en el mundo corrían vientos de cambio. En París, el mayo de 1968, iniciado por una protesta estudiantil a la cual se adherieron los sindicatos de trabajadores, paralizó Francia. En EEUU, movilizaciones contra el racismo culminaron con la reacción popular por el asesinato de Martín Luther King, aparecieron los Panteras Negras y las manifestaciones contra la guerra en Vietnam. En Chile, en 1970, era electo presidente el socialista Salvador Allende. En la Argentina también se produjeron levantamientos populares. El caso paradigmático, en 1969, fue “el Cordobazo”, nombre que recordaba al “Bogotazo” ocurrido años antes en Colombia. Los estudiantes y los obreros de las fábricas ocuparon los barrios céntricos de la ciudad de Córdoba. La manifestación fue violenta, sin saqueos, pero con destrucción de negocios, incendio de automóviles y tiroteos entre francotiradores y fuerzas de la represión. Saldo: 15 muertos.

Simultáneamente comenzaron los asaltos a bancos, comisarías y cuarteles del ejército anunciando el comienzo de la lucha armada. A partir de este momento se estructuraron grupos guerrilleros con distintos nombres: ERP, PAL, FAR, FAP y Montoneros, en un espectro que va de la izquierda marxista hasta el catolicismo tercermundista. Estas tendencias revolucionarias progresivamente adquirieron mayor organización y más audacia en sus acciones, lo que generó como contrapartida la represión violenta por parte del Estado. Este cuadro se agravó con el secuestro y posterior ejecución del ex presidente Pedro Eugenio Aramburu.

El proyecto de Onganía de permanecer en el poder por largo tiempo había fracasado. Como era de esperar, fue relevado en 1970 por otro general, Levíngston, que tuvo un paso fugaz por la presidencia y en 1971 fue sustituido por el Comandante en Jefe de las Fuerzas Armadas, el general Alejandro Agustín Lanusse.

El período de Lanusse, además de continuar con la represión, se caracterizó por intentar una salida política, con intensas y complicadas negociaciones con los partidos políticos, especialmente con el peronismo, para viabilizar elecciones libres. El proceso desembocó en 1973 con la elección para la presidencia de la República de la fórmula peronista Cámpora-Solano Lima.

Cambios en la estructura de Salud

El sector Salud en este período se caracterizó por el fortalecimiento de las obras sociales sindicales, incorporando a todos los trabajadores en relación de dependencia. La ley 18.610, promulgada a fines de 1960 creó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), modificando profundamente el financiamiento y la estructura organizativa de la atención médica en el país.

Este tercer sector, que nació con la intención de universalizar el acceso a la atención médica de la clase trabajadora, dispuso de un volumen importante de recursos financieros, derivados del aporte compulsivo de empresas y trabajadores, con escaso desarrollo de la capacidad instalada propia. Son instituciones que por su carácter —organizaciones sociales sin fines de lucro—, operan en un espacio de intersección entre lo público y lo privado. Sin embargo, su práctica operacional, a

través de la transferencia de recursos por convenios y contratos con el sector privado o asociaciones gremiales de profesionales de salud, promovió una rápida expansión privada de oferta de camas de baja o mediana complejidad, fortaleciendo el papel de las agremiaciones médicas en la oferta de consultas ambulatorias. Esta relación prestador-financiador, paralela a la oferta estatal de servicios, neutralizó progresivamente la hegemonía histórica del sector público, disminuyendo su peso en la oferta de atención médica y acentuando su debilidad normativa.

El sector de las Obras Sociales creció rápidamente. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud muestran que en 1970 la proporción de afiliados a algún tipo de seguro en el área metropolitana de Buenos Aires era aproximadamente del 50% de la población, siendo que las obras sociales eran responsables por la mitad de esa cobertura. El sector público producía el 40% de los egresos hospitalarios y el 28% de las consultas médicas, las Obras Sociales el 20% y el 16% respectivamente, mientras que el sector privado compartía el mismo porcentaje de egresos que el sector público, 40%, y era dominante en las consultas médicas con 56% del total.

La atomización del sistema de obras sociales por sindicato generó desigualdades de acceso y de calidad de la atención dependiendo del número de afiliados y del poder económico y político de la organización sindical. Muchos dirigentes sindicales mejoraron sus ingresos sobrefacturando la contratación de obras para crear servicios propios y recibiendo diezmos en la negociación de los convenios con clínicas y sanatorios.

Una mención aparte merece el PAMI, Programa de Atención Médica Integral para jubilados financiado por la seguridad social, que introdujo una nueva modalidad para la contratación de servicios ambulatorios. Este programa, basado en la experiencia de *“general practitioners”* del sistema inglés, credenció médicos, laboratorios y clínicas radiológicas, contratándolos por *“cápitaa”* registradas en su consultorio, con libre elección del afiliado en zonas predeterminadas. La novedad de este programa era la acreditación del profesional y la forma de pago de las prestaciones que sustituía el pago por prestación (que como decía un sanitarista brasileño, Carlos Gentile de Melo, es un *“factor incontrolable de corrupción”*) por un valor fijo por persona registrada en la lista del médico de cabecera. El modelo era un avance porque aseguraba el acceso y la continuidad de las prestaciones de salud de pacientes con enfermedades crónicas, por un costo estable, independientemente de la frecuencia del consumo de servicios.

El mercado privado de salud, aparentemente imperfecto, siempre mantiene coherencia con el beneficio económico. Cuando se paga por prestación aumenta los consumos para aumentar su facturación, cuando el pago es por cápita selecciona clientelas evitando los grupos de mayor consumo de servicios para disminuir las prestaciones.

Se había gestado un sistema con múltiples actores políticos, económicos y grupos de interés operando en el mercado de la salud, que preanunciaban el modelo prestador basado en la inequidad, la ineficiencia y la corrupción endémica. El corolario de esta época es el deterioro del papel social del Estado como regulador y

distribuidor equitativo de los recursos y servicios de salud y la consolidación de la lógica del mercado.

La Secretaría de Estado

A fines de la década de 1960 e inicio de la de 1970, la administración pública fue ocupada por una tecnocracia particular: católicos —en su mayoría preconci- liares— de familias prolíficas, con formación universitaria y poca o nula experiencia político-partidaria.

El Ministerio de Salud fue transformado en Secretaría de Estado, dependiente del Ministerio de Bienestar Social. El secretario, Ezequiel Holmberg, y su subsecretario, Alberto Mondet, respondían al perfil general, pero no pertenecían a la línea reaccionaria. Su compromiso era tecnificar, dinamizar y modernizar las estructuras administrativas transformando el área de salud en una especie de isla tecnocrática sin persecución político-ideológica.

En su gestión se contratan profesionales formados en Salud Pública en la Argentina y en el exterior —sustituyendo a la vieja burocracia—, y se crearon nuevos programas y estructuras, destacándose el Departamento de Atención Médica y la Dirección de Hospitales. Se dinamizaron los programas verticales, se completó la transferencia de hospitales nacionales a las provincias y municipios y se abrió un espacio para la formulación de métodos innovadores para la organización del sistema de salud.

Merece una mención particular el desarrollo de algunos programas que muestran la preocupación por la gestión de los servicios públicos y la calidad de la atención médica. En relación a los servicios de salud cabe resaltar, por su novedad, el método para identificar los niveles de complejidad, elaborado por el equipo de Salud del Consejo Federal de Inversiones, coordinado por Barrenechea e integrado por Vera Ocampo, Torrens, Chorny y Boyer. El propósito de este método era establecer, a partir del análisis de la oferta de especialidades, de servicios de apoyo de diagnóstico y tratamiento, de la calificación de los recursos humanos y de la disponibilidad de equipamientos, a cuál de los niveles, en escalas de complejidad de uno a tres para centros de salud y de cuatro a nueve para hospitales, se aproximaba la estructura existente y qué requisitos deberían ser cumplidos en cada servicio para ser incluido en el nivel más adecuado. Fue un enfoque original, una aproximación a la acreditación de los hospitales a través del análisis de estructura, que permitía dirigir selectivamente las inversiones para mejorar la oferta y establecer las bases para un sistema regionalizado de atención médica.

Otro proyecto innovador fue la formulación de padrones de calidad de la atención médica a nivel hospitalario, ambulatorio y domiciliario, así como la definición de las necesidades de recursos humanos y físicos. En el área materno-infantil, considerada prioritaria, fueron elaboradas normas de atención al recién nacido, de pediatría, obstetricia y ginecología, abordando los aspectos de prevención,

promoción, recuperación y rehabilitación de la salud de patologías seleccionadas por su frecuencia y gravedad.

Es justo destacar el proceso por el cual estas normas fueron elaboradas: inicialmente técnicos del Departamento de Atención Médica con la colaboración de “consultores” —médicos de prestigio en las especialidades—, en prolongadas reuniones de discusión, producían un documento previo a ser revisado y reformulado en una segunda etapa, en “reuniones de expertos”, en las cuales participaban profesores universitarios, miembros de sociedades científicas y consultores de la OPS, entre otros. Finalmente, estas normas eran encaminadas a los servicios de atención materno-infantil en todo el país para observaciones relativas al contenido y a su viabilidad de aplicación.

La función didáctica de este proceso fue importante. Por primera vez se discutía con médicos de todo el país una visión integral de la atención de salud: de la prevención y promoción a la recuperación y rehabilitación.

La coordinación y organización de las normas recayó en gran parte en Susana Badino, que algún tiempo después, como complemento de esta actividad, desarrolló con la Asociación de Facultades de Medicina, el Programa de Apoyo de Servicios de Pediatría, incluyendo aspectos docentes, equipamientos de servicios y auditoría médica. Como consecuencia de este apoyo se crearon en varias regiones del país centros de excelencia y referencia en neonatología y pediatría.

Programa Nacional de Estadísticas

A fines de la década de 1960, Carlos Ferrero había puesto en marcha el Programa Nacional de Estadísticas de Salud que estaba implantado en todo el país y simultáneamente estaba iniciando un proyecto de investigación de gran envergadura que se denominó Estudio sobre Salud y Educación Médica (ESSEM), con auspicio de la OPS y de la Asociación de Facultades de Medicina de la Argentina. El montaje del estudio consumía su tiempo casi integralmente y a mí me tocaba reemplazarlo como jefe del Departamento Nacional de Estadísticas de Salud.

El programa desarrollado a partir de la experiencia en Tucumán estaba entrando en la fase de consolidación, de ajuste de la calidad, de análisis y publicación de los datos.

Las provincias estaban razonablemente dotadas con técnicos de estadísticas formados por Hebe Giacomini y equipamientos para el procesamiento de los datos. Las provincias de menos recursos seguían con las tarjetas perforadas, pero ya disponían de una tabuladora para procesar la información. Las más avanzadas tenían condiciones para procesar en discos de computación. El cuello de botella era el procesamiento nacional de un enorme volumen de datos. Ferrero, más de una vez, consiguió recursos para montar el Centro Nacional de Computación de Salud, que agilizó el procesamiento de tablas y gráficos para ser publicados oportunamente. El Departamento también había incorporado técnicos de estadísticas y montado un sector de impresiones razonablemente equipado para los padrones de la época.

El programa gozaba de prestigio dentro del Ministerio y Holmberg facilitaba los recursos que solicitábamos para ejecutar el programa porque en sus visitas a los hospitales, en cualquier rincón del país, él constataba que el programa estaba funcionando, cosa poco frecuente en otros programas del Ministerio. Las condiciones eran absolutamente diferentes de las que disponía en mi experiencia en Tucumán: personal técnico y de apoyo administrativo de buen nivel, equipamiento para impresión de boletines con información sobre mortalidad y datos hospitalarios, procesamiento de datos con tecnología adecuada para ese momento y disponibilidad de recursos financieros. Mi tarea no era difícil de realizar pues los requisitos esenciales estaban dados.

Mi función era coordinar y orientar los grupos de trabajo, diseñar las publicaciones y desarrollar capacidades en las provincias para aproximarlas a la autosuficiencia, es decir, reducir su dependencia del nivel nacional.

Para estimular el desarrollo local realizamos varias reuniones nacionales en las cuales convocábamos a los profesionales y técnicos responsables del programa en las provincias. Las sesiones eran plenarias, con dos ejes de discusión: el primero destinado a informes sobre la situación en la provincia y las necesidades de recursos técnicos, administrativos y financieros para operar y mejorar el desempeño del programa; el segundo, dedicado a formular los objetivos y asumir los compromisos para el desarrollo en el próximo año. Estas reuniones fueron mi primera experiencia de participación ampliada de escuchar, concordar o disentir sin restricciones, en grupos de trabajo donde las jerarquías administrativas, supuestamente más calificadas, no tenían validez.

En este período el programa se consolidó en todo el país, fueron publicados innumerables boletines con datos sobre tasas de mortalidad general y por causa y de indicadores hospitalarios por provincias.

A partir de ese momento la gestión consistía en ajustar un mecanismo de relojería que funcionaba bien. No había desafíos estimulantes, por lo que mi interés se fue dislocando hacia el diseño y selección de los equipos de trabajo para el Estudio sobre Salud, que estaba en gestación. Esta actividad era más interesante porque todo estaba por ser definido y la tarea requería una buena dosis de creatividad.

La Encuesta de Salud

El Programa de Estadísticas de Salud generaba información sobre la mortalidad y el desempeño de la oferta de servicios, suficiente para mejorar la gestión de la red pública pero incompleta para la formulación de un plan nacional de salud. El ESSEM nació ambicioso, pretendía investigar en la población los problemas de salud, la demanda de atención, la utilización de los recursos, el gasto directo en salud y complementariamente obtener información sobre la formación de médicos y enfermeros en la Argentina.

Las actividades comenzaron a fines de 1968, con un grupo inicial relativamente pequeño para participar en el Estudio Internacional sobre Utilización de Recursos

de Atención Médica, auspiciado por la Organización Mundial de Salud, investigación comparativa que se desarrolló en varias áreas de siete países de Europa y América. En la Argentina se circunscribió al área metropolitana de la ciudad de Buenos Aires.

Al mismo tiempo que se ganaba experiencia con el método de encuestas domiciliarias se iban definiendo el propósito, los objetivos, los métodos, las técnicas y las necesidades de especialistas en varias áreas de conocimiento.

Ferrero fue director del proyecto hasta fines de 1970, cuando fue contratado por la OPS de Washington como jefe del Departamento de Estadísticas de Salud. Yo comencé como director asistente y a su salida asumí la dirección del ESSEM hasta su extinción en 1973.

El gran proyecto de investigación era la Encuesta Nacional de Salud, que por su importancia pasó a identificar el ESSEM. Su historia es corta: comenzó la operación de campo en 1969 y fue prepotentemente abortada en junio de 1973 sin completar el análisis y publicación de toda la información colectada. Creo que vale la pena recuperar para la historia de la Salud Pública los propósitos, el método y los resultados del proyecto de investigación más importante que se realizó en América Latina. Casi como un proyecto maldito, fue borrado de la memoria de la salud pública argentina, mereciendo de los historiadores oficiales de la salud apenas una breve mención.

El método utilizado era la entrevista a miembros de familias seleccionadas por muestreo de unidades de vivienda, en las siete regiones de desarrollo del país y en cinco áreas metropolitanas: Buenos Aires, Córdoba, Mendoza, Rosario y Tucumán. Para tener una idea de la magnitud de la investigación, digamos que las viviendas seleccionadas en cada área metropolitana oscilaban entre 1.800 y 2.000 y los individuos entrevistados se aproximaban a 7.000 en cada una de ellas. El cuestionario familiar e individual de la encuesta, de alrededor de treinta páginas, contenía preguntas para obtener información demográfica y socioeconómica, de enfermedades y accidentes percibidos en un determinado período de tiempo, de demanda de servicios médicos y paramédicos, de utilización de los distintos sistemas de atención médica, del grado de cobertura de las obras sociales y de los seguros privados y del gasto en salud por parte de la población.

De la encuesta domiciliar surgieron proyectos complementarios como el Seguimiento Retrospectivo. Casos de morbilidad seleccionados de la encuesta domiciliar eran seguidos hacia atrás, a través del análisis documental de las fichas clínicas existentes en consultorios públicos y privados. Los diagnósticos y tratamientos eran comparados con nuevos exámenes clínicos y una batería de estudios complementarios para verificar la calidad de la atención médica.

Los equipos técnicos estaban constituidos por profesionales de excelencia contratados directamente por el Estudio, que tenía autonomía administrativa para gestionar los recursos del presupuesto de la Nación y de la OPS. La selección de los recursos humanos era por capacidad técnica sin ninguna restricción político-ideológica.

Un caso paradigmático fue el de mi hermano Leopoldo Halperin. Su esposa, Celia Baldatti, socióloga, que integraba el grupo inicial, sabiendo que se estaban seleccionando profesionales para integrar el equipo de análisis de población, me propuso entrevistar a Leopoldo, que estaba desocupado. Días después él llegó a la entrevista,

bien vestido, de traje, camisa y corbata *ton sour ton*, bien afeitado y perfumado. La entrevista fue formal y satisfactoria y yo estaba decidido a contratarlo. Ya sobre el final, a punto de irse, serio, me informa que está fichado por sus antecedentes políticos y me advierte, comportamiento típico de Leopoldo, que proponerlo me puede crear problemas. Pocos días después, ya con contrato, viajaba para Córdoba para hacer el curso de demografía del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) y a su regreso, tres meses después, se hizo cargo del montaje del trabajo de campo de la Encuesta de Salud.

Nuestra administración era flexible, característica de organizaciones creativas, no burocráticas, cuyas funciones eran alteradas a medida que avanzaba el proyecto. Si bien se había definido una estructura con jefes de equipos para distintas áreas, el trabajo se organizaba en grupos que operaban horizontalmente, congregando los profesionales y técnicos necesarios para dar respuesta rápida en cada una de las fases de la investigación. Inicialmente se trabajó en la definición de los objetivos, en el diseño de los cuestionarios, en el método de muestreo y en el montaje de la estructura de campo. Posteriormente, en la supervisión y control de calidad de la información recogida, en el procesamiento de los datos y en el diseño del análisis. Finalmente, ya en la etapa de examen de los resultados, los profesionales fueron reagrupados por las áreas de análisis: población, morbilidad, utilización de recursos y gasto en salud.

Para mostrar el espectro de capacidades congregadas, me limito a mencionar los profesionales que participaron en la elaboración de las publicaciones, sin duda siendo injusto porque no menciono valiosos asistentes de proyecto, técnicos y administrativos cuya seriedad y compromiso fueron esenciales para la operación de la encuesta. Trabajamos en el análisis con los siguientes médicos sanitarios, sociólogos y estadísticos matemáticos: Carlos Álvarez Herrera, Florea Ferrara, José M. Paganini, Arnaldo Torrens, Eduardo Zibecchi, Luis Vera Ocampo, Adolfo Chorny, Sara Novaro, Alicia Masautis, Leopoldo Halperin, Cristina Cacopardo, María Arruñada, Celia Baldatti, Susana Checa, Elsa López y Ana Rothman. En tres años, de 1970 a 1973, se publicaron 23 cuadernos que incluían desde un catastro de recursos asistenciales y humanos en la Argentina (5), pasando por recursos de educación médica (4), estudios metodológicos (3), análisis de la utilización de recursos en el área metropolitana (6), un estudio de fecundidad en cinco áreas metropolitanas (1) y, para finalizar, cuatro grandes publicaciones, cada una con más de 200 páginas, con los resultados de la Encuesta Nacional sobre el Estado de Salud de las áreas del Gran Buenos Aires, Gran Rosario, Gran Mendoza y Gran Córdoba.

En aquella época no se pensaba en publicar en revistas extranjeras indexadas, no existían en la Argentina, y tampoco disponíamos de procesador de textos en computadora: los resultados eran dactilografiados y publicados por el propio ESSEM. Las publicaciones, que hoy hubieran generado múltiples trabajos académicos importantes y accesibles en Internet, en el mejor de los casos duermen olvidadas en alguna biblioteca pública o privada.

La Pitraca: Investigación, afecto y humor

En la Encuesta se creó un ambiente especial donde se estrecharon relaciones personales en un clima entrañable de afecto y humor. Los sociólogos, más jóvenes, poco o nada burocratizados, irrespetuosos, que conservaban la frescura de estudiantes, inventaron una publicación: “*La Pitraca*, que es corneta, es bandera y es matraca”, y que satirizaba situaciones y personajes del equipo.

Conservo dos ejemplares; cuando los leo no puedo dejar de sonreír con la mordacidad de las entrevistas y los comentarios sarcásticos.

Son antológicas las entrevistas a los coordinadores de proyectos. En la de Floreal Ferrara, las respuestas a las “preguntas de los periodistas” eran solo adjetivos y exclamaciones, estilo que Floreal usaba y abusaba en sus discursos en comicios políticos: “bárbaro, genial”, “sensacional, maravilloso”, “apoteósico, inmejorable”. Y en la última pregunta: “¿Qué piensa de las altas tasas de mortalidad...?”, responde: “Extraordinarias, excelen... digo, pobre gente, ¿no?”.

A mí me “tomaron de punto” ridiculizando mi escasa gracia para contar chistes. Mis respuestas interrumpían las preguntas y terminaban invariablemente con mis carcajadas:

—Doctor, nos gustaría conocer algunas tasas...

—¿Qué tazas, las de té o café? ja, ja, ja... (...)

—Doctor, usted cree que la encuesta...

—¿En cuesta arriba o en cuesta abajo? ja, ja, ja...

También instituyeron el “Hamiltoncito de oro”, que otorgaban a fin de año al peor de los chistes pésimos. Son memorables también las recetas de cocina: “Halperin a la portuguesa, ave palmípeda en extinción: [...] échelo en la olla con caldo bien sazonado, agregue 50 gramos de seso de sanitarista. Dado que es mínima la existencia de este producto en el mercado puede suplantarse con perejil radioactivo”. Y el programa de extensión cultural para sanitaristas:

Guitarra 1: persigue el desarrollo de las cualidades básicas del sanitarismo. Improvisación con variaciones y toque de oído. Profesores Paganini y Ferrara.

Oratoria Inconsistente: construcción de frases complicadas con ausencia de contenido. Buen manejo de la tautología para una amplia y profunda explicación del mundo. Profesor Álvarez Herrera.

Alpinismo 1: métodos, técnicas e instrumentos para trepar pisando sesos sin ensuciarse. No se nombraron profesores dada la cantidad de aspirantes.

Una ocasión inolvidable fue el día en que estaba atendiendo una comisión de la Organización Mundial de la Salud interesada en obtener acceso a nuestros datos para su Anuario. Por el intercomunicador, recién instalado, a viva voz se escuchó a Leopoldo diciendo: “Hamilton, fulana de tal vino sin bombacha, así no se puede

trabajar”. Pueden imaginar la cara de sorpresa de los consultores internacionales y mi desesperación para cortar la comunicación antes que continuara la locura.

Era un conjunto de locos lindos competentes, alegres y creativos. Tucumán y la Encuesta fueron las etapas más intensas de mi vida afectiva en la profesión.

Dentro de esta fase feliz, en agosto de 1970, nació nuestro cuarto hijo, Santiago, un día después de mi cumpleaños.

Sofisticación de los modelos de análisis

El único aprovechamiento puramente teórico, especulativo, que se hizo de la información generada por la Encuesta de Salud fue el desarrollo del Modelo Global para Análisis del Sector Salud.

En este proyecto trabajé por primera vez con Mario Testa. Un teórico de excepción, con el cual no solo aprendí teoría, conceptos y métodos de planificación, sino que también tuve el privilegio de compartir su amistad por más de veinte años. Con él nos reencontramos en múltiples oportunidades en Brasil, Venezuela y Argentina.

Los otros integrantes de grupo eran Osear Varsavsky —matemático genial, autor de diversos libros sobre ideología, política y ciencia—, Adolfo Chorny, Sara Novaro, José Paganini, Alicia Bercovich y Américo Miglioni.


La propuesta era emplear para simulaciones en el campo de la salud un modelo de experimentación numérica en el cual había trabajado previamente Varsavsky. Se pretendía demostrar que era factible la construcción de un modelo global del sistema de salud para simular políticas y evaluar sus resultados a priori. Consistía en ensayar y comparar políticas e hipótesis elegidas de antemano: determinada una política para cada instrumento de intervención, se efectuaba el experimento numérico y se procedía a calcular los resultados. Si los mismos satisfacían las expectativas la política era admisible; si no, se repetía el procedimiento efectuando nuevos ensayos hasta aproximarse a una política satisfactoria.

El modelo trabajaba con dos submodelos: el demográfico, para identificar la dinámica geográfica y social de subpoblaciones identificadas por sexo, edad y nivel ocupacional; y el de enfermedad, que calculaba las transiciones de cada subpoblación hasta ser atendida en el sistema formal de salud. Las transiciones de la población estaban relacionadas con los instrumentos de intervención: de sana a susceptible con la prevención primaria; de susceptible a enferma con la promoción e intervención sobre el medioambiente; de enferma a percibir su enfermedad y la necesidad de atención con la educación sanitaria; y de la demanda a la realización de la atención con la accesibilidad física y económica.

La necesidad de construir coeficientes específicos para las transiciones de grupos de enfermedades, para los instrumentos de política, para calcular la necesidad de recursos humanos, de los insumos y de las inversiones, complicaron la simulación completa del modelo global. Se hizo una prueba de su aplicación para la definición de políticas de recursos humanos que tampoco prosperó por su complejidad.

Personalmente fue importante por la relación que mantuve con profesionales notables y por el aprendizaje de métodos y modelos que me ayudaron a sintetizar la complejidad del campo de la salud y comprender la utilidad relativa de procedimientos complejos para inferir o desvendar lo obvio: para mirar elefantes no hace falta microscopio.

Aprendí que lo complejo puede explicarse y aplicarse con simplicidad, obviamente sin la genialidad de Carlitos Chaplin; y que para formular políticas o programas no son necesarios métodos sofisticados solo comprensibles para los expertos. No tengo dudas que el recorrido por la complejidad metodológica cumplió un papel importante en mi formación ya que posteriormente me permitió seleccionar con fundamento lo que era esencial para comenzar a operar un proyecto.

<p>茲有本證明書持有人現因專門機關公務出行，應請各國各地文武官員依照專門機關特權及豁免公約之規定，給予基於其職位所應享之禮遇、便利、特權及豁免，並予以一切旅行及公務上之便利，特此證明。</p> <p>The bearer of this certificate is travelling on the business of a Specialized Agency. You are requested to extend to him (or her) the courtesies, facilities, privileges and immunities which pertain to his (or her) office, in accordance with the Convention on the Privileges and Immunities of the Specialized Agencies, and to facilitate by all suitable means the journey and the mission on which he (or she) is engaged.</p> <p>Le porteur de ce certificat voyage pour le compte d'une institution spécialisée. Nous vous prions de lui accorder les égards, facilités, privilèges et immunités attachés à ses fonctions, conformément à la Convention sur les privilèges et immunités des institutions spécialisées, et de faciliter dans toute la mesure du possible l'accomplissement de la mission dont il (elle) est chargé (chargée).</p> <p>Предъявитель настоящего удостоверения командирован по делам специализированного учреждения. Мы просим оказывать ему (или ей) всяческое содействие и предоставлять льготы, привилегии и иммунитеты, присвоенные его (или ее) должности, в соответствии с Конвенцией о привилегиях и иммунитетах специализированных учреждений, и всеми возможными мерами облегчать путешествие и выполнение его (или ее) миссии.</p> <p>El portador de este certificado viaja en comisión de servicio de un organismo especializado. Encarecemos a Vd. le otorgue las atenciones, facilidades, prerrogativas e inmunidades correspondientes a su cargo, de acuerdo con la Convención sobre Privilegios e Inmunidades de los Organismos Especializados, y que le facilite, por todos los medios posibles, la misión que le ha sido encomendada.</p>	<p style="text-align: right;">No S. A. 7340</p> <p>姓名 • NAME • NOM • ИМЯ И ФАМИЛИЯ • NOMBRE DALTON MARIO HAMILTON</p> <p>職位 • TITLE • TITRE • ДОЛЖНОСТЬ • TITULO CONSULTANT</p> <p>WORLD HEALTH ORGANIZATION</p> <p>組織 • Organization • Organisation • Организация • Organización</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">  </div> <p>簽名 • Signature • Подпись • Firma <i>Dalton Mario Hamilton</i></p> <p>日期 • (Date) • (Date) • (Дата) • (Fecha) 6 AUGUST 1981</p> <p>本證明書效力截止日期 Valid until Valable jusqu'au Действительно по Válido hasta</p>
--	---

FOR THE *Leo*

Clayton C. Campbell
 聯合國 Secretary General of the United Nations
 秘書長 Secretaire général des Nations Unies
 Генеральный Секретарь Secretary General
 Организации Объединенных Наций de las Naciones Unidas

Mario consultor de la Organización Mundial de Salud, 1982.

Capítulo 5

Inserción política

Política y acción

En 1972, ante la posibilidad de una salida electoral y dado el agotamiento del gobierno militar de Lanusse, se formaron dentro del peronismo tres grupos técnicos: el Comando Tecnológico, el Consejo Tecnológico y los grupos político-técnicos de la Juventud Peronista (JP), con el propósito de preparar el programa del futuro gobierno. La posición política del Comando, coordinado por Julián Licastro y Carlos Grosso, era de centroderecha, con escasos recursos técnicos; estaban más preocupados en ocupar espacio en la jerarquía del partido que en elaborar un programa consistente. El Consejo, coordinado por Rolando García, epistemólogo de prestigio internacional, con relaciones más estrechas con las FAR y marginalmente ligado al peronismo, tenía como propuesta elaborar un programa de gobierno de izquierda con sustento técnico. La JP, expresión de la izquierda peronista ligada a Montoneros, estaba más orientada a generar propuestas movilizadoras para estimular el debate ideológico. Las figuras representativas en el área de salud eran Felipe Aguerre y Sergio Laplume, con el apoyo de Mario Testa.

En una reunión realizada con el grupo progresista de la Escuela de Salud analizamos las diferentes posibilidades de integrarnos a alguno de los sectores político-técnicos existentes. Había dudas y resistencias con relación a la izquierda del peronismo: la mayoría de los participantes habíamos sido históricamente antiperonistas.

Nunca fui antiperonista rabioso: reconocía los avances del primer gobierno de Perón, pero detestaba las medidas antidemocráticas como el control de la prensa, la persecución política a militantes de izquierda, la aprobación de la reelección del presidente por un congreso obsecuente y la imposición de afiliarse al Partido Justicialista para trabajar en el Estado. Decididamente la democracia no era un valor para el peronismo.

Decidimos con Escudero y Osoreo Soler integrarnos al Consejo Tecnológico y comenzamos a reunirnos por las noches en la planta alta de una vieja casa de la calle Catamarca. A los tres mosqueteros iniciales, médicos sanitarios, se agregaron Rosario y Hercovich, médicos de salud mental, que aportaron mucho para la definición ideológica de salud y enfermedad. Al grupo inicial de discusión se fueron agregando paulatinamente otros participantes.

Después de varios meses de debates sobre conceptos, historia y propuestas políticas comenzamos a enfocar los temas centrales y a registrar las conclusiones de las discusiones. Como resultado teníamos un número razonable de minutas no estructuradas que era necesario transformar en un documento articulador del conjunto. Fui elegido para elaborar el documento final con dos integrantes del grupo, escogidos por mí: Hugo Rosario y Florentino García Scarponi. Con ellos trabajé en mi casa un par de semanas hasta lograr una primera versión del documento “Bases para un Programa Peronista de Acción de Gobierno en Salud” para ser sometido a la discusión del grupo ampliado.

Programa Peronista de Acción de Gobierno en Salud

El documento contemplaba cuatro temas: el primero, de neto corte ideológico, delineaba el sistema de salud a construir, solo alcanzable con un cambio total del sistema social en el que se incluía. Vale la pena transcribir algunos fragmentos de su contenido:

Todo individuo durante su vida enferma, cura o previene a sí mismo y a los demás [...] así la salud pasa a ser una preocupación general de la comunidad, de la que todos deben ser agentes. [...] Tomando en cuenta todos los factores que determinan el estado físico y psicológico de un individuo, la salud se convierte en el objetivo último de la organización social. Implica en la obtención de igualdad de condiciones para la realización individual [...] presupone el cambio de los sistemas de producción y relación humana con una concepción humanista, socialista y nacional.

El segundo tema abordaba el desarrollo histórico del sector desde fines del siglo XIX, con énfasis en el período del primer gobierno peronista. El tercero era una semblanza del estado sanitario actual del país. El último capítulo contenía un conjunto de propósitos y estrategias políticas para el medio plazo:

El Estado es responsable de asegurar el acceso a la atención de salud en forma gratuita e igualitaria a través de un Sistema Único de Salud que incluya a todos los recursos humanos, materiales y financieros del sector [...] con la activa y plena participación del pueblo organizado [...] para asegurar el flujo ascendente de la programación, canalizando las expectativas y necesidades populares.

La difusión del documento tuvo gran repercusión. En la prensa, Bernardo Neustadt —conspicuo periodista de la derecha reaccionaria—, en tono irónico, elogiaba la consistencia socializante totalmente dislocada de la realidad del país. Los debates se ampliaron: la organización Montoneros lo distribuyó en las bases peronistas de todo el país. Participé de innumerables reuniones con asociaciones de barrio, villas,

unidades básicas peronistas y organizaciones sindicales de izquierda. El primer tiraje, limitado a una centena de copias mimeografiadas, se agotó rápidamente y luego se imprimieron algunos miles de fascículos de veinte páginas que, además de su distribución gratuita, llegaron a ser vendidos por unos pocos pesos en los quioscos de diarios. Un esfuerzo similar realizó otro grupo del Consejo, del que Susana participó, produciendo las bases de una política sanitaria popular para la madre y el niño.

A fines de 1972, en pleno proceso electoral, establecimos contacto con el coordinador de la campaña presidencial: el doctor Jorge Taiana, médico de prestigio, personalidad respetable, distinguido, inteligente y hábil político. Con él mantuvimos largas charlas en su departamento de la calle Patera: atento y cordial nos aconsejaba a ser menos agresivos, más flexibles, a negociar nuestra propuesta con grupos de salud de otros partidos políticos, sobre todo con el grupo socialcristiano que apoyaba la fórmula Cámpora-Solano Lima. De hecho, Taiana nos distinguía como interlocutores principales; por su indicación presenté el tema salud en el programa televisivo de cierre de la campaña electoral.

Este programa de una hora en cadena nacional estaba dirigido a la clase media que todavía no había decidido en quién votar. Fue coordinado por Miguel Bonasso y la entrevistadora era Chunchuña Villafañe, un lujo de mujer. Estaban presentes, además de Cámpora y Solano Lima, candidatos a senadores y diputados nacionales, artistas, intelectuales y otras personalidades. De estos últimos, recuerdo, entre otros, al padre Mugica, Leonardo Favio, Marilina Ross y Alcira Argumedo.

Algunos candidatos no tenían preparado el tema sobre el que iban a hablar en los 60 a 90 segundos que estaban establecidos como tiempo máximo de exposición para cada uno. Me pidieron que asesorara a dos candidatas. A la diputada Silvana Roth, artista de cine y teatro, admiradora de Evita, le escribí unas líneas sobre la salud infantil; la convencí con el argumento de que para Evita “los únicos privilegiados son los niños”. Durante la espera del montaje del programa, que fue larga, ella se paseó memorizando lo escrito y haciendo gestos y ademanes, como si estuviera ensayando un texto de teatro. Con la otra, Nilda Garré, joven militante, inteligente, con buena formación ideológica y política, conversamos diez minutos sobre la industria y el consumo de medicamentos: preparó una excelente síntesis. Yo expuse en un minuto y medio las bases del Programa Peronista de Salud.

Teníamos la ilusión de que Taiana, por su historia y profesión, asumiera el Ministerio de Bienestar Social, del que dependía la Secretaría de Salud. En la última visita que hicimos después del triunfo electoral, Taiana, circunspecto, solo preguntaba sobre temas relacionados con la formación de recursos humanos para salud. Nos despedimos en la puerta de su departamento y antes de que el ascensor llegara a planta baja nos miramos y casi al unísono dijimos: “Taiana es ministro de Educación”. Dicho y hecho.

A partir de ese momento, cuando las asociaciones médicas u otros grupos de interés del área de salud lo invitaban a participar en reuniones o le solicitaban entrevistas, él me presentaba como interlocutor.

También fui invitado por dirigentes sindicales peronistas para discutir nuestro programa. La reunión fue en el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), donde

ellos formaban parte de la dirección representando a las obras sociales sindicales. Su posición era clara: mi discurso sobre equidad, acceso igualitario y otros principios solidarios no les interesaban; su preocupación era mantener el poder económico y político. Me dijeron: “Doctor, en el gobierno peronista nosotros no podemos hacer huelgas para reivindicar salario, su propuesta nos retira poder, ¿qué nos ofrece para sustituirlo?”. No tenía nada para ofrecerles, solo utopía.

En el mensaje del presidente electo al Congreso de la Nación, el 25 de mayo de 1973, Cámpora enunció como programa de salud del gobierno, casi íntegramente, las “Bases para un Programa Peronista de Acción de Gobierno en Salud”, dando énfasis a la creación de un Sistema Único de Salud que incluiría todos los recursos humanos, materiales y financieros del sector. Ganadas las elecciones, el grupo de salud del Consejo se había hinchado rápidamente con oportunistas de última hora esperando acomodarse en el gobierno, en el cual supuestamente nuestro grupo iba a participar. Equívoco enorme.

La corta presidencia de Cámpora fue condicionada. En su gabinete, los ministerios de Educación, Relaciones Exteriores e Interior estaban ocupados por personalidades destacadas, afines a la línea política de la izquierda peronista. Los otros ministerios fueron ocupados por personajes de la derecha. A Salud le tocó bailar con la más fea: como hombre de confianza de Perón, fue nombrado ministro de Bienestar Social López Rega, el brujo nefasto, que designó como secretario de Salud a un cirujano cardiovascular, Domingo Liotta, otra triste figura.

El programa socializante de salud estaba condenado. Con Mario Testa y Felipe Aguerre representando a los grupos político-técnicos de la JP y yo al Consejo Tecnológico, pedimos una entrevista con Liotta para discutir cómo implementar la política anunciada por el presidente. La reunión parecía una escena del teatro del absurdo, puro Ionesco. Militantes de la izquierda, sin poder, reclamando políticas coherentes con una propuesta socializante al secretario de Salud, un hombre de López Rega, de la derecha peronista más siniestra. No era por ingenuidad o prepotencia, pues no esperábamos ningún resultado positivo de la reunión, pero era importante marcar presencia, reafirmar que existíamos, que no éramos descartables. Un equívoco más.

La primavera camporista abortó rápidamente. La secuencia de los hechos históricos es conocida: el regreso de Perón, la masacre de Ezeiza, la renuncia de Cámpora, la interinidad de Lastiri, la exclusión de la izquierda peronista, la elección de la fórmula Perón-Isabel Martínez, la muerte de Perón, la terrible presidencia de Isabel, la Triple A, los secuestros y asesinatos. Corolario: sangrienta dictadura militar, desaparecidos, muerte y exilio.

Política universitaria

En 1973, el rector de la Universidad de Buenos Aires era Rodolfo Puiggrós y el secretario general Ernesto Villanueva, lo que aseguraba la conducción política de Montoneros.

La agrupación de estudiantes peronistas se movilizó para presionar por la designación de Mario Testa como decano de Medicina. Marchaban por las calles que rodean la Facultad cantando al ritmo de los bombos: “Borornbombóm, Borombombóm y Mario Testa es el decano de Perón”, Mario y yo asistíamos al pasaje de la manifestación por la calle Paraguay desde el tercer piso del Hospital Escuela. Era increíble. Mario decía: “Estos muchachos están locos”. Fue nombrado decano interventor de la Facultad de Medicina.

Mario asumió en junio, con un extenso discurso, memorable por su contenido. Reafirmó el compromiso con el Sistema Único de Salud enunciado en el mensaje del presidente al Congreso y desarrolló varios temas: la financiación de la salud, los médicos, los equipos de salud, los hospitales y los sanatorios, para finalizar con el tema Facultad. La línea central del análisis era la desigualdad, la dependencia y la hegemonía de los grupos dominantes. Algunos fragmentos sobre la desigualdad en salud enfatizaban que, sin cambio:

Habrà salud cara y lujosa para la oligarquía [...] más barata, impersonal y represora para los trabajadores por la conveniencia de devolverlos rápidamente al proceso productivo [...] una salud que no es negocio: la del niño, del viejo y del crónico. Para las poblaciones marginales, para el campo, para los villeros y el desocupado hay y habrá enfermedad.

Sobre la enseñanza de la medicina:

Es obvio que la facultad no enseña solamente el arte de curar [...] además imparte formación profesional y social [...] en el marco de un proyecto liberal que domina nuestra Universidad desde sus comienzos [...]. La expresión es el profesional que ve la salud como un mercado, donde él forma parte de la oferta y el enfermo es vehículo de demanda.

La gestión de Mario tuvo dos ejes de cambio importantes: el primero fue la formulación de un nuevo plan de estudios orientado a transformar la Facultad de Medicina en una Escuela de Ciencias de la Salud. El nuevo currículo pretendía cambiar completamente la lógica docente incorporando el concepto de niveles progresivos de complejidad. El primer nivel de complejidad incluiría las siguientes áreas: Social, Morfológica, Fisiológica y Patológica, tronco común a las carreras de Enfermería, Medicina y Nutrición. En los niveles restantes los contenidos correspondían a los requerimientos específicos de cada carrera.

Esta propuesta, que no llegó a ser implementada integralmente, comenzó en 1973 con la implantación del tronco común en el cual participé como profesor del Área Social. Rápidamente elaboramos el programa docente de Medicina Social, cuyo objetivo central era introducir precozmente una visión político-ideológica de los determinantes sociales de la salud y de la inequidad del acceso a los servicios. Todos los profesores pertenecíamos a diferentes grupos de izquierda, era una materia obligatoria y dictábamos clases en grandes aulas, para alrededor de 100 alumnos. Había

que recuperar rápidamente el tiempo perdido y provocar una situación que, pensábamos, sería irreversible. Entre otros tantos, un equívoco más.

El segundo eje fue la creación del Centro de Estudios del Trabajo, organizado y coordinado por Ricardo Saiegh, constituido por los Institutos de Medicina del Trabajo, Economía del Trabajo, Estudios Psicosociales del Trabajo, la cátedra de Derecho del Trabajo y el Departamento de Ingeniería del Ambiente y del Trabajo. En un año de gestión promovieron varios convenios con sindicatos y asociaciones de trabajadores, entre otros con mineros, obreros de la Fiat, obreros telefónicos, telegrafistas y afines, que generaron investigaciones sobre condiciones de trabajo, salud mental de los trabajadores, accidentes de trabajo, intoxicación por plomo y contaminantes ambientales.

No puedo olvidar la emoción que tuve en el acto de lanzamiento del Centro en el aula magna de la Facultad de Medicina que, por primera vez en su historia, estaba ocupada por trabajadores discutiendo trabajo y salud.

La Escuela de Salud, dependiente del Decanato, merece un comentario particular. Inicialmente se discutió la conveniencia de sustituir el director, Aldo Neri, pero prevaleció la idea de mantenerlo con el compromiso de que respondiera a la política del Decanato.

La Escuela había mejorado el contenido técnico y metodológico de las disciplinas, el modelo pedagógico y la calidad docente, pero continuaba con la misma lógica centrada en mejorar la administración de servicios y programas.

Concomitante con el tiempo político que vivía el país, con José Carlos Escudero y Susana Badino, comenzamos a introducir bibliografías teóricas de corte marxista. Recuerdo entre las primeras *La Medicina del Capital* de Giulio Maccacaro.

La intensidad de la participación política en el medio académico provocó la ruptura entre los representantes de diversas visiones político-ideológicas, constituyéndose grupos de izquierda del peronismo y del socialismo y sectores centristas integrados por radicales y demócratacristianos: la Escuela como isla técnica sin conflictos, centrada en la gestión de los servicios, quedaba atrás: se abría una nueva etapa de discusión política que permanecería hasta que se intervino la Universidad.

Obviamente el Curso de Diplomados en Salud cambió radicalmente tanto en contenido como en el perfil de sus profesores y alumnos. José Carlos Escudero asumió Epidemiología, yo Política de Salud. Ya en 1973, entre los alumnos seleccionados había cubanos, militantes de la JP, de otros sectores del peronismo y de la izquierda.

Toda esta euforia de cambio duró poco más de un año, pues la Universidad fue intervenida en 1974 y Ricardo Saiegh, que había sucedido a Testa en el decanato, fue dimitido. El Centro de Estudios del Trabajo y el proyecto de cambio curricular abortaron y la Escuela de Salud se "aggiornó" con la intervención de la derecha en la Universidad y volvió a sus orígenes asépticos, degradándose paulatinamente hasta transformarse en un espacio vacío, donde no se formulaban políticas ni se desarrollaba teoría.

Fue triste la entrevista que tuve con un ex compañero de militancia que estaba en la coordinación del Curso de Diplomados: él me ofreció dictar Demografía y

participar como docente en el pregrado; había cambiado totalmente: estaba bien afeitado, con traje sport y corbata; como a sus convicciones políticas también había dejado atrás la barba y las mangas de camisa. Obviamente me recusé a participar y ante el argumento de que como contratado debería asumir la tarea docente que me proponían, desafié al director a que me intimase por escrito. Yo expondría las razones para no asumir el cargo y él tendría argumentos para exonerarme. Nunca me intimaron: no tenían pelotas para hacerlo.

Bloqueado en la provincia de Buenos Aires

En junio de 1973, ya ocupada la Universidad de Buenos Aires y descartada la posibilidad de otro espacio nacional, la JP y los Montoneros se concentraron en la provincia de Buenos Aires cuyo gobernador era Oscar Bidegain. Floreal Ferrara era ministro de Bienestar Social; Rolando García, secretario de Planificación; y Julio Troxler, jefe de Policía de la provincia.

En el equipo de Ferrara se integraron grupos técnicos con experiencia en salud, con los cuales había trabajado anteriormente, y profesionales cuyo mérito era la militancia política en la JP o en Montoneros.

Por mi historia y relación personal en la Encuesta, Ferrara me invitó a participar en su ministerio. Antes de que me nombrara pedí un tiempo para recorrer varios sectores y obtener información sobre los problemas centrales que debería abordar su gestión. Fue una tarea frustrante, de casi un mes: la reticencia a darme información por parte de la mayoría de los que tenían algún cargo de conducción política o técnica era obvia.

Después del recorrido conversé con Ferrara; mi evaluación era clara: a la conducción política del Ministerio no le interesaba mi incorporación. Recuerdo que usé una metáfora no muy afortunada que lo irritó profundamente: “Cuando un jugador ve que le están haciendo trampa en el juego, no hace escándalo, el calavera no chilla, se levanta, paga y se va”. Ferrara, furioso, me increpó con razón y no aceptó que lo abandonara: acordamos que en la reunión semanal que él tenía con la conducción de Montoneros iba a tocar el tema de mi participación en el Ministerio. A la semana volví y él estaba consternado: había introducido el tema indirectamente haciéndome un elogio, pero la respuesta fue el silencio.

En aquel momento expliqué este rechazo por mi postura crítica ante el exceso político-ideológico vigente y la pobreza de respuestas técnicas y administrativas en la gestión de los servicios. Un caso anterior había sido el Hospital Escuela de la Facultad de Medicina, cuando Testa me pidió que le hiciera un diagnóstico de los problemas de gestión hospitalaria. En aquella época, la situación era lamentable: ascensores parados, aumento de la espera para la atención médica y en los servicios de diagnóstico, persistencia de arancel para exámenes de laboratorio y cuestionamientos de los residentes por las condiciones de trabajo. Cuando hice las críticas a la Dirección, controlada por la JP y Montoneros, me respondieron que la prioridad era hacer política y que el hospital ahora era del pueblo. Me irrité con la respuesta e

irónicamente les recomendé poner en el frente una faja “Hospital del Pueblo”, para que alguien creyese que era verdad.

Para superar el impasse en la provincia, Rolando García y Floreal Ferrara acordaron que yo asumiese el área de Salud de la Secretaría de Planificación de Gobierno y que desde allí colaborara formulando políticas y programas para el Ministerio. Esta colaboración, a pesar del acuerdo entre el ministro y el secretario, fue curiosamente clandestina. Lepanto Bianchi, que era director de Atención Médica del Ministerio venía frecuentemente, por las noches, a discutir conmigo en la Secretaría de Planificación. En la primera reunión explicitó, disculpándose por lo insólito de la situación, que cualquier propuesta o estrategia discutida la presentaría en el Ministerio como si fuera solamente de él: de otro modo crearía rechazo. Realmente yo era una persona no grata: ya no se trataba de bloquear mi acceso a un cargo, ni siquiera admitían la posibilidad de que discutiese propuestas.

Con Lepanto, una persona admirable por su militancia política, ética y afectividad, habíamos participado elaborando algunos documentos durante el período electoral. Yo, un periférico orgánico; él, orgánico de FAR-Montoneros. No supe nada de él hasta años después, cuando por razones personales anduve por Buenos Aires semiclandestino: él estaba internado con cáncer en el Hospital Italiano y como las visitas eran controladas me aconsejaron no verlo. Solo le pude mandar un abrazo con un amigo y luego lamentar su muerte: era un gran tipo.

Estuve cuatro meses dando vueltas por La Plata y mi nombramiento nunca llegó a salir. Lo único que quedó de mi actividad fue un informe sobre la situación del sector salud en la provincia, en el cual proponía líneas de acción para el corto y mediano plazo en atención médica, organización del Subsistema Único Provincial de Salud y políticas de recursos humanos, inversiones, financiamiento, medicamentos y equipamientos. Este trabajo ni siquiera llegó a ser discutido, todos fueron dimitidos en agosto de 1973.

Lastiri, presidente interino después de la salida de Cámpora, le pidió a Bidegain la exoneración de tres colaboradores: Floreal Ferrara, Rolando García y Julio Troxler. Pensando que él continuaría como gobernador, aceptó. Unos meses después, Perón —ya presidente—, intervino la provincia: Bidegain salió de escena y Troxler fue asesinado.

Arrinconado en el Ministerio

En marzo de 1973, electo Cámpora, ya era claro para la mayoría de los que trabajábamos en la Encuesta que no se podría renovar el convenio con la OPS, la Asociación de Facultades de Medicina y la Secretaría de Salud. La renovación no sería fácil ya que para el Servicio de Información del Estado (SIDE) la Encuesta era un reducto de izquierdistas, en lo cual tenían alguna dosis de razón. Por otra parte, los profesionales y técnicos politizados, que eran mayoría, sostenían que el momento para especular había pasado y que ahora se trataba de actuar apoyando la gestión del gobierno electo.

Continuaba resistiendo porque no quería dar el brazo a torcer y necesitaba del sueldo para vivir. Somaticé con dolores en la columna cervical.

Poco tiempo después ocurrió lo esperado: me iniciaron un proceso administrativo por abandono del cargo en horario de trabajo. El sumario corrió por varios sectores internos que concordaban con la exoneración por falta grave. La última instancia para aplicar la sanción era la Dirección General de Administración y su director, viejo funcionario que me conocía y respetaba, para ayudarme retornó el proceso hacia áreas “amigas” del Ministerio que fueron desinflando los argumentos punitivos: la dimisión por falta grave acabó en apercibimiento.

Cuando González me llamó para comunicarme la punición, le presenté mi renuncia indeclinable pidiéndole que me eximiera del mes de preaviso. Intentó persuadirme, pero ya era tarde y no le di oportunidad, le dije que iba aguardar la copia de la resolución firmada por él para recordar su actitud cobarde.

Mi situación era la del tango: “Cuesta abajo en mi rodada, las ilusiones pasadas...”. Sin empleo, con cuatro hijos, la situación económica era dura. Susana, que por suerte continuaba con su cargo en el Ministerio, sustentaba lo esencial para sobrevivir, pero su situación en la Dirección de Maternidad e Infancia también se puso difícil.

Algunos textos enviados a la copiadora y conteniendo bibliografías “no recomendadas” ya habían causado conflicto. Además, la Dirección fue convocada para acompañar al Ejército y a los pistoleros de López Rega en el operativo de control de insurgentes en Tucumán. Susana se negó a participar y cuestionó el desvío de recursos que había sido ordenado. Poco después su presencia en el Ministerio también era indeseable.

Susana Vadell, gran compañera rosarina que continuaba en el Ministerio oyó del comisario de turno que ya se habían librado de Escudero, rumbo al exterior, y de Hamilton, renunciante, y que ahora solo restaba una “peligrosa”: la doctora Badino. Susana solicitó licencia por un año, sin goce de sueldo, y finalmente, ya en Brasil, renunció.

La Obra Social de Ferrovianos

Después de dos o tres meses sin trabajo recibí una llamada telefónica de Jorge Mera, ex compañero en el Curso de Diplomados de 1963, ofreciéndome la posibilidad de un cargo de asesor en la Obra Social de Ferrovianos. Él era auditor de obras sociales en el Ministerio y tenía buena relación personal con el vicepresidente de esa obra social. Con Jorge, a pesar de no concordar en el campo político, siempre mantuvimos una excelente relación personal, de respeto mutuo, basada en la seriedad profesional y ética. No me olvido de sus palabras ante mi sorpresa por su llamado: “Este país no se puede dar el lujo de prescindir de un técnico con tu capacidad”. Jorge fue y es una figura estimable.

Así fue como me contrataron como asesor del vicepresidente, Joaquín Bovisio. Inicialmente mi actividad consistía en analizar asuntos que Bovisio me pasaba para opinar. Después de un tiempo, conversando con él, le dije que estaba desaprovechado,

que tenía bastante tiempo ocioso y que podía ser utilizado en otra actividad, como, por ejemplo, en la formulación de políticas. Las políticas eran formuladas por la Asesoría del Consejo Director de la Obra Social, de la cual Floreal Ferrara, viejo compañero, era miembro. Analicé los documentos de políticas de los últimos años: eran excelentes documentos discursivos sin aplicación concreta; ninguna política se había implementado.

Con el acuerdo de Bovisio y el apoyo de Ferrara propuse que las políticas para 1975 se desdoblaran en estrategias concretas que aseguraran su implementación. Para cada política enunciada definiríamos un conjunto de estrategias que apuntasen las acciones a realizar.

Mi propuesta fue aceptada por el Consejo Director, integrado por representantes del gobierno y de los dos sindicatos ferroviarios: Unión Ferroviaria y La Fraternidad. Nació el Proyecto de Políticas y Estrategias del cual pasé a ser coordinador.

Incorporé un pequeño equipo de asesores para elaborar propuestas específicas: Carlos Cristóbal para el vademécum único de medicamentos a ser usado en todos los servicios de salud de la obra social, Carlos Álvarez Herrera en epidemiología y Leopoldo Halperin para el proyecto de participación de los trabajadores en la dirección colegiada de los hospitales de la obra social. Yo me encargaba directamente de operar las políticas de atención de la salud con el apoyo de una secretaria eficientísima.

El apoyo de los sindicatos fue crucial en la obtención de una cantidad apreciable de recursos presupuestarios para operacionalizar las políticas y estrategias. Recorrí hospitales y centros de salud de la obra social en casi todo el país acompañado por un dirigente de la Unión Ferroviaria, que había participado años antes en el levantamiento popular de Rosario. En las reuniones con profesionales, técnicos, funcionarios administrativos y sindicalistas, identificábamos problemas y soluciones que pudieran aplicarse localmente con recursos marginales.

De vuelta de haber participado en la elaboración de modelos de programación sofisticados, nunca utilizados, decidí descentralizar y simplificar al máximo la programación. Fue mi primera experiencia de programación participativa con metodología simplificada, que posteriormente reproduje en Brasil en proyectos de extensión de cobertura. Identificado un problema, se proponían las acciones necesarias para resolverlo. Bastaba, entonces, escribir un par de páginas en lenguaje simple: “¿Qué piensan hacer y por qué? ¿Cómo hacerlo? ¿Qué recursos precisan? ¿Qué esperan alcanzar en el primer trimestre y al fin del primer año?”.

Aprobado el proyecto anticipaba los recursos para operar el primer trimestre; los gastos menores eran realizados directamente y los equipamientos caros eran comprados centralmente. Para recibir los recursos de los trimestres sucesivos, los responsables debían rendir cuenta de lo realizado y de la ejecución del presupuesto del trimestre anterior. Mi secretaria examinaba la rendición de cuentas y si no identificaba problemas, la transferencia era inmediata. El sistema funcionó sin burocracia y en la mayoría abrumadora de los casos se cumplían las metas propuestas. El personal de los servicios se sentía por primera vez participando activamente; el entusiasmo era contagiante y las propuestas creativas.

Uno de los enunciados políticos era: “Donde haya un ferroviario la Obra Social estará presente”. Este se desdoblaba en acciones concretas para atender a los ferroviarios que vivían con sus familias en zonas rurales pobres o trabajaban aislados en el mantenimiento de los rieles. Entre las múltiples experiencias locales que fueron estimuladas por el proyecto, la simplicidad de *Laguna Paiva* y la complejidad del *vagón sanitario*, son dos ejemplos polares que ilustran la concepción del programa.

Laguna Paiva, una localidad del interior de la Provincia de Santa Fe, disponía de un centro de salud de Ferroviarios. En la reunión que mantuvimos, los funcionarios identificaron que los ferroviarios que carecían de cualquier tipo de atención eran los que trabajan en el mantenimiento de los rieles. Vivían con sus familias en zonas inhóspitas, alejados de cualquier centro urbano, y para incluirlos se propuso extender el programa de control materno-infantil a través de visitas periódicas, utilizando como medio de transporte los autos sobre rieles usados para la supervisión del estado de las vías. El gasto adicional era mínimo: un maletín para primeros auxilios, nafta y leche en polvo; el resto de los insumos necesarios estaba cubierto por el presupuesto regular del centro de salud.

El vagón sanitario fue la experiencia más creativa; contó con el apoyo de la Unión Ferroviaria y La Fraternidad y demandó para su realización la participación activa de los obreros ferroviarios. Con Canchi Silvestre Begnis, que era coordinador de la Obra Social en Santa Fe, montamos el proyecto de atención de salud de los ferroviarios que trabajaban en el ramal de la zona norte cuyo recorrido incluía pequeñas localidades pobres entre las ciudades de Formosa y Embarcación. Era un área desprovista de infraestructura social, no existía ningún tipo de cobertura médica pública.

Con apoyo de los directores sindicales de los Ferrocarriles del Estado, conseguimos que en los talleres ferroviarios de Tafi Viejo se montaran dos vagones, uno para la atención y otro para el hospedaje del personal. El vagón sanitario disponía de consultorio médico, sala de pequeñas cirugías, laboratorio básico, equipo de rayos X portátil y consultorio odontológico. Demoraron dos meses para reacondicionarlos —a costo cero—; la dedicación era impresionante. Además de adaptarlos para recibir los equipamientos, por cuenta propia cambiaron el sistema de suspensión para suavizar la vibración y evitar problemas con el funcionamiento de los equipos. El gasto con los equipamientos fue mínimo: en el depósito de materiales encontramos aparatos de rayos X y equipos odontológicos y de laboratorio sin uso ni destino.

En agosto de 1975 el tren sanitario estaba funcionando. Los equipos estaban formados por médicos residentes, enfermeras, bioquímicos y odontólogos reclutados en la ciudad de Rosario, que rotaban cada semana. La programación de la atención consideraba la frecuencia de circulación de los trenes por el ramal y la cantidad de población a ser atendida en cada localidad. Los vagones eran enganchados a un tren regular en Formosa, y cuando arribaban a la estación prevista eran desenganchados y estacionados en vía muerta hasta completar la atención de la demanda. Según el tamaño de la población a ser atendida, sin distinción entre ferroviarios o no ferroviarios, el vagón permanecía parado de dos a siete días en la misma estación. Los jefes de todas las estaciones del ramal disponían con anticipación de la programación y



*La época del Tren Sanitario de la Obra Social de Ferrovianos.
Con colegas en el aeropuerto de Formosa, 1975.*

en caso de necesidad autorizaban el traslado gratuito de los pacientes en tren. Los médicos también autorizaban traslados gratuitos al hospital ferroviario de Formosa, para completar exámenes, consultar especialistas o internar pacientes.

Con Bovisio y Canchi visitamos el tren estacionado en una pequeña localidad: el relato de los residentes sobre los problemas de salud que atendían y la gratitud de las personas fue profundamente conmovedor. El trabajo era agotador pero gratificante y como tantos otros proyectos en los que participé, este también duró poco: una de las primeras medidas de la intervención de la dictadura en la obra social fue cortar el proyecto.

El espacio se achica

La implementación de las Políticas y Estrategias en Ferrovianos era exitosa. López, un economista que trabajaba con Ferrara en la asesoría del Consejo Directivo, me alertó sobre los celos que estaba creando el programa: “Cuidado, están llamando mucho a tu teléfono, el de las otras gerencias está mudo”. La reacción no demoró: la Gerencia de Atención Médica, en la cual trabajaban varios sanitaristas que habían sido mis compañeros o alumnos en la Escuela de Salud, pidió una reunión del Consejo Directivo para cuestionar la implementación de las Políticas y Estrategias, con el argumento de que los programas no eran “serios” porque no se respetaban reglas metodológicas básicas. Los arrinconé preguntando quiénes de ellos tenían más conocimiento metodológico que yo; la respuesta fue el silencio: no se animaron a discutir métodos. Si aceptaban que yo era riguroso metodológicamente la pregunta que deberían formularse era por qué había optado por descentralizar y simplificar en vez de complicar y burocratizar. Gané la votación por mayoría absoluta.

La disputa por el poder tecnoburocrático no era el peor problema que enfrentaba: las denuncias de corte ideológico-político aumentaban en frecuencia e intensidad. Bovisio continuaba protegiéndome. Una de las últimas presiones fue grande y él, a pesar de su amistad y compromiso, no encontraba caminos para mantenerme y yo no veía otro camino que no fuera la renuncia. Deprimido porque se agotaban mis posibilidades de continuar trabajando en la Argentina, salí a cenar con Susana para mejorar mi estado de ánimo. Su opinión sobre mi renuncia fue definitiva: “¿Por qué vas a hacer lo que ellos quieren? Que asuman la responsabilidad de echarte, no por incapacidad sino por razones políticas”. Aguanté un tiempo más con la convicción de que mi espacio se iba estrechando cada vez más.

Para completar el cuadro, la revista *Cabildo*, de la extrema derecha nacionalista, publicó un artículo denunciando el poder en salud de “la trenza judeo-liberal-marxista”, cuyo intelectual y coordinador era Mario Hamilton. Uno de los “amigos” de la Gerencia de Atención Médica sacó varias copias y las distribuyó en la Obra Social. Cuando lo interpele con bronca me respondió que era tan absurdo que nadie lo podría creer...

Preámbulo del exilio

El apoyo que Perón le había dado a la izquierda peronista y Montoneros desde el exilio en Puerta de Hierro se deterioró a su regreso. Perón se distanciaba de la JP y Montoneros; el gran conductor inicialmente inciensado desilusionaba. Por inspiración de los grupos contrarios a la hegemonía que detentaba la JP, se creó el grupo Lealtad. Su eslogan preferido era “ni yanquis ni marxistas: peronistas”, La Triple A, banda armada de la derecha, actuaba impunemente con López Rega y los comisarios Margaride y Villar, prominentes represores durante el gobierno militar. Abundaban los Falcon verdes, los autos usados para el secuestro y posterior asesinato de militantes y simpatizantes de izquierda. El corolario de esta relación conflictiva

fue el acto del 1 ° de mayo de 1974, en el que la JP movilizó 50.000 militantes que desafiaron públicamente a Perón en la Plaza de Mayo. Después de interrumpir varias veces su discurso con consignas revolucionarias como: “¿Qué pasa, qué pasa, qué pasa General, que está lleno de gorilas el gobierno popular?”; “si este no es el pueblo, ¿el pueblo dónde está?”; “el pueblo te lo pide, queremos la cabeza de Villar y Margaride”. Se retiraron antes que Perón finalizase su discurso dejando la Plaza de Mayo semivacía. El idilio precario estaba roto definitivamente.

Ya muerto Perón y con Isabel en la presidencia, en julio de 1975 ocurre el “Rodrigazo”: movilización y ocupación de la Plaza de Mayo por los sindicatos contra la política económica del ministro Rodrigo. Estaba claro que Isabel y López Rega no controlaban más la situación, estaba abierto el camino para el golpe militar.

Un amigo empresario de seguros me llamó para una conversación confidencial, él había participado con varios empresarios en una reunión con militares y un notorio periodista político, en la cual se pedía apoyo político y económico para el necesario golpe militar que extirparía el “cáncer comunista” en sus raíces. El ejemplo a ser seguido era la dictadura chilena de Pinochet.

Mis condiciones para permanecer en la Argentina eran casi nulas; la perspectiva de continuar en Ferrovianos era más que escasa y no existían otras oportunidades a la vista. La situación del país se agravaba.

Una tarde de domingo volvíamos de pasear con los chicos y al llegar a nuestra casa en Floresta, vimos un Falcon estacionado unos metros adelante. Nos miramos y Susana me dijo: “Yo me bajo a abrir la puerta del garaje, vos quedate en el auto con los chicos”. Recién suspiramos aliviados cuando un rato después el Falcon partió.

Otro acontecimiento desgraciado que nos afectó profundamente fue el atentado a Raúl Laguzi que había reemplazado a Puiggrós como rector de la Universidad de Buenos Aires: una bomba voló su departamento matando a su único hijo de un año de edad. Era un domingo a la mañana; me enteré por el diario, me vestí y salí disparado para acompañarlo. El entierro era en Chacarita, el cortejo era triste por la muerte terrible de un pibe inocente y decepcionante por la poca gente presente que se aproximó a Raúl y su esposa. Los atentados ya asustaban a muchos compañeros y además, como era esperado, había en el cementerio agentes de la represión sacando fotos.

João Yunes, mi compañero brasileño de Míchigan, estaba en Buenos Aires participando con Susana en un seminario materno-infantil. En ese momento él era secretario nacional del Ministerio de Salud de Brasil y consciente de nuestra situación peligrosa se ofreció a conseguirme una consultoría corta de la OPS en Brasilia, para tomar distancia y buscar una salida.

Conversé con Bovisio sobre mi situación personal y las perspectivas que vislumbraba para nuestro país, le pedí licencia para aceptar la consultoría de la OPS y le sugerí que él también debería pensar qué hacer, porque su situación tampoco sería de las mejores ante la perspectiva del golpe militar anunciado. Le propuse ayudarlo a conseguir una beca de la OPS para hacer una maestría en salud en México y no muy convencido me autorizó a auscultar las posibilidades.

Con el chileno Budnik, que en ese entonces era representante de la OPS en Buenos Aires y, con quien mantenía buenas relaciones personales, tramité mi consultoría de corto plazo en Brasil y recomendé a Bovisio como candidato a una beca de la OPS. Por suerte la beca salió y él partió para México en marzo de 1976. En abril de ese mismo año la dictadura lo dimitió “*in absentiae*” de sus cargos médicos en el Hospital Ferroviario y en el Hospital de Aeronáutica.

La salida

Llegué al aeropuerto de Brasilia a mediados de octubre de 1975 donde me esperaban dos consultores: Teruel, brasileño y Salazar, chileno. La idea era llevarme hasta el departamento de Yunes donde me hospedaría durante los dos meses de la consultoría. Venían preparados para despacharme rápidamente: no les seducía la idea de entablar relaciones más allá de lo formal, pues los argentinos estábamos rotulados, con alguna razón, como arrogantes y prepotentes. Antes de desensillar abrí algunos armarios de la cocina y del comedor, encontré bebidas y acompañamientos. Unas horas después continuábamos bebiendo y conversando: entré en Brasil con buen astral.

Brasilia era y continúa siendo para mí una ciudad extraña, de largas super cuadras que no invitan a caminar, sin esquinas y de clima tan seco que ni el chopp de cerveza transpira. En la carta que le escribí a Susana, relatándole mis primeras impresiones, comentaba que siempre estaba enlatado dentro de un automóvil o cementado dentro de un *shopping center*. La vida social era la de una ciudad donde se concentra el poder político y administrativo; las relaciones se establecían a partir de la pertenencia a un determinado espacio jerárquico. La impresión que tenía era que la estratificación respetaba la tradición imperial brasileña: duques, marqueses, barones, caballeros y vasallos.

João me encomendó una tarea relativamente simple: que elaborara indicadores para acompañamiento y evaluación del programa materno-infantil que dependía de su Secretaría. Para organizar el sistema de recolección, transmisión, elaboración y análisis de los datos entré en contacto con el asesor ministerial de informática: José Carvalheiro, paulista y profesor de la Universidad de Ribeirão Preto; inteligente, gesticulador y bienhumorado.

Conversando con él identificamos un problema más grave: Brasil no había desarrollado un sistema de control de mortalidad; los escasos datos no eran confiables, el subregistro era enorme y las causas mal definidas y desconocidas eran elevadísimas. Aprovechando mi experiencia en Tucumán, le propuse desarrollar un programa nacional de información de mortalidad. En menos de un mes definimos el programa y llamó a una reunión nacional a todos los directores estaduales de estadísticas de salud donde fueron aprobadas las propuestas de implantación a partir de enero de 1976. Hasta hoy, 2008, Carvalheiro se ufana diciendo que el programa que montamos juntos en tiempo récord es el único sistema de información de salud que funciona en Brasil.

Carlyle Guerra Macedo, que estaba regresando a Brasil después de varios años como consultor de la OPS en el Centro Latinoamericano de Planificación de Salud en Chile, asumió, por pedido de Seixas, secretario ejecutivo del Ministerio, la tarea de reorganizar el área de planificación en salud. Con Barrenechea —más argentino que boliviano (con quien ya había trabajado en la Argentina)— como jefe del Departamento de Planificación de la OPS en Washington, me propusieron para el cargo de consultor permanente de planificación de la representación de la OPS en Brasilia, desde donde apoyaría los proyectos que Carlyle desarrollaría en el Ministerio. El acuerdo fue aprobado por el secretario general: Brasilia solicitaría mi contratación a la OPS y Barrenechea apoyaría desde Washington.

Volví a Buenos Aires los primeros días de diciembre decidido a aceptar el contrato como consultor permanente en Brasilia. La tramitación estaba caminando: la administradora de la representación en Buenos Aires aseguraba que era cuestión de días. Convencidos de que todo iba bien renuncié a mi cargo en la Obra Social de Ferroviarios y alquilamos nuestra casa a partir del mes de febrero.

A la casa de Bahía Blanca y Avellaneda, en el barrio de Floresta, la habíamos construido nosotros con un proyecto arquitectónico de Carlos Quaglia, compañero del Ministerio de Salud, especialista en arquitectura hospitalaria. Era una concepción particular: el frente era un contrafrente al cual daba el cuarto de servicio, la entrada un pasillo largo por el cual se accedía a la sala y al comedor a través de un patio central, los pisos eran de cerámica roja y los techos de cemento a la vista. Era un diseño originado en las antiguas casas “chorizo”, con espacios que aseguraban la vida familiar común respetando al mismo tiempo las particularidades de los adultos y los chicos. Así, en la planta alta había dos espacios con relativa independencia: uno para Susana y yo al fondo, que se comunicaba por un corredor, al que llamábamos “niño-ducto”, con el frente ocupado por nuestros hijos, que ya eran cuatro con el nacimiento de Santiago en 1970. La planta baja, con un patio central donde convergían todos los espacios, era el lugar común que articulaba el conjunto. La habíamos terminado de construir a principios de 1973 pensando en cada uno de los detalles que hacían a nuestra vida en común. Estábamos tan entusiasmados que hasta contratamos para el proyecto de los jardines en el patio central y en los fondos de la casa al mejor paisajista de Buenos Aires.

Cuando estaba todo listo, la casa amueblada y las plantas dando vida y color nos sentamos con Susana a disfrutar del lugar, serenos y contentos. La conversación nos fue llevando a pensar en un futuro idílico, en esa casa. Ya casi con la botella de vino acabando, comencé a inquietarme con el proyecto de largo plazo y pregunté: “¿Yo me voy a morir aquí?”. Poco más de un año y medio después abandonamos la casa de los sueños a la cual nunca retornaríamos.

Pasaban los días y nada ocurría, de las consultas telefónicas que yo hacía a la representación de la OPS obtenía respuestas evasivas. La preocupación aumentaba y decidí averiguar personalmente qué estaba ocurriendo.

El Ministerio de Salud de Argentina había negado la autorización: hecho inédito por parte de la OPS el de consultar al gobierno cuando yo ya no era funcionario público y estaba desempleado, y aceptar una negativa que era claramente motivada

por razones políticas. El director de la OPS en ese momento era un mexicano, Héctor Acuña, que había reemplazado a Horwitz, un señor: sino el mejor, uno de los mejores directores de la OPS, con el cual hubiera sido imposible que eso ocurriese. Esta no sería la única vez que Acuña, personaje olvidable, servil a los gobiernos de turno, se cruzaría en mi camino.

Estaba absolutamente claro que ya no se trataba de estar desocupado en la Argentina: la persecución era más pesada y los militares ya estaban discutiendo casi públicamente, no si iba a haber golpe, sino cuándo iba a ocurrir. Era una cuestión de corto plazo.

Con Susana decidimos viajar a Brasil de cualquier manera a fines de enero de 1976, sin trabajo, con solo 800 dólares en el bolsillo, cuatro hijos de 12, 9, 8 y 5 años, poco equipaje y dejando todo el resto atrás.



*Con Paulo Gadelha y José Temporão en la fiesta del aniversario
de Rómulo Maciel*

Capítulo 6

En Brasil rumbo a Montes Claros

Desembarque en Brasil

Llegamos a Brasilia a fines de enero de 1976, después de siete largas horas, en un vuelo con escala en Río de Janeiro, donde cambiamos de avión. Parecíamos emigrantes: además de las pocas valijas, cargábamos un montón de bolsas y bolsitas, algunas de ellas con juguetes o muñecos de los chicos. Ellos no tenían conciencia plena de lo que estaba pasando, pero sabían que no era un viaje de vacaciones.

João Yunes nos esperaba en el aeropuerto; solidario, nos llevó directamente a su casa, un amplio departamento con una sala, tres cuartos y un área de servicio, del que disponía como secretario del Ministerio de Salud. João —que continuaba soltero—, generoso como siempre, se quedó con el cuarto más pequeño. En pocos días Susana transformó una vivienda provisoria en una casa acogedora, con adornos y plantas. El problema de vivienda estaba transitoriamente resuelto, solo faltaba conseguir trabajo y varias cosas más.

Ya que la propuesta de la OPS para trabajar en planificación había abortado, los amigos brasileños estaban tratando de ubicarme en algún proyecto. Carlyle Guerra Macedo —en esa época consultor de la OPS en Brasil y uno de los que apoyaron mi frustrada contratación en la OPS—, consiguió que el estado de Minas Gerais me ofreciera trabajar en un proyecto de extensión de la cobertura de salud en la región de Montes Claros, que disponía de financiamiento de la Agencia de Desarrollo de EEUU (USAID) y que estaba con el cronograma de operación atrasado. Simultáneamente, él trataría de rever la decisión negativa de la OPS, pensando que como estaba fuera del país la situación había cambiado y no sería necesario pedir nuevamente autorización al gobierno argentino.

A la semana de llegar a Brasilia viajé hacia Belo Horizonte para entrevistarme con Eugenio Vilaça, director de Planificación de la Secretaría de Salud de Minas Gerais. Eugenio era y es uno de los sanitarios más destacados de Brasil, con muy buena formación político-técnica, culto e inteligente. Rápidamente me informó sobre el proyecto, me cedió toda la documentación disponible y me hizo circular por todos los sectores de la Secretaría para obtener la información adicional que hallara pertinente. Me contrataron por tres meses con un salario medio, un pasaje de ida y vuelta en avión a Brasilia cada quince días y viáticos para gastos de hotel y comida durante los días que permaneciera en Montes Claros.

Mi tarea era dinamizar la elaboración del programa regional, para discutirlo y eventualmente aprobarlo en una reunión a fines de mayo. Tenía como máximo tres meses para cumplir mi tarea; obviamente acepté pues era la única opción inmediata para trabajar.

Volví a Brasilia preocupado. Montes Claros es una región del Norte de Minas, a más de 300 km de Belo Horizonte. Comprendía 42 municipios, una extensión territorial enorme (poco más de 120.000 km²), y aproximadamente un millón de habitantes en esa época. El 70% de la población residía en el área rural, cuyo desarrollo agrícola y pecuario era pobre, predominando la producción de subsistencia. La situación social era de pobreza extrema, con desempleo y subempleo, desnutrición, altos índices de analfabetismo y poco o ningún acceso a equipamientos sociales, precaria infraestructura de salud y un cuadro epidemiológico sobrecogedor con altas tasas de mortalidad materna, infantil y preescolar.

No había enfrentado antes —conscientemente— una situación de esta naturaleza. No tenía la menor idea de cómo abordar la multiplicidad de problemas graves y la precariedad de los servicios de salud, que superaban mi experiencia anterior. Parecía claro que la lógica formal de la planificación, con sus etapas secuenciales rígidas, no era el camino. La racionalidad técnica era insuficiente: era necesario pensar diferente e improvisar.

Montes Claros

Montes Claros fue el primer proyecto integral de salud que se operó en Brasil. Por su propuesta político-ideológica, la originalidad del programa, la creatividad en la concepción del método y en el proceso de construcción, fue considerado como el proyecto precursor de la Reforma Sanitaria Brasileña, formulado posteriormente en la VIII Conferencia de Salud de 1985.

Para mí era sorprendente que en plena dictadura militar fuese posible operar un proyecto con las características de Montes Claros. Es cierto que la época del “Milagro Brasileño” estaba en decadencia y que los conflictos en el interior del ejército anunciaban la posibilidad del fin de la dictadura. En 1977 el general Ernesto Geisel, presidente de facto, destituyó a los comandantes de las fuerzas armadas y del ejército de San Pablo como consecuencia del asesinato en la cárcel del periodista Wladimir Herzog. Los sectores que representaban la derecha de las fuerzas armadas pretendían la continuidad militar en el poder y por tanto se oponían a la política de transición democrática, lenta y progresiva, propuesta por Geisel como salida regulada de la dictadura.

De todas maneras, estos eran solo indicios de cambio: la represión continuaba vigente, aunque atenuada en relación con épocas anteriores. El Servicio Nacional de Informaciones (SNI) continuaría persiguiendo a los militantes de izquierda por más de una década. A pesar de las restricciones políticas impuestas por la dictadura, en Montes Claros se abrió un espacio inesperado para proponer un modelo de salud que era claramente de izquierda.

La importancia que cobró Montes Claros en la historia de la salud pública brasileña motivó, 20 años después, un estudio retrospectivo de la experiencia que originó un libro, *A utopía revisitada*, organizado por Sonia Fleury y publicado por la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO) en 1995. Esta publicación trata extensamente en sus diversos capítulos la historia del proyecto, su concepción política e ideológica, la estructura y relaciones de poder, la racionalidad técnica, la participación social, la organización de los servicios y finalmente la ascensión y caída de la “república socialista” de Montes Claros. El excelente tratamiento teórico y metodológico de esta publicación y la posibilidad de acceder a su lectura me dispensan de extenderme en un análisis exhaustivo del proyecto, permitiéndome hacer, solamente, una breve síntesis, necesaria para entender la riqueza de la experiencia, matizada con personajes, entretelones, anécdotas e historias, que extraigo de algunas de las entrevistas realizadas para la confección del libro y de recuerdos entrañados en mi memoria.

Primeros movimientos

Llegué a Montes Claros en los primeros días de febrero de 1976. Era una ciudad de aproximadamente 120.000 habitantes, con construcciones bajas y apenas algunos edificios de varios pisos, comercios pobres típicos de ciudad del interior, restaurantes y bares simples; en fin, una ciudad sin ningún atractivo.

Durante todo el período que trabajé en Montes Claros me alojé en el hotel Minas Brasil, obviamente sin ninguna estrella: precio barato, cuartos limpios, con baño, una cama y un espacio sin puertas que hacía las veces de armario. Una peculiaridad del hotel, solo explicable por la extravagancia del dueño, era que los cuartos no tenían número sino nombres de países. Así, durante mi permanencia como consultor, mudé frecuentemente de país: si estaba con ánimo y dinero me alojaba en Suecia, Inglaterra o Francia; si andaba medio deprimido elegía Paraguay, Bolivia o Ecuador. Era la única excentricidad que me permitía, dada la sencillez del conjunto.

Realicé mi primera visita al centro regional: era una construcción simple destinada a ser un centro de salud, con una sala de tamaño medio en la entrada, un escritorio separado para el director y algunos pocos cubículos donde apenas cabía una mesa pequeña. El director regional, Francisco de Assis Machado (“Chicão”), que tenía experiencia previa como director de la región de Diamantina, me presentó a todo el equipo, reunido alrededor de una mesa en su sala: profesionales y técnicos jóvenes, enfermeras, auxiliares, administrativos y choferes, motivados, pero sin experiencia previa y sin formación en salud pública.

En reunión a solas con Chicão y en no más de una hora estuvimos de acuerdo: él presentó las bases político-ideológicas del proyecto, que consistía en rescatar la ciudadanía de los usuarios y funcionarios y asegurar la participación ampliada para construir una base social que modificara las relaciones de poder y difundiera una nueva conciencia sanitaria. Discutimos mi rol de apoyo metodológico y técnico al

desarrollo del proyecto y la necesidad de una implementación rápida para superar el atraso acumulado desde hacía varios meses.

Por la tarde comenzamos la discusión sobre ideología y racionalidad técnica con todos los funcionarios, profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares de servicios. Este tipo de reuniones participativas, ampliadas a todos los funcionarios, era una característica de Montes Claros. La primera impresión era de caos, pero poco a poco se iban organizando las ideas y, propuestas.

Después de largas horas de debate, de participación intensa y de idas y vueltas, se logró entender que la programación física de centros y puestos de salud, de recursos humanos y materiales y la viabilidad financiera, eran necesarias para avanzar en la implementación y que la misma corría en paralelo y no desvirtuaba necesariamente la concepción ideológica. Ayudó la canción de Geraldo Vandré *Pra não dizer que não falei das flores*, un himno de la izquierda brasileña, cuyo estribillo repetía:

*Vem, vamos embora
que esperar não é saber,
quem sabe faz a hora,
não espera acontecer.*

Se complementaba con el poema de Antonio Machado que decía: “Caminante no hay camino, se hace camino al andar”.

A partir de ahí no fue difícil entender que avanzar en la implementación, además de legitimar el proyecto, ayudaría a definir paso a paso estrategias concretas que respetaran las bases político-ideológicas, que hasta el momento estaban más en el campo discursivo, sin expresión en la práctica. Era necesario andar...

Comenzamos definiendo las características básicas del modelo integrado de prestación de servicios de salud. Seguidamente seleccionamos, de la información disponible —que era enorme—, los datos esenciales para programar actividades y recursos. Como en mis recientes experiencias previas, simplifiqué al máximo los instrumentos y decidí, a partir de algunos datos parciales, estimar los parámetros mínimos esenciales para calcular los recursos necesarios, la cobertura rural y urbana, el número de consultas por habitante y por año por médico y auxiliar de enfermería y su productividad.

Sabía que los datos eran imprecisos y podían ser cuestionados, pero prevaleció la idea de que se iniciaba un proceso de construcción progresiva que permitiría precisarlos mejor y corregirlos a medida que el programa se fuera desarrollando.

Diseñé las planillas de cálculo y en la misma tarde comenzó la programación de las ocho áreas programáticas en que estaba dividida la región. La dedicación y entusiasmo del equipo eran extraordinarios: se trabajaba más de doce horas diarias y así avanzamos tan rápidamente que en dos semanas la tarea estaba casi finalizada.

Para los dos primeros años el programa proponía la implementación de los módulos básicos, compuestos por varios puestos atendidos por auxiliares de salud referenciados a un centro de salud de mayor complejidad, con médico y laboratorio para exámenes básicos. También, a pesar de que los recursos disponibles no incluían

el desarrollo de atención hospitalaria, el modelo de atención preveía la necesidad de crear como referencia hospitales locales con las cuatro especialidades críticas y un hospital regional de mayor complejidad.

Terminada esa etapa, pasamos a discutir el diseño de los cursos de entrenamiento de los auxiliares de salud, la supervisión y la participación, temas en los cuales era necesario mantener una coherencia con la concepción político-ideológica del proyecto.

Verticalidad versus horizontalidad

Los programas verticales, a través de la imposición de normas y del volumen de datos a recoger para acompañamiento de los programas, reproducían en los estados (provincias), en las regiones y en los municipios las estructuras del Ministerio. Esta imagen en espejo se expresaba en coordinaciones nacionales, provinciales y regionales específicas para cada programa, generando registros y controles que complocaban el trabajo de los auxiliares de salud e inducían a una visión funcionalista de la supervisión, centrada solo en el cumplimiento de tareas, lo que no favorecía el intercambio de experiencias entre auxiliares ni abría espacio para la discusión de la determinación social de la enfermedad.

El primer paso para romper con la camisa de fuerza de las normas fue rediseñar el sistema de información. El modelo vigente se asentaba en una estructura piramidal equivocada: en la base las unidades registraban una enorme cantidad de datos, pero no disponían de información, que era procesada pobre y tardíamente en los niveles superiores del sistema. La propuesta era invertir la pirámide: aumentar la disponibilidad de información en la base y reducir a lo esencial la transmisión de información a los otros niveles. La idea era implantar un modelo que permitiese la reflexión participativa de los auxiliares sobre las prácticas cotidianas.

Diseñé un sistema simple que redujera el trabajo de colecta en los puestos y centros de salud y seleccioné algunos indicadores de fácil comprensión por parte de los supervisores y auxiliares de salud: cobertura global, coberturas específicas para programas de control y productividad.

Los instrumentos básicos eran un sobre para la familia y la ficha individual de atención, control y tratamiento. El frente del sobre tenía códigos marginales que permitían identificar la composición de la familia y acompañar los programas y controles de salud de cada uno de sus miembros, por ejemplo: gestante, recién nacido y enfermedades transmisibles crónicas.

El argumento central para no procesar toda la información de los programas verticales era que la misma estaba disponible en los registros y podía ser obtenida por muestreo ante el requerimiento específico de la coordinación de los programas verticales. Nunca se hizo una solicitud de este tipo porque la información no era necesaria o porque exigía justificar por qué y para qué la precisaban. La burocracia no era muy adepta a pensar...

Modelo de entrenamiento y supervisión

Una reunión antológica que demuestra el estilo de administración participativa fue la discusión de la metodología para los cursos de formación de auxiliares de salud. Había dos concepciones: la primera, tradicional, defendía la idea del profesor dando clase a personas apenas alfabetizadas sobre problemas de salud y el papel del auxiliar; la otra alternativa era partir de la experiencia de vida de los futuros auxiliares y agregar la información necesaria para completar su formación. Esta segunda opción se cuestionaba por considerarse insuficiente la experiencia individual.

La discusión fue progresando, destacándose la importancia de la participación activa desde el inicio de la formación y la posibilidad de que el intercambio de experiencias en grupo podría agregar más conocimiento. Fue una reunión pesada y reiterativa, hasta que Chicão propuso que el grupo intercambiara información sobre algo poco conocido, y se eligió al canguro: los primeros minutos fueron de silencio y luego, poco a poco uno recordaba una cosa, otro agregaba algo más y así sucesivamente, hasta que logramos una idea bastante aproximada del hábitat y características del canguro, surgiendo así una interesante experiencia grupal.

La metodología adoptada fue la discusión en grupos de trabajo orientada a responder un cuestionario simple elaborado por la coordinación docente, estructurado para identificar problemas de salud prevalentes en la región, los síntomas más frecuentes y la conducta a seguir. En caso de dudas o falta de conocimiento, se solicitaba al supervisor que completase la información necesaria para que el grupo avanzara en la discusión. Un caso paradigmático fue el de embarazo y parto, pues la mayoría de los auxiliares tenían experiencia propia. La información que poseían era suficiente para comprender la evolución y los principales problemas de la gestación y del parto, pero había cosas que desconocían, por ejemplo: “¿Hasta cuándo hay que esperar si la placenta no sale?”. El supervisor tampoco sabía.

El entrenamiento del personal era considerado un proceso continuo cuyo primer momento ocurría en el centro de Porteirinha, donde se entrenaban cien auxiliares por vez, en diez grupos de diez, con la metodología descrita arriba. El segundo momento era una estadía en un centro de salud, para aprender técnicas de enfermería. Y el tercer momento, que daba al proceso el carácter de educación continuada, era el modelo de supervisión.

Desde que se asumía la esencialidad de la participación como base del programa, la supervisión era orientada a estimular la reflexión sobre las prácticas de los propios auxiliares. Los supervisores debían transformarse en polivalentes, generalistas que entendiesen del conjunto y actuasen estimulando, orientando y sistematizando la experiencia de los auxiliares.

El modelo de supervisión tenía dos componentes: uno con foco en la práctica individual orientada a mejorar el desempeño, y otro de conjunto donde todos los auxiliares de un área programática se reunían para repasar experiencias e identificar las causas de los problemas de salud y sus posibles soluciones.

En la publicación mensual del Centro Regional, el *Misto Quente* —nombre de un popular sándwich tostado de jamón y queso—, se definía así el sentido de la

supervisión: “...desencadenar y mantener activas las relaciones entre el sistema institucionalizado de servicios de salud y el pueblo; tiene un contenido eminentemente crítico y un carácter absolutamente dialógico”.

Legitimación

Originalmente Eugenio Vilaça había programado para el mes de mayo una reunión con unos veinte o treinta profesionales, la mayoría de las instituciones de salud de Minas Gerais, para discutir y aprobar el proyecto. Como la formulación del modelo estaba lista a fines de marzo, decidió anticipar la fecha.

La reunión se realizó en Belo Horizonte en el mes de abril de 1976. El resultado fue muy superior a lo esperado, de unos pocos invitados se transformó en un seminario de carácter nacional con más de cien participantes, entre los cuales había representantes de escuelas de medicina y de instituciones provinciales y nacionales de salud.

Se discutieron diversos temas en grupos de trabajo y sesiones plenarias: estructura y funcionamiento del modelo de atención en salud, metodología de programación y sistema de información, propuestas para los cursos de entrenamiento de los auxiliares de salud, supervisión y participación social.

Las conclusiones del seminario fueron absolutamente favorables a la implementación del proyecto y la propuesta técnica no tenía reparos. Los pocos cuestionamientos, relativamente tímidos, apuntaban a los aspectos político-ideológicos. Montes Claros se legitimaba oficialmente.

Terminado el seminario me reuní con Sergio Arouca, Eugenio Vilaça y Chicão para discutir posibilidades y limitaciones de la implementación. Ninguno era ingenuo para pensar que todo lo que se proponía iba a funcionar, y era claro que las restricciones políticas e institucionales iban a absorber progresivamente al programa, burocratizando su operación.

No hubo dudas: el proyecto tenía más valor político en la difusión de la propuesta que en su operación. Sergio Arouca, con su capacidad intelectual, liderazgo en la izquierda brasileña y competencia en agitación y propaganda, se encargó de ampliar la discusión en reuniones de salud, congresos de médicos residentes, asambleas estudiantiles y sindicatos médicos a lo largo y a lo ancho del país, dando al proyecto el carácter de paradigma utópico de la transformación social a través de una acción en salud.

Como producto de la difusión comenzaron a visitar Montes Claros jóvenes de izquierda de todo el país para agregarse a lo que suponían, ingenuamente, que era un movimiento revolucionario. Arouca, sonriendo, comentaba que se desilusionaban rápidamente por la ausencia de movilizaciones populares de las que agitan banderas rojas.

A partir de la legitimación se fueron agregando proyectos complementarios con aportes variados. El más importante fue la residencia rural de la Escuela de Medicina de la Universidad Federal de Minas Gerais. Este proyecto, coordinado por Francisco Campos, trasladó algunos estudiantes de Medicina para trabajar en los

centros de salud, con supervisión permanente de los profesores de la Escuela. Esta incorporación de jóvenes con razonable formación médica, además de aumentar la cobertura, mejoró notablemente la atención y el tratamiento de los pacientes.

No puedo dejar de mencionar la participación, en la discusión política, obviamente de Sergio Arouca, Celia Leitão Ramos, Sonia Fleury y Alberto Pellegrini. Este último, dimitido por razones políticas de una investigación de la Fiocruz, fue contratado como asesor en Montes Claros. Vivía la mayor parte del tiempo en Montes Claros, donde nos encontrábamos una semana por mes en convivencia estrecha, estableciendo fuertes lazos de amistad y afecto que perduran hasta hoy.

Francisco de Assis Machado (Chicão)

Para entender el proceso en Montes Claros es necesaria una referencia a la personalidad de Chicão, quien a primera impresión era un hombre simple del interior: altura media, cuello corto, corpulento, pasado de peso, vestido simplemente con camisa de manga corta cuadriculada, aspecto bonachón, charla mansa y sonrisa agradable —a veces irónico y desconfiado, como buen minero—. Las apariencias escondían un personaje inteligente, creativo, crítico ferino, con una capacidad para comunicar y convencer fuera de lo común.

Es más fácil aproximarse a la complejidad de su personalidad contando algunas anécdotas. Me contaron algo ocurrido en Brasilia en 1975, que “*se non è vero è ben trovato*”, e ilustra su aguda capacidad crítica. En una reunión importante de autoridades para lanzar el Programa Nacional de Nutrición, a Chicão, que en esa época era coordinador regional de Salud de la región del valle del Jequitinhonha (zona pobre del norte de Minas Gerais), el coordinador de la reunión le pregunta cuántas nutricionistas precisaría para operar el programa. Él solicita un tiempo para hacer los cálculos y poco después pide la palabra, y para sorpresa general dice: “Según mis cálculos serían necesarias unas cincuenta nutricionistas por mes”. Con una sonrisa condescendiente lo corrigen: “Doctor Assis Machado, no puede ser cincuenta nutricionistas por mes”. Respuesta rápida: “Puedo estar equivocado, pero según mis cálculos una nutricionista debe pesar alrededor de sesenta kilos, que multiplicado por cincuenta da alrededor de 3.000 kilos de proteínas, suficientes para alimentar durante un mes a los menores desnutridos de la región...”

Otra historia ocurrida en Montes Claros, durante una más que breve asesoría de la OPS sobre participación comunitaria, muestra la fuerza y convicción de Chicão. El consultor presenta una propuesta considerada tecnocrática y funcionalista, que chocaba con lo que se venía haciendo. En una reunión difícil, los ánimos se van exaltando y el consultor desafía a Chicão: “Cite un caso en el que la participación popular, como usted la entiende, haya conseguido algo sin los recursos tecnológicos adecuados”. Chicão da un tremendo puñetazo en la mesa y exaltado grita: “¡¡¡En Vietnam!!! ¡¡¡En Vietnam!!!”. A la noche, sin despedirse, el consultor tomó el ómnibus para Belo Horizonte y nunca más volvió.

Fuera de las innumerables reuniones de trabajo compartí con él y otros compañeros atardeceres y noches en Montes Claros, Porterinha, Januaria y otras localidades del norte de Minas, bebiendo cerveza acompañada por una o más copitas de la excelente *cachaça* minera, o bebiendo cuba libre con poca Coca Cola y abundante ron, que matizaban las charlas prolongadas, la mayoría de las cuales terminaban con “resaca” (dolor de cabeza, mareo y cansancio) a la mañana siguiente.

Con Chicão formamos una dupla que funcionó armónicamente durante todo el tiempo que estuvimos juntos en Montes Claros y que se prolongó en el Programa de Interiorización de las Acciones de Salud y Saneamiento (PIASS), programa nacional de extensión de cobertura, que él coordinó posteriormente en el Ministerio de Salud.

Resultados

En Montes Claros, el modelo de desarrollo que contemplaba los niveles de complejidad del sistema de atención, desde el puesto y centro de salud hasta el hospital local y regional, quedó en el papel. El proyecto se limitó solamente a la implantación de los módulos de atención primaria. La implementación fue rápida y exitosa: a fines de 1977 estaban en operación más de 100 puestos y 33 centros de salud y un número superior a 600 auxiliares entrenados y contratados. Hubo avances puntuales en la participación social: donde los supervisores y auxiliares eran más politizados y activos los servicios funcionaron mejor, llegando en algunos casos a instalar redes locales de abastecimiento de agua potable.

El *Misto Quente* también cumplió un papel de estímulo a la participación, publicando relatos de auxiliares que, en lenguaje simple, casi chapliniano, explicaban la relación entre salud y sociedad, en una región donde comenzaba la capitalización del campo, con inversiones en ganadería y reforestación, expulsando al pequeño productor rural: “...llega en avión gente de la ciudad con traje y corbata y sale en camión la gente de la tierra”.

Por la forma en que lo relato, parecería que Montes Claros se trataba de un espacio coherente, sin contradicciones, sin conflictos, sin idas y vueltas, sin paranoias periódicas. Gran engaño: el conflicto era permanente en el interior del proyecto, con la Secretaría de Salud del estado y con el Ministerio de Salud. Como decíamos con Chicão, sin conflicto no hay propuesta de cambio: “Los perros ladran, Sancho, señal que andamos”; o como él tautológicamente reforzaba la idea de cambio: “*Se quer mudar tem que mudar, se não, não muda nada*” (si quiere cambiar, tiene que cambiar, sino no cambia nada).

Continué acompañando el proyecto hasta mediados de 1979. Pasaba una semana por mes en Montes Claros en reunión con los supervisores, primero analizando la operación general, para seguidamente identificar los problemas que habían surgido desde mi visita anterior, examinar las causas probables y proponer opciones para superarlos. Un tiempo después recapacité sobre lo que inicialmente había considerado como asesoría para entender que mi papel fundamentalmente fue didáctico.

La diferencia con los cursos formales era que el programa docente y los contenidos políticos, metodológicos y técnicos surgían allí de la práctica concreta.

Decidí salir de Montes Claros después que el director regional de aquel entonces, José Saraiva Felipe, presentó el plan al Grupo Ejecutivo Interministerial (GEIM) del PIASS. Fue un show pirotécnico: un mapa enorme en el que, inicialmente, aparecían unas pocas luces iluminando los servicios de salud existentes antes de la operación del proyecto y poco a poco en el cuadro se iban incorporando puestos, laboratorios, centros de salud y localidades con abastecimiento de agua potable que inundaban de luces el mapa. Cuando terminó solo faltaba aplaudir.

Finalizado el show mi papel no tenía sentido, ellos ya tenían pantalones largos y podían continuar sin mi compañía. La etapa que se iniciaba con la aún lenta transición democrática apuntaba hacia la politización y la disputa electoral, campo en que Saraiva era insuperable. De hecho, fue después diputado nacional, secretario de Salud del estado de Minas Gerais y ministro de Salud.

Cuando se desencadenan procesos complejos es difícil hablar de resultados, porque los efectos son variados y difíciles de medir. En relación con la atención de salud es innegable que hubo un aumento importante de la cobertura, que la calidad de la atención mejoró poco, limitándose a la atención primaria y que, con el pasar del tiempo, como era esperado, Montes Claros acabó sin diferenciarse demasiado de otros programas de extensión de cobertura.

¿Cómo mensurar el cambio en la conciencia política y social? Sin duda en la región hubo cambios concretos en las relaciones de poder. En la primera elección libre, el MDB, partido de oposición, ganó varias intendencias y eligió diputados provinciales. La contribución de los auxiliares politizados a nivel local fue importante para esta virada electoral, y algunos de ellos fueron electos intendentes en localidades pequeñas, en una región que era reducto de “coroneles” populistas, conservadores atrasados que pactaban con la dictadura.

El número de intendentes o diputados electos en el primer momento de auge del proyecto de Montes Claros fue importante, pero con el tiempo el acceso al poder fue dejando en el camino ideología y compromiso social para dar paso a la “*realpolitik*”, donde todo vale para continuar en el poder.

Experiencia personal

En las entrevistas del libro *A utopía revisitada* aparecen repetidas menciones a mi participación en el proceso, que ilustran sobre mi espacio de actuación en la intersección entre ideología, política y operación.

Los primeros días fueron fundamentales para integrarme en el proyecto más creativo en el que participé en mi larga travesía por el campo de la salud. Probablemente mi recorrido por métodos, técnicas, ideología y política me permitieron ayudar rápidamente a organizar y poner en práctica las ideas del proyecto. Chicão comenta así mi llegada: “Mario Hamilton llegó y luego ganó la confianza del equipo, él realmente dio aquello que nos faltaba, que era organizar las ideas del proyecto...” “

Mi experiencia previa de simplificar método y proceso de programación fue fundamental para lograr el apoyo y motivar a los profesionales y técnicos del proyecto. Uno de ellos, Delcio Fonseca, dice: “Contamos con asesoría de profesionales de peso. El primero fue Mario Hamilton; sin él todos nosotros, motivados hasta la médula, pero técnicamente sin experiencia, nos hubiéramos ahogado en la confusión de cálculos, cronogramas, formularios, estimativas y proyecciones...”

A pesar de que mi incorporación a Montes Claros estaba centrada en mi formación metodológica, mi papel técnico inicial fue adquiriendo a lo largo del tiempo un carácter político-técnico: Delcio también menciona que “tuvimos mucha asesoría de afuera, pero hubo una que fue fundamental, la de Mario Hamilton. Él, al igual que Chicão fue el gran líder político del equipo...”

Para mi sorpresa, Cornelis van Stralen, coordinador del proyecto de participación popular, destaca que el suceso del proyecto fue “un feliz encuentro entre el carisma y originalidad del entonces director del proyecto, Francisco de Assis Machado y la habilidad técnica y política de uno de los asesores del proyecto, Mario Hamilton”. Conuerdo con él respecto a Chicão, pero, en lo que me concierne, creo que habilidad técnica es un elogio hasta pertinente, ya habilidad política no creo que sea un atributo de mi personalidad, más marcada por el conflicto que por la búsqueda de consenso. El consenso, al igual que para el dramaturgo brasileño Nelson Rodríguez, siempre me pareció una burrada. Cuando en una reunión todos los participantes estaban de acuerdo con lo que yo proponía llegaba a casa y le decía a Susana, “algo está equivocado, hasta los mediocres concuerdan, tengo que repensar lo que estoy haciendo”.

Tengo la certeza de que mi participación fue importante como parte de un grupo comprometido ideológica y políticamente, pero sin la creatividad y convicción de Chicão para movilizar voluntades y la competencia política de Sergio Arouca para nacionalizar la discusión del proyecto, Montes Claros no hubiera llegado nunca a ser lo que fue en la historia de la salud pública brasileña.

Mientras tanto, nuestra vida familiar continuaba casi pacífica en Brasilia, conviviendo durante la semana con el querido João. Con Susana desempleada, los niños iban a buenas escuelas públicas y toda la familia aprendía a hablar “portuñol”.



Encuentro en la Fiocruz. Diputado Sergio Arouca, senador Almir Gabriel, ministro Jamil Haddad, presidente de la Fiocruz Carlos Morel, diputado Nelson Jobim y vicepresidente de la Fiocruz Mario Hamilton. Río de Janeiro, 1993.

Capítulo 7

En Brasil rumbo a Río de Janeiro

Nuevamente en la cuerda floja

Terminado el seminario de análisis del proyecto de Montes Claros, recibí varias propuestas de trabajo en Brasil. Entre ellas, una de Nina Pereira Nunes para incorporarme como profesor de Planificación en el Instituto de Medicina Social (IMS) de la Universidad de Río de Janeiro, cargo para el cual recomendé a Mario Testa y Adolfo Chorny que precisaban salir de Argentina por problemas con la dictadura.

Mi recusa se debía a que Carlyle había retomado la iniciativa para mi contratación como consultor de la OPS, convencido de que estando fuera del país no existía ninguna razón para solicitar nuevamente la anuencia del gobierno argentino. Él aseguraba, a su retorno de Washington, que no había ningún impedimento y que solo faltaba cumplir algunos trámites burocráticos para ser contratado.

Mientras aguardaba acepté una consultoría de corto plazo, ofrecimiento de Manoel Ferreira y Henrique Maia Penido, coordinadores del proyecto PAPPE (plani-ficação, Avaliacão, Pesquisa e Programas Especiais) de extensión de cobertura financiado por la USAID/Brasil, para programar el proyecto de Caruarú en el estado de Pernambuco.

Para relajarnos después de tres meses de trabajo intenso, invité a Susana —que había estado enclaustrada en el departamento de Brasilia—, a conocer Recife. Rápidamente terminé la programación del proyecto y aprovechamos el viaje para pasar una semana disfrutando como hacanes, en un hotel de lujo en la playa de Boa Viagem, por supuesto gastando todo lo que había recibido como honorarios y viáticos.

Los días pasaron sin novedades de Washington. Carlyle y Bresani, representante de la OPS en Brasilia (médico peruano que había conocido al Che Guevara siendo director de un leprosario en el Amazonas), estaban tan convencidos que era solo cuestión de tiempo, que solicitaron por vía diplomática la renovación de las visas oficiales de permanencia de toda la familia, considerándome ya como consultor permanente. Me convencieron, con alguna reticencia de mi parte, a participar en una reunión de coordinación.

En la mitad de la reunión, Bresani entra desencajado: acababa de recibir un telegrama del director de la OPS, el triste Héctor Acuña, que repetía en español y en inglés, para que no quedara ninguna duda, que “no se debe contratar al doctor

Hamilton”. Una vez más, contrariando la práctica política de la OPS, Acuña había vuelto a consultar al gobierno de la dictadura militar.

Se nos atragantó el viaje a Recife: habíamos gastado lo que nos hubiera servido, por lo menos, para dos meses más de supervivencia en Brasilia. Estábamos nuevamente en la cuerda floja, sin salario y sin reservas.

La persecución continúa

La persecución política de la dictadura no se agotó con la negativa de mi contrato por parte de la OPS.

José Carlos Seixas, secretario ejecutivo del Ministerio de Salud, sanitarista paulista, con historia de participación en la Juventud Universitaria Católica (organización de izquierda), con quien mantuvimos una relación de respeto mutuo, aunque discrepando con frecuencia acerca de conceptos relacionados a los programas de extensión de cobertura, me mandó llamar para tratar de un asunto importante.

Ante mi sorpresa me informa que un representante de la delegación brasileña a la Conferencia Anual de la Organización Mundial de la Salud fue abordado por representantes de la delegación argentina para denunciar la presencia en Brasil de un “elemento” peligroso de la izquierda que estaba trabajando en Montes Claros. Al representante, director de Epidemiología, también paulista, Seixas le solicitó sigilo para no “quemarme”, pero pensaba que la situación podía repetirse y que era conveniente que tratase de obtener la residencia permanente para superar la precariedad de mi presencia en el país.

Yo no estaba muy convencido, pero ante su insistencia y compromiso de acelerar el trámite para obtener la permanencia para toda la familia y a pesar del riesgo que podía correr de ser denunciado al Servicio Nacional de Informaciones (SNI), acepté iniciar los trámites en la Policía Federal.

Fue muy fácil: en poco más de un año obtuvimos la residencia en Brasil. Mi proceso estaba rotulado como urgente, con despacho del secretario ejecutivo del Ministerio de Justicia, del cual el ministro era de la línea dura del gobierno militar. El considerando del despacho estaba fundamentado en el pedido anexo del secretario ejecutivo del Ministerio de Salud, que expresaba la necesidad de contar con la capacidad técnica del candidato y con su contribución al desarrollo de la salud pública brasileña.

A Seixas lo había conocido el año anterior en oportunidad de la consultoría de corto plazo en Brasil. Intimamos un poco más durante los meses que viví en Brasilia. En esta situación demostró un coraje y compromiso que muchos “amigos” serían incapaces de asumir por temor.

Un tiempo después, ya estabilizado, fue claro para mí que el rechazo de la OPS a mi contratación y la denuncia me habían favorecido, pues me abrieron el camino para obtener la permanencia definitiva en Brasil. Recordé un dicho popular: “no hay mal que por bien no venga”, que no me agrada mucho pero que en este caso justificó su acierto. ¿Cuál habría sido mi futuro si la OPS me hubiera contratado

como consultor permanente? Probablemente más tranquilo económicamente —en la “jaulita de oro”—, pero mucho menos libre y rico política, intelectual y afectivamente del que me proporcionó mi inserción en Brasil.

Extensión de cobertura

En mi largo y accidentado recorrido viví muchos momentos complicados, de incertidumbre, sin perspectivas de solución a corto plazo. En esas circunstancias siempre apareció una mano extendida para apoyarme y renovar esperanzas. Así fue con Jorge Mera, consiguiéndome el contrato en Ferrovianos cuando estaba sin trabajo en la Argentina; con João Yunes, viabilizando mi salida hacia Brasil cuando estaba acorralado en Buenos Aires; Seixas asegurando mi permanencia cuando mi situación en Brasil era crítica por las denuncias; y Carlyle consiguiendo ubicarme en el proyecto USAID /Brasil cuando las condiciones económicas eran precarias, después de fracasar el contrato con la OPS.

Carlyle, un gran amigo, solidario, asumió como algo personal la búsqueda de un trabajo más estable para mí. Viajó a Río de Janeiro y convenció, sin mucho esfuerzo, a Manoel Ferreira y Maia Penido, coordinadores del proyecto PAPPE, que incluía Montes Claros y Caruarú, para contratarme con recursos de la USAID/Brasil.

En ese momento el proyecto estaba desacreditado por la falta de resultados en casi dos años de operación y yo tenía la ventaja de haber desarrollado aceleradamente la programación de Montes Claros. Me recibieron con los brazos abiertos pues estaba claro para ellos y también para mí que la continuidad del financiamiento dependía de mi desempeño. Me contrataron por 18 meses con un salario alto para los patrones de la época.

Mi función era programar las actividades, asignar los recursos presupuestarios, asesorar en terreno y evaluar los programas de Caruarú y Montes Claros. Así pasaba dos semanas en Río y alternaba una semana en Minas Gerais y otra en Pernambuco.

La situación de Caruarú era diferente a la vivida en Montes Claros, donde predominaba la discusión política, la crítica y la creatividad. En este caso mi asesoría estaba restringida a los aspectos metodológicos y técnicos, lo que hacía más fácil mi tarea, pero, como contrapartida, era mucho menos estimulante.

En el PAPPE tenía casi absoluta autonomía gerencial para decidir sobre recursos y contratos. Un ejemplo de esta autonomía fue la elaboración del modelo de evaluación para los programas de Montes Claros y Caruarú. Para desarrollar la propuesta contraté al IMS, coordinado en esa época por Nina Pereira Nunes, figura extraordinaria, excelente compañera, de una solidaridad política incondicional, que facilitó la contratación de profesionales destacados en la investigación y en la docencia, entre otros: Sergio Arouca, Madel Teresinha Luz, Celia Leitão y Eduardo Azeredo Costa. Además, con los recursos transferidos contrató a Adolfo Chorny, Arnaldo Torrens y Leopoldo Halperin, con quienes yo había trabajado en la Encuesta de Salud y que me habían pedido apoyo para salir de Argentina, haciendo Nina malabarismos administrativos para superar la condición de extranjeros con visa de turistas.

El enfoque de la evaluación contemplaba cuatro temas: análisis de las instituciones de salud, investigación operacional, evaluación de la participación comunitaria y evaluación del nivel de salud.

Este proyecto, iniciado en el mes de agosto de 1976, poco después de asumir mi cargo en Río, fue original en el tratamiento de los temas. Como ejemplo podemos mencionar la identificación de bloqueos en los distintos niveles de las organizaciones de salud para la operación de los programas de Caruarú y Montes Claros, que anticipaba el concepto de poder administrativo, más tarde elaborado por Mario Testa.

Además, abrió un precedente al establecer una relación entre la Escuela Nacional de Salud Pública y el Instituto de Medicina Social, integrando investigadores y docentes de excelencia para analizar proyectos de servicios de salud, cosa que no era común en la época. Al mismo tiempo consolidó mi relación con el medio académico de Río, que ya mantenía informalmente con el apoyo de Sergio Arouca.

Manoel Ferreira y Henrique Maia Penido

Maneco Ferreira y Maia Penido habían sido dos sanitaristas importantes al inicio de las acciones de salud pública en la década de 1940. Ferreira había participado en los programas de erradicación de la malaria de la Fundación Rockefeller y Penido había sido director de la Fundación Servicios Especiales de Salud Pública (SESP), que administraba un número apreciable de centros de salud y hospitales federales de baja complejidad en varios estados del país.

Maneco, próximo a los 80 años, bajo, pelado, de mirada vivaz, alegre y comunicativo, era una figura particular. Uno de sus hobbies era un tren eléctrico que él mismo había construido y que mantenía en un amplio cuarto de su departamento que funcionaba también como taller mecánico.

En una oportunidad, viajando en avión hacia Brasilia, echa una mirada erotizada a una azafata joven y bonita. Yo le llamo la atención cariñosamente: “Maneco, ¿qué es eso...?”. Respuesta rápida: “Lo último a perder es la fantasía...”.

Maia Penido, de más de 70 años, con mal de Parkinson, parecía más circunspecto y reservado. Su expresión por la enfermedad escondía una persona inteligente y afectiva.

Eran dos personajes encantadores: liberales, cultos, finos y de buen humor, perspicaces para dominar situaciones que envolvían controles burocráticos; ya estaban de vuelta quemando sus últimos cartuchos.

Un caso que demuestra su sagacidad fue la visita de técnicos de la USAID, que venían de EEUU a evaluar el programa. Yo como siempre, tratando de programar los tiempos con eficiencia; ellos, tranquilos: “...llegan por la mañana, ya les reservamos un hotel cinco estrellas, los dejamos descansar y por la noche los invitamos a cenar a un lugar elegante como nunca deben haber frecuentado en su vida. Al día siguiente comenzamos a trabajar”. Después de esa recepción, el comportamiento de ellos fue diferente, cuidadoso, fueron delicados porque estaban tratando con señores.

Cuando la izquierda brasileña los cuestionaba políticamente ubicándolos en la derecha, sin conocerlos, yo los defendía sosteniendo que eran liberales versallescos, especie lamentablemente en extinción.

Arnaldo Torrens

Fue una figura singular en la salud pública argentina en las décadas de 1960 y 1970. Como muchos profesionales de esa época, Arnaldo contribuyó anónimamente, con entusiasmo, y hoy solo permanece en la memoria de unos pocos que convivieron con él. Lo conocí durante la Encuesta Nacional de Salud. Tenía aproximadamente cincuenta años, estaba formado en John Hopkins y era una personalidad compleja, brillante, creativa. Fumador y bebedor empedernido, para desesperación de Susana, dejaba caer las cenizas al piso. Buen cocinero, hacía un caldillo de congrio y una paella insuperables, cuyas recetas no socializaba y a las que agregaba condimentos misteriosos que traía en el bolsillo. Cuando terminaba de cocinar dejaba un desorden total y al día siguiente aparecían espinas de pescado atrás de la cocina.

Trabajó en planificación en el Consejo Federal de Inversiones y en la Encuesta como investigador. Su actuación de mayor repercusión fue al formular el modelo de atención de salud del PAMI, servicio social de jubilados, introduciendo el pago per cápita, similar al vigente en el sistema inglés. En ese programa los jubilados se inscribían en consultorios médicos privados previamente seleccionados por áreas, con derecho a atención médica y exámenes complementarios. Los médicos recibían un valor fijo por persona inscrita independientemente del número de consultas realizadas.

Arnaldo llegó a Río en septiembre de 1976, psicológicamente arrasado por la desaparición de su hija —secuestrada por la dictadura— y con la permanente esperanza de reencontrarla viva.

Conseguimos incorporarlo al Instituto de Medicina Social y más tarde al Departamento de Medicina Social de la Universidad de Bahía, con el apoyo de los compañeros Jairnilson Paim y Sebastião Loureiro. Allí permaneció un par de años acompañado por Pebeta Rosas, una mujer extraordinaria.

El último encuentro con ellos fue en Río cuando nos enteramos de que estaba decidido a volver a Buenos Aires esperando tener noticias de su hija. Pebeta no estaba de acuerdo con el retorno y se tomaría un tiempo para visitar a su hija exiliada en Suecia. Ella murió allí inesperadamente y Arnaldo falleció tiempo después en Buenos Aires.

La diáspora

Asegurado el contrato por 18 meses en el PAPPE con recursos de la USAID habíamos viajado hacia Río de Janeiro, donde llegamos en julio de 1976. Hicimos el trayecto Brasilia-Río con toda la familia y los pocos bártulos que teníamos en una vieja

camioneta Ford que nos acompañaría algunos años y, provisoriamente, nos refugiarnos en un departamento de temporada en la calle Raul Pompeia, en Copacabana. Poco después conseguimos alquilar un departamento de cuatro dormitorios en el Parque Guinle, un lugar simpático, con una buena vista hacia el Pan de Azúcar.

Antes de mudarnos, estábamos buscando escuelas para los chicos y pensando en comprar los muebles con el primer salario, cuando aparecieron Eduardo Cuestas y su esposa Rida, dos grandes compañeros que habían tenido que salir de Córdoba con pocos recursos y precisaban conseguir trabajo. Para ayudarlos compramos dos camas y colchones y los instalamos en el departamento vacío que acabábamos de alquilar. Establecimos contacto con João Yunes, que también era conocido de ellos, y poco después consiguió ubicarlos en la Universidad de Paraíba, en la ciudad de João Pessoa.

Tiempo después llegaron Leopoldo Halperin y Arnaldo Torrens, que se alojaron provisoriamente en casa hasta conseguir que Nina Pereira Nunes los contratase en el IMS para trabajar en el proyecto de evaluación de Montes Claros, con los recursos que yo había transferido del PAPPE.

Ya mencioné previamente la llegada de Mario Testa y Adolfo Chorny, cuyos contratos estaban asegurados en el IMS de la Universidad del Estado de Río de Janeiro para iniciar el desarrollo de cursos de planificación en salud. Fueron los primeros de una larga lista de compañeros exiliados que recibimos y apoyamos en Río hasta que se establecieron mecanismos formales de protección a los refugiados políticos. Los argentinos que llegaban forzados por la represión de la dictadura no tenían protección legal para entrar en Brasil como refugiados. La oficina regional de Naciones Unidas con sede en Buenos Aires no tenía condiciones para dar garantías a los exiliados y el apoyo informal de Caritas Brasil fue importante hasta que se instaló en Río, en 1977, la representación del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR).

Hay que tener presente que, a pesar de la insinuada apertura democrática anunciada por la dictadura militar brasileña, el sistema represivo continuaba activo y, como fue conocido posteriormente, la operación Cóndor funcionaba a todo vapor, coordinando la represión de las dictaduras de Argentina, Brasil, Chile y Uruguay.

Brasil, por su proximidad geográfica y la posibilidad de viajar en ómnibus y entrar por diferentes lugares de la frontera con menor control policial, era el lugar preferido para salir de Argentina, no solo para los que pretendían permanecer hasta que cambiase la situación en el país, sino también como escala para quienes pensaban ir hacia otros países latinoamericanos o Europa. La mayoría de ellos llegaban solos, sin la familia, con alguna valija como equipaje y poco dinero, insuficiente para instalarse con un mínimo de confort.

No sé por qué mecanismos la información de nuestra presencia en Río circuló rápidamente por Buenos Aires aumentando progresivamente la afluencia de exiliados con quienes no habíamos tenido relación previa.

Frecuentemente llamaba por el portero electrónico un desconocido, yo bajaba para averiguar quién era y me encontraba con una o dos personas recién llegadas,

con las valijas a cuestas, contando que en Buenos Aires les habían dado nuestro domicilio como referencia.

No era excepción que los amigos permanecieran alojados un tiempo en casa o que a la mesa hubiera más de media docena de comensales, para los cuales Susana improvisaba alguna comida, que en la mayoría de los casos eran tallarines con salsa de tomate. Quien mejor expresó el movimiento de la casa fue Alejandro, que en esa época tenía diez años: “Mamá, si abrimos un hotel nos llenamos de plata”. No sabía a ciencia cierta de qué se trataba...

Fueron incontables los que pasaron: médicos, periodistas, profesionales, militantes políticos, obreros y estudiantes. Imposible recordar a todos, de algunos menciono el nombre y de otros algún apodo. Eran tiempos en que no se hacían preguntas, era mejor no saber para proteger y protegerse.

Entre los compañeros históricos destaco a Mario Testa, Leopoldo y Celia Halperin, Alicia Gilone y Tuti Gadano, Adolfo Chorny, Eduardo y Martha Zibecchi, Arnaldo Torrens, Eduardo Cuestas y Rida. Entre los que conocimos en Brasil recuerdo a Sara Gola, Rodolfo y Cristina Briozzo, Mónica Gil y Sacha Altaraz con quienes continuamos manteniendo lazos de afecto a pesar de las distancias geográficas.

Trabajo, visas y pasaportes

Nuestro departamento funcionaba como agencia de empleo para profesionales de salud y como consulado informal para obtener la renovación de las visas de turistas, solamente válidas para permanecer en Brasil por noventa días.

Con el soporte de Nina Pereira Nunes, Carlyle Guerra Macedo y como siempre de mi hermano Sergio Arouca, todos ellos de una solidaridad política sin límites, se montó una red de apoyo en los estados de Río de Janeiro, San Pablo, Bahía y Minas Gerais, que permitió ubicar médicos en Campinas, Riberão Preto, Belo Horizonte y Salvador.

Para los especialistas en salud pública logramos contratos en universidades nacionales y estatales y secretarías de Salud de los estados de Río de Janeiro, Bahía, Paraíba, Piauí, Brasilia y obviamente en Montes Claros.

En muchas ocasiones eran trabajos temporarios, por períodos muy cortos, que no resolvían el problema, pero disminuían la desesperanza, y el poco dinero que ellos recibían era una señal de que sería posible conseguir trabajo.

Además, sobre todo con la solidaridad y sensibilidad de Nina, conseguimos, en más de una oportunidad, tratamiento e internación psiquiátrica gratuita en sanatorios privados, para los casos descompensados, confusos, sin condiciones de distinguir los riesgos que corrían.

Todos los que llegaban con visa de turista, para permanecer debían renovarla cada tres meses, cosa que era imposible conseguir en Río de Janeiro por causa del control político de la Policía Federal.

Para superar este problema recomendábamos viajar en ómnibus hacia el Nordeste con una mochila al hombro, presentarse como turistas en viaje y pedir la

renovación fuera del eje Río-San Pablo. Todos los que lo hicieron obtuvieron noventa días más de permanencia.

Una operación más complicada era la renovación de los pasaportes argentinos vencidos de aquellos que pretendían salir del país. Para resolver el problema de Alicia y sus hijos contacté a un conocido, Leopoldo Castro, médico sanitarista marplatense, consultor de la OPS en Pernambuco y amigo del cónsul argentino en Recife, a quien le pedí que auscultara la posibilidad de conseguir la renovación en aquel estado. Para tramitarla los solicitantes debían tener residencia en el Nordeste; en la solicitud colocamos la dirección de Arnaldo Torrens que en ese momento vivía Salvador. Unas semanas después, Arnaldo nos envió los pasaportes por correo. Alicia y los chicos viajaron hacia México sin problemas.

Otro caso paradigmático fue el de Sara y su hija Valeria. Sara, que estaba separada de su marido, había viajado con su hija sin autorización del padre. Su situación era complicada, no solamente desde el punto de vista de la subsistencia, sino también porque el marido había denunciado el secuestro de su hija. Conversando con Susana una noche en el "Barril 1800", en Ipanema, surge la posibilidad de solicitar la nacionalidad italiana, por tener ella ascendencia por parte del padre. Sara estaba en duda, pero Susana la convenció y fueron juntas al consulado de Italia. Para suerte de Sara el cónsul Padovani era conocido de Susana porque su abuelo era de la misma ciudad del Véneto y sus familias habían sido próximas. El trámite fue rápido: ella obtuvo el pasaporte italiano en el que por recomendación del cónsul incluyó a su hija, lo cual posteriormente la favoreció para conseguir la tenencia de Valeria en un fallo de la Corte Internacional donde el padre había apelado. Poco después Sara viajaba repatriada en barco hacia Roma con pasaje pago por la embajada italiana. Muchas veces nos reencontramos y hoy somos grandes amigos.

Apoyo y tragicomedia

Con Leopoldo y Tuti creamos un grupo de apoyo económico inicial, de intercambio de información y de compartimentación de los muchos casos que nos llegaban referidos. La idea para la ayuda económica inmediata era que los que trabajaban y tenían ingresos suficientes aportasen 10% del salario. Los que participamos efectivamente fuimos pocos, hubo muchas agachadas con el pobre argumento de que habían organizado un té solidario para recaudar fondos o que ya habían ayudado a alguien.

Susana colaboraba pues ya había obtenido el cargo de profesora adjunta en un programa de salud de la Fundación Getulio Vargas.

Cuando llegaban casos nuevos quien los recibía los compartimentaba. Por las noches nos reuníamos para intercambiar información y decidir el apoyo; la cautela era necesaria porque los exiliados ya eran muchos, y si bien no teníamos certeza, existía la convicción de que había infiltrados de los servicios de información de Argentina.

Sustentamos en forma provisoria a varios compañeros necesitados y ayudamos pagando pasajes para viajar al exterior, con el compromiso de reembolsar el dinero cuando la situación mejorara.

El caso de Esteban, un recién graduado en Medicina, es ejemplar. Lo recibo en casa una tarde; su proyecto era confuso: viajar al Amazonas y embarcarse hacia Alemania, donde pensaba residir. Su historia no estaba clara, por lo tanto, había que tener prudencia. Al día siguiente regresa procurando su pasaporte, que pensaba había olvidado en mi casa, donde obviamente no estaba. Señal de alerta; en reunión con Leopoldo y Tuti, este lo identifica como dirigente de la Juventud Universitaria Peronista, organización estudiantil de derecha que tenía como voz de orden: “Ni yanquis ni marxistas, peronistas”. Obviamente lo bloqueamos. Lo tuvimos en la “congeladora” durante un tiempo largo hasta que llegó nuevamente a casa informando que, en la pensión donde iba a compartir un cuarto con otro exiliado, el amante de la dueña, un policía militar, le dice que lo conoce porque vio su pasaporte entre los papeles de su futuro compañero de cuarto. Este era un personaje complicado que había creado innúmeros problemas, que le valieron el apodo de “Catrasca” (cagada tras cagada).

Esteban no sabía qué hacer, ahora entendía por qué Catrasca le preguntaba sobre su familia y se había dejado crecer el bigote para parecerse a él: estaba claro que pensaba salir del país con su pasaporte. Le pedí que le dijera que yo lo esperaba en mi casa a la mañana del día siguiente y Catrasca llegó llorando, diciendo que estaba loco, que no sabía lo que hacía, que lo perdonara. Mi respuesta fue definitiva: “En todas las cagadas que hiciste nunca te equivocaste, siempre jodiste a los demás; se acabó, pibe”. Obviamente cuando Leopoldo, que era su referencia, se enteró, tuvo un ataque, gritó como un loco y lo echó de su casa.

Cuando estábamos amueblando nuestro departamento en el Parque Guinle nos asustaron los precios de las mesas y escritorios de trabajo para nosotros y los chicos. Susana tuvo la idea de que los fabricáramos en casa. Ella con su inventiva diseñó un modelo fácil para armarlas: bastaba comprar las maderas cortadas a medida, tornillos, clavos y cola de carpintero. Así nació una improvisada carpintería que ayudó a amueblar las casas de varios compañeros exiliados con mesas, bancos y estantes para libros y ropas.

Leopoldo alquiló un departamento antiguo en Flamengo, amplio, simpático, que amuebló precariamente, porque en su cabeza el retorno era próximo y no justificaba el gasto y el esfuerzo. Así que él fue un cliente importante de la carpintería solidaria. Un domingo mandamos a su familia a la playa con el compromiso de retornar después de las cinco de la tarde, y comenzamos a trabajar temprano: la cabecera y los pies de la cuna de Manolo se transformaron en dos mesas bajas para la sala; el ropero deteriorado fue decorado por mis hijos con figuras recortadas de revistas; fabricamos una banqueta y estantes para la cocina y los cuartos; una manta se transformó en un tapiz que cubría una pared de la sala. Cuando llegaron no lo podían creer, el departamento ya no era un “aguantadero”, se había transformado en una casa para la familia.



Mario y Susana con Mercedes Sosa, en su casa de Madrid, 1981.

Otra obra importante fue en la casa de Rodolfo y Cristina. Allí, además de las tradicionales banquetas y estantes, nos dedicamos a fabricar una mesa de comedor para ocho personas. La conservaron durante todos los años que estuvieron en Brasil; era el mueble con mejor acabado que nos habíamos animado a hacer.

También tuvimos un aprendiz: Dante, obrero exiliado y sin trabajo. Nos pidió que le enseñáramos a fabricar algunas piezas para rebuscarse unos pesos. Aprendió rápido: los modelos para armar eran simples e hizo algunos trabajos particulares, sin mucho entusiasmo. Tiempo después, por la ACNUR, salió para Suiza.

La carpintería funcionaba en el área de servicio de nuestro departamento. Disponíamos de las herramientas básicas y de una mesa de trabajo, también diseñada y construida por nosotros, que hoy conservo en la terraza de mi casa como único recuerdo de aquella carpintería solidaria.

Mercedes Sosa

Conocimos a Mercedes Sosa en 1976, cuando cantaba en el “Vivará”, una casa de shows para clase media alta en Leblon. Fuimos con Arouca, Ana María Tambellini y otros compañeros de la izquierda sanitaria, todos entusiasmados por oír cantar a un ícono de la izquierda latinoamericana. Terminado el show, Arouca se lamenta porque ese no era público para Mercedes. Allí los estudiantes, que la tenían en un pedestal, no tenían ninguna posibilidad de escucharla. Fuimos a su camarín, la felicitamos emocionados y con mi característica iconoclasta la cuestiono sobre el lugar, diciéndole que era una pena no abrir un espacio para la juventud. Ella concuerda con hacer algo para su público y nos cita para conversar en el hotel.

Llegamos con Arouca y unos dirigentes estudiantiles, con la propuesta —que ella aceptó— de hacer un show para los estudiantes en el anfiteatro de la Universidad de Río de Janeiro. Los estudiantes agitan y se crea una gran expectativa que se frustra porque el show es censurado. Como consecuencia hubo protestas estudiantiles, movilización en las calles aledañas y represión. Terminamos comiendo empanadas en casa con la Negra recriminándonos cariñosamente por la confusión en la que la habíamos metido.

La segunda vez que nos vimos fue cuando cantó en el teatro João Caetano. Estaba repleto de argentinos exiliados y brasileños que también habían padecido la represión en su país; todos cantaban y muchos lloraban. El ápice fue cuando cantó *Balderrama*; todavía hoy cuando lo cuento me dan escalofríos: era la voz de la América reprimida, de la resistencia. El público se aproximaba, la tocaba y le daba objetos personales. En aquel momento Mercedes fue una curandera del alma.

Un tiempo después volvió a Río. La situación ya era diferente, paraba en una suite del Caesar Park y además de sus músicos la acompañaban ejecutivos de la grabadora que lanzaría un disco suyo en Brasil.

También estaba llegando Doña Ema, su mamá, que era una cocinera de primera, insuperable en el loco y las empanadas y a la que pidió que trajera las provisiones necesarias para hacer en mi casa empanadas para todos sus invitados. Susana la fue a buscar al hotel: había traído grasa de pella, varios kilos de carne de cuadril y todos los condimentos necesarios. Solo le faltó traer la cebolla. Tucumana, ancha, bajita, de anteojos y de charla mansa, se instaló en nuestra cocina y comenzó con calma, sin prisa, a preparar la masa para más de 150 empanadas. Susana ayudaba haciendo el relleno con la carne cortada a cuchillo y después a repulgar. Hacía mucho tiempo que no comíamos empanadas caseras de esa calidad, era para chuparse los dedos.

Con la Negra nos encontramos en varias oportunidades; las más divertidas fueron en Buzios y Madrid. Después de un espectáculo en Buenos Aires, durante la locura de guerra de Malvinas, pasó unos días descansando en Buzios, acompañada por los músicos que habían trabajado con ella. Obviamente, estaban invitados a comer un asado en nuestra casa y Mercedes apareció temprano, preocupada por el atraso de la llegada del resto del grupo. A cada rato preguntaba: “¿Habrá llegado Leo?”, “¿sabe cómo venir a tu casa?”. Susana, para calmar su ansiedad, decidió ir a buscarlos a la posada donde tenían reserva.

Estaban llegando. Susana los esperó y los trajo para el asado. En el camino, Leo comienza una conversación convencional. Pregunta:

—¿Qué hacés, sos música?

—No, médica, responde Susana, ¿y vos?,

—Canto y compongo.

—Qué bien.

Y así continúa el diálogo hasta que Leo, intrigado, le dice: —*Vos hace mucho que saliste del país, ¿no? Porque yo en la Argentina soy muy conocido.* Era León Gieco.

Después del asado, nocheda de solos y duetos de Mercedes y León con guitarra y armónica. La fiesta duró hasta la madrugada y para nuestra sorpresa aparecieron decenas de argentinos y brasileños que se habían enterado de la presencia de Mercedes. Susana, por primera y única vez, perdió el control total de lo que estaba pasando en casa.

En Madrid, en 1981, Mercedes nos invitó a alojarnos en su departamento. A la mañana siguiente, tomando el desayuno, nos cuenta que iba a visitar al hospital a un músico brasileño que había sido operado, Manassés, guitarrista de Raimundo Fagner, cantante y compositor que había grabado recientemente con Mercedes.

Concordamos en acompañarla; la Negra, como buena tucumana, prepara un termo con un “tecito que le iba a venir bien” y partimos. Llegamos a un sanatorio lujoso: el cuarto era un salón; el paciente estaba recuperado pero un poco deprimido. Poco después, cuando aparece Fagner, Mercedes, para animar al recién operado, le acerca la guitarra y le pide que toque algo. Fagner y Mercedes se ponen a cantar y nosotros, sentados en un sillón, aplaudíamos; las enfermeras y los médicos se asomaban sin animarse a entrar, no entendían lo que pasaba. Era cosa de sudacas subdesarrollados.

Yo había sido consultor en Nicaragua y sabía que Mercedes no había estado allá después de la Revolución Sandinista. Conversando me dice que no había ido porque nunca la habían invitado y que aceptaba que le hiciera algún contacto. Finalmente cantó en el teatro Rubén Darío, lleno de punta a punta, con todos los dirigentes revolucionarios asistiendo. Arouca, sentado en primera fila casi muere de un síncope cuando Mercedes, al terminar de cantar una canción brasileña le pregunta: “¿Te gustó, Sergio?”.

También fue una locura cuando la induje a cantar un tango, *Los mareados*, pero no le salían las erres...

Alberto Cedrón

Artista plástico incomparable, ceramista, pintor, escultor, inventor de cosas inútiles, creativo increíble, neurótico contumaz, se dedicaba al arte como un obrero. Una vez unos amigos suyos le aconsejaron pintar menos cuadros porque un precio más alto compensaría el menor esfuerzo. Para él era imposible, producía una enormidad de

cosas: no podía parar, prefería vender mucho a bajo precio o no vender que trabajar poco y ganar mucho.

Era un porteño de décadas pasadas, de estilo reo; usaba mucho el lunfardo y expresiones cómicas como “es más aburrido que ascensor sin espejo”, “esa mina es más corrida que lauchita de comedor” o, cuando un amigo lo fue a visitar en el hospital, internado por intento de suicido: “me comí todo el paquete de [pastillas] Renomé”.

Llegó a Río y rápidamente se hizo amigo de un fotógrafo argentino, Marcelo Lartigue, que era tan loco como él. Juntos hacían una dupla insólita que se envolvía en locuras que alimentaban sus fantasías. Alquilaron un departamento en el barrio de Santa Teresa donde a Alberto no se le ocurrió nada mejor que pintar un mural en la sala. Era una obra de terror erótico: oscuro, con un cielo negro y borrascoso, brujas y penes enormes. Cuando dejaron el departamento y se refugiaron por un buen tiempo en nuestra casa de Buzios, Leopoldo, que era el garante del alquiler, tuvo que sudar la gota gorda para entregar el departamento en condiciones de habitabilidad. Solamente un demente podía convivir todos los días con aquel mural depresivo.

Una de sus locuras, en que nos envolvió a Susana y a mí, fue su cirugía de eventración abdominal. Marcelo descubrió que Ivo Pitanguy, el cirujano plástico más famoso de Brasil y uno de los mejores del mundo, era capo del Museo de Arte Moderno y se le ocurrió ir a verlo con Alberto para pedirle que lo operara en su clínica superbacana, donde atiende a la clase alta con honorarios compatibles con el nivel de dicha clase. Le ofrecieron, no como pago sino como agradecimiento por su cortesía, dos cuadros de Alberto. Y el cirujano, un señor, acepta.

Con Susana lo fuimos a buscar para llevarlo al sanatorio, recomendándole que fuera de traje y corbata para estar presentable. Estaba parado en la puerta de la casa; parecía una copia de Carlos Gardel: traje oscuro, lustroso por el uso, peinado a la gomina, con un pañuelo blanco en el cuello y para rematar el personaje una valija antigua atada al medio con un cuero, que él decía que era del “miembro viril” de un toro. En la recepción no nos hicieron esperar ni un minuto, cuando lo vieron nos mandaron rápidamente para el cuarto.

Susana acompañó su cirugía y esperó que se recuperara de la anestesia. Cuando todavía estaba medio “grogui” aparecieron dos mujeres, sus enamoradas simultáneas, que comenzaron a discutir. Alberto se quejaba por los dolores llamando a Susana de “hermana”. La enfermera, preocupada por el escándalo, le pide a la “hermana” del paciente que resuelva la situación. Pasó más de un mes internado en un departamento de la clínica y hablaba por teléfono a Buenos Aires y Venezuela, donde vivía su segunda o tercera mujer. El diálogo con ella fue de antología: Alberto estaba corto, no tenía ni un peso y en Caracas habían publicado, en una edición restringida, un libro de él con textos de Julio Cortázar, *La raíz del ombú*. Alberto preguntaba sobre el dinero, que esperaba recibir. La mujer, suponemos, le pregunta sobre su salud y en un momento él le dice: “Querida, estoy ciego”. Ella preocupada le pregunta: “¿Fue por la anestesia?”. La respuesta hilarante fue: “¿De qué anestesia, boluda?, ide guita!”. Ese libro fue rescatado y reeditado recientemente en Buenos Aires, con gran repercusión por el carácter inédito de la obra.

El primer verano que pasó en Buzios lo entusiasmó. En un pequeño local de la Calle de las Piedras exponía y vendía sus cuadros. Además de vender bien estaba fascinado con las playas y el glamour del pueblo. Cuando llegó el invierno, la fantasía se acabó y cayó, lo que no era infrecuente en él, en un cuadro depresivo. Venía a menudo a casa, donde lo alojábamos. Mis charlas con él eran como una sesión de análisis: hablaba hasta por los codos saltando de un tema a otro, mezclando historias pasadas con su situación actual. Y yo, aunque parezca increíble, escuchaba y trataba de minimizar su depresión, que en el fondo estaba centrada en su frustración.

Para resolver sus angustias se me ocurrió hacer una vernissage en mi casa. El programa era original, pero tenía que ser rápido porque quería hacerlo en diciembre, cuando mis compañeros de la Fundación Oswaldo Cruz estaban con dinero excedente porque recibían el aguinaldo. Para asegurar un retorno mínimo por el esfuerzo vendí cincuenta catálogos de Alberto a diez dólares cada uno, lo que daba derecho a participar de la rifa de un cuadro y a empanadas y vino. Le pedí a Alberto que pintara cuadros de tamaño medio para ponerlos en venta dos semanas después y un día antes de la muestra llegó con más de una docena de pinturas.

La primera discusión fue atribuirles un precio. Alberto, que estaba en la peor, apoyado por Susana tiraba el valor para abajo, y yo que era el promotor y conocía la clientela lo subía más de un 50%. Finalmente aceptaron mi propuesta y nos pusimos a organizar la exposición.

El show estaba bien montado: nuestra sala se había transformado en una galería, con paredes con cuadros e iluminación dirigida; cuando llegaban los invitados recibían una copia de “Los amigos de Lucas”, Es allí donde Cortázar cuenta el encuentro con los hermanos Cedrón —el Tata, músico; Jorge cineasta; y Alberto, pintor— en París, elogiando las empanadas amasadas por el Tata.

Decidimos hacer una noche porteña: Cortázar, Cedrón, tango, empanadas y vino. Las empanadas eran caseras, Alberto y yo hicimos la masa, Susana los rellenos y el repulgue. El éxito fue sorprendente: vendimos todos los cuadros y se recaudaron más de 5.000 dólares.

Estaba más que claro que su etapa en Buzios había terminado: teníamos que aprovechar el dinero obtenido con la venta de los cuadros para que saliera de Brasil. Para evitar que se arrepintiese en la mitad de camino, cosa que no sería rara en Alberto, y con el apoyo de una amiga española, transferimos toda la guita, como decía él, a un banco en Barcelona. Allí tenía un amigo que le ofrecía la posibilidad de trabajar en su empresa de diseño gráfico.

Su reconocimiento en Europa como pintor y ceramista fue en Portugal, donde adquirió notoriedad con un trabajo monumental en la isla de Madeira, contando, en centenas de paneles de cerámica, la historia de los portugueses en Japón.

Lo hemos visitado en Sintra donde vivía con su compañera Neia, en una bella casa-taller repleta de obras de arte.

En nuestra casa tenemos una hermosa colección de obras de Alberto: varias pinturas y dibujos, una cerámica y un bronce. Cuando les muestro las obras a mis amigos me detengo en dos trabajos. Uno que con Susana bautizamos “Don Quijote Pescador”: una figura estilizada, en barro, parada sobre una madera antigua que había

encontrado cuando caminaba por la playa y que nos trajo de regalo una Navidad que pasó con nosotros en Buzios. La otra es un recuerdo entrañable: un pedazo de piedra donde preparaba los colores con una lata de aceite pegada, llena de los pinceles gastados que usaba. Él estimuló a Susana para retomar la pintura, que hacía años que ella había abandonado.

Alberto volvió a Buenos Aires hace unos pocos años para reencontrarse con sus amigos y matar la nostalgia de porteño empedernido. Murió inesperadamente en Buenos Aires en marzo de 2007. Neia escribió: “Alberto nunca invirtió tiempo ni fuerzas en la parte comercial de su trabajo. Siempre priorizó las relaciones desde un contexto humano y eso lo llevó bien lejos. Creo que todos tenemos buenos recuerdos de sus grandes coloquios llenos de vida e investigación de la condición humana”.

¡Saravá, compañero!

Atención primaria versus atención médica

Desde 1976 el Ministerio de Salud brasileño estaba empeñado en implantar el Programa de Interiorización de las Acciones de Salud y Saneamiento (PIASS), que contemplaba como actividades exclusivas la inmunización, el control epidemiológico y el desarrollo de sistemas locales de saneamiento y abastecimiento de agua a través de la contratación de agentes sanitarios, ya que la atención médica, por ley, era competencia del Ministerio de Previdencia y Asistencia Social. En diversas oportunidades había discutido con José Carlos Seixas sobre la insuficiencia de las acciones del PIASS para mejorar la situación epidemiológica sin contar con la organización de un sistema de salud que actuase como referencia de los casos detectados.

El modelo vertical propuesto podría ser útil para el control de algunas endemias y epidemias, como había sido históricamente el caso del paludismo, pero absolutamente insuficiente sin el apoyo de los centros de salud para dar continuidad a la atención y organizar la actividad de los agentes sanitarios. Mi argumento era que el modelo de atención de Montes Claros era más completo porque incluía, además de las acciones del PIASS, la atención integral de la salud en áreas carentes de servicios, al mismo tiempo que horizontalizaba la programación, la supervisión y el control.

Esta discusión se reeditó mas tarde con los sectores progresistas del área de salud que solo aceptaban como “salud colectiva” a la atención primaria formulada por la Organización Mundial de la Salud en la reunión de Alma Ata en 1978, en cuyo paradigma identificaban un espacio que privilegiaba la discusión sobre la determinación social de la enfermedad.

Recuerdo una discusión en el Centro Brasileiro de Estudios de Salud (CEBES), con la Federación de Asociaciones de Barrios de Río de Janeiro y sanitarios de izquierda. Las posiciones eran encontradas: los representantes de varios barrios de la bajada fluminense, zona del área metropolitana de Río de Janeiro con múltiples carencias de servicios de salud y saneamiento, reivindicaban la construcción de un hospital, entretanto los profesionales de salud se oponían, argumentando que la prioridad era la atención primaria y no construir un hospital.

Los participantes de la Federación, de baja escolaridad, utilizaron como argumento la determinación social de la enfermedad, más o menos así: “Ustedes nos dicen que las condiciones en que vivimos nos enferman más y después nos niegan la posibilidad de que nos atiendan cuando estamos enfermos”. Del lado de la “inteligencia”, yo era el único que defendía la posición de la Federación. Casi al final de la reunión, después de horas de acaloradas discusiones, formulé dos preguntas que acabaron con los argumentos de los que todavía se resistían: “¿Analizaron la capacidad instalada de la zona para tener certeza de que el hospital no es necesario? ¿Al calificar la atención como primaria no están aceptando implícitamente que existe algo secundario y quizás también terciario?” Perdieron feo; el único que esbozó una sonrisa de complicidad fue Sergio Arouca, a quien le había dicho, cuando me invitó a la reunión, que la posición supuestamente progresista era atrasada y que iba dispuesto a argumentar en contra.

Esta cuestión continuó siendo debatida con mayor amplitud en un seminario realizado en 1979, en un hotel de una estación de aguas termales en el sur de Minas Gerais, en la cual participaba un grupo importante de profesionales de izquierda del área de la salud. El punto central de mi argumentación en la discusión era que el concepto de salud colectiva, importante teórica e ideológicamente para discutir la determinación social de la enfermedad, extendido a las acciones de salud en forma restringida, limitaba el campo a la atención primaria y dejaba fuera de la discusión a la atención médica. No fue fácil convencerlos: la planificación en salud no se había desarrollado, los cursos recién comenzaban, así que tuve que fundamentar mi posición hablando sobre organización de sistemas de atención, demanda y necesidad de la población.

Casi me había olvidado de ese debate cuando, años después, a inicios de la década de 1990, asesorando a Gastão Wagner en la Secretaría de Salud de Campinas, él me preguntó si no me acordaba que después de cenar había conversado conmigo en aquel seminario en que discutí la extensión del concepto de salud colectiva a la atención médica. En aquella época Gastão, un joven médico militante de izquierda, que estaba cursando la maestría en la Escuela de Salud Pública de San Pablo, se entusiasmó con la idea de integrar la atención médica a la salud colectiva. Estaba perplejo con el divorcio entre el contenido de los cursos de la Escuela de Salud y su práctica médica en el Hospital de Clínicas; para él era incomprensible que los problemas de salud y de atención que vivía por la mañana en el hospital no existieran por la tarde en el curso de Salud Pública. Era una situación esquizofrénica que, confesó, casi lo llevó a abandonar la salud pública.

Posteriormente, la reforma constitucional de 1988 pasó las competencias del Ministerio de Previdencia y Asistencia Social al Ministerio de Salud, con la creación del Sistema Único de Salud (SUS), acabando con la dicotomía atención primaria-atención médica.

El Programa de Interiorización de las Acciones de Salud y Saneamiento (PIASS)

Como miembro del PAPPE, tuve la oportunidad de acompañar el desarrollo de este programa que, en 1978 e implantado poco menos de dos años antes con recursos financieros abundantes, prácticamente no había avanzado. Sus resultados eran muy pobres si se comparaba con Montes Claros, que se imponía como modelo más atractivo y dinámico de extensión de cobertura.

La conducción política del PIASS era ejercida por un Grupo Ejecutivo Interministerial (GEIM), del que participaban representantes de varios ministerios y que, ante la situación crítica del programa y contrariando la posición de rechazo al modelo de Montes Claros, solicitó al ministro Almeida Machado, sustituir al coordinador e invitar a Chicão para conducir el proyecto.

Chicão tenía conocimiento del rechazo y estableció que para aceptar debería entrar con un equipo nuevo de absoluta confianza, con capacidad de ejecución rápida para acumular poder y aumentar sus grados de libertad. Con su coordinación comenzaba de nuevo una etapa creativa, de locura colectiva: el equipo estaba integrado por Agenor Álvarez y Alberto Pellegrini —que habían participado en Montes Claros—, Sergio Piola (economista) y Eric Jenner, como asesores permanentes contratados por el Ministerio y yo como asesor freelance, pero no tanto.

La estrategia era clara: conseguir la adhesión de los estados al programa para implantar lo más rápido posible el modelo de Montes Claros para más de treinta millones de habitantes en la Región Nordeste, incluyendo los estados de Ceará, Maranhão, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Piauí y Bahía. Para ello contábamos con recursos económicos en cantidad apreciable que abrían perspectivas de resultados a corto plazo. También la situación política era favorable porque la apertura democrática regulada de la dictadura militar precisaba legitimarse en el campo social.

La programación debía ser hecha a toque de caja: era necesario aprovechar políticamente la coyuntura y diferenciarse de la lentitud de ejecución que había determinado la sustitución de la coordinación anterior.

Para asesorar en la programación, implantación y supervisar la operación en todos los estados del Nordeste creamos dos equipos: uno técnico normativo, con funcionarios tradicionales del Ministerio, para ocuparse de los estados que no ofrecían condiciones político-técnicas para avanzar con la profundidad y velocidad requerida, y otro con profesionales con experiencia en el proyecto de Montes Claros para apoyar a los grupos técnicos progresistas en los estados más dinámicos. Pellegrini y yo nos ocupamos de Minas Gerais, Bahía y Alagoas, donde la izquierda de la salud tenía hegemonía en la conducción del programa.

Mi tarea me retrotraía a los inicios de mi actividad en Brasil. Era necesario programar a alta velocidad para lo cual el modelo simplificado de Montes Claros era la salida. Inicialmente, para testear la viabilidad del modelo y entrenar a Sergio Piola en el método, viajé a Río Grande do Norte, un estado pequeño donde en dos días terminamos la programación completa. No me olvido del comentario de Piola

sobre el método: es un conjunto de recursos ingeniosos (“*macetes*”) para simplificar al máximo la tarea.

Un caso que ilustra la agitación fue la programación en Bahía, un estado enorme en población y territorio, con más de una docena de regiones sanitarias. Llegamos un lunes y detectamos que había dudas en sectores de la izquierda en cuanto a la operación del programa, por lo tanto, dedicamos todo el martes a la discusión política y a hacer los acuerdos necesarios para comenzar a trabajar. Por la noche Chicão me dice que políticamente era necesario volver el viernes a Brasilia con la programación completa de Bahía. Le dije que era imposible cerrar el programa en dos días y medio con técnicos que carecían de información previa. Esbozó una sonrisa y me dijo: “Hay que intentarlo”; así que puse manos a la obra.

Convocamos a más de cincuenta profesionales y técnicos de las distintas regiones sanitarias. En la mañana del miércoles les expliqué en portugués atravesado cómo completar las planillas que había diseñado. Por la tarde constituí más de una docena de grupos de trabajo para programar cada uno una región; por cada grupo pasaba frecuentemente para asesorar y aclarar las dudas. Increíblemente, el viernes por la tarde consolidamos el programa completo del estado, que contemplaba crear centenas de puestos y centros de salud, entrenar y contratar miles de auxiliares, además de detallar el presupuesto para inversiones, material de consumo y personal para el primer año de operación. Deberíamos haber mandado el resultado para ser inscripto como récord en el libro Guinness.

Operación y declinación del PIASS

Mi contrato con el PAPPE había terminado; ahora mi actividad principal era apoyar los proyectos en los tres estados mencionados, alternando una semana en Río de Janeiro y otra trabajando en terreno, pagado por los estados con recursos del PIASS.

Repliqué la experiencia adquirida en Montes Claros: analizábamos conjuntamente con la coordinación los problemas operacionales y discutíamos las causas y las opciones para superarlos. Además, visitaba algunos centros y puestos de salud para evaluar el funcionamiento concreto de las unidades periféricas, en contacto directo con la población. Estas visitas me permitían identificar problemas que no eran visualizados desde el nivel central de coordinación. Para sorpresa de algunos compañeros comenzaba preguntando al auxiliar de salud sobre las actividades de los últimos días, que completaba examinando lo registrado en la ficha individual.

En la primera ficha que examiné en un puesto de Arapiraca, ciudad del interior de Alagoas, el tratamiento era de una herida en la pierna izquierda. Al azar retiro tres o cuatro fichas más y en todas ellas el diagnóstico se repetía: “Herida en la pierna izquierda”. El coordinador del programa se sorprendió y yo aclaré: “O aquí hay un loco con una hoja de afeitar cortando piernas izquierdas, o el ejemplo que usaron en el curso de entrenamiento para completar el diagnóstico en la ficha individual fue una herida en la pierna izquierda”. A nuestro regreso a la capital, Maceió,

confirmamos que era el ejemplo usado en el curso. El problema pedagógico no hubiera sido detectado si no llegáramos al final de la línea.

Este ejemplo muestra que implantar a alta velocidad, sin contemplar el tiempo mínimo necesario para entrenar adecuadamente los recursos humanos, se refleja más tarde en la calidad deficiente de la atención a la salud.

Chicão me invitaba a participar en las reuniones periódicas del GEIM, como parte del grupo de coordinación, cuando se discutían los programas estaduais y se establecían criterios para la distribución de los recursos financieros. Después de varias reuniones en las que participé activamente, un representante de uno de los ministerios me preguntó intrigado sobre mi papel en el proyecto. La respuesta fue desconcertante: “Soy asesor informal de grupos clandestinos en el poder”.

La dinámica que ganó el PIASS fue extraordinaria: en poco más de un año estaba operando en todos los estados del Nordeste, con miles de puestos y centros de salud en funcionamiento y varios miles de agentes de salud entrenados.

A fines de 1978, en la última reunión del GEIM en que participé, en la ciudad de Fortaleza, capital del estado de Ceará, estaba claro que la dinámica del programa hacía agua. En algunos estados y, por intereses políticos, sustituyeron a los coordinadores y llegaron a exonerar en masa a auxiliares de salud para reemplazarlos por sus apadrinados políticos.

Recuerdo una charla con Alberto Pellegrini analizando el futuro pesimista del programa. La tónica era que nuestra participación fue un esfuerzo concentrado más que acababa en fracaso. Finalmente nos confortamos recordando la película de Mario Monicelli, *I compagni*, con Marcello Mastroianni en el papel de un profesor socialista que llega a Turín para apoyar obreros explotados en una fábrica textil a fines del siglo XIX. Al final lo único que resta es la conciencia de los trabajadores para organizarse y luchar por sus derechos. La forzada similitud con el predicador revolucionario calmó nuestra angustia por el fracaso anunciado; al igual que el profesor habíamos diseminado semillas que podrían fertilizar y dar algunas plantas —aunque frágiles— en el futuro. Linda metáfora para superar el conformismo de una derrota más.



*Con Sergio Arouca, Eleuterio Rodriguez y Cristina Tavares
en La Habana, Cuba.*

Capítulo 8

Institucionalización

La Escuela Nacional de Salud Pública

La tarea de recorrer estados dos semanas por mes y visitar centros y puestos de salud en pequeñas ciudades del interior me fue cansando. Necesitaba trabajar, por razones económicas, pero la perspectiva de continuar haciendo lo mismo repetitivamente iba agotando mi interés.

Un momento crucial fue una reunión con auxiliares de salud en Caldas do Jorro, una pequeña localidad de aguas termales en la zona de sequía del interior de Bahía. Terminado el primer día de reunión, por la noche, no tenía sueño y salí a la plaza —oscura, con piso de tierra— que estaba frente a mi precario alojamiento. Estaba solo, no había ni un alma en pena; me pregunté qué estaba haciendo en ese fin del mundo. Repasé mi historia en la Argentina, mi participación político-técnica en salud y mi corto período de trabajo en Brasil. La sensación era que estaba barranca abajo, que estaba perdiendo el tiempo.

Arouca, que sabía que estaba cansado, me recomendó para elaborar un proyecto de salud para una población que iba a ser desplazada por la construcción de una represa en el río San Francisco. La empresa era la Compañía Hidroeléctrica del San Francisco (CHESF). Comencé a elaborar el proyecto con técnicos de la empresa y poco después mi contrato fue bloqueado, no por razones políticas como en otras oportunidades, sino porque una figura histórica de la salud pública, defensor de la salud colectiva, no estaba de acuerdo con introducir la atención médica en el proyecto.

Sergio, después del fracaso de su mediación ante la CHESF, me convenció de que mi etapa de asesor estaba agotada y que debía institucionalizarme. Así fue que me propuso integrarme al proyecto de investigación que él coordinaba en la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP) de la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Comenzaba una nueva etapa; ante situaciones críticas mi estrella brillaba y una vez más un bloqueo acababa favoreciéndome.

Recomendado por Sergio Arouca y con el apoyo de Luis Fernando Ferreira y Arlindo Gomes de Souza —en ese entonces director y vicedirector de la ENSP—, fui contratado como investigador titular en el proyecto PESES/PEPPES (Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde/Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais

e Epidemiológicas) con recursos de la agencia Financiadora de Estudios y Proyectos (FINEP).

En Brasil el Estado no era hegemónico en la atención de salud y la dictadura, a diferencia de la argentina, no había perseguido brutalmente a los intelectuales. Los recluyó en las universidades aislándolos de cualquier contacto con proyectos concretos de operación. La cantidad y calidad del desarrollo teórico brasileño eran asombrosas, contrastando con la pobreza de propuestas concretas de acción político-técnica en el campo de la salud.

La atención médica estaba fragmentada, con predominio del sector privado y la beneficencia, que tenían la mayor capacidad instalada de camas. El Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social (INAMPS) administraba unos pocos hospitales de alta complejidad y dependiendo de los estados y municipios existía una red dispersa de hospitales y centros de salud de complejidad variable, con problemas de infraestructura y de calidad cuestionable.

La acción del Ministerio de Salud estaba restringida a la administración de los programas verticales: salud materno-infantil, tuberculosis, Hanseniasis, control de grandes endemias como la enfermedad de Chagas y la malaria, además de acciones de vigilancia epidemiológica y sanitaria poco satisfactorias. Por otra parte, la información de salud disponible estaba fragmentada en programas verticales de baja confiabilidad y disponibilidad tardía.

La ENSP-Fiocruz, dependiente del Ministerio de Salud, no podía ser diferente. La lógica predominante era la administración centrada en el control de normas de atención de programas verticales del Ministerio. El hospital y la atención médica estaban ausentes en la docencia e investigación.

Los candidatos a los cursos eran jóvenes recién egresados de las facultades de Medicina, sin experiencia previa en servicios de salud, muchos de ellos con participación en agremiaciones estudiantiles y por lo tanto con mayor compromiso político.

En ese contexto y por mi experiencia en Montes Claros y en el PIASS mi primera función en la ENSP fue organizar las áreas de práctica, actividad que consistía en movilizar, con recursos del PESES/PEPPES, a estudiantes y profesores para desarrollar investigaciones puntuales en servicios de salud de la región sanitaria próxima a la Escuela. El objetivo, discutido con Sergio, era abrir los muros de la Escuela para envolverla en los problemas concretos de la red de atención pública, centros de salud y hospitales, con la intención de influir en la reformulación de la docencia y la investigación.

La transformación de la Escuela comenzó a principios de 1979 con la incorporación, como funcionarios estables, de los profesionales y técnicos contratados por el proyecto PESES/PEPPES que poseían mayor bagaje teórico y mejor formación política que la mayoría de los antiguos profesores de la escuela. La irrupción de este contingente de excelencia en los departamentos de Ciencias Sociales, Epidemiología y Administración fue el comienzo del primer salto cualitativo de la ENSP.

Innovación en docencia

Sergio, Javier Uribe, Jaime Araujo y yo nos incorporamos al Departamento de Administración. Allí ocupaba una sala compartida con Sergio, con dos escritorios y una mesa de reunión. En ese ámbito comenzamos la discusión sobre teoría, métodos y técnicas de planificación en salud.

En unos pocos meses de lecturas dirigidas y discusiones en grupo diseñamos el Primer Curso de Especialización en Planificación de la Salud y los contenidos docentes para incorporar la planificación a los cursos de salud pública.

El Departamento de Administración coordinaba una red nacional de cursos descentralizados en varios estados de Brasil. Los contenidos docentes de estos cursos eran pobres en política, conceptos, métodos y técnicas. En verdad eran cursos reproductores del modelo de atención de salud vigente en el país.

La estrategia definida para modificar la situación apuntaba hacia dos caminos: por un lado, legitimarse en la escuela ofreciendo un curso de especialización de buena calidad para formar técnicos y profesores de los estados, y por otro participar activamente en los cursos descentralizados para alterar su lógica reproductora.

Después de algunos viajes a los estados era evidente que la mayoría de los coordinadores de estos cursos eran antiguos funcionarios públicos con escasa formación docente y que, contradictoriamente, la introducción de nuevos contenidos en lugar de cambiar la situación reforzaría la conducción local.

En una ocasión, retornando de Recife y por pedido del director de Salud de la Secretaría de Alagoas, hice una parada en Maceió para conversar sobre su propuesta de asesorarlo en un modelo similar al de Montes Claros. La idea era formar en la práctica un grupo de técnicos jóvenes con buena orientación política que habían asumido cargos importantes en la Secretaría pero que carecían de experiencia en la conducción e implementación de programas de salud. A esa altura yo ya no era un consultor *freelance* y mi preocupación en la Escuela estaba dirigida a la creación de cursos formales de salud.

De la conversación surgieron algunos asuntos cruciales que fueron fundamentales para repensar posteriormente el curso básico de la Escuela: la capacitación era necesaria y urgente; Alagoas no disponía de docentes para desarrollar un curso básico y los técnicos no podían abandonar su trabajo para hacer un curso *fulltime* de ocho meses de duración.

Mi experiencia de asesoría en Montes Claros había sido de una semana por mes durante la cual discutíamos problemas y proponíamos soluciones que eran evaluadas en mi nueva visita en la que discutíamos errores y correcciones de rumbo y repetíamos el ciclo con nuevos problemas y soluciones posibles.

A partir de estas constataciones discutimos con Arouca y Susana la posibilidad de modificar radicalmente los cursos básicos ofrecidos en la Escuela y en los estados, organizando módulos que agregaran contenidos teóricos y metodológicos a partir de prácticas concretas y que exigieran como máximo una semana por mes de presencia, para evitar la ausencia prolongada de los alumnos en sus actividades.

Con estas ideas, Susana, con su capacidad organizativa y metodológica y la experiencia adquirida en la Fundación Getulio Vargas (FGV), programó un curso modular sobre dos grandes ejes: el primero, dedicado al análisis de la situación de salud, cuyos contenidos básicos eran de epidemiología y ciencias sociales; el segundo, de intervención, era centrado en administración y planificación de programas de salud y saneamiento ambiental. Cada módulo duraba una semana: el primer día estaba dedicado a la discusión de problemas identificados por los alumnos en su lugar de trabajo, secretaría, región de salud o nivel local, y las posibles soluciones relacionadas con los contenidos introducidos por los profesores en el módulo anterior. En el último día se iniciaba otro ciclo y, a partir de nuevos contenidos, los alumnos diseñaban un nuevo proyecto para identificar problemas y soluciones que se discutirían el primer día del próximo módulo. La bibliografía seleccionada era distribuida en cada encuentro para lectura obligatoria en el período de receso.

Para viabilizar la propuesta en la ENSP era necesario aprobarla en una reunión anual de evaluación de los cursos regionalizados en la cual participaban los coordinadores de los cursos. Esto no era fácil porque rompía con la red de intereses políticos y personales que se habían constituido a lo largo del tiempo.

La estrategia de viabilización consistió en conseguir apoyo, además de Alagoas, un estado pequeño sin ninguna experiencia docente en salud, de otros estados en los cuales existiesen grupos técnicos progresistas, calificados teórica y técnicamente para asumir la conducción de los cursos.

Nuestra intención no era circunscribirnos a una experiencia piloto limitada a Alagoas, sino intervenir en varios cursos descentralizados para crear una corriente irreversible de cambio.

Por mi experiencia anterior y la existencia de condiciones políticas y técnicas, asumí la negociación en Minas Gerais, donde fue fácil por el apoyo de Chicão, y en Pernambuco, donde la situación era más compleja. En este estado, sumamente politizado, el grupo progresista estaba identificado como duro opositor al gobierno militar y al gobernador del estado, lo que inviabilizaba la posibilidad de asumir la coordinación. Estaban dispuestos a participar sin restricciones siempre que se crearan las condiciones locales para operar el cambio deseado.

Después de una reunión en el hotel con Heloisa Mendonça, Eduardo Freese y el coordinador de salud de la Superintendencia de Desarrollo del Nordeste fui a cenar con el doctor Pérez, director de Salud del estado, con quien ya había trabajado en el proyecto de Caruaru, y su esposa Emilia. Ya en el postre abordó el tema de la reformulación del curso y el problema de la coordinación: no veía salida hasta que casi para cambiar de asunto le pregunto a Emilia en qué trabajaba. Para mi sorpresa era profesora de Nutrición en la universidad con un currículo interesante y con una visión progresista de la salud. Cuando terminó de hablar le dije: “Vos tenés que asumir la coordinación”. Primero se desorientó y después se negó, pues consideraba que carecía de condiciones personales para administrar el curso. La convencí argumentando acerca del apoyo que le daríamos desde la ENSP y de la disposición de colaborar de los cuadros político-técnicos locales. El único problema era conseguir el aval del secretario de Salud, tarea que Pérez consideraba posible.

Con el soporte de Alagoas, Minas Gerais y Pernambuco conseguimos que el curso fuera aprobado por el consejo de la ENSP y refrendado por la reunión anual de evaluación de los cursos regionalizados. La experiencia fue extraordinaria, hubo cambios sustantivos en la selección de los alumnos —introduciendo gente joven con buena formación política—, en la calidad de los docentes y en la actualización bibliográfica.

En Brasil dicen que la esperanza del pobre dura poco; en este caso no fue diferente. En la mitad del curso el Servicio Nacional de Informaciones de la dictadura (SNI) intervino por denuncias los cursos de Alagoas y Pernambuco impidiendo su continuidad.

En ese entonces el director de la ENSP era Ernani Braga, una figura encantadora que había sido funcionario internacional, colega de Susana en la FGV y respetado por su integridad profesional. Él pertenecía a la generación de Manoel Ferreira y Maia Penido a los cuales ya me referí como “liberales versallescos”; para él también la inteligencia y la condición humana eran valores universales por encima de las ideologías.

Ernani me llamó para conversar en la dirección, me informó de la intervención y la única pregunta personal que me hizo fue si yo tenía participación directa en política. Mi breve repuesta “sin duda en política de salud pero ninguna actividad en partidos políticos” fue suficiente. Decidió no entregarle la bibliografía de los cursos al SNI porque no concordaba con la persecución política. Comentó que yo estaba en una lista “negra” junto con Carlyle Guerra Macedo, quien unos años después fue director de la OPS, y con el secretario ejecutivo del Ministerio de Salud, Mozart de Abreu. Sonreí y le dije que estaba halagado por la compañía. Al terminar la entrevista agregó: “Vea Hamilton, Arouca está fichado como comunista, ¿usted puede imaginar un hombre inteligente como Sergio siendo comunista?”

Elsa Paim, en aquel momento jefa del Departamento de Administración, otra personalidad íntegra y solidaria, me aconsejó quedarme quieto por un tiempo, lo que incluía no dar clases en los cursos descentralizados.

Pasé un par de meses paralizado, recluido en mi oficina, bastante deprimido. Era necesario tomar distancia para esperar que la marea bajase. Recurrí a Mario Testa, que estaba en el CENDES-Venezuela en un proyecto financiado por la UNESCO, para que me tirara un gancho que me diese un tiempo en la Escuela y levantase mi autoestima.

Mario, como siempre solidario, inventó un contrato de dos semanas en Caracas para presentar el proyecto de Montes Claros, lo que me permitió recuperar rápidamente el espacio perdido.

Especialización en Planificación: maestría y doctorado

La introducción de teoría, métodos y técnicas de planificación en salud con una perspectiva superadora del método CENDES/OPS había comenzado como una disciplina de la maestría en el Instituto de Medicina Social de la Universidad de Río de

Janeiro, cuyos profesores eran Mario Testa, Adolfo Chorny y Leopoldo Halperin. En la ENSP administramos el primer Curso de Especialización en Planificación en 1979 del cual fui coordinador y Susana en 1982 implantó el primer Curso Internacional de Administración y Planificación de la Salud en la FGV.

Si bien la especialización en Planificación comenzó en la ENSP, Susana, en el Programa de Administración de Salud en la FGV, financiado por la Fundación Kellogg, cumplió un papel importante en la consolidación de los cursos de especialización, introduciendo mayor rigor en la selección de los candidatos, incorporando nuevos contenidos, perfeccionando la metodología y mejorando la calidad docente. Hasta ese momento los cursos en la ENSP eran administrados casi exclusivamente por profesores de la institución, con poca participación externa; en la FGV, Susana innovó invitando profesionales destacados, no solo en el campo de la salud, sino también en economía y ciencias políticas y sociales, estableciendo así un nivel de excelencia que posteriormente incorporó en los cursos internacionales de planificación en salud que coordinó en la ENSP, a nuestro regreso de Argentina en 1986.

En 1986, ya en la ENSP, Susana consiguió una subvención de cuarenta mil dólares de la OPS que utilizó para crear una biblioteca de consulta, pagar profesores invitados y otorgar algunas becas a alumnos extranjeros, consumidas en su mayor parte por los argentinos que, por razones políticas, no tenían acceso a otras formas de financiamiento para su formación profesional.

En estos cursos se formaron centenas de alumnos de Brasil y de varios países de América Latina: Argentina, Colombia, Costa Rica, Honduras, Nicaragua, México, Ecuador, Paraguay, Bolivia, Perú, y también de España.

Es complicado expresar preferencias respecto a los distintos grupos de alumnos que se especializaron en los más de diez cursos en los que participé, sobre todo porque en todos existieron alumnos que se destacaron del conjunto. Sin embargo, creo que el grupo más notable fue el de 1988 en el que el nivel de discusión fue extraordinario y se formaron profesionales que sobresalieron en Argentina, Brasil y España. Hasta hoy muchos de ellos recuerdan ese curso como uno de los momentos importantes de su carrera profesional y también por las relaciones de amistad que se crearon en un clima de afecto y compañerismo, frecuentemente compartido en los bares de la vida.

La Maestría en Salud Pública fue el primer paso para mejorar el nivel académico de la ENSP, con la acreditación de los cuadros docentes y el desarrollo de biblioteca e infraestructura. En el primer momento, las exigencias de horas-crédito y de rigor conceptual y metodológico para aprobar la tesis extendían a más de dos años el tiempo medio para obtener el título de Magister.

Posteriormente, con la acreditación del doctorado las exigencias en la maestría disminuyeron de intensidad para acelerar los tiempos de formación y concentrar la densidad académica en la formación de doctores, llegando recientemente a aceptarse que el alumno de la maestría, con algunos créditos adicionales, defendiese directamente su tesis de doctor.

Mi primera experiencia como director de tesis fue la de integrar en un grupo de discusión semanal a los seis alumnos de la maestría y doctorado que estaban en

la fase inicial de formulación del proyecto bajo mi orientación. La dinámica era simple, en cada sesión un alumno presentaba el anteproyecto que previamente había sido distribuido para el resto, y cada uno disponía de unos minutos para preguntar, cuestionar o aportar ideas para avanzar en la formulación que el candidato debería volver a presentar en una reunión posterior y así sucesivamente basta lograr definir el proyecto. Solamente una alumna desistió de continuar, con un argumento sólido: no le entusiasmaba la carrera académica, su interés eran los servicios de salud; el resto del grupo defendió con éxito su tesis dentro de los plazos previstos.

El punto crítico de la orientación, que demandaba varias sesiones de trabajo, era el recorte del objeto. En general, la tendencia inicial era desarrollar conceptualmente varios temas relacionados con la tesis, confundiendo el sentido del trabajo. Orientar no es tarea fácil, porque andar paso a paso, revisando permanentemente conceptos y métodos, provoca con frecuencia desestímulo en el alumno ante las dificultades para avanzar, exigiendo paciencia y claridad del orientador para atenuar la ansiedad, superar los bloqueos, lograr el mejor resultado posible y, sobre todo, para no caer en la tentación de exigir más allá de la capacidad potencial del orientando.

A pesar del tiempo transcurrido con todos los alumnos que orienté, mantengo con ellos una estrecha relación personal, cimentada en largas sesiones de trabajo, donde las críticas y sugerencias eran discutidas en un clima de respeto mutuo, de aprendizaje conjunto y de afecto, matizadas por frecuentes momentos de tensión que superábamos rápidamente.

Mis clases sobre metodología en los cursos de especialización en planificación eran buenas, pero creo que mi mayor placer como docente era ser tutor de tesis. En todas las defensas a las que asistí experimenté satisfacción al ver el crecimiento teórico y metodológico alcanzado, del cual me sentía parte, pero el mayor orgullo era ver a los jóvenes alumnos de la maestría presentar su tesis con autoridad, defender con convicción y argumentar ante el jurado con la seguridad de un académico.

Participé en múltiples jurados de tesis en varios estados, muchas de ellas interesantes y de muy buen nivel académico, pero la tesis de doctorado de Gastão Wagner de Souza, académico brillante, creativo y polemista convicto, fue insuperable por su contenido, defensa y por la comisión examinadora en la cual tuve el privilegio de ser invitado a participar con compañeros de extraordinaria trayectoria en la salud pública brasileña: Sergio Arouca, Nelson Dos Santos y José da Silva Guedes, entre otros.

Síntesis del paso por la ENSP

En la ENSP comencé como profesor, después fui coordinador de cursos de especialización, jefe del Departamento de Administración y finalmente en 1990 vicedirector. Durante todo ese tiempo asistí a tres etapas de su desarrollo: inicialmente al período final de la fase normativa, después la ideológico-política y finalmente a la fase académica.

La fase normativa, que había predominado en la Escuela desde su creación, fue sustituida rápidamente con la incorporación de los profesionales del PESES/PEPPES a los departamentos de Epidemiología, Ciencias Sociales y Administración abriendo paso a la fase político-ideológica.

En 1979, después de un largo período de ostracismo, la agitación política marchaba a todo vapor, el gobierno militar estaba en decadencia, la transición democrática, lenta y progresiva, propuesta por Geisel como salida regulada de la dictadura, amplió la movilización en los partidos políticos, intelectuales y estudiantes, lo que se prolongó hasta la elección indirecta del primer gobierno democrático en 1985.

En la ENSP el momento culminante fue la VI Conferencia Nacional de Salud realizada en 1986 y coordinada por Arouca, que ya era presidente electo de la Fiocruz. Arlindo Fabio Gomes Da Souza, vicepresidente de docencia en la gestión de Arouca, asumió la Secretaría Ejecutiva de la Conferencia y movilizó la Escuela para la preparación de los documentos de discusión y para participar como relatores y coordinadores de los grupos de trabajo.

El paso siguiente, después de la euforia por el resultado de la Conferencia, que reunió más de 5.000 participantes de todas las categorías de profesionales de salud y representantes de la sociedad civil, fue incluir en la Reforma Constitucional de 1988 la creación del Sistema Único de Salud (SUS), en los moldes aprobados en la VI Conferencia.

Simultáneamente, en la ENSP se consolidaba el doctorado abriendo el camino para el predominio de la etapa académica, impulsado por la política del Consejo Nacional de Investigación (CNPQ), a través de la concesión de complemento salarial y apoyo financiero para los doctores, pautada por la exigencia de publicaciones periódicas. Esa política estimuló la concurrencia entre doctores para conservar el estatus ante el CNPQ y llevó progresivamente a priorizar el mérito intrínseco del proyecto y del proponente, en contraposición al desarrollo de líneas estratégicas de investigación.

Como vicedirector de la ENSP cuestioné los aspectos negativos de esta influencia que llevaría a una desarticulación entre política, investigación y práctica que, en mi concepción, eran los tres pilares fundamentales sobre los que debería asentarse una escuela del Ministerio de Salud, a diferencia de otras agencias dedicadas exclusivamente a la investigación. Mis críticas no prosperaron: los doctores argumentaban que la etapa político-ideológica estaba superada y que la investigación y la publicación en revistas indexadas era el camino para integrar la escuela al “mundo académico”.

Progresivamente, ya no solamente con recursos de las agencias de fomento sino también con recursos abundantes del Ministerio de Salud para estudiar aspectos de su interés, la Escuela fue dejando de lado la crítica de las políticas y programas de salud para integrarse funcionalmente al “mercado público”.

Años antes cuestionábamos la tendencia negativa de la especialización creciente de la Medicina, que fragmentaba la atención médica perdiendo la visión integral de la atención al paciente. Ahora la salud pública seguía el mismo camino. Influenciada por la autonomía del investigador para obtener financiamiento externo, ocurre una

atomización en asuntos cada vez más específicos. relevantes en su mayoría por el mérito intrínseco, pero poco pertinentes desde el punto de vista estratégico.

En el año 2000, ya jubilado, analicé la ENSP como parte de una consultoría sobre las capacidades de la Fiocruz. En el informe critiqué la agenda de trabajo propuesta por la dirección, que delinea dos ideas centrales: la “gestión de la diversidad”, orientada a ampliar la competitividad de la producción académica, y la “escuela de gobierno de salud”, dirigida a fortalecer la capacidad del Estado a través de la oferta de nuevos productos para clientelas y usuarios.

En mi opinión, la división entre la llamada “diversidad” y la “escuela de gobierno” encubría la intención de no producir cambios en la “cultura organizacional”: por un lado, se preservaba la lógica instituida en la investigación, y por otro se legitimaba la exploración de oportunidades que se abrían en el mercado para vender productos y consultorías. Esta separación forzada resignaba la posibilidad de identificar criterios para seleccionar prioridades de investigación, excluyendo o minimizando a priori la importancia de la producción académica en la introducción de innovaciones en el campo de la salud y en el fortalecimiento de las capacidades del Estado.

Para superar esta situación era necesario afirmar el concepto de “autonomía relativa” del trabajo de investigación, que no solo debería ser movido por criterios estrictos de relevancia científica sino también en función de su aporte a los objetivos institucionales. En otros términos: la legitimación de la producción científica debería articularse con la lógica de la legitimación institucional.

El informe concluía en que la actividad académica de una escuela de salud pública debe asumir primariamente el compromiso de generar teoría y conceptos, pero no puede mantenerse desvinculada de la formulación, discusión y crítica de las políticas de salud, de proponer soluciones para los problemas prioritarios y de contribuir con métodos y tecnologías al desarrollo de los sistemas de atención y gestión de los servicios.

Las críticas y sugerencias surtieron un efecto contrario al esperado: la discusión prometida por la dirección para debatir el informe nunca fue realizada y la Escuela continuó el camino prefijado, desembocando más tarde en la creación de una fundación de apoyo, de naturaleza privada, lo que contribuyó, a través de una supuesta flexibilidad administrativa mayor, a aumentar la discrecionalidad del uso de los recursos públicos.

Para muchos compañeros, yo continuaba aferrado a una visión romántica de lo público y no entendía que los tiempos habían cambiado. La modernidad no incluía la ética pública como valor.

Sergio Arouca

Desde mi llegada a Brasil, mi vida política, profesional y afectiva fue compartida con Sergio Arouca, quien, más allá de su extraordinaria capacidad política, teórica y metodológica, fue mi hermano y amigo entrañable.

Después de algunos encuentros circunstanciales en Buenos Aires, cuando yo era director de la Encuesta Nacional de Salud, nos reencontramos en Brasilia en 1975 siendo yo consultor de corto plazo de la OPS y él asesor de un proyecto de formación de recursos humanos coordinado por Carlyle. A partir de ese momento y hasta su muerte prematura e injusta en 2003 fuimos compañeros inseparables.

En el sitio de Internet de la Fiocruz, en la Biblioteca Virtual Sergio Arouca, se exponen en detalle su historia profesional y política con testimonios de amigos y compañeros que compartieron su afecto. Transcribo unas pocas líneas que escribí y que sintetizan su capacidad creativa, su personalidad seductora y las “*saudades*” que me acompañan desde su muerte:

Conocí a Arouca en Brasilia a fines de 1975. Ambos, procurando esquivar la represión en nuestros países, él la vigente en Brasil y yo la anunciada en Argentina. Fueron largas noches de conversación sobre salud, marxismo y peronismo, regadas con abundantes dosis de whisky barato en el “Estalão”, un bar de dudosa reputación en la zona de prostitución.

A partir de ese momento trabajamos juntos por más de 25 años y la intensa convivencia fue transformando la relación en complicidad y la amistad en fraternidad.

Disfruté de su enorme capacidad para desarrollar teoría, a veces a partir de prácticas puntuales, de crear hechos nuevos y alucinar, como a él le gustaba decir, para estimular la creatividad. Pero cuando pienso en mi hermano, más allá de esas cualidades, veo un compañero sensible a los problemas de los otros, que gozaba intensamente cada momento, a veces como un pibe travieso creyendo en brujerías, cuya marca a lo largo de su vida fue la seriedad y profundidad del quehacer en salud, sin perder la pasión y el buen humor.

Fue un privilegio ser su compañero y hermano. Hoy desearía estar discutiendo con él la esencia de los fantasmas que nos asombran.

Siento una enorme *saudade* y un vacío difícil de llenar. Por varios años compartimos una misma sala en el séptimo piso de la Escuela, yo casi cincuentón y Sergio con menos de cuarenta. Anteojudo, relativamente flaco —insinuando una barriga que crecería con los años—, pelado sin piedad, con la calva reluciente y una cola de caballo que juntaba atrás los pocos y largos cabellos que le quedaban, usaba jeans zurrados y cartera de cuero colgada del hombro, como era moda en la época.

Comenzamos discutiendo el programa docente de planificación en salud, no solo desde el punto de vista de la formación metodológica y técnica, sino también como un programa ampliado para formar cuadros político-técnicos progresistas, lo que implicaba renovar la lógica de los cursos ofrecidos por la *ENSP*, centrados en un modelo docente restricto a normas de atención en puestos y centros de salud.

Las articulaciones políticas y la discusión metodológica eran dejadas de lado con frecuencia cuando Sergio preguntaba con una sonrisa pícaro: “Mario, ¿esquema de corrupción?” Literalmente significaba que nos escapáramos de la Escuela para comer camarones o langosta en “Nosso Restaurante”, en el barrio de Bonsucesso, y

nos divertíamos pensando quién de nuestros compañeros podía imaginar que un martes, en horario de trabajo, nos diésemos ese lujo.

Esa característica de escaparse a almorzar con amigos para relajarse era una marca de su personalidad; para él era imposible trabajar solo, sus mejores momentos eran aquellos en que podía compartir ideas y proyectos con afectos y humor.

La vida intelectual y cultural en el Río de los años setenta era movida: la bohemia era casi una religión; sus máximos exponentes, Vinicius de Moraes y Tom Jobim. En ese clima, los intelectuales de salud no se quedaban atrás. Era frecuente encontrarse al anochecer en el “Bar Luna”, el “Lamas” o el “Degrau”, reductos de la izquierda festiva, para discutir política, hacer acuerdos y beber sin límites. Cuando ya estábamos más allá y decidíamos cerrar la cuenta, alguien proponía una “*saidera*” (la copa del estribo) y todo comenzaba de nuevo. En varias ocasiones, los mozos que nos atendían cambiaban porque se había acabado su turno de trabajo.

En ese contexto también se inscriben interminables rondas de *caipirinhas* con Nina Pereira Nunes, Reinaldo Guimaraes, Hesio Cordeiro y Ricardo Tavares en el bar “Botafogo”, frente a la vieja sede del Instituto de Medicina Social en Vila Isabel. También nos juntábamos con frecuencia en un bar frente a la plaza Tiradentes o en la estación Laranjeiras para largas partidas de snooker, pasatiempo preferido por Sergio, Reinaldo, Ary Miranda, Rómulo Maciel y obviamente yo. Reinaldo hasta hoy comenta que yo ganaba casi siempre, no porque jugara mejor que ellos, sino porque mientras él y Sergio bebían *caipirinhas* y perdían concentración yo tomaba guaraná. Que yo tomaba guaraná no es verdad, pero sí es cierto que yo bebía mucho menos que ellos.

Desde el punto de vista académico, Sergio produjo un clásico: *El dilema preventivista*, un marco para la discusión teórica de la medicina social en Brasil, libro que le costó gran esfuerzo terminar. A partir de esa experiencia agotadora, su instrumento preferido fue la palabra: a través de ella movilizaba voluntades, exponía teoría, utopías posibles y señalaba caminos políticos con una brillantez insuperable.

Sergio prácticamente participó como orientador político en todas las actividades que desarrollé como consultor en Montes Claros y en los estados que asesoré durante la implantación del PIASS. En muchas oportunidades viajamos juntos; él además de su actividad en la ENSP aprovechaba los viajes para discutir política partidaria y reclutar voluntades para el *Partidão*, el Partido Comunista brasileño, en el cual él militaba desde la adolescencia.

Cuando regresamos de uno de esos tanto viajes le pregunté: “Sergio, ¿por qué nunca intentaste afiliarme al partido?”. Su respuesta fue rápida: “Porque sos más útil desde afuera bloqueando los cuadros mediocres del partido”.

Para Sergio era difícil decir que no. Arlindo Fabio de Souza relata el caso de la exoneración del procurador de la Fiocruz, incompetente y ligado a la derecha cuando Arouca era presidente. Lo convoca para informarle la decisión de dimitirlo y después de un tiempo el fulano sale de la entrevista promovido: imploró que no lo echara porque ese era su único ingreso y que no le alcanzaba para mantener a su familia. Poco tiempo después se descubrió que no le era suficiente para mantener también a su amante.

La participación de Sergio en la ENSP fue decisiva para el cambio del paradigma conceptual y metodológico, y para integrarlo con fuerza en el movimiento político-ideológico de la reforma sanitaria, que culminó con la VIII Conferencia de Salud en 1986 y posteriormente en la inclusión de los principios del SUS en la constitución brasileña promulgada en 1988.

En la Fiocruz, como presidente, reveló su capacidad de conducción política organizando instancias de participación ampliada de los funcionarios, creando nuevos institutos, incentivando la investigación, modernizando la gestión y enfrentando la burocracia del Estado cuando decidió contratar a los investigadores que habían sido desterrados por la dictadura, realizando un acto público de gran trascendencia política, marcada en la historia de la Fiocruz como la *“Reintegração dos Cassados”*.

Tengo certeza que la Fiocruz, más que su actividad política como diputado nacional, fue su experiencia más rica. Allí encontró afecto, compañerismo, creatividad, humor, “alucinación” y la posibilidad de profundizar la teoría de salud y cimentar su liderazgo político-ideológico en la salud pública brasileña.

En los múltiples espacios en que Sergio brilló siempre me llamó para cooperar. Nuestra relación, más allá de la hermandad, se fue consolidando en la complementariedad de capacidades: Sergio en teoría y liderazgo, yo en la intersección entre teoría, política y práctica, que había sido mi marca en el proyecto de Montes Claros.

No es mi intención contar en detalles la vida de Arouca que está accesible, para quien quiera consultar, en la Biblioteca Virtual Sergio Arouca y en el libro *Sergio Arouca, un tipo seductor*, de nuestra amiga común Marília Bernardes Marques.

Él, como no podría ser de otra manera, está presente en todas las historias de mis pasos por la Fiocruz.

Capítulo 9

Lo que Mario no llegó a contarnos

Susana Badino

Este es un relato sucinto de las vivencias de Mario que siguieron a su paso por la ENSP-Fiocruz. Luego de un breve y poco estimulante pasaje por la salud pública argentina, retornamos a Río de Janeiro y, a partir de ese momento, él volcó toda su dedicación y esfuerzos al desarrollo y democratización de la Fiocruz.

Para registrarlos he tomado como base algunos documentos, notas por él apuntadas antes de dejarnos y mis recuerdos personales.

En 1987, a lo largo de ocho prolongadas entrevistas, Mario relató sus experiencias al equipo de Historia Oral de la Casa Oswaldo Cruz. El resultado fue más de 400 páginas, de las cuales extraigo y traduzco algunos trechos que muestran lo sucedido desde su salida de la ENSP en diciembre de 1984, su vuelta a Argentina a comienzos de 1985 y el regreso a Río de Janeiro a fines de ese mismo año.

Ida y vuelta

Sobre nuestro regreso a la Argentina Mario expresa:

Ya venía medio ansioso en 1983 con toda la movilización política. No solo yo, también Susana y nuestros hijos, todos estábamos muy integrados en Brasil. Sin embargo, existe aquí una parte que está más o menos cercenada que es la participación política. Yo participé políticamente a nivel institucional y continúo participando, pero no tengo relación con fuerzas sociales, partidos políticos, proyectos nacionales. [...] Comencé a entusiasarme con la idea de regresar a mi país. Obviamente, en el resto de la familia no hubo tal entusiasmo para el retorno. Hicimos un acuerdo de volver por un año y después discutir qué ocurría y reevaluar. Recuerdo una cosa que quedó en mi memoria. Dije: “Tenemos que volver, recuperar la historia”, y Wanda respondió: “Ustedes vuelven, yo voy”. Susana y yo teníamos un pasado que queríamos rescatar, pero nuestros hijos tenían su historia en Brasil.

Ocurre que uno regresa al país y también es un extranjero, pasa a ser extranjero en su propio país. A los veinte días de llegar, Luis Alberto volvió a Río, y a los tres meses regresó Wanda también: comenzaba la desagregación familiar.

Wanda, ya socióloga, no tenía opciones laborales de interés en Buenos Aires. Luis Alberto sufría por la distancia de su novia. Alejandro y Santiago estudiaban sin mucho entusiasmo.

Siguiendo con el relato de Mario:

Conseguí trabajo rápidamente, un trabajo razonablemente remunerado. Me contrataron como gerente de planificación en el Instituto de Servicios Sociales para las Actividades Rurales y Afines (ISSARA). Allí realicé un análisis de corto y largo plazo. Tenía que introducir una cierta racionalidad a la brevedad para mayor eficiencia en el uso de los recursos; los empresarios no aportaban lo que debían y a mediano plazo el problema de financiación se colocaba como crítico. Presenté un proyecto, con su estructura, funciones, equipo mínimo para operar. Pero nunca me dieron equipo mínimo, ni aprobaron la estructura ni las funciones. Muy poca cosa hice allí, más funcionó al menos para controlar el exceso de facturación.

Cierto día, un individuo heredado de la dictadura y que aún mantenía poder en la institución, declaraba: “Doctor, ustedes hagan proyectos que yo sigo firmando los cheques...”.

Un hecho positivo fue retomar los vínculos políticos que hacía tiempo estaban cortados. Dice Mario: “Recuperé en alguna medida la inserción política con antiguos compañeros y participé en un boletín peronista que se editaba mensualmente, sobre la realidad política nacional”.

Mi inserción laboral también estaba resuelta. Él relata:

Susana también tenía trabajo en el Instituto Nacional de Administración Pública, en un cargo alto. Presentó un proyecto nunca discutido y finalmente un informe crítico sobre la democratización de la gestión en la institución. El secretario de la Función Pública la llamó para una entrevista y, para finalizarla, le dijo: “Doctora, una cosa que tiene que quedar clara es que las elecciones las ganamos los radicales y no los peronistas”.

Una muestra obvia del sectarismo partidario de la época ante un acto de cuestionamiento. Mario menciona en la entrevista el tango *Cuando era mía mi vieja*, que dice: “Señora, usted me mira y su perro me ladra como pa’ echarme” ... y agrega: “Eran demasiados señores y demasiados perros ladrando, el barrio ya no era el mismo”.

A pesar de la tibia democratización, en 1985 el gobierno del radical Raúl Alfonsín conservaba en su interior estilos y personajes remanentes del período dictatorial.

Mientras tanto, en Brasil estaban ocurriendo cambios políticos importantes en el Estado y las instituciones, inclusive en la Fiocruz, de la que Arouca pasó a ser presidente. Así, comenzamos a recibir llamadas telefónicas solicitando apoyo y participación; Sergio le decía a Mario: “Ustedes fueron parte de la lucha, ahora deben ser parte de los avances”.

En función de esto y de los perros que ladraban, Mario concluyó: “Vamos a esperar hasta enero y ahí decidimos”. Susana en noviembre preguntó: “¿Ya no es suficiente lo que está ocurriendo aquí?”

Entonces organizamos el retorno y la familia se reunió, nuevamente en Río de Janeiro a fines de 1985. La breve experiencia argentina luego del exilio había llegado a su fin, dejando una vez más un sabor casi amargo.

La Superintendencia de Administración General en la Fiocruz

Brasil entraba en una fase de redemocratización y Arouca, entonces presidente de la Fiocruz, convocó a Mario para reintegrarse a ella, designándolo superintendente de la Administración General en abril de 1986.

Ya en este cargo, se propone un nuevo modelo organizacional cuyos ejes principales fueron descentralización y participación.

Las distorsiones diagnosticadas en esa oportunidad, declara Mario, eran: “Opacidad, lógica de favores personales, autoritarismo, centralización, *etc.*, características que en la administración anterior tenían el punto máximo de intensidad” e identifica como necesaria “la tarea de transformar dicha administración en una administración más eficaz, más democrática, más participativa”.

Colocando cuestiones de credibilidad y legitimidad, afirma “no éramos administradores clásicos, éramos sospechosos de tener un discurso progresista sin capacidad para operacionalizarlo” y “para legitimarnos tendremos que ser eficientes”.

Fueron seleccionadas como áreas críticas por el exceso de burocratización las de contratos y compras, y también fue criticada la velocidad de gestión. Se eliminaron algunas de las numerosas gerencias existentes y hubo cambios en la estructura organizacional. Se generó un proceso participativo tentado envolver en las decisiones a todas las instancias. Mario relata el inicio de este proceso a partir del sistema de promociones: “Va a ser el colectivo quien va a decidir las promociones; cada sector, su gerente y funcionarios, discutirá quién va a ser ascendido”.

Mientras se incrementaba la participación, iba aumentando la eficiencia:

...se descentralizaba intentando transformar aquella administración en una administración que fuese transparente. La transparencia no está dada solo por la participación, sino también por la información, la existencia de normas claras y concretas de cómo proceder. La informatización era un punto estratégico.

A propósito de la relación entre funciones gerenciales y planificación institucional, Mario pregunta:

¿Por qué en ningún momento se desactivó la Superintendencia de Planificación y el eje central fue concentrarse en la administración? Porque si no se controla el corto plazo, redireccionando la asignación de recursos, no es posible

programar a largo plazo. Matus dice que la planificación es un cálculo que precede y preside la acción y presenta una cuestión interesante: la planificación no es el futuro, es el hoy, porque si no se hace hoy, no ocurre en el futuro.

La Superintendencia de Planificación y otros destinos

La experiencia anterior fue valiosa pues acompañó los cambios políticos que se producían en Brasil, en las instituciones de salud y en la Fiocruz conducida por Arouca.

La Reforma Sanitaria movilizó en aquella época, no solo a los grupos progresistas de salud, sino también a amplios sectores sociales y partidos políticos. Mario alertaba:

...es un desafío complejo pues las interpretaciones de la Reforma aparecen como arreglos institucionales, de un fondo único, de un sistema único, de lucha entre instituciones. Poco se dice sobre programar la atención médica, mejorar la cantidad y calidad de los servicios, uno de los grandes problemas de salud de Brasil.

Como superintendente de Planificación, cargo para el que fue designado en 1987, tuvo oportunidad de dar continuidad y ampliar la modernización iniciada en 1986. Permaneció en esa función hasta 1989.

Fue jefe del Departamento de Administración y Planificación y vicedirector de la ENSP entre 1990 y 1991, retomando actividades docentes para dedicarse, entre 1991 y 1993 a la Coordinación de Cooperación Técnica.

Ya en enero de 1993, en la gestión de Carlos Morel como nuevo presidente de la Fiocruz, Mario fue invitado a asumir el cargo de vicepresidente de Desarrollo Institucional, responsabilidad que mantuvo hasta marzo de 1997.

Desde 1988 el proceso de planificación institucional fue reforzado a través de la participación amplia de funcionarios y dirigentes en congresos internos de discusión y toma de decisiones. En agosto de 1995 fue convocado un Congreso Interno Extraordinario que, en las palabras de Morel, debía “ser, sobre todo, interpretado como un posicionamiento institucional firme, por una comunidad participante y madura, en defensa de una Reforma de Estado con una clara macro-directriz: tornarlo más eficaz para superación de las vergonzosas desigualdades sociales que maculan nuestro país”.

Mario presidió la comisión organizadora de este congreso y en su apertura declaraba:

La complejidad creciente de la sociedad contemporánea ha sido insistentemente referida como uno de los principales factores que tornaron obsoletas las formas tradicionales de administrar los intereses y servicios públicos por parte del Estado. Esa complejidad es resultado de una nueva lógica de

acción social, posibilitada, no solo por la difusión de recursos tecnológicos que aumentan enormemente la velocidad con que pueden ser ofrecidas respuestas a las demandas de los individuos y organizaciones, sino también por una dimensión eminentemente política, asociada al crecimiento de la libertad individual y a la multiplicación y diversificación de actores sociales relevantes [...] Lo que también está claro es que las reglas de funcionamiento democrático de la sociedad y de sus instituciones deben ser profundamente revitalizadas [...] Las decisiones estratégicas y, por lo tanto, de carácter político-institucional, deben ser colocadas en un ámbito ampliamente descentralizado que incluya a la mayoría de los individuos dentro de la organización [...] Al vivenciar ese proceso, las personas y los diversos sectores de una organización se tornan responsables por la misión y objetivos institucionales. Participación y responsabilización son dos facetas siempre vinculadas de ese proceso.

Finalizada su gestión en la vicepresidencia, Mario se mantuvo vinculado a la Fiocruz, actuando como consultor en diversas áreas. Elaboró, en 1999, el documento “Análisis estratégico y evaluación institucional de la Fiocruz para su calificación como agencia ejecutiva”, dedicado al diagnóstico situacional y contemplando el desarrollo de una metodología específica para la evaluación estratégica de sus catorce unidades y de las actividades de docencia, investigación, producción, información-comunicación y prestación de servicios. El objetivo era “formular propuestas para contribuir al rediseño organizacional y a la adecuación de la institución al Plan Director de la Reforma del Aparato del Estado”.

En varias unidades de la institución desarrolló estudios y propuestas tendientes a mejorar el desempeño de diversas áreas, discutiendo, entre otros asuntos, los límites de la “flexibilidad administrativa” versus “la discrecionalidad en el uso de recursos públicos”. Cabe mencionar sus trabajos “Análisis estratégico y fortalecimiento de la gestión del Instituto de Tecnología de Fármacos de la Fundación Oswaldo Cruz-Farmanguinhos” y “Análisis estratégico para estructuración de la Fundación de Apoyo de la Fundación Oswaldo Cruz-FENSPTEC”, de 2001 y 2002 respectivamente. De la FENSPTEC (Fundação de Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da Escola Nacional de Saúde Pública), más tarde Fundación para el Desarrollo Institucional Científico y Tecnológico en Salud (FIOTEC), fue presidente en 2003, adoptando una serie de medidas “con el propósito de recuperar la conducción de la organización y regularizar lo más rápido posible procedimientos inadecuados”. Consideraba:

...fundamental revertir el cuadro de autonomía y discrecionalidad en el uso de los recursos [...] a través de una participación más activa de las unidades en la valoración de la relevancia de los proyectos, en la evaluación de la calidad y resultados y en el acompañamiento de la aplicación de recursos extrapresupuestarios.

A partir de febrero de 2001, tuvo un breve y poco exitoso pasaje por la Secretaría Municipal de Salud de Río de Janeiro. Un controvertido personaje de la política local es electo intendente municipal, invitando a Sergio Arouca como su secretario de Salud y este a su vez convoca a Mario para desempeñarse en funciones de asesor especial y luego como gerente de la Subjefatura Técnica Especial. Esta sería, aparentemente, un área de poder institucional bastante codiciada, por lo tanto, no tardaron en surgir conflictos. También Sergio vivía sus propios conflictos con el intendente, lo que finalmente ocasionó su salida. Mario se debatía en la gestión de un “modelo de administración atrasado, discrecional, totalmente opaco y ultrapasado”, según menciona en su carta de renuncia, ocurrida en mayo de 2001. De dicha carta, dirigida a Arouca, transcribo los párrafos finales:

Apreciado amigo, el espacio político-técnico para cambios es demasiado estrecho. El ambiente de trabajo no es estimulante. Sé que es difícil armonizar voluntades con experiencias y deseos diversos en torno a objetivos y métodos comunes. En el horizonte político la opción partidaria del intendente no se corresponde con el proyecto de salud que vislumbramos como posible, como tampoco se encaja con mis convicciones políticas y con el sentido de mi voto en la elección pasada. En el largo camino que recorrimos juntos los últimos veinte años, siempre estuvieron presentes la razón y la pasión. Hoy, para preservar la razón, pasión y principios éticos que nordean mi actuación en salud, es que pido que aceptes mi dimisión al cargo de asesor especial de la Secretaría de Salud.

Esto se llama renunciar: Mario, derecho y preciso, una vez más defendió sus principios, lo que le costó otra dosis de frustración, que expresaba con letras de Chico Buarque: “Saliendo demasiado tarde”.

En los años siguientes, dedicó esfuerzos en colaborar con las gestiones de los ministros de Salud José Saraiva y José Temporão, sus ex alumnos y amigos, en aproximaciones esporádicas y poco fructíferas.

Mario recorrió buena parte del mundo transmitiendo su saber y predicando sus creencias y postulados sobre el “debe-puede ser” de la salud pública y el derecho a la salud. Participó en centenas de congresos, seminarios, asesorías, cursos, etc., y también disfrutó en viajes de placer. Por su espíritu curioso, nuestra amiga Any Ventura, lo llamaba “*bandeirante*” (expedicionario del Brasil colonial).

La primera “expedición” europea estuvo destinada, insólitamente... a Rumania. Era el año 1972 y se realizaba en aquel país, por primera vez, un evento de carácter internacional auspiciado por la OMS. Eran tiempos de Ceausescu, un conjunto gris con tintes latinos en su gente e idioma. Mario, ya en esa época reconocido en el tema de las estadísticas de salud, fue invitado a participar de un congreso mundial sobre el asunto. Partimos rumbo a París y luego de algunas escalas, aterrizamos en Bucarest, viajamos en un arcaico bimotor de la precaria Tarom —la línea aérea nacional—, llegamos a Constanza, y desde allí hacia Mamaia, playa del Mar Negro donde se realizaba el encuentro. Hermoso hotel, linda gente y reencuentros con colegas.



El primer viaje a Europa, en una playa del Mar Negro (Mamaia-Rumania), con Susana, Hugo Bhem y acompañante local. 1992.

Resultados del debate no recuerdo, pero sí recuerdo que los viáticos eran pagos en moneda local, el leu, así que los participantes disponían de una montaña de billetes con los cuales solo se podían adquirir productos de primera necesidad, el resto únicamente con “divisas”. Ni los funcionarios del hotel aceptaban leus como propina. Hugo Bhem, caballero que era parte del grupo, se lamentaba, y para resolver el caso, Mario, genial, propone ir a gastar el dinero en el casino. Fue lo que hicimos y al cabo de un rato, Hugo vuelve, desencajado: no paraba de ganar...

Otro hecho de interés fue nuestra participación en la Conferencia Internacional de Salud para Todos: 25 años de Experiencia Cubana, realizada por el Ministerio de Salud de Cuba, con apoyo de OPS/OMS y desarrollada en La Habana en julio de 1983. Además del reencuentro con antiguos compañeros, ex alumnos y amigos, y de asistir a numerosas presentaciones, beber interminables mojitos y escuchar un prolongado discurso de Fidel, conocimos personalmente a este en una cena memorable. Las delegaciones fueron invitadas a una recepción en el bello Palacio de Gobierno. Nosotros fuimos como parte de la delegación brasileña y luego de cenar, entre murmullos de admiración y cuchicheos, entra Fidel al salón y comienza a saludar y conversar con cada grupo. Al llegar a nuestro pequeño círculo, se paró, a mi lado y, mientras formulaba algunas preguntas, toca mi brazo y, al saber nuestra nacionalidad, consciente del momento político, nos dice: “Deben estar preparándose para volver a Argentina”. Quedamos mudos y, luego, sorprendidos por la rapidez de su reacción. Personaje inolvidable, Fidel Castro.

Consultorías

Mario realizó varias consultorías internacionales: algunas fueron estimulantes y a ellas dirigió atenciones y entusiasmo.

Nicaragua. En las entrevistas ya citadas con el equipo de Historia Oral de la Fiocruz, Mario menciona su viaje a Nicaragua. En esa época, Sergio Arouca se encontraba allá como consultor internacional y Mario relata: “Nicaragua había llegado a un punto de desarrollo y organización, pero estaba con problemas para regionalizar. Entonces, Sergio me convoca para una asesoría de un mes. Pasé dos días leyendo políticas, organización, prioridades”. En agosto de 1981, ya en el país, como asesor de OPS, Mario se decidió a realizar un viaje por el interior del país para conocer la realidad de los servicios. Ante algunas objeciones de los técnicos locales, él les dice: “Vean, voy a hacer una profesión de fe inicial: estoy absolutamente consciente de lo que fue la dictadura de Somoza, de lo que significa la Revolución, de lo que es el discurso actual; a mí nadie tiene que convencerme de nada de esto. Van a disculparme, pero voy a ser riguroso con las críticas, voy a discutir lo que esté errado”. Imagino que las discusiones deben haber sido prolongadas pues él dice:

Ocurrían las mismas cosas que en Brasil. La declaración de políticas y prioridades es una cosa, la realidad concreta, operacional, era otra totalmente

diferente. Todo era organizado según programas verticales del Ministerio. Cuando volví a Managua, presenté el problema de cómo rearticular la planificación, pues en tanto no introduzcamos cambios en la periferia no vamos a tener posibilidad de operar en el centro. Mi contribución en Nicaragua: cómo redefinir determinadas líneas políticas y prioridades a través de los organismos de masa [descentralizando]. La primera experiencia de planificación regional se hizo en Estelí y después se repitió en otras regiones. Las políticas eran analizadas a nivel de la región. Allí se abrían los programas y se discutía en cada centro cuáles eran las capacidades y qué hacer.

Nicaragua siguió sus rumbos; Mario regresó a Brasil convencido, una vez más, de que es importante “formar para de aquí a un tiempo”.

Rosario, Argentina. La aproximación con el equipo de salud de Rosario se dio a través de varios canales: profesionales pertenecientes a los cuadros municipales participaron como alumnos en nuestro Curso Internacional de Planificación y Administración. Simultáneamente, existía un nexo con miembros de aquel equipo ligados a la Medicina Social, entre ellos Carlos Bloch, María del Carmen Troncoso y Susana Belmartino.

Desde 1991 hubo intercambios provechosos que desembocaron en proyectos de cooperación y en la realización de un programa docente de especialización en planificación del que participamos varios profesores de la ENSP, a lo largo de algunos años.

El apoyo de Hermes Binner, entonces secretario municipal, fue fundamental en el logro de avances importantes. Cabe mencionar la creación del Instituto Juan Lazarte en la sede de una antigua casona refaccionada, donada a la Secretaría por una ex paciente, por entonces ya fallecida. La inauguración ocurrió el 17 de octubre



17 de octubre, día de la inauguración del Instituto Juan Lazarte, Mario entre Hermes Binner y Carlos Bloch. Rosario, 1994.

de 1994, fecha simbólica, con “bombos y platillos”, al decir de Mario, que participó emocionado del evento.

Algunos años después, él se retiró del campo, pues ya, según decía, “el proyecto funcionaba con sus propias piernas”. Las personas con quienes compartió la experiencia continuaron siendo amigos memorables.

Buenos Aires. El “volver” siempre fue para Mario un ideal, ya siendo con el propósito de reencontrar amigos y familia, de recorrer las callecitas, frecuentar con nostalgia ciertos lugares, oír buenos tangos o, si cuajaba, realizar una de sus actividades preferidas: discutir cuestiones de salud.

Entre los meses de septiembre de 1997 y enero de 1998, colaboró, como consultor de la OPS, con la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLISS), para la elaboración de una propuesta de reconversión y fortalecimiento de la gestión institucional de diez institutos de ciencia y tecnología.

También en esa ocasión, el énfasis en los aspectos docentes y participativos fue una meta en la que Mario compartió sus intereses con dos profesionales que estimaba: Roberto Binsang y Federico Tobar.

Epílogo

Mario ha sido, indudablemente, una persona notable. Fue amado por sus seres queridos por su pasión, generosidad y solidaridad. Su paso por la Salud Pública dejó rastros indelebles por la fuerza de su obra.

Sus últimos años fueron marcados por una adhesión ilimitada a la Fiocruz, entremezclada por una cierta dosis de frustración y algunos arranques de optimismo.

De sus breves notas registradas para continuación de estas, sus memorias, rescato algunas frases que muestran su desencanto y esperanzas:

“La globalización casi llevó la solidaridad a la extinción.”

“Para subir, hay quienes desean que el otro no suba, en lucha desesperada por el poder.”

“Algunos perdimos en el camino los sueños grandiosos y nos refugiamos en preservar la indignación ante la injusticia, defender la libertad y los valores democráticos, pensando que no se conseguirá un mundo mejor, pero quizás sí, un mundo menos peor.”

“Es necesario cambiar esta sociedad alucinada por el poder, por lo material, por el éxito, y rescatar la solidaridad como valor fundamental para una vida más justa y menos agresiva”.

“Preservarla amistad, la mano extendida, la comprensión, el afecto, el calor que conquistamos en el largo transcurso de la docencia, en la formación de jóvenes, sea en el aula o en la vida cotidiana”.

“Hay que abrir espacios para las nuevas generaciones”.

Bibliografía

Biblioteca Virtual Sergio Arouca. <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/introducao.htm>

Fiocruz-Casa Oswaldo Cruz. Dalton Mario Hamilton. Depoimento ano 1987, Vol. I, II, III.

Hamilton, D.M.; Brito, J. “Análise estratégica e avaliação institucional da Fundação Oswaldo Cruz para qualificação como agência executiva”. Relatório final, enero 2000.

Hamilton, D.M.; Barro, J. “Análise estratégica e fortalecimento da gestão do Instituto de Tecnologia de Fármacos da Fundação Oswaldo Cruz”. Relatório Final, 2001.

Hamilton, D.M.; Brito, J. “Análise estratégica para estruturação da fundação de apoio da Fundação Oswaldo Cruz”. Enero 2002.

Ministério de Saúde, Fiocruz. “Congresso Interno Extraordinário. A Reforma do Estado e a Fiocruz”. Relatório Final, agosto 1995.

Homenajes

A los pocos días de su muerte, Mario hubiera cumplido 76 años. El 15 de agosto de 2008, para conmemorarlo, la Agencia Fiocruz de Noticias - Salud y Ciencia para Todos, publicó un texto de homenaje: “Mario Hamilton: una historia de dedicación a la Salud Pública”, de Edna Padrão. Traduzco y transcribo parte de su contenido y los testimonios de sus compañeros:

Personaje actuante en el proceso de democratización de la Fiocruz, el argentino Dalton Mario Hamilton, que murió el último 25 de julio, completaría 76 años este viernes (15/08). Investigador titular de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP) de la Fundación, ejerció actividades de investigación y docencia en el área de planificación en salud. Él ocupó los cargos de superintendente de Administración General, superintendente de Planificación, vicedirector de la ENSP y vicepresidente de Desarrollo Institucional.

La trayectoria de Mario Hamilton en la Fiocruz, además de muchas otras actividades, fue permeada por su actuación en el movimiento de la Reforma Sanitaria. Él afirmaba, en 1986, que aquel era el momento para llevar a la práctica las propuestas en el campo de la salud, aunque sabiendo que el camino a ser recorrido recién comenzaba.

Dalton Mario Hamilton, según sus amigos y colegas de trabajo, fue uno de los grandes nombres en la historia de la salud pública en Brasil. Un hombre de la planificación. Trajo modernas prácticas de gestión a la Fiocruz. Entre muchas actividades, actuó en sistemas de información en salud de Argentina, pasando por el interior de Minas Gerais y Pernambuco, hasta llegar a la Fiocruz, donde abrazó la causa de la Reforma Sanitaria Brasileña.

La dedicación al trabajo convivía con herencias de la infancia. No faltaron las actividades deportivas, como fútbol y básquet, ajedrez y cartas. Se consideraba casi un experto en esta última modalidad. Amante de la vida y de las grandes ciudades, Hamilton también era conocido por ser un eximio bailarín de tango.

Testimonios de compañeros de la Fiocruz

Mario era una fuerza de la naturaleza, inquieto, innovador, hacía todo con el corazón en la punta de la lengua. Formó centenas de sanitarios que hoy construyen cotidianamente el Sistema Único de Salud. Apasionado por el Brasil, aquí llegó y de aquí no más salió.

José Gomes Temporão
Ministro de Salud, 2008

Mario Hamilton, querido amigo que recientemente nos dejó, fue uno de mis principales maestros en salud, al lado de Sergio Arouca, Adolfo Chorny y Mario Testa. Desde que él llegó a Brasil, estuve a su lado. Mi primer contacto fue en el curso de Administración de Salud Materno-infantil, con Susana Badino, su eterna compañera, también a su lado en este curso, en 1975. Allá se van 33 años.

Después de eso, conviví todo el tiempo con mi inquieto amigo, algunos períodos de forma más próxima y otros, más distantes. Estuvimos muy juntos cuando fuimos vicepresidentes de la Fiocruz en la gestión de Morel y cuando él fue vicedirector en mi segunda gestión en la ENSP.

Más que admirar, me gustaba mucho convivir con la vivacidad y la inteligencia de Mario, las que fueron muy importantes para el desarrollo de la salud pública brasileña contemporánea. Él aportó contribuciones muy importantes para la organización de los servicios de salud del país y para la reforma sanitaria, así como para la Fiocruz, siempre al lado de su inseparable amigo Arouca.

Pero lo que más me causa nostalgia es el amor de ambos por el tango y su pasión por la vida, que transmitía en todo momento. Aprendí a gustar de la música porteña con mi padre, oyendo Radio Belgrano en una vieja Telefunken, en Río Grande, en las décadas de 1950 y 1960. Con Mario tuve largas y apasionadas conversaciones sobre esta música triste pero portadora de una extrema pasión en todo lo que canta. Como Mario, mi inolvidable y querido amigo.

Paulo Buss

Presidente de la Fiocruz, 2008.

“Querido”. Invariablemente comenzaba así su saludo. De la misma manera si la discusión pegase fuego, solo que entonces el “querido” que antecedía a toda frase, venía acompañado de una mano agarrando tu hombro y el rostro casi junto al tuyo. Solo faltaba pedirnos para bailar un tango. Pero esto era reservado a Susana y mostrado a los amigos en momentos muy especiales. Casi una ceremonia que comenzaba con la aproximación lenta de ojos en los ojos, un volteo tal cual una Verónica, dando tiempo para que se formara el círculo de los testigos del galanteo o acaso de la música. Pies y brazos a bailar y bailar, que me encanta bailar tango.

Treinta años pasaron desde su llegada a la Escuela Nacional de Salud Pública. Era básicamente incomprensible por la velocidad del habla y por el acento marcadamente porteño. Y, como si no bastara, tratando de hablar portugués. La velocidad del habla perdía ante la velocidad del raciocinio.

Mario Hamilton y Mario Testa fueron actuantes en la crítica al método CENDES/OPS, que Testa ayudó a formular. El objetivo de la planificación en salud es el cambio social, repetirían exhaustivamente en tanto experimentaban nuevos modelos metodológicos.

Montes Claros fue de enorme valor por los avances conseguidos. Después la propuesta de los Cursos Modulares de Salud Pública de la ENSP, la dirección del Departamento de Planificación, la vicedirección de la Escuela y luego la vicepresidencia de la Fiocruz entremezclando con otras muchas actividades junto a Arouca. Y, como su

compadre, entró en la fila antes de tiempo y nos dejó con el gusto de quiero más en los corazones.

Arlindo Fabio Gómez de Souza
Jefe de gabinete de la presidencia de la Fiocruz, 2008

Mario Hamilton era, por encima de todo, un gran amigo; convivimos durante mucho tiempo. Primero en la ENSP, después en la presidencia cuando Arouca era presidente y yo vice de Enseñanza.

Él se caracterizaba por la gran dedicación a los amigos. Profesional competente era el gran especialista en planificación en salud. Fue profe sor titular en la ENSP y más tarde, ya en la administración de Paulo Buss, ocupó el cargo de vicepresidente. Almorzábamos juntos frecuentemente y su conversación era inteligente y agradable. Argentino, vino a Brasil, donde se adaptó e hizo grandes amigos. Recuerdo que cuando tuve mi cirugía cardíaca él me visitaba, lo cual era motivo de gran satisfacción.

Mario deja una gran *saudade*. Jamás será olvidado por sus compañeros.

Luiz Fernando Ferreira
Ex presidente de la Fiocruz

Mario Dalton Hamilton tenía nombre inglés, pose de milonguero porteño y alma de carioca, mezcla traducida en un portuñol rápido, incomprensible mas elegante. Era un hombre inteligentísimo con agudo raciocinio matemático y abstracto. Apreciaba las cosas buenas de la vida con una sabia moderación, lo que le garantizó vivir (iy muy bien!) hasta los casi 76 años, fumando, bebiendo, comiendo mucho asado y disfrutando nochadas de póquer con los amigos. Mario Hamilton fue, sobretudo, amigo de Sergio Arouca, su gran consejero, su gran compañero, su hermano. Se admiraban y se apreciaban profundamente. Mario fue nuestro padrino de casamiento y también de nuestra hija mayor, Lara. Mas el casamiento y la ahijada eran parte del “paquete Arouca”, este sí su gran afecto.

Mario era un excelente planificador y profesor de Planificación aunque exigiera traducción simultánea. Fue imprescindible en mi formación de sanitarista. Era un atento crítico de las acciones gubernamentales incluso cuando (o hasta más aun) eran ejecutadas por amigos de larga fecha. Sus críticas y análisis se centraban en las consecuencias de las políticas y propuestas “en la base”, en los que aguardaban atención en los servicios de salud, en los enfermos, en los que precisaban ser priorizados en la atención a salud.

Mario nos llamaba a todas, de cualquier edad, “garota” y, en momentos de especial deferencia, “compañera”. Era una “figura”, como llamamos a aquellos que nos fascinan y que no conseguimos explicar. Pero para gustar no se requiere explicación. *Saudades*.

Sarah Escorel
Investigadora de la Fiocruz

Mario participó activamente de la creación del Núcleo de Estudios en Salud Colectiva (NESC) en la gestión de Arouca. Colaboró también al comienzo del SUS en Pernambuco, en el segundo gobierno de Miguel Arraes. Además, Mario fue fundamental en el primer Curso Descentralizado de Planificación para el Noreste, realizado en 1989 y 1990 con apoyo de la ENSP y de OPS. Posteriormente colaboró en jurados de tesis, disertaciones y concursos públicos. Siempre un colaborador excepcional con las iniciativas de la Fiocruz en Pernambuco.

Eduardo Freese

Director del Instituto Aggeu Magalhães,
Fiocruz, Pernambuco, 2008

Conocí a Mario Hamilton cuando él se unió al equipo de Arouca, en la histórica presidencia iniciada en 1985, cuando actué como vicepresidente de Investigación y director del Instituto Oswaldo Cruz. Nuestra relación y amistad se profundizaron cuando lo invité a asumir una vicepresidencia en mi gestión (1993-1997) y pude entonces convivir de cerca con él durante todo ese período. Inteligencia brillante e irreverente, no fue inicialmente bien aceptado por la comunidad donde yo me originara, más volcada hacia la investigación biomédica (llegué a ser llamado “traidor” por haberlo invitado, pues Mario sería miembro de “otra tribu”). Nunca me arrepentí, al contrario.

Eran siempre intensas las reuniones de presidencia que realizábamos todos los lunes a la mañana, en particular porque Mario estaba siempre dispuesto a un contrapunto o a llamar nuestra atención para algo cuya importancia no habíamos percibido o, si no, como desconfiábamos, simplemente para irritar nuestra paciencia, una manera suya de decir que era hora de acabar la reunión. Pero su mente veloz, su raciocinio súper rápido y su capacidad de olfatear desde simples zancadillas hasta potenciales problemotes y conflictos a nuestro acecho, seguramente libraron a la Fiocruz de muchas crisis.

Pero mucho más que olfateador de problemas, Mario actuó como un planificador competente, un constructor serio y un estratega brillante con quien mucho aprendimos. Solo que no conseguimos devolverle el aprendizaje enseñándole a hablar portugués correctamente (siempre nos llamaba para tomar un “whirrrrky”), a ser políticamente correcto y a dejar de fumar (dueló públicamente con el director de la OPS que nos visitaba y osó reclamar por su cigarrillo).

Fuera de la Fiocruz era de una alegría única, sea bailando tango con Susana, su amor de toda la vida, sea reuniendo amigos en su casa los 31 de diciembre, o recibiéndonos en el delicioso “Clan Café”, que muchas veces se transformó en “point” de la Fiocruz. Salió de esta hacia la otra vida de la misma manera que vivía y actuaba: rápido, sin indecisiones. Tal vez mejor para él, pero mucho más doloroso para sus colegas y amigos que aún lo ven bailando tango o pidiendo el fuego que nunca traía, para encender el cigarrillo que nunca dejaba de fumar.

Carlos Morel

Director del Centro de Desarrollo
Tecnológico en Salud de la Fiocruz, 2008

De Mario recuerdo cómo lo conocí más de cerca: era profesora iniciante del curso de especialización en Salud Pública de la ENSP y juntos llevamos a los alumnos para conocer y trabajar en el proyecto Montes Claros que se desarrollaba en las ciudades ribereñas del río San Francisco, en Minas Gerais, en la década de 1980.

Siempre alegre, bien dispuesto y aporteñado, Mario nos dejó temprano y perplejos, porque recientemente lo vimos bailando tango con Susana, con la misma jovialidad y seducción con las que siempre bailaban, en la memorable fiesta de su cumpleaños. Impresionante, como aquella fiesta en la que él reunió a todos los hijos, nietos, parientes y amigos y que fue, de hecho, una despedida que guardaremos como la imagen de caballero elegante que Mario siempre tuvo.

María do Carmo Leal

Vicepresidente de Docencia, Información y
Comunicación de la Fiocruz, 2008

Como todo gran hombre, tenía sensibilidad y un sentido de responsabilidad, no solo para el colectivo sino también para quien trabajaba próximo a él. A pesar de la tristeza que deja su partida, esa, su marca, permanece entre nosotros como recuerdo y ejemplo de afirmación de vida.

Mónica Rolo

Psicóloga, compañera de Mario en el CEBES y en la ENSP

Mario Hamilton fue de las personas más estimulantes que conocí. Entre muchas otras cualidades me gustaría destacar dos: su coraje de ser verdadero y directo, siempre pensando en el mayor bien público e independientemente de las relaciones personales, y su abertura de pensamiento para enfrentar lo nuevo y para reflexionar e implementar nuevas ideas. Mi convivencia con él fue muy instigadora y placentera. Además, su asado era inigualable, tanto por el arte como por la compañía.”

Carlos Gadelha

Vicepresidente de Producción e
Innovación en Salud de la Fiocruz, 2008

Así es, mi querido Mario Hamilton. Toda la vida yo pronuncié tu nombre así: “¡Ráilton!” Adquirí esto desde los tiempos de Uruguay, cuando aprendí a hablar y escribir en tu lengua de origen. Nada de esa manía abrigada de llamarte Amilton. Esta costumbre hasta hoy suena “exquisita” a mis oídos (aquí en el sentido de feo que, en portugués, damos a esa palabra).

Ahora, siento cierto embarazo cuando pienso que tantas personas acompañaron nuestra tumultuosa convivencia profesional, desde 1978, en la ENSP, en la extinta SUPIAN (Superintendencia de Planeamiento), en la Fiocruz. Respeto el hecho de que muchas de nuestras divergencias no han sido triviales, más me reconforta pensar que por ser ambos tremendamente temperamentales, fue más por tozudez

que tantas veces nos sumergimos en situaciones críticas, isin de ellas conseguir salir ilesos! ¡Qué bueno que con el pasar de los años nuestros desencuentros terminaron! Y pasamos a contabilizar solo los buenos recuerdos, como los muchos momentos de solidaridad que tuvimos uno con el otro, el amigo común especialísimo, las fiestas, las milongas bailadas como solamente un rioplatense es capaz! Dijimos adiós para siempre, sin saberlo, en diciembre de 2007, en aquella librería de Copacabana. Fuiste para homenajearme, claro, pero sé que no perderías por nada el lanzamiento de un libro sobre el amigo compartido. ¿Y por qué no reconocer de una vez, disputado? ¡Imagina! Me hizo tanto bien rever y abrazarte a ti y a Susanita...Y qué bueno, ¡aún nos vimos capaces de reír y celebrar la vida! “Gracias a la vida, que me ha dado tanto, me ha dado la risa y me ha dado el llanto”.

Marilia Bernardes Marques
Investigadora de la Fiocruz

En estos más de 30 años de convivencia, Mario siempre fue una referencia para mí. Referencia de profesional sin recelo de enfrentar con aparente simplicidad los problemas más complejos; referencia de valores y convicciones que defendía sin concesiones; referencia de jefe de familia de las más unidas que conocí; referencia de “*bon vivant*”, amante intransigente de las cosas buenas de la vida; referencia de vitalidad, siempre con un nuevo proyecto; referencia de tantas otras cosas, pero, arriba de todo, referencia de solidaridad y amistad, aquel con quien siempre se puede contar. Con tantos recuerdos que dejó en tantas generaciones que los cultivarán por muchos años, tal vez no sea totalmente equivocado pensar, como siempre pensamos, que Mario fuera inmortal.

Alberto Pellegrini Filho
Secretaría Técnica del CNDSS/OPS

Conocí a Mario Hamilton cuando ingresé en la ENSP en 1985. En la ocasión, él trabajaba en el sector de Planificación de la presidencia de Arouca. Pasado ese tiempo, volvió a la Escuela donde discutíamos, sobre todo, la reforma sanitaria brasileña. Inicialmente tuve mucha dificultad de aproximación con Mario, pues, recién llegada, no formaba parte de una larga historia de política de salud, en la que su personalidad fuerte se hacía notar. Sin embargo, el tiempo me hizo admirarlo y reconocer en aquel hombre trazos vigorosos, contundentes, enérgicos y francos, alguien con mucha riqueza de pensamiento, de sentimientos y de capacidad de proyectar el bien común.

Después que salí de la vicepresidencia hablamos poco. Pero el aprecio por este hombre fuerte y amoroso forma parte de las experiencias de vida. Al mismo tiempo, siempre admiré y aplaudí la forma cariñosa y admiradora con que convivía con Susana, su compañera de tangos y sambas y su “*elan*” por la vida y la calidad de la vida. Finalmente, considero que Mario Hamilton es de esas personas que no

precisan de artificios para ser recordadas: sus recuerdos impregnan los lugares por donde pasó y las personas con quienes convivió.

Cecilia Minayo

Investigadora de la Fiocruz

Mario Hamilton es de aquellos hombres cuya presencia se nota por la cantidad (y calidad) de espacios que abrió. Hoy, él no está más; otros pueden “estar por él”, aún.

João Canossa

Editor ejecutivo de Editora Fiocruz, 2008

Mario siempre fue un “rebelde” y tuvo un papel importantísimo en la democratización de la Fiocruz. Su muerte me dejó un gusto amargo de soledad por la pérdida de un gran compañero que, por encima de todo era corajudo, osado y coherente.

Ilma Noronha

Directora del Instituto de Comunicación e Información
en Ciencia y Tecnología de la Fiocruz, 2008

Mario Hamilton significa, para mí, el principal actor de la concepción y práctica de la gestión democrática y participativa y de las directrices actuales y principios que buscan orientar la Fiocruz. Es exactamente en él que podemos encontrar la síntesis perfecta de formulación teórica y de acción práctica de las cuales la democracia es forma y contenido simultáneamente. Pues Mario, como gran maestro que era, nos enseñaba a comprender y actuar en busca de una democracia efectiva, en la que la primera exigencia es estar permanentemente formulando y polemizando, respetando, por encima de todo, la radicalidad del debate de ideas y proyectos. La praxis de Mario queda demostrada: no hay democracia, de hecho, participativa, sin polarización, divergencia, conflicto, defensa de propuestas claras y explícitas y, principalmente, mucha pasión. Y en esto, Mario era un crack.

André Malhão

Director de la Escuela Politécnica
de Salud de la Fiocruz, 2008

Acogedor, elegante, impetuoso, encantador. Politizado, agregador y muy presente. Hasta en la vida de aquellos que no convivían con él tan de cerca todos los días. Su mayor legado: dignidad de sus sucesores combinada con una generosidad innata. Felices de nosotros que tenemos la suerte de disfrutar de la amistad de personas tan queridas. Viva Mario y viva la familia que él y Susana constituyeron.

Vanesa Tavares

El profesor Dalton Mario Hamilton será siempre recordado por su competencia en el área de planificación en salud, habiendo sido maestro de muchos dirigentes y sanitaristas que hacen la historia de la salud pública en el país. Profesional comprometido con el desarrollo del sistema de salud de nuestro país, actuó y colaboró en varios frentes de trabajo, en importantes programas de formación y en muchos proyectos en varios gobiernos que trajeron enseñanzas importantes para la construcción del SUS, colaborando activamente con su gran amigo Sergio Arouca en las diversas instancias en las que este se empeñó.

En el proceso de reforma sanitaria estuvo presente permanentemente y, aun como dirigente, ayudó en la construcción de la Fiocruz que hoy tenemos. Además, recientemente y ya jubilado, fue dirigente de la ENSPTEC, habiendo conducido su transformación en FIOTEC.

Aun en los días actuales estuvo siempre atento y actuante en los procesos políticos y de salud pública en nuestro país.”

Directorio de la FIOTEC

Recuerdo muchos episodios, algunos hilarantes, otros odiosos, porque Mario era de aquel grupito selecto de la Fiocruz que usted ama u odia, no existe término medio. No parecía una tarea fácil sustituir al secretario del director de la ENSP durante las vacaciones, ¡imagine hacerlo cuando el vice era el “famoso argentino” Mario Hamilton!

Un buen día le entrego la correspondencia del entonces procurador de la Fiocruz, comunicándole a Mario que debería comparecer a una audiencia en el Consejo Regional de Administración para defenderse en el proceso por haber ocupado el cargo de superintendente de la SUPIAN sin tener formación académica de administrador. Bien, fue una lluvia de palabrotas embalsadas por la sangre que parecía querer saltar de sus venas. Resumió con una orden: “Haga la respuesta diciendo que no voy a ningún p... lugar, porque no pedí ocupar ese cargo; ¡entonces que ellos se arreglen!” Después de algunos minutos, concluyó, más calmo: “pero vea, Bena, digo todo eso porque yo estoy p..., pero hágalo respetuosamente”. Tarea ardua, ¿no?

A la mañana siguiente, temerosamente, entrego la minuta a Mario que, colocando la carta sobre la mesa, juntó las manos en un aplauso rápido y dijo: “felicitaciones garota, es exactamente lo que yo quería decir”, y, sin cambiar una coma, firmó. Reconocimiento que me llenó de orgullo y transformó el documento en mi “obra prima administrativa” en 25 años en la función.

Mario era esa mezcla de jefe exigente, rezongón, pero que valorizaba y respetaba la función de la secretaria, una traducción perfecta de “icada mono en su rama!”

Ebenézer Ribeiro

Ex secretaria de Mario

Hablar de Mario siempre me emociona. En los años que trabajamos juntos, fueron numerosos los episodios, pero, como este fue uno de los primeros, los siguientes

solo vinieron a reforzar mi admiración por él. Él presidía el tercer Congreso Interno de la Fiocruz y, el día del plenario final, un documento que debería ser entregado a los delegados después del almuerzo no estaba listo pues el operador de la máquina Xerox había desaparecido. Mario, muy furioso, gritaba, insultaba, y, como solo estábamos yo, él y Paulo Gadelha, la bronca solo podía ser mía, pues era la secretaria. Después de mucha correría, el bendito documento fue distribuido.

Al finalizar el plenario, durante los agradecimientos, Mario pide una salva de aplausos para la secretaria. Yo, que estaba ofendida, quedé sin palabras. La elegancia de Mario en las demostraciones públicas de reconocimiento profesional, los pedidos de disculpas a su estilo, siempre se diferenciaron. Con el pasar de los años, la admiración, el cariño y el respeto mutuo solo crecieron y nos tornaron grandes amigos, lo que para mí fue un privilegio y es eso que siempre me confortará cuando lo recuerde.”

Marli Ganime

Ex secretaria de Mario

Mario es el propio tango en la expresión de amor. Arrebatador, nunca dejó pasar de lejos un afecto sincero, una mano amiga, un cariño apretado. Inquieto, tenía mirada fotográfica para captar cualquier expresión de alguien, en un auditorio repleto. Mario percibía a las mujeres como nadie, sin nunca olvidarse de su gran amor: Susana. Decía cuando uno engordaba, adelgazaba, cuando cortaba o teñía el cabello, si estaba con ropa atrayente o no. Mas su reina siempre fue Susana.

Bajo la batuta del amor, crió el clan Hamilton y el Clan Café, donde reunió millones de amigos con la mayor alegría del planeta. Todo incendiaba con buena música, excelentes comiditas y la pareja más feliz que conocí en mi vida, con los hijos más cariñosos.

Mario y Susana, imposible separar. Y, ¿por qué no? Mario no murió. Ya se reunió con San Pedro y tomó varios whiiiiiskys con todos los ángeles. Mario se esparció, encantó, tomó el micrófono y dio alerta: “El sentimiento que se esparce por los campos derrumbando cercas es la pasión. Vamos, niñita, arriba” (Caetano Veloso).

Cristina Tavares

Coordinadora de Comunicación

Social de la Fiocruz, 2008

De amigos muy queridos

Queridos amigos del póquer: Desde donde esté, nuestro maestro Mario, se debe estar riendo de nosotros. Nos aprontó el gran “blef” de la vida y nos dejó pagando. A lo largo de los años, en cada encuentro, en el mayor disfrute de la vida, acabó por hacernos creer que él era inmortal.

Apostamos todo a la increíble energía vital que nos brindaba, generosamente, en su propia casa, junto a su querida mujer. En esto, ganamos todos; nos enseñó que

lo mejor de la vida está, simplemente, en compartir los buenos momentos con los amigos.

Se fue llevando toda su auténtica apuesta y dejando para nosotros la dura tarea de arreglar las fichas y los sentimientos.

Mario no era, ciertamente, una persona simple. Al contrario, movido por una pila que parecía inacabable, nos confrontaba con contradicciones que serían insolubles para la mayoría de los mortales.

¿Cómo entender, por ejemplo, que el tamaño de su generosidad consiguiese contener el tamaño no menor de su ego? No le gustaba ni un poco perder, entre tanto daba lo esencial gratuitamente: su inolvidable alegría de vivir, su mejor carne, su vino. Esto sin hablar de los divinos banquetes, literalmente, que Susana nos ofrecía, que era aplaudida por nosotros, pero, ciertamente, sentía también que era una dádiva de él.

Agitado hasta la exasperación, al mismo tiempo nos transmitía la soberana calma de los verdaderos emperadores.

Además, ustedes deben recordar que nosotros supimos reconocer esta soberanía de emperador que Marito sabía tener, grabando el reconocimiento en una placa de bronce, junto con la caja de fichas con que agasajamos al maestro con cariño.

Él adoraba mostrar esta placa con la dedicatoria y yo imagino que hubiera gustado llevarla para siempre con él.

“Megalo” pero solidario como pocos, se tenía en alta cuenta pero se podía contar siempre con él. Reíamos bastante de su mandonismo explícito, pero siempre listos a darle la razón. Parecía hasta que la razón, obediente, nunca le faltaba, porque el saber que él gustaba ostentar era el saber de la pura experiencia y no apenas el saber que viene de los libros o de las escuelas. Además, en el desfile de los mayores, Mario era un verdadero maestro de escuela, sumando el ritmo del samba brasileño con la elegancia del tango porteño.

Dicen que en una mesa de póquer es el último lugar donde se debe procurar la bondad humana y Mario, ganador que era, firmaría esta sentencia sin pestañear. Sin embargo, la autenticidad lo colocaba a resguardo de cualquier vulgar hipocresía... incluso cuando mentía en el juego.

Fue así que nos engañó, para nuestro infortunio, con su supuesta inmortalidad. ¿Qué haremos ahora, mis hermanos? ¿Quién nos convocará para disfrutar los mejores momentos de la vida?”

Eduardo “Dito” Losicer

Cuando Alicia me llamó por la mañana del viernes 25 de julio para decirme que tenía una mala noticia le pregunté: ¿quién? Cuando me lo dijo no me puse a llorar, porque no lo podía creer. Por varias razones, entre ellas porque habíamos estado varias horas juntos tres semanas atrás, poniéndonos al día, conversándonos alguna botella de vino, queriéndonos como siempre, con Susy, con Asia.

Pero esa no era la razón principal, sino que no podía pensar que una de las personas más vitales que he conocido, con más alegría de vivir y de inspirar a otros para

vivir y gozar de la vida, pudiera dejarnos así, sin el más mínimo aviso de lo que todos sabemos que puede, que tiene que acontecer en algún momento, porque te sabemos que ese es el trato, que la muerte no es lo otro de la vida sino parte propia de ella, y que el dolor de ahora es parte de la felicidad de entonces.

Mario Hamilton murió Como vivió, sorprendiéndonos a todos con una de esas piruetas a las que nos tenía acostumbrados pero que siempre aparecían como una novedad, con esa increíble carga de creatividad que era su sello de garantía.

He conocido solo tres personas que tuvieron la creatividad de Mario para enfrentar situaciones difíciles y conflictivas, Pero él era superlativo en esto. Su capacidad para resolver problemas lo hacía imprescindible a la hora de conseguir que algo que parecía imposible pero necesario, lo llevara a identificar con claridad que había que cambiar las reglas del juego.

Nos conocimos, creo recordar, allá por 1970, tal vez antes, en ocasión de la realización de la Encuesta de Salud, promovida por el Ministerio de Salud de la Nación, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires y la Organización Panamericana de la Salud de la que yo era funcionario en aquel momento. Desde entonces nuestras vidas fueron paralelas, en el afecto, en el trabajo, en el compromiso militante.

Era una mezcla de amor, trabajo y compromiso, articulados con un insólito espíritu lúdico que atravesaba todo su quehacer. Disfrutaba como nadie todo lo que hacía, cualquiera fuera el ámbito donde lo desarrollara. Porteño como nadie, el tango, el billar, los juegos de cartas, lo encontraban siempre dispuesto y casi nunca era posible superarlo.

Sus contribuciones para la salud pública latinoamericana son históricas y ameritan una reflexión mayor. El terreno principal de sus actividades fue Brasil, en especial en la Fundación Oswaldo Cruz, tanto en la Escuela Nacional de Salud como en la Superintendencia Administrativa de la Fundación, aunque no es menor lo que aportó en nuestro país, donde siempre soñé con verlo a cargo del Ministerio de Salud Pública.

Su amor por Susana Badino fue permanentemente renovado a lo largo de los muchos años que convivió con ella, que lo acompañó hasta el final. Viajeros infatigables, era la oportunidad para preservar su envidiable reciprocidad amorosa.

Compartimos muchos trabajos, tristezas y alegrías aquí en Buenos Aires, en Río de Janeiro y en Caracas y siempre aprendimos uno de otro hasta no saber quién había pensado qué cosa. Lo que escribí acerca de salud es tanto suyo como mío.

Fue el hermano menor que no tuve y uno de los hombres que amé en mi vida.

A pesar de haber pasado la mayor parte de su vida profesional en Brasil, terminó regresando a Buenos Aires y hoy celebramos una ceremonia mágica que parecía inventada por él y me convencí de que estaba ahí, junto a todos nosotros, cuando brindamos por él.

Al arrojar sus cenizas al río que lo vio nacer, me convencí de que ya no estaba y pude llorar.

Mario Testa

Buenos Aires, martes 5 de agosto de 2008
(Publicado en la revista *Salud Colectiva*, volumen 4, número 3,
septiembre-diciembre 2008. Argentina)



Medalha de Mérito Oswaldo Cruz

El 18 de noviembre de 2009, Mario Hamilton fue homenajeado (post mortem) en Brasilia con la Medalla de Mérito Oswaldo Cruz en la categoría Oro. Le fue concedida por medio de decreto del presidente de la República Luis Inácio Lula da Silva en reconocimiento a los relevantes servicios prestados a la salud pública brasileña.

Tenho a honra de comunicá-lo(a) que o Excelentíssimo Senhor Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, em reconhecimento aos relevantes serviços prestados à saúde pública brasileira, concedeu, por meio de Decreto, ao Senhor Dalton Mario Hamilton (*post mortem*) a **Medalha de Mérito Oswaldo Cruz**, na categoria **Ouro**.

A solenidade de outorga será realizada no dia 18 de novembro de 2009, quarta-feira, às 19 horas, na abertura da 9ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças – Expoepi, no Auditório Star Hall, do Golden Tulip Brasília Alvorada (antigo Hotel Blue Tree), localizado no SHTN, Trecho 1, Conj. 1B, Bl. C, Brasília — DF.

A confirmação de sua presença poderá ser efetuada pelo telefone (61) 3315-2554, fax (61) 3315-2863 ou e-mail: cerimonial@saude.gov.br, até o dia 10 de novembro de 2009.

José Gomes Temporão
Ministro de Estado da Saúde




Ministério
da Saúde





*Mario con todos sus hijos y nietos, en su casa,
al cumplir 75 años. Río de Janeiro, 2007.*



Este libro no es un informe de investigación sino el relato de una vida apasionante, pero incluye un minucioso informe de acciones en el terreno de la salud desde el punto de vista organizativo y administrativo, que son un aporte fundamental para la comprensión y el desarrollo de esas actividades en América Latina, en particular, en Brasil y Argentina.

La actividad educativa de Mario no se limitaba al aula. También en su tarea de administrador y organizador enseñaba y transmitía saberes y prácticas. Prueba de ello son desde los remotos tiempos de la encuesta de morbilidad en Argentina hasta los multitudinarios congresos internos de la Fiocruz, donde su presencia era un estímulo permanente para que todos los funcionarios, de cualquier nivel, pensarán con fervor militante los procesos de la actividad.

Toda su vida fue eso que postulé como la forma de incorporación de los descubrimientos que se realizan en las disciplinas que forman parte de las ciencias sociales. Esos productos no se incorporan a las prácticas profesionales mediante lo que es habitual en las ciencias fácticas —la incorporación tecnológica— sino a través de lo que llamé la militancia sociopolítica del científico social, de la que es un ejemplo —otra vez— paradigmático, el recorrido profesional de Mario.

El compromiso militante de Mario era permanente, desde los tiempos de los equipos político-técnicos en Argentina, hasta la solidaridad política en el exilio primero y ya incorporado en plenitud a la vida brasileña, desde donde irradió ese compromiso hacia los diversos movimientos que luchaban con la consigna de la salud como deber del Estado y derecho del pueblo (CEBES, ABRASCO, el “partido sanitario”), y el permanente intento de una práctica centrada en la creación de un Servicio Único de Salud.

Mario Testa

Fragmentos del prólogo titulado “Una vida de novela”

ISBN 978-987-4937-96-4



9 789874 937964