

Terminar por lo que se debía empezar: trayectoria de Carlos Alberto Alvarado

Ending where one should have begun: the trajectory of Carlos Alberto Alvarado

Hugo Spinelli¹

¹Doctor en Salud Colectiva. Investigador, Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina.  

RESUMEN Este ensayo histórico reconstruye la trayectoria de Carlos Alberto Alvarado (1904-1986) para analizar las transformaciones del pensamiento y de las políticas sanitarias argentinas durante el siglo XX. Desde una perspectiva histórico-interpretativa basada en el concepto de trayectoria de Pierre Bourdieu, el trabajo se aparta de una reconstrucción biográfica lineal para situar la actuación de Alvarado en las relaciones entre procesos sociales, instituciones, disputas científicas y contextos políticos que configuraron el campo de la salud de la época. El análisis se apoya en fuentes documentales primarias y secundarias, publicaciones, archivos institucionales y testimonios, abordados de manera relacional y contextual. A lo largo del recorrido se examinan la lucha contra el paludismo, los vínculos con figuras como Guillermo Paterson, Salvador Mazza y Carlos Chagas, la crítica a la transferencia acrítica de modelos sanitarios europeos y la progresiva incorporación de una comprensión social de las enfermedades. El trabajo muestra cómo las intervenciones impulsadas por Alvarado desplazaron el eje desde una medicina centrada en el hospital y el control de la enfermedad hacia estrategias territoriales, preventivas y comunitarias, anticipando principios que décadas más tarde serían retomados por la atención primaria de la salud. Finalmente, el artículo sostiene que la trayectoria de Alvarado permite comprender las tensiones entre modelos biomédicos, determinación social de la salud y procesos de colonialidad del conocimiento, reivindicando la necesidad de interpretar los problemas sanitarios desde las particularidades históricas y territoriales de América Latina y la decolonialidad de los saberes.

PALABRAS CLAVES Paludismo; Política de Salud; Política Pública; Desigualdades en Salud; Territorio Sociocultural; Argentina.

ABSTRACT This historical essay reconstructs the life trajectory of Carlos Alberto Alvarado (1904-1986) to examine the transformations of health thought and health policies in Argentina throughout the twentieth century. Drawing on a historical-interpretive approach grounded in Pierre Bourdieu's concept of trajectory, the article moves beyond a linear biographical reconstruction to situate Alvarado's work within the interplay of social processes, institutions, scientific controversies, and political contexts that shaped the health field of his time. The analysis is based on primary and secondary documentary sources, publications, institutional archives, and personal testimonies, examined through a relational and contextual perspective. It explores Alvarado's contributions to malaria control, his intellectual and professional connections with Guillermo Paterson, Salvador Mazza, and Carlos Chagas, his critique of the uncritical transfer of European public health models, and his gradual incorporation of a socially grounded understanding of disease. The article shows how Alvarado's interventions shifted the focus from a hospital-centered, disease-oriented model of medicine toward territorial, preventive, and community-based strategies, anticipating principles that would later become central to primary health care. Finally, it argues that Alvarado's trajectory provides a privileged lens through which to understand the tensions between biomedical models, the social determination of health, the coloniality of knowledge, and the need to interpret health problems in light of the historical and territorial specificities of Latin America, while affirming the relevance of the decoloniality of knowledge.

KEYWORDS Malaria; Health Policy; Public Policy; Health Inequities; Sociocultural Territory; Argentina.

Introducción

“Aquellos que no pueden recordar el pasado están condenados a repetirlo”.
George Santayana (1863-1952)

El título de este artículo no es una estrofa perdida de la canción de María Elena Walsh “el mundo del revés”; ni tampoco un homenaje al Indio Solari que en su canción *Encuentro con un ángel amateur* tiene un verso que dice: “Empiezo por el final Terminaré en el principio”; sino que es una expresión que utilizó Carlos Alberto Alvarado (1904-1986) en la década de 1960, para sintetizar su propia trayectoria profesional en el campo de la salud: desde las estructuras centrales de los ministerios, el empezar; a los territorios, el terminar⁽¹⁾.

Esa frase, señala la importancia del trabajo territorial junto a las comunidades, a la vez que reflexiona críticamente sobre las formas organizativas dominantes en el campo de la salud⁽²⁾, que permanecen centradas en la institucionalidad hospitalaria, que la mayoría de las veces es la única oferta pública; problema que mantiene total vigencia, no solo en Argentina, sino en la mayoría de los países⁽²⁾. A pesar de que las evidencias científicas avalan la importancia de los centros de salud en los territorios, los hospitales siguen siendo la primera opción por “hegemonía institucional”, que no necesariamente es sinónimo de calidad de atención.

La frase acuñada por Carlos Alvarado, “terminar por lo que se debía empezar”, indica la potencia de los territorios, la cual fue evidenciada por la epidemiología aplicada a los servicios y sistemas de salud, que postuló Jeremiah Morris (1910-2009), y que verificó empíricamente Kerr White^(3,4). Esa potencia de los territorios también fue constatada por las ciencias sociales, señalando que muchos de los problemas de salud se resuelven con eficacia por fuera de las instituciones sanitarias a través de la autoatención, la familia o el grupo doméstico, las medicinas tradicionales, o las medicinas naturales^(5,6,7,8,9). Al análisis anterior podríamos sumarle los resultados del Informe Lalonde del año 1974, en el que se postula que la salud de una población depende de cuatro grandes determinantes estructurales: estilo de vida; medio ambiente, biología humana y la atención médica; pero a pesar de que la atención médica solo influye en un 11% de la mortalidad de la población, recibe el 90% de los recursos financieros destinados a salud^(10,11,12). Es evidente que hay más que suficientes “evidencias científicas” para pensar y discutir la frase de Alvarado que titula este trabajo.

No es nuestro propósito negar la medicina científica, sino señalar sus limitaciones, y advertir sobre los procesos de medicalización de la cuestión social, para lo cual la medicina se ha transformado en un dispositivo de control que define lo “normal” y “lo patológico”⁽¹³⁾. El devenir de las instituciones del campo de la salud fue atravesado por el ejercicio liberal de la profesión, el afán

de lucro y el control social, por ello se negó la importancia del trabajo territorial y de los centros de salud.

Los descubrimientos de los gérmenes por Louis Pasteur⁽¹⁴⁾ posibilitaron el surgimiento de la medicina científica, la que construyó en pocas décadas una hegemonía que, en su devenir, sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XX, transformó al campo de la salud en un mercado de muy alta rentabilidad económico-financiera, con una progresiva deshumanización y medicalización de la vida cotidiana^(15,16,17,18), a través de la conformación del complejo médico industrial^(13,19,20,21,22).

En ese contexto nos proponemos recuperar del olvido la trayectoria de Carlos Alberto Alvarado (1904-1986), sobre el cual, en 1967, Arturo Jauretche en su libro *Los profetas del odio*⁽²³⁾ se preguntaba ¿quién es Alberto Alvarado?, y orientaba a los lectores:

“Si Ud. quiere conocerlo personalmente tendrá que viajar hasta Lozano, allá, camino a la Quebrada de Humahuaca, donde es propietario de un pequeño “motel” que le ofrecerá su hospitalidad. Es muy posible que la gran prensa llegue a hacerlo famoso como hotelero: ¡más difícil es que lo propicien para el Premio Nobel o para la Academia de Ciencias!”⁽²⁴⁾

También Norberto Galasso, rescata a Alvarado, incluyéndolo entre “los malditos de la historia argentina”, caracterización que utilizó para quienes fueron excluidos o sus logros minimizados, debido a que denunciaban cuestiones coloniales, raciales, y discriminatorias dominantes, que aún siguen vigentes⁽²⁵⁾.

Metodología

Este trabajo se inscribe en una perspectiva histórico-interpretativa y recupera el concepto de “trayectoria” desarrollado por Pierre Bourdieu, quien la define como una

“...serie de las posiciones sucesivamente ocupadas por un mismo agente (o un mismo grupo) en un espacio en sí mismo en movimiento y sometidos a incesantes transformaciones”⁽²⁶⁾

Desde esta perspectiva, la trayectoria de Carlos Alvarado no es concebida como el recorrido individual de un personaje excepcional, sino como una construcción histórica producto de la intersección entre procesos sociales, instituciones, disputas intelectuales y relaciones de poder que configuraron las posibilidades de su actuación.

En consecuencia, el objetivo no consiste en elaborar una biografía de carácter laudatorio ni en reconstruir cronológicamente los acontecimientos de su vida, sino en comprender las condiciones históricas, políticas e institucionales que hicieron posible su producción intelectual y su intervención en el campo sanitario.

El análisis procura situar a Alvarado en el entramado de actores, instituciones, debates y procesos que precedieron, acompañaron y resignificaron su actuación, atendiendo a las transformaciones del propio campo de la salud en Argentina durante el período estudiado.

La construcción del corpus documental se realizó a partir de fuentes primarias y secundarias provenientes de distintos repositorios documentales. Se consultaron materiales conservados en la Biblioteca Nacional “Mariano Moreno”; la Biblioteca Central “Juan José Montes de OCA” de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires; la Biblioteca “Rafael y Marcelino Herrera Vegas” de la Academia Nacional de Medicina; y el Centro de Documentación y Archivo Pensar en Salud (CeDoPS) del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús. Asimismo, se incorporó el conjunto de entrevistas audiovisuales realizadas en el marco de la investigación *Sistema de Salud de la Provincia de Neuquén*, junto con comunicaciones personales mantenidas con familiares de Carlos Alvarado, docentes e investigadores de la provincia de Jujuy y profesionales de la salud de la provincia del Neuquén.

Las diferentes fuentes fueron analizadas de manera relacional y contextual, procurando poner en diálogo documentos institucionales, publicaciones, testimonios y registros históricos para reconstruir los procesos sociales en los que se inscribió la trayectoria de Alvarado. Más que verificar datos aislados, el análisis buscó identificar continuidades, rupturas, disputas y desplazamientos en los modos de comprender las acciones llevadas a cabo, atendiendo a las tensiones entre diferentes racionalidades, actores e instituciones. En este sentido, los acontecimientos fueron interpretados como parte de procesos históricos más amplios que tensionan y, al mismo tiempo, consolidan dicotomías propias de la modernidad –como lo individual y lo colectivo, lo natural y lo social, o lo privado y lo público–, evitando asumir las como categorías dadas para analizarlas en su producción histórica.

Infancia y juventud

Carlos Alvarado nació el 4 de noviembre de 1904 en San Salvador de Jujuy, en el seno de una familia de clase media^(1,27). Su madre, María Tránsito Romano, murió cuando él tenía cuatro años, entonces su padre, Roque Teodoro Alvarado, lo dejó al cuidado de su tía Jacoba, a quien Alvarado siempre recordó como su segunda madre.

Su primera infancia transcurrió en contacto directo con la naturaleza. A los ocho años ingresó en la Escuela Normal “Juan Ignacio Gorriti”, para luego continuar sus estudios secundarios en el Colegio Nacional “Teodoro Sánchez de Bustamante”, ambos de su ciudad natal^(1,27). Esas primeras etapas de su vida transcurrieron con fuerte presencia de pueblos originarios, que eran explotados y discriminados, y con crecientes grupos de

migrantes provenientes de diferentes países de Europa. En ese contexto, el paludismo, entre otras enfermedades infecciosas, constituía un grave problema de salud, no solo en la provincia de Jujuy, sino en buena parte del norte de Argentina y de varios países de América Latina.

En el año 1912, se sanciona la Ley 8871 o Ley Sáenz Peña, que estableció el sufragio secreto, obligatorio y universal para varones mayores de 18 años. Su aplicación desterró el fraude sistemático del régimen conservador, permitiendo el triunfo democrático de Hipólito Yrigoyen como presidente, en 1916. Yrigoyen se proponía una “reparación nacional” con reformas sociales y educativas, en un país con muy fuertes desigualdades sociales.

Una parte de la adolescencia y juventud de Alvarado transcurrió durante los dos gobiernos de Hipólito Yrigoyen (1916-1922 y 1928-1930). Al decidirse por una carrera universitaria, optó por continuar los pasos de su tío paterno, el médico Ricardo Alvarado. Así, en 1923, ingresó a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA), de donde egresó en 1928, con el título de doctor en Medicina y medalla de oro^(1,28). En sus estudios universitarios fue ayudante honorario en histología, disector de anatomía, y ayudante rentado en el Instituto de Fisiología que dirigía Bernardo Houssay. También fue practicante mayor del Hospital de Clínicas, en el servicio de Gregorio Aráoz Alfaro, donde ingresaban los diez mejores promedios de la Facultad de Medicina, y donde fue compañero de Ramón Carrillo. Durante la carrera de Medicina, tuvo otros compañeros de promoción, muchos de los cuales serían años más tarde, figuras importantes de la medicina, de la política sanitaria, y de la política partidaria argentina como: Augusto Casanegra, Raúl Chevalier, Felipe de Elizalde, Florencio Escardó, Oscar Orías y Daniel J. Greenway, entre otros⁽¹⁾.

En 1929, durante el segundo gobierno de Hipólito Yrigoyen y a menos de un año de haber egresado de la UBA, Alvarado ganó una beca para estudiar en la *Scuola Superiore di Malariologia* de Roma (Italia), beca otorgada por el Consejo Superior de la UBA y el gobierno de la provincia de Jujuy⁽¹⁾. En ese entonces, Italia era famosa por la “*Roman fever*”, en alusión al paludismo en sus zonas pantanosas. Es allí donde Alvarado conoce las “*bonificas*”, acciones de saneamiento muy utilizadas en la época, e implementadas por Alvarado en Jujuy años más tarde, sin tener el impacto esperado.

En una visita de estudios a Cerdeña (Italia), Alvarado conoce a Lewis W. Hackett, un médico que había llegado a Italia desde EEUU en enero de 1924 como representante de la Fundación Rockefeller, y que permaneció en ese país hasta 1940, año en el cual viaja a Sudamérica, como director regional de la Fundación Rockefeller para la Región Andina y del Río de La Plata, donde volverá a encontrarse con Alvarado^(1,29).

Al finalizar el curso en Italia, Alvarado viajó a Londres y, entre octubre y febrero, se incorporó a la *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, donde realiza un curso en Medicina Tropical e Higiene de los Trópicos. El diploma del fin del curso tiene, entre otras firmas, la de

Major Greenwood (1880-1949) primer profesor de Epidemiología y Estadística Vital en dicha escuela⁽¹⁾.

El paludismo

Entre interpretaciones naturales y sociales

“Para introducir la malaria en una sociedad humana, el truco consiste en talar el bosque y hacer que los seres humanos vivan en una densidad razonablemente alta. Los mosquitos –que antes estaban ausentes, o eran raros, o volaban en las alturas del bosque– pueden vivir a nivel del suelo, sobre todo si hay agua estancada”⁽³⁰⁾.

La historia del paludismo, como tantos otros temas sociales, no debe separarse de los contextos y textos del colonialismo y racismo de la época en diferentes países, los cuales no son ajenos a ciertas interpretaciones científicas dominantes, que siguen aún vigentes. Entre las últimas décadas del siglo XIX y primeras del siglo XX, las ideas científicas de la modernidad avanzaron y se impusieron con muy poca reflexibilidad, desde el sur, tanto en los espacios académicos como en la sociedad. Las promesas del progreso “encandilaban” y, en general, quienes interpretaban esos procesos como coloniales eran pocos y marginales frente al poder hegemónico.

El paludismo o la malaria es una enfermedad milenaria. La etimología de la palabra malaria proviene del italiano medieval, mal (malo) y -aria (aire), y el de la palabra paludismo, proviene del latín *paludis*, genitivo del nombre *palus* (ciénaga, pantano) y de -ismo, (acción o proceso patológico). En la mitología griega, el vocablo “miasma” significa contaminación y refería a un vapor, o mal aire, enviado por los dioses, el cual tenía vida propia y solamente podía ser purgado con la muerte sacrificial de lo malo, que reparaba el daño.

El paludismo fue un problema endoepidémico desde épocas pretéritas. Se han encontrado rastros genéticos del paludismo en momias egipcias, como también en descripciones de paroxismos febriles en China (2700–2000 a.C.), coincidentes con descripciones de fiebres palúdicas. También hay registros en el Papiro de Ebers (1550 a.C.), y en la medicina Ayurveda (1500 a.C.)^(31,21,33).

Durante la colonización española, los pueblos originarios de las Américas, les enseñaron a los invasores la eficacia del alcaloide quinina, el cual extraían de la corteza de los árboles de la quina (*Cinchona*), árbol perenne nativo de los andes tropicales, famoso por su corteza rica en quinina, que utilizaban como medicación antipalúdica⁽³⁴⁾.

La expansión del paludismo en las Américas estuvo asociada al cultivo de la caña de azúcar, nativa de las regiones templadas, cálidas y tropicales de la India, el sudeste de Asia y Nueva Guinea, y que fue introducida a las Américas desde Europa durante la colonización,

adaptándose muy bien a las tierras intertropicales. Los proyectos imperiales de los principales países europeos y EEUU encontraron en las enfermedades tropicales endoepidémicas obstáculos y posibilidades para sus proyectos políticos⁽²³⁾. El desarrollo de la industria azucarera dio origen a los ingenios azucareros, que se originaron como haciendas coloniales para la producción y comercialización a gran escala del azúcar, ron, alcohol y otros productos. Todo ello propició el comercio de esclavos traídos desde África, que trabajaban en los ingenios, junto a las comunidades de diferentes pueblos originarios.

La industria azucarera en Jujuy fue impulsada por inversiones muy importantes provenientes de Inglaterra y Francia que, desde 1889, aprovecharon la mano de obra abundante y la creación del Ferrocarril Central Norte para el comercio del azúcar. Durante ese período, la minería en la provincia de Jujuy era rentable, pero secundaria en importancia frente a la industria azucarera. El crecimiento económico generó latifundios azucareros, con concentración de tierras en familias que transformaron las estructuras urbanas de los municipios de San Pedro, Libertador y La Esperanza. En ese contexto, la provincia de Jujuy orientó su economía hacia la producción azucarera, la cual se convirtió en su principal actividad económica hasta bien entrado el siglo XX. Esa producción se basó en mano de obra intensiva, con fuertes procesos migratorios internos y externos.

Paludismo, ciencia y colonialismo

En la segunda mitad del siglo XIX, con el descubrimiento de las bacterias, se puso fin a las explicaciones miasmáticas, que fueron reemplazadas por la teoría microbiana impulsada por Louis Pasteur⁽¹⁴⁾. En ese proceso, la ciencia médica se apoderó de la “cura” de las enfermedades adoptando el adjetivo de “científica”, omitiendo los orígenes sociales y económicos de las enfermedades, y reduciendo su interpretación a la monocausalidad microbiana^(30,35).

Charles Louis Alphonse Laveran (1845-1922), médico militar francés, en el año 1880, en Argelia, descubrió que el paludismo era causado por un parásito protozoario y no por un “mal aire” como se creía desde las teorías miasmáticas. En 1907, Laveran recibió el premio Nobel de Medicina. En 1881, Alfred A. King (1841-1914) fue uno de los primeros en postular la relación entre el paludismo y los mosquitos, lo cual confirmó Ronald Ross (1857-1932) en el año 1889, quien también recibió el premio Nobel en 1902⁽³⁶⁾. En el marco de esos descubrimientos, el paludismo pasó a ser considerado una enfermedad infecciosa producida por parásitos del género *Plasmodium*, uno de los parásitos humanos y prehumanos más antiguos, transmitido por las hembras de determinadas especies de mosquitos *Anopheles*. En Argentina, el principal transmisor, sobre todo en el noroeste, fue el *Anopheles Pseudopunctipennis*⁽²⁷⁾.

La importancia histórica de las enfermedades infecciosas para la humanidad fueron señaladas en diferentes investigaciones^(30,31,32). Se considera que, en todos los conflictos armados de la humanidad hasta la Segunda Guerra Mundial, murieron menos personas en la guerra que las muertas por enfermedades infecciosas. Incluso se destaca que, con relación a las muertes en el marco de las guerras, el paludismo supo ser un factor determinante del resultado del conflicto⁽³⁷⁾.

En Italia, a finales del siglo XIX, los casos de malaria ascendían a dos millones, con 15.000 a 20.000 muertes al año. La enfermedad se extendía por un tercio de su territorio, lo cual dejaba dos millones de hectáreas de tierra sin cultivar⁽²⁹⁾. Al final de la Primera Guerra Mundial la situación de la malaria se había agravado en las zonas pantanosas de Italia. En esos años, comenzó a difundirse el concepto de “anofelismo sin malaria”, a partir de los estudios de Grassi, en 1921, que identifica a los *Anopheles maculipennis* que no producían malaria en los humanos⁽²⁹⁾.

Gabriel García Márquez sitúa temporalmente su novela *Cien años de soledad* en el siglo XIX, en la que no faltan referencias al paludismo ni a cómo se manejaban las compañías azucareras ante esa enfermedad. En uno de los fragmentos de la novela encontramos:

“Los médicos de la compañía no examinaban a los enfermos, sino que los hacían pararse en fila india frente a los dispensarios y una enfermera les ponía en la lengua una píldora del color del piedralipe, así tuvieran paludismo, blenorragia o estreñimiento. Era una terapéutica tan generalizada que los niños se ponían en fila varias veces y, en vez de tragarse las píldoras, se las llevaban a sus casas para señalar con ellas los números cantados en el juego de la lotería”.⁽³⁸⁾

En el siglo XX, la malaria causó la muerte de entre 150 y 300 millones de personas, lo que representó entre el 2% y el 5% de todas las muertes a nivel mundial⁽³⁹⁾. En 1954, se consideró que el paludismo había dejado 2,5 millones de muertes, y 250 millones de enfermos, con el 36% de la población de América Latina viviendo en zonas palúdicas⁽⁴⁰⁾.

El paludismo en la Argentina: desde la época colonial hasta la guerra de la triple alianza

El paludismo constituyó un grave problema endoepidémico durante todo el período colonial y de la independencia, existiendo registros de enfermos con paludismo en Argentina, a lo largo de su historia.

Manuel Belgrano evocó en sus memorias el pésimo estado de las tropas del Ejército del Norte, haciendo referencias al “chucho”⁽⁴¹⁾, que fue durante generaciones la manera de mencionar al paludismo. Belgrano, que

combatió en las batallas de Vilcapugio y Ayohuma, padeció paludismo, y así relataba la situación de su ejército y la que él vivía:

“Con dificultad podía presentarse una fuerza más desecha por sí misma, ya por su disciplina y subordinación, ya por su armamento [...] Estoy atacado de fiebre terciana, que me arruinó en términos de serme penoso aún el hablar; felizmente la he desterrado y hoy es el primer día, después de los doce que han corrido que me hallo capaz de algún trabajo”.⁽⁴²⁾

José de San Martín, que reemplazó a Belgrano en el mando de ese ejército, tuvo que interceder ante las autoridades de Buenos Aires, que exigían que Belgrano viajara para ser juzgado. Con el propósito de impedir ese traslado, así describe San Martín el estado de salud de Belgrano en una carta:

“Soberano, Excelentísimo Señor, Anoche he recibido la suprema orden de Vuestra Excelencia de 5 del corriente para que haga entender inmediatamente al Brigadier Don Manuel Belgrano que sin pérdida de instante se ponga en camino para la ciudad de Córdoba, dejando el mando accidental de su regimiento en el oficial más antiguo, a quien corresponda, para ordenanza, y que cuando haya llegado a su destino de cuenta a esa Supremacía para impartirle las órdenes convenientes al mejor servicio del ejército. Sin embargo del respeto con que miro todas las órdenes superiores y de mi habitual disposición a procurar el más exacto cumplimiento, debo hacer presente a Vuestra Excelencia oficio que por ahora no puede tener efecto por hallarse este Brigadier enfermo al parecer de terciana y que poniéndose en camino las lluvias y más que todo los calores seguramente le agravarían la enfermedad y pondrían mayor riesgo su vida: pueda de que es necesaria aún su permanencia en ésta para hacerme una formal entrega del Archivo de la Secretaría que no la ha verificado hasta el día por haberse enfermado de igual accidente los oficiales de ella con quienes ha de formar el inventario, a fin de que lo realice cuanto antes le paso con esta fecha el correspondiente Oficio”.⁽⁴²⁾

La Generación del 80, Biale Massé y el paludismo

La denominada Generación del 80 produjo un desastre ecológico que favoreció el regreso de las plagas. En el año 1875, Biale Massé publicó en los *Anales de la Sociedad Científica Argentina*, el artículo “Clima de la República Argentina”, donde reconoce la pobre información

existente sobre el clima y el deterioro ambiental, lo cual relaciona con el avance industrial de una economía considerada muy exitosa^(43,44).

La situación sociosanitaria de la Argentina entre fines del siglo XIX y principios del siglo XX se fue agravando y se volvió muy compleja, afectando la rentabilidad de las aristocracias y del capitalismo incipiente. Ante ello, Joaquín V. González, le encomendó a Juan Biale Massé, médico, abogado y profesor, de origen catalán, elaborar un informe sobre las condiciones de vida de la población obrera en todo el país; informe que presentó a Joaquín V. González, ministro de Justicia, el 30 de abril de 1904, con el título de *Informe sobre el estado de las clases obreras argentinas*⁽⁴⁵⁾. En ese texto, se analizaban las condiciones de trabajo de personas y colectivos de pueblos originarios, criollos y migrantes, y se hace referencia al impacto del paludismo y de otras enfermedades en la economía del país y en la vida de los trabajadores. En el prólogo del informe, Massé escribe:

“...son rarísimos los patrones que se dan cuenta de que el rendimiento del trabajo es directamente proporcional a la inteligencia, al bienestar y a la alegría, sobre todo del obrero que lo ejecuta, y no al tiempo que dura la jornada, cuando esta pasa de su límite racional; y muchos menos los que alcanzan a comprender que manteniendo a sus obreros en la miseria, lo mantienen en la tendencia al vicio y al delito, que ellos pagan en último término”⁽⁴⁵⁾

En relación con el paludismo, seleccionamos algunos fragmentos del Informe para tener una descripción directa de las situaciones que vivían las personas enfermas:

“Los albañiles que trabajan en el ramal de Perico a Ledesma son en su mayor parte extranjeros, esclavos e italianos, por su especialidad en las mamposterías en piedra. Se les ve atacados de paludismo, pero en las formas benignas, y así que les dan las graves se retiran del trabajo, mientras que el criollo queda hasta que se agota. Tendré ocasión de recordar un jefe de estación que dormía al lado del aparato, y cuando llegaban los trenes, los despachaba y se volvía a acostar. Cuando yo llegué, a las 4 am tenía 39.3°, corría un viento bastante fresco, lo que no fue obstáculo para que saliera a despachar el tren”⁽⁴⁵⁾

“Desde antes de llegar a General Güemes, desde Palomitas, todas las gentes llevan impresos los síntomas de un paludismo agotante y mator; pero a medida que se avanza en la línea esos caracteres se acentúan; rostros amarillos, verdosos, flacos y afilados, con la angustia del sufrimiento; algunos con el vientre desmesura-

damente abultado, de perezoso andar. La razón se ve y se palpa; la vía tiene a ambos lados multitud de charcos, cubiertos de un verde sucio, que despide un olor infecto de pantano, sobre los que pululan multitudes de mosquitos y jejenes que pican y que muerden e inoculan la enfermedad a los más refractarios; y esto se ve de igual modo penetrando en aquellos bosques, preciosos, magníficos, que atraen como sirenas, para envenenar al seducido”⁽⁴⁵⁾

“Al amanecer subo en un tren de balastro. El camino corre entre el bosque verde hasta llegar a la Calera, estación de parada, que no tiene sino unas pilas de leña a cada lado. Aquella leña se corta a tanto el metro cúbico, por obreros que vienen a sacar poco más de dos pesos de jornal; todos llevan el sello del paludismo”⁽⁴⁵⁾

“A pocos metros de la vía está la casa, de excelente mampostería, que servirá pronto de estación-apeadero; al frente, en la vía, hay dos vagones casillas que sirven de alojamiento para capataces y enfermos, y a su alrededor está el campamento. No es ciertamente digna de alabanza la administración que lo instaló, ni la que lo mantiene, porque lejos de tener en cuenta las condiciones pésimas del lugar, se han olvidado todas las reglas de la higiene, del paludismo y del tifus”⁽⁴⁵⁾

“El efecto de tanta inmundicia, de tanto insecto y malestar, es que ni uno solo de los que viven en aquel centro ha escapado al paludismo; hombres robustos, jóvenes llenos de vida, en cuatro meses se han reducido a tipos enfermizos, sin carne, ni fuerzas, ni color”⁽⁴⁵⁾

“En esta pulpería hay un austríaco que debió ser robusto como un roble; amarillo como su pelo, tiene apenas las rosetas de la fiebre; está sentado, flaco, abatido y sin alientos, presa de un acceso. Un distinguido médico de Tucumán, con quien hablé de esto me dijo: ‘Usted atribuye el setenta y cinco por ciento de los casos a la incuria de la administración; yo le atribuyo la totalidad. El paludismo está en la categoría de las enfermedades evitables y prevenibles, y basta un gasto insignificante para lograrlo, gasto que no llegaría a tres centavos por jornal’”⁽⁴⁵⁾

En 1904, el presidente Julio Argentino Roca, miembro del Partido Autonomista Nacional (PAN), envió al Congreso un proyecto de ley contra el Paludismo. En la redacción de los fundamentos del proyecto de ley se utilizaron los datos del Informe de Biale Massé⁽⁴⁵⁾. En 1907, el proyecto se convirtió en la Ley 5195, conocida como la Ley de Lucha contra el Paludismo, que de “lucha” tenía

solo el título, ya que interpretaba fielmente los intereses de las clases dominantes y de la ciencia hegemónica: como “el problema” afectaba los intereses económicos del imperio inglés y de los terratenientes locales, la ley solo legislaba sobre normativas que debían cumplir las empresas de ferrocarril y orientaba a los enfermos a la asistencia pública y al uso de la quinina, pero no hacía referencia a la necesidad de obras de ingeniería sanitaria, ni del saneamiento del suelo⁽⁴⁶⁾. La ley fue considerada por algunos sectores, como insuficiente y descontextualizada de la realidad social del país en esos tiempos, ya que solo había condiciones de aplicarla en la Capital Federal y en los territorios nacionales, donde no había prácticamente casos de paludismo⁽⁴⁶⁾.

En 1910 se celebró el primer Centenario de la Revolución de Mayo, época calificada por algunos historiadores como República Conservadora o República Oligárquica, caracterizada por el dominio de la élite de la Generación del 80, basado en un sistema político atravesado por el fraude electoral. Sobre esta base, el crecimiento económico y la modernización del país provocaron altos costos sociales y la exclusión política de gran parte de la sociedad⁽⁴⁷⁾.

Entre 1912 y 1916, José María Penna, desde la Dirección Nacional de Higiene, llevó adelante la modificación de la reglamentación de la Ley 5195, incorporando la imposición a las provincias de “dictar y hacer cumplir las ordenanzas y leyes sobre riego, distribución del agua, plantaciones de arroz, y trabajo nocturno de los obreros”⁽⁴⁶⁾, lo que significó una mayor legalidad que no se trasladó a una mayor legitimidad.

Durante el siglo XX, el paludismo marcó la vida de decenas de miles de pobladores del norte argentino. En las escuelas se repetía el ritual de formar fila, esperando una pastilla blanca que tomaban con agua, y a los que tenían peor estado de salud, se le entregaba una pastilla rosada con dosis más altas de quinina. En los hogares, se colocaban telas a modo de mosquiteros, sostenidas por armazones de alambre que colgaban de los techos, y no pocas veces terminaban con la tela cayendo sobre las velas, por lo que la prevención del paludismo se convertía en una causa de accidentes domésticos⁽⁴⁾.

Entre Plasmodium y Trypanosomas

Entre 1890 y 1930 hay tres apellidos que se destacan por su lucha contra el paludismo y lo que luego se conoció como enfermedad de Chagas. Esas y otras enfermedades infectocontagiosas afectaban, y afectan, a buena parte de la población del territorio de Argentina y Brasil desde hace siglos. Esos tres médicos fueron: Paterson (1871-1946) y Salvador Mazza (1886-1946) de Argentina, y Carlos Chagas (1878-1934) de Brasil. Los tres realizaron trabajos conjuntos con intercambios y colaboraciones, y marcaron una huella que fue seguida posteriormente por Alvarado.

La enfermedad de Chagas, causada por el parásito *Trypanosoma cruzi*, tiene como vector a la vinchuca, también llamada chinche gaucha⁽⁴⁸⁾. Hay referencias históricas a la vinchuca en diferentes momentos históricos y territorios; por ejemplo, es referenciada en las crónicas de los campamentos de San Martín en 1815, en las descripciones de Darwin en 1830, sobre todo en los relatos de Lujan de Cuyo, y en la novela de William Henry Hudson *La tierra purpúrea* de fines de 1880, por citar algunas referencias del siglo XIX⁽⁴⁸⁾.

A más de un siglo de su descubrimiento, la enfermedad de Chagas sigue siendo un serio problema sanitario^(49,50), al igual que el paludismo. Veamos ahora de manera resumida la trayectoria de esos tres investigadores, antes de adentrarnos en la trayectoria de Carlos A. Alvarado.

Guillermo Paterson

Nació en Wetherby, Inglaterra, el 23 de marzo de 1871. Cursó estudios en la Academia Hamilton y en 1889 ingresó a la Escuela Médica de la Universidad de Liverpool, donde terminó sus estudios en 1893. Al año de recibido de médico, y con 33 años de edad, fue contratado por los hermanos Leach, propietarios del ingenio La Esperanza, ubicado en San Pedro de Jujuy, para desempeñarse como médico⁽⁵¹⁾, siendo el primer médico en instalarse en la región y, por 16 años, el único médico de los departamentos de San Pedro y Ledesma⁽⁵²⁾. En 1896, cuando se funda el Hospital La Esperanza, era el segundo hospital en la provincia de Jujuy y el primero de una empresa privada en el país. Paterson comenzó a trabajar en el hospital en 1904, y años más tarde les solicita a los hermanos Leach que adquirieran en Inglaterra un aparato de rayos X, que fue uno de los primeros que llegaron a la Argentina. En 1900, en unas vacaciones en las que Paterson viajó a Inglaterra, hizo un curso sobre cirugía ocular en el *Westminster Ophthalmic Hospital* de Londres y al regresar a Jujuy realizó iridectomías y operaciones de catarata, siendo considerado el primer oculista de la provincia de Jujuy⁽⁵²⁾. En otro viaje a Inglaterra, los hermanos Leach adquirieron dos tubos con diez miligramos de *radium* para el Hospital La Esperanza⁽⁵²⁾.

Guillermo Paterson investigó los mosquitos en el arroyo San Pedro, que corría al noroeste de la población de San Pedro de Jujuy, vecino al ingenio La Esperanza. Con base en esas investigaciones postuló que el único mosquito que tenía importancia epidemiológica para el paludismo era el *Anopheles pseudopunctipennis*, describiendo que sus larvas se criaban en aguas en movimiento, limpias y soleadas, en simbiosis con el alga *espirogira*, conocida como “verdín” o “enlame”. Esta descripción se tornó una evidencia recuperada años más tarde por Alvarado, en la discusión sobre qué mosquito era el principal vector del paludismo en Argentina.

En 1910, el laboratorio de bacteriología de la ciudad de Tucumán estaba acéfalo y le ofrecen a Paterson

la dirección, para colaborar en la defensa antipalúdica de la provincia. Al aceptar la propuesta, pasa a trabajar en un laboratorio de mayor complejidad que el que tenía en Jujuy. Allí encuentra, por primera vez en Argentina, al agente de la leishmaniasis cutáneo mucosa americana, la *Leishmania brasiliensis*⁽⁵²⁾. En su estadía en Tucumán, Paterson formó parte del primer Consejo de la Universidad Nacional de Tucumán, donde fue profesor de bacteriología en la Escuela de Farmacia, y el 11 de mayo de 1914, dictó la clase inaugural de la flamante universidad con una conferencia magistral sobre higiene. En noviembre de 1915, renuncia al cargo de director del laboratorio de bacteriología y regresa al ingenio La Esperanza, ya que el médico que lo reemplazaba, Guillermo Rocha, había contraído una terciana maligna (forma grave de malaria). Al volver al ingenio, los hermanos Leach le asignaron la misma remuneración que recibía en Tucumán y le instalaron un laboratorio moderno con los últimos adelantos. Así Paterson pudo continuar con sus investigaciones sobre leishmaniasis, enfermedad que era endémica en la zona. Además, colaboró con los trabajos de la Misión de Estudios de Patología Regional Argentina (MEPRA) dirigida por Mazza^(48,52). Paterson falleció a los 75 años, el 26 de marzo de 1946 en La Esperanza.

Carlos Chagas

Carlos Justiniano das Chagas, nació en 1878 en la hacienda cafetera de *Bom Retiro* perteneciente a sus padres, y cercana a la ciudad de Oliveira, en el estado de Minas Gerais, Brasil. En esos años, Brasil estaba gobernada por el Emperador Pedro II, existía la esclavitud y las grandes y medianas haciendas eran gobernadas como estructuras feudales⁽⁵³⁾.

El padre de Chagas, bastante mayor que su madre, falleció cuando él tenía cuatro años, lo cual fue un gran golpe para su madre, Mariana Ribeiro, que quedó a cargo de cuatro niños menores, en un ambiente machista. Sin embargo, se negó a desprenderse de la plantación y, con ayuda familiar, continuó trabajando en ella e inscribió a su hijo Carlos en un Colegio Jesuítico en San Pablo. Con nueve años, Carlos junto a un amigo, escaparon del colegio porque sintieron que debían volver a sus casas. Entonces, su madre lo cambió a un colegio cercano, en el que terminó sus estudios preparatorios⁽⁵³⁾.

En 1895, el joven Chagas, decidió ingresar en la Facultad de Ingeniería en Minas Gerais, pero tuvo una enfermedad que le impidió continuar. En su convalecencia, un tío médico lo convenció de anotarse en Medicina, carrera a la que ingresó en 1896, en Río de Janeiro, y se graduó en 1903. Para ese momento, ya había investigado sobre paludismo y tenía una muy buena formación en clínica y en medicina experimental. Al momento de recibirse, uno de sus exprofesores le entregó una carta de recomendación para Oswaldo Cruz (1872-1917), que estaba inaugurando el *Instituto Soroterápico Federal* (Instituto Federal de Sueroterapia) situado en el barrio

de Manginhos, en Río de Janeiro. En dicho Instituto elaboró su tesis doctoral "Estudios hematológicos en el Paludismo", e inició su amistad con Oswaldo Cruz, siete años mayor que él⁽⁵³⁾.

Al recibirse, Chagas no se quedó en Manginhos, sino que fue al puerto de Santos, en San Pablo, donde había una epidemia de paludismo, y donde introdujo el uso del piretro para combatir al mosquito, acción que resultó muy exitosa⁽⁵³⁾. De allí, retornó al Instituto Federal de Sueroterapia en el barrio de Manginhos donde, en 1906, Oswaldo Cruz le encomienda controlar un brote de paludismo que afectaba la expansión de las vías del Ferrocarril Central de Brasil, en la cuenca del río *das Velhas* en Minas Gerais⁽⁵³⁾.

Ya instalado en el estado de Minas Gerais, Chagas no tardó en demostrar su gran capacidad de trabajo y conocimientos, y junto a Penna, su ayudante, armaron un laboratorio y consultorio en un vagón de ferrocarril, lo que les permitió recorrer los diversos campamentos ferroviarios, y conocer los muchos Brasil que convivían en el país más grande de América Latina. En esos recorridos, Chagas conoció a un ingeniero que le mencionó un ectoparásito hematófago de hábitos nocturnos, llamado por los nativos "barbeiro" por su tendencia a picar en la cara, una de las zonas más finas de la piel. Al investigar el "barbeiro" descubren el *Trypanosoma cruzi*, al que adjetivan como Cruz en honor a Oswaldo Cruz; y lo identifican como *Panstrongylus megistus*. Al estudiar su ciclo biológico y sus hábitos, encontraron que habitaba en las grietas del adobe de las paredes construidas con barro y paja, y entre las cañas y hojas de palma con las que armaban los techos. Al disecar el aparato digestivo del *Panstrongylus megistus*, encontraron flagelados, que eran los mismos que se encontraban en la sangre de diversos animales. Chagas remitió los preparados al Instituto de Patología Experimental de Manginhos, rebautizado, en 1908, como Instituto Oswaldo Cruz, donde se los inoculó en diferentes animales, pudiéndolos nuevamente extraerlos y volver a cultivarlos, lo cual demostró que se había identificado al agente patógeno *Esquizotripanum cruzi*, que hoy se conoce como *Trypanosoma cruzi*⁽⁵³⁾.

Chagas publicó junto a Cruz estos resultados en 1908, en *El Brasil Médico*, una revista de ciencias naturales. El mismo día de la publicación del artículo, Oswaldo Cruz leyó el caso en la Academia Nacional de Medicina⁽⁵⁴⁾. En 1909, Chagas descubrió los mismos flagelados en una niña de pocos meses con fiebre, adenomegalias, hígado y bazo palpables, y en cuya sangre aparecían esos parásitos^(54,55). Una semana después del hallazgo, Oswaldo Cruz hace el anuncio en la Academia de Medicina del Brasil, y envía una comisión a Lassance, municipio de Minas Gerais, para confirmar los hallazgos, lo cual permitió que la enfermedad pase a conocerse como Enfermedad de Chagas y que Chagas fuera nombrado miembro de la Academia de Medicina de Brasil⁽⁵⁶⁾.

En 1917, Chagas comenzó una relación epistolar con Bernardo Houssay, que se mantuvo por décadas. Ese

mismo año, muere Oswaldo Cruz, y Chagas pasó a dirigir el Instituto Oswaldo Cruz, lo que implicaba que debía trasladarse a Río de Janeiro y ocuparse de numerosos asuntos sanitarios como la pandemia de gripe española, y otras cuestiones relacionadas con la lepra, la tuberculosis, las endemias, y las enfermedades de transmisión sexual, lo que provocó que tuviese menos tiempo para la investigación. También tuvo que enfrentar los cuestionamientos de diversos autores, que negaban la existencia de la enfermedad, pese a que abundaban los triatomos infectados⁽⁵⁶⁾. La situación de miseria era una constante en los enfermos, lo que reflejaba la desidia de los gobiernos ante los problemas de salud de esas poblaciones. La difusión de esos datos y de las condiciones de vida de los enfermos no era de interés de los políticos, que se opusieron a la candidatura de Chagas al Premio Nobel en Medicina en los años de 1913 y 1921, premio que sí consigue el médico argentino Bernardo Houssay en el año 1947. Es obvio que, para los poderosos, eran menos conflictivas socialmente las hormonas de la hipófisis y el metabolismo del azúcar que una enfermedad ligada a las desigualdades sociales y la pobreza, como la enfermedad de Chagas. En una carta dirigida a Mazza, Chagas le expresa:

“Hay un designio nefasto en el estudio de la tripanosomiasis. Cada trabajo, cada estudio apunta un dedo hacia una población desnutrida que vive en malas condiciones, apunta hacia un problema económico y social que a los gobernantes les produce tremenda desazón, pues es testimonio de incapacidad para resolver un problema tremendo. No es como el paludismo un problema de bichitos en la naturaleza. Es un problema de vichucas que invaden y viven en habitaciones de mala factura, sucias, con habitantes pobres, ignorados, mal nutridos y envilecidos, sin esperanza ni horizonte social y que se resisten a colaborar. Hable de esta enfermedad y tendrá gobiernos en contra. Pienso que a veces más vale ocuparse de infusorios o de los batracios que no despiertan alarma a nadie...”⁽⁴⁸⁾

Chagas continuó defendiendo la importancia de sus descubrimientos hasta su muerte súbita el 8 de noviembre de 1934.

Salvador Mazza

Salvador Mazza (1886-1946) nació en la ciudad de Buenos Aires, se crio en Rauch (provincia de Buenos Aires), y estudio Medicina en la Universidad de Buenos Aires (UBA). Al graduarse, en 1903, se especializó en Microbiología Clínica y Anatomía Patológica. Al poco tiempo de recibido, y ya como bacteriólogo del Departamento Nacional de Higiene, se le encomendó la organización de un lazareto en la isla Martín García,

lugar donde los inmigrantes hacían su cuarentena antes de entrar al país. En 1914, se casó con Clorinda Brígida Razori, también médica y gran colaboradora en sus actividades científicas durante toda su vida⁽²⁷⁾. Ya recibidos ambos, viajan por varios países europeos, profundizando sus conocimientos sobre enfermedades infectocontagiosas, la sanidad militar y la microfotografía⁽⁵⁷⁾.

Al volver al país, en 1920, Mazza fue nombrado director del Laboratorio Central del Hospital de Clínicas y titular de la cátedra de Bacteriología de la Facultad de Medicina de la UBA. En 1923, se dirigió a Francia junto a su esposa para que ambos se perfeccionaran en la sede tunecina del Instituto Pasteur, dirigido por el bacteriólogo y entomólogo Charles Nicolle, Premio Nobel de Medicina en 1928. A fines de 1925, el Departamento Nacional de Higiene de Argentina invitó a Charles Nicolle a visitar Argentina, dado el interés que había demostrado por las enfermedades endémicas del norte del país. En su visita, advirtió la forma inadecuada con la que se trabajaba, y se propuso apoyar a Mazza para fundar un instituto para la investigación y diagnóstico de las enfermedades endémicas, muchas de ellas poco o nada conocidas en Europa⁽⁵⁷⁾.

En 1924, Mazza crea la Sociedad Argentina de Patología Regional Norte (SAPRN), que nucleó a médicos de varias provincias y, en febrero de 1926, el Consejo Superior de la UBA aprueba la creación de la “Misión de Estudios de Patología Regional Argentina” (MEPRA) dirigida por Mazza con sede en Jujuy, iniciativas impulsadas también por José Arce, a cargo del Instituto de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina, y rector de la UBA. La MEPRA pasó a ser un organismo de extensión universitaria, dependiente del Instituto de Clínica Quirúrgica⁽⁵⁸⁾, en donde se instaló Mazza, como director, junto a su compañera⁽⁵⁷⁾. Charles Nicolle había insistido en que la sede del Instituto debía estar en el interior del país, así: “evitarían que el farrago de las metrópolis con sus intrigas dominantes ahoguen el propósito de la institución y desvíen a los hombres de su empeño”⁽⁴⁸⁾.

La creación de la sede de la MEPRA contó con la colaboración del gobierno de la provincia de Jujuy a través de su gobernador Benjamín Villafañe, quien impulsó la donación de un terreno ubicado en las afueras de San Salvador y la suma de treinta mil pesos destinados a la construcción del edificio. El 25 de agosto de 1929, la MEPRA se instaló definitivamente en la provincia de Jujuy, como un laboratorio e institución dedicada a la investigación, diagnóstico y definición de las enfermedades propias de la región norte del país, abordadas bajo el paradigma bacteriológico y los principios de la medicina experimental, paradigmas hegemónicos de esos tiempos⁽⁵⁷⁾.

El proceso de trabajo en la MEPRA se basaba en la búsqueda activa de casos para diagnosticar e investigar. Entre quienes trabajaban se encontraban diferentes profesionales: médicos de diferentes especialidades, entomólogos, veterinarios, bioquímicos, y zoólogos entre otros, además de numerosos y prestigiosos colaboradores en el interior del país⁽⁴⁸⁾.

En 1930, la MEPRA adquirió un vagón de ferrocarril, el “E-600”, al que acondicionó como laboratorio, consultorio y vivienda. Aprovechando la vasta red ferroviaria existente, recorrió el territorio del norte de Argentina, llegando incluso a Bolivia, Chile y Brasil en busca de agentes patógenos, vectores y casos para diagnosticar, los que proliferaban entre quienes trabajaban o residían en las regiones con explotación del algodón, la industria azucarera, y la explotación forestal. Las consecuencias del avance sobre el territorio natural como el monte chaqueño, aumentaba la exposición a diversas enfermedades, con condiciones de vida y vivienda sumamente precarias. En una de las publicaciones de la MEPRA, Salvador Mazza y Enrique Canal Feijóo señalan:

“Resultan numerosos los enfermos chagásicos que permanecen sin la debida comprobación microscópica por esta causa y especialmente por el apremio del retorno al trabajo de la población afectada, casi siempre constituida por jornaleros, que acuden al médico buscando una rápida curación, para regresar de inmediato a sitios considerablemente alejados de los centros urbanos”.⁽⁵⁹⁾

La MEPRA se proponía diagnosticar y estudiar las enfermedades desconocidas del norte argentino, y no solo el mal de Chagas, sino también: la leishmaniasis, el bocio, la fiebre amarilla, el tracoma, y la fiebre ondulante (brucelosis).

La labor principal de Mazza fue estudiar al vector de la tripanosomiasis americana, la vinchuca (*Triatoma infestans*), palabra de origen quechua que significa “dejarse caer”, acción nocturna que realiza cayendo sobre animales y personas desde los techos y las paredes donde tiene su hábitat.

La creación de la MEPRA puso en evidencia las patologías regionales, aquellas que se utilizaron y aún hoy se utilizan de manera estigmatizante, por su clara relación con la pobreza, las viviendas precarias, y las malas condiciones de trabajo. Sin embargo, Mazza se proponía alertar a las autoridades sobre uno de los principales factores para la expansión de la tripanosomiasis: las precarias condiciones económicas, educativas e higiénicas de las poblaciones rurales y suburbanas del norte argentino^(57,60).

En 1926, fundó la Sociedad Científica de Jujuy, cuyo primer presidente fue Guillermo Paterson. Mazza realizó los primeros diagnósticos de tripanosomiasis americana y leishmaniosis tegumentaria americana y, al mismo tiempo, descubrió que la tripanosomiasis americana atacaba también a caninos. En la década de 1930, estudió y confirmó los insectos vectores de la enfermedad, los hospedantes, la epidemiología y la patogénesis, además de diagnosticar varios cientos de casos y confirmar el carácter endémico de la enfermedad. En 1934, comenzó el descubrimiento masivo de casos de enfermos agudos, lo que constituyó uno de sus mayores aportes,

terminando con lo que podría denominarse el “período de duda” respecto de la enfermedad, ya que hasta entonces se conocían muy pocos casos de formas agudas⁽⁵⁷⁾. En 1940, Mazza y Miguel E. Jörg definieron los tres períodos anatomoclínicos de la enfermedad, definición cuya validez se extiende hasta el presente. A pesar de los logros, ni Mazza ni Jörg pudieron superar las trabas institucionales y políticas impuestas a la MEPRA por la sociedad de la época.

Otra dimensión de la inquietud científica y emprendedora de Mazza se evidencia cuando contacta a Alexander Fleming, en 1942, para conocer sobre el hongo *Penicillium* con la intención de producirlo de manera experimental en Argentina, país en el que aún no había antibióticos. Fleming le envió lo solicitado y, en 1943 la MEPRA produjo diez ampollas de penicilina cruda amorfa que, junto con los protocolos de producción, fueron enviados a las autoridades sanitarias de Argentina y a Fleming. Los resultados fueron elogiados por Fleming, mientras las autoridades nacionales de salud no respondieron:

“La ciencia argentina le dio la espalda varias veces. Intentó fabricar penicilina a muy bajo costo en el país, con el respaldo de Sir Alexander Fleming. Entonces, en los claustros de la Universidad de Buenos Aires se rumoreó de forma malintencionada un posible interés de su parte en procurarse un pingüe negocio. También, al habersele otorgado por intermedio del Ministerio de Educación la ayuda económica necesaria para la creación de programas sociales sanitarios, fue acusado de desprestigiar a la Argentina por ‘inventar enfermedades donde no las había’. Otro tanto recayó sobre Mazza cuando propuso quemar los ranchos en salvaguarda de la salubridad jujeña. Se lo tildó de ‘desequilibrado mental y piromaniaco’, porque quería pasar a la historia exterminando un insecto inofensivo. A pesar de ello, Mazza logró registrar cerca de mil infectados con la enfermedad de Chagas y otras enfermedades infectocontagiosas, por medio de gran cantidad de trabajos de campo realizados en diversas provincias del norte argentino. Debieron transcurrir muchos años para que los trabajos de Salvador Mazza fueran aceptados en el país y gozaran de un reconocido prestigio. Se dice que Salvador Mazza ‘discurría por la vida con la velocidad de un tren’”.⁽⁶¹⁾

En noviembre de 1946, Mazza fue nombrado delegado oficial al 1° Congreso Internacional de Brucelosis en México, viaje durante el que muere el 7 de noviembre, en la ciudad de México, a los 60 años. Luego de su desaparición, la MEPRA pasó a ser conducida por distintos médicos hasta su disolución en 1959. En esos años, la MEPRA venía perdiendo apoyo económico y científico,

lo cual, junto a una serie de avatares político-institucionales, en 1946, luego de 20 años de actividad, la MEPRA fue trasladada a la ciudad de Buenos Aires. Los temores de Charles Nicolle no habían sido infundados. La disolución definitiva de la MEPRA se produce doce años después de su fallecimiento, el 16 de mayo de 1959 por resolución del Concejo Superior de la UBA, con el argumento de que en la institución no se realizaban trabajos de investigación que justificaran los motivos para los cuales había sido creada⁽⁶¹⁾. Una vez más, la imposibilidad de resguardar los proyectos institucionales en las propias universidades, pareciera ser una materia para aprender en el Sur.

Ante la afirmación de que en los países del Sur “no se realizaban trabajos de investigación”, el hecho contrafáctico es que la MEPRA, entre 1926 y 1946, produjo más de 500 publicaciones dedicadas al Chagas y a otras patologías regionales, en inglés, francés y alemán. Mazza también escribió artículos de divulgación médica en el diario *Crítica* que dirigía Natalio Botana, compartiendo momentos con Roberto Arlt y los hermanos González Tuñón entre otros⁽⁴⁸⁾. Mazza trabajó en la MEPRA hasta su muerte, y le dedicó 20 años a su pasión de investigador.

El 26 de abril de 1949 la *Revista del Círculo Médico de Salta* le rindió homenaje a Salvador Mazza, lo que motivó que Alvarado le enviara una carta a Rafael Villagrán (1904-1959), médico pediatra y epidemiólogo salteño que había sido colaborador tanto de Mazza como de Alvarado. En esa carta Alvarado escribe:

“En primer lugar, agradezco tus conceptos sobre mi actuación con respecto a Mazza. Pero tal vez deba aclarar, en homenaje a la verdad, que mis sentimientos de gratitud con respecto a Mazza se deben no a lo que de él aprendiera, sino a lo que con su actitud de permanente hostilidad forzó mi voluntad para el estudio y el trabajo. Esto no quiere decir que no reconozca, como lo he hecho siempre, su obra entusiasta y sostenida, que abrió el rumbo por el que deberán seguir sus continuadores (desgraciadamente no sus discípulos). Creo que el homenaje que se le ha rendido con el número especial de la *Revista del Círculo Médico de Salta*, es justiciero y oportuno, y deberá ser el comienzo de lo que los médicos del norte, que trabajamos en las mismas disciplinas, a las que él dedicó su vida, hemos de irle rindiendo en el futuro”⁽⁴⁾

Alvarado y el paludismo: 1930-1946

En Argentina, en el año 1892, Eliseo Cantón visualiza el *Plasmodium*, causante del paludismo, y se lo comunica a Gregorio Araoz Alfaro. Ese hallazgo se ubica entre los primeros estudios microscópicos realizados en Argentina⁽²⁸⁾. En 1886, Cantón defiende su tesis de

doctorado “El paludismo en la provincia de Tucumán”, y años más tarde, en 1891, presenta su libro *El paludismo y su geografía médica en la República Argentina*⁽⁶²⁾, donde vuelca su experiencia con el paludismo y, en 1894, publica “*El parásito de las fiebres palustres y nuevos métodos para curar el chuco*”⁽⁶³⁾.

Así, mientras los trabajos de Eliseo Cantón desde la microbiología colocaban en agenda la mirada científica sobre el paludismo, Biale Massé colocaba en agenda la dimensión social del paludismo y otros problemas que encuentra en los territorios^(43,45). En la época, los hallazgos microscópicos eran considerados científicos, pero sus consecuencias sociales eran ocultadas y se les negaba científicidad.

A fines del siglo XIX, Félix Lynch Arribálzaga describió varias especies de *Anopheles*^(27,52). En 1902, Carlos Malbrán, como presidente del Departamento Nacional de Higiene (DNH), convocó a una reunión conformada por tres comisiones que analizaron: la epidemiología, la profilaxis y el tratamiento del paludismo, esos informes son considerados pioneros en la defensa antipalúdica en Argentina⁽⁴⁶⁾.

Si bien, las enfermedades endémicas fueron el objeto de estudio del joven Alvarado, él se concentró más en el paludismo, que ocupó gran parte de su práctica médica. En esa etapa de su vida, consideró el paludismo desde la historia natural de la enfermedad, pero luego, cuando sumó años y la experiencia de enfrentar el complejo entramado social, económico y político que estructuraba al paludismo en tanto grave problema de salud pública, predominó en él una interpretación desde la historia social de la enfermedad.

La ciencia dominante consideraba, y considera, a las enfermedades endoepidémicas, como un producto del subdesarrollo, “propio de sociedades atrasadas”, las cuales iban a ser erradicadas por el progreso y el avance de la ciencia. Esas ideas, basadas en una simplificación de la naturaleza y en la exaltación de un científicismo tan pobre como grotesco, siguen siendo dominantes^(5,64) y se encuentran, por ejemplo, en la epidemiología, en el concepto de transición epidemiológica⁽⁶⁵⁾.

En 1930, al regresar a Jujuy luego de sus capacitaciones en Europa, Alvarado abre su consultorio, realiza acciones de saneamiento y asiste al Hospital San Roque, en el que trabaja *ad-honorem* como jefe de la sala de varones, hasta julio de 1932⁽¹⁾. Ese mismo año, participa como jefe del Servicio de Profilaxis en la epidemia de fiebre amarilla en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, donde consiguió que la infección no pase la frontera y no hubiera casos en Argentina. Alvarado refiere así a esa experiencia:

“Me he quemado los huesos en el infierno del Chaco, pero estoy contento con lo hecho y con los resultados obtenidos, que compensan todos los sufrimientos que hayan podido ocasionarme el clima y las alimañas; aunque a mi vuelta la clientela perdida no vuelva a llenar

la sala de espera, me queda la satisfacción de haber enriquecido mi acervo de conocimientos, con una experiencia corta, pero de resultados sólidos”⁽¹⁾.

Unos años más tarde, en 1932, el Dr. Miguel Sussini, presidente del Departamento Nacional de Higiene, nombra a Alvarado jefe de la zona de la lucha antipalúdica y jefe del Servicio de Profilaxis de la fiebre amarilla. El 6 de junio de 1933 reemplaza a su tío, el Dr. Ricardo Alvarado como director regional de paludismo y jefe de la sección profilaxis de la peste⁽¹⁾. Para ese año la situación del paludismo en la región había cambiado sustancialmente, se había incrementado el número de enfermos y el índice hematológico del paludismo, construido en 1924 por el profesor Mühlens, había alcanzado un valor de 45,31%, cuando el año anterior había sido del 2,4%⁽¹⁾.

El epicentro de los casos de paludismo se ubicaba en Villa Montero, sin una explicación del porqué de esa situación. Ello lleva a Alvarado a revisar cómo se trabajaba en la lucha antipalúdica, diseñando un plan más estricto que implicaba organizar el trabajo teniendo en cuenta las características regionales del terreno, y llevando un registro riguroso de las observaciones tanto del campo, como del laboratorio⁽¹⁾. Los resultados de esa reformulación sorprendieron a Alvarado, ya que la inmensa mayoría de las muestras de larvas que le llegaban pertenecían al *Anopheles argyritarsis*, que no atacaban al humano, salvo en ocasiones excepcionales, y si picaban, lo hacían a campo abierto, siendo excepcional que se encontraran larvas del *Anopheles Pseudopunctipennis*. Esto llamó su atención y pidió traer la mayor cantidad posible de larvas. Su asombro fue significativo con los hallazgos ya que, en la playa, zona epidémica, eran todos *Anopheles Pseudopunctipennis*⁽¹⁾.

Al profundizar esos hallazgos constató diferencias. En las vertientes de agua que estaban libres de vegetación, o tenían solo algunos conjuntos de algas de manera intermitente en la superficie y habían sido saneadas anteriormente, con taludes verticales y limpios, solo se encontraba el *Anopheles Pseudopunctipennis*, pero en las vertientes en las que había mucha vegetación, no había algas, y no habían sido saneadas anteriormente, se encontraba el *Anopheles Pseudopunctipennis* sino otros tipos de *Anopheles*, que no transmitían la enfermedad a las personas⁽¹⁾. Esto llevó a Alvarado a preguntarse: ¿no será que el mosquito criollo, aun siendo de la misma especie, tiene hábitos distintos al mosquito europeo?, hasta ese momento la lucha contra el paludismo había seguido el modelo europeo de las “bonificas”⁽⁶⁶⁾. Para comprobar su hipótesis, Alvarado “renaturalizó” las zonas intervenidas, transformándolas nuevamente en lugares de vegetación “aparentemente descuidada”, y atacó los criaderos descubiertos con petróleo y un compuesto con propiedades insecticidas denominado Verde de París⁽¹⁾. Los terrenos descuidados, a los ojos de la comunidad, se interpretaron como desidia de las autoridades, pero a pesar del “desorden, y desprolijidad” que preocupaban

a la población, los resultados fueron muy buenos, lo cual señaló que la naturaleza no seguía las interpretaciones racionales europeas, y que ese “caos” era protector para las comunidades. Así no hubo casos nuevos en el centro de la ciudad, excepto en la cuadra donde un vecino rico se había negado a no desmalezar los desagües ya que “no entendía ese desorden”, y terminó enfermando de paludismo⁽¹⁾.

Esto demostró que, aunque los *Anopheles* fueran de igual género y especie, el comportamiento de la cepa criolla era diametralmente opuesto al de la cepa europea, hallazgo que repetía lo observado en Italia de “anofelismo sin malaria” tal como señalamos. Con esos hallazgos, Alvarado retomó las comprobaciones que realizó Paterson en 1919⁽⁵²⁾ y dejó de lado los procedimientos de la escuela italiana (las *bonificas*), postulando que para el desarrollo de las larvas del *Anopheles Pseudopunctipennis* se necesitaba: ausencia de vegetación acuática vertical, aguas bien aireadas y soleadas en constante renovación, y el alga *Spirogyra* que brindaba alimento y protección. Se demostraba así que el *Anopheles Pseudopunctipennis* era el único *Anopheles*, entre los muchos existentes, que transmitía el paludismo a los humanos de la región. A partir de entender la forma de reproducción del *Anopheles Pseudopunctipennis*, la política central contra el paludismo pasó a ser la de renaturalizar los cursos de agua, lo que reemplazó, en parte, a la quinina, al mosquitero de tul y a los desinfectantes como el fluido Manchester o el Verde de París. Estos hallazgos llevaron a Alvarado a expresar que “la naturaleza hizo lo que no había podido realizar el Verde de París y el petróleo que se esparcían abundantemente semana a semana”⁽¹⁾.

Esas comprobaciones desencadenan en la cabeza de Alvarado una “partida de ajedrez” entre ciencia y naturaleza. En este sentido, señaló que “...se había dado con el baluarte del enemigo” y, por lo tanto, “la lucha contra el *Anopheles Pseudopunctipennis*, vector de la malaria en el norte argentino, era la lucha contra el alga, conociendo entonces donde se halla el enemigo es fácil hacer puntería sobre él”⁽¹⁾. De allí que la aplicación en el país de métodos de éxito en otras partes del mundo no solo era ineficaz, sino que era perjudicial^(67,68).

Esas “confusiones” sobre la especie del vector del paludismo expresan la falta de contextualización de los problemas y la dependencia de la ciencia del Sur con relación a la ciencia europea, y no solo en la cuestión del paludismo. Esas “verdades” originadas en los países centrales, en diferentes campos científicos, en general, representan intereses que responden a cuestiones epistemológicas, políticas y económicas de la ciencia dominante, y tienden a simplificar sus explicaciones desde lógicas causales, las cuales se copian desde el Sur, extrapolando “recetas” que terminan por simplificar lo natural, ignorando que lo que caracteriza a la naturaleza no es lo simple, sino su complejidad⁽⁵⁾.

Cuando Alvarado puso énfasis en la renaturalización de los cursos de agua, las formas de combatir el

paludismo cambiaron radicalmente, y solo cuando fallaba la renaturalización o no se realizaba de manera correcta, se acudía al programa de policía de focos, que era complementario a la acción central de renaturalizar los cursos de agua⁽⁴⁾.

El accionar del programa de policía de focos permitió alcanzar, en un año, el 100% de protección de un área si la estrategia era bien conducida. Para ello había que realizar un mapa en escala de 1 x 1.000 de la localidad a proteger y dibujar un círculo que incluyera la planta urbana y los alrededores bien poblados (área de protección absoluta). Luego se realizaba una circunferencia de un radio de dos kilómetros, mayor que el primer círculo, que pasaba a ser el área de protección relativa, y por último se hacía otra circunferencia también de dos kilómetros por fuera de la segunda circunferencia, llamada área de media protección. Los cuatro kilómetros entre el área de protección absoluta y el último círculo se correspondían con la distancia máxima de longitud de vuelo del *Anopheles Pseudopunctipennis*, que había sido descrito por Elsmere R. Rickard, desde la Fundación Rockefeller⁽⁴⁾. Estas investigaciones fueron de capital importancia para diseñar el sistema de policía de focos. Así la fumigación limitada a esos círculos permitía destruir todos los criaderos existentes dentro de las áreas⁽⁴⁾.

En 1935, Alvarado ya había abandonado la práctica de la medicina privada, dedicándose plenamente a combatir el paludismo. El 14 de noviembre de ese mismo año, fue designado por el presidente del Departamento Nacional de Higiene, Miguel Sussini, secretario general de esa institución, con una dedicación *full time*, dedicación excepcional para un médico de la época. El sanitarismo, como profesión con dedicación exclusiva, era común en Europa, pero infrecuente en Latinoamérica⁽⁴⁾.

Un dato que expresa la centralidad de Buenos Aires en las políticas de salud y, por ende, la poca relevancia asignada al problema del paludismo, fue que desde 1908 hasta 1937, la sección que tuvo a su cargo el saneamiento antipalúdico y el reparto de quinina en el país dependía del Departamento Nacional de Higiene, cuya secretaría estaba en la Capital Federal⁽⁴⁾. Recién en 1937 se crea la Dirección General de Paludismo y Endemias Regionales con sede en Tucumán, y se designa a Alvarado como su director, quedando bajo su responsabilidad la lucha antipalúdica en el país, por lo cual pasan a depender de esa dirección la lucha contra enfermedades como la peste, el tífus exantemático, el tracoma y la viruela, y *a posteriori* se agrega la fiebre amarilla⁽⁴⁾. En 1938, se crea la biblioteca de la Dirección General de Paludismo, con material científico sobre higiene y sanidad, pasando a ser la única biblioteca científica existente en Argentina que publicaba un boletín bibliográfico, cuyo primer número se conoció en febrero de 1942. En el año 1944, esa misma biblioteca contaba con 2.301 libros y folletos, y 285 revistas en español, portugués, inglés, italiano y francés, lo cual llevó a Alvarado a considerarla como única en Sudamérica⁽⁴⁾.

La figura de Alvarado cobró relevancia a nivel nacional y en el mes de mayo de 1938, se publicaron en el diario *La Nación* de Buenos Aires, dos artículos de Alvarado, que aparecieron en días diferentes pero bajo el mismo título: “Lucha contra el paludismo en el país”^(67,68), que respondían a un “pedido” de las autoridades del diario, para que el gobierno explicitara las acciones que estaba realizando para enfrentar al paludismo.

Años más tarde, en 1941, Alvarado presentó su tesis de doctorado en la UBA, con el título “Tratamiento del paludismo”, bajo la dirección de Carlos Fonso Gandolfo, y recibió la calificación de sobresaliente⁽⁶⁹⁾. Alvarado era un convencido de que ningún programa de salud podía ser viable sin la colaboración de la población y su educación sanitaria, para ello hizo diseñar diferentes recursos lúdicos y didácticos sobre el paludismo destinados a los hogares, como el almanaque sanitario con láminas; las caricaturas de un personaje que fue bautizado como el sargento DDT; el “juego del mosquito”, similar al juego del Ludo, destinado a los escolares y a los hogares, con un tablero de cartón, cubilete, dados y fichas, que se regalaban en las escuelas, con la idea de que las niñas y los niños y los grupos familiares adquirieran nociones elementales sobre el paludismo. Además hizo imprimir instrucciones gráficas sobre cómo tomar la quinina, y otras acciones preventivas⁽⁴⁾. A partir de entonces, la educación sanitaria ocupó un lugar muy importante en las campañas contra el paludismo, que significaban acciones novedosas al interior de los programas sanitarios.

El 29 de julio de 1944 se creó una comisión para que explorara las posibilidades de producir “quinina” o encontrar un sustituto natural para la misma, bajo el nombre de “Comisión para el estudio de los sustitutos o sucedáneos autóctonos de la quinina” presidida por Alvarado, los logros de la comisión no fueron los esperados y la comisión se cerró en marzo de 1947⁽⁴⁾.

En su devenir trabajando con el paludismo, Alvarado reconoció la insuficiencia del análisis que reducía el estudio del paludismo a una historia natural, y comienza a analizarlo en su complejidad, como una historia social:

“El tratamiento de un enfermo de paludismo es un problema clínico, el de una comunidad es un problema social que debe propender a beneficiar al mayor número de enfermos con el fin de reducir la mortalidad, morbilidad e incapacidad y los riesgos de nuevas infecciones, disminuyendo las fuentes de infección de los anofeles, actuando sobre los portadores de gametocitos”.⁽⁷⁰⁾

En 1944 se publica el volumen IV del libro *Terapéutica clínica*⁽⁷¹⁾ destinado a enfermedades infecciosas, en el que Alvarado se encarga de temas como el tífus exantemático⁽⁷²⁾, la bartonelosis⁽⁷³⁾, la balantidiosis⁽⁷⁴⁾, y el paludismo a lo largo de tres capítulos⁽⁷⁵⁾. Esta publicación

puede ser considerada como su despedida de la interpretación natural de las enfermedades endémicas del norte argentino, su próximo paso lo hace en el marco del gobierno de Perón desde una interpretación de las enfermedades desde lo social.

Del asistencialismo a la conquista de derechos sociales

“Los problemas de la Medicina como rama del Estado no pueden resolverse si la política sanitaria no está respaldada por una política social. Del mismo modo que no puede haber una política social sin una economía organizada en beneficio de la mayoría”.⁽⁷⁶⁾

Para Susana Belmartino y Carlos Bloch, entre los años 1940 y 1960, se construyeron en Argentina las relaciones de poder en el campo de la salud, con la incorporación y expansión de lo público y los orígenes de las obras sociales durante el peronismo⁽⁷⁷⁾. Hasta entonces, las consultas médicas de los integrantes de la aristocracia y la burguesía eran resueltas por profesionales que ejercían liberalmente la profesión en sus consultorios particulares. Algunos de ellos, además atendían en hospitales de comunidad o en una incipiente institucionalidad de sanatorios privados, destinados a sectores de la aristocracia. Las personas que no podían acceder a dichas coberturas eran “atendidos” en instituciones de beneficencia.

Esa orfandad de la institucionalidad pública es histórica y se hace más evidente si analizamos que, desde el 9 de julio de 1816, año en que Argentina declara su independencia, tuvieron que pasar casi 70 años para que se creara, en 1880, el Departamento Nacional de Higiene, la primera institución relacionada con la salud de la población, creación que no es ajena a las epidemias de cólera de 1867 y de fiebre amarilla de 1871. El Departamento Nacional de Higiene fue reemplazado en 1943, 63 años más tarde, por la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. Tres años después, en 1946, esa dirección pasa al rango de Secretaría de Salud Pública, y recién el 21 de octubre de 1946 se crea el Ministerio de Salud Pública nacional. Es decir que hubo que esperar 130 años, luego de la declaración de la independencia, para tener un Ministerio de Salud de carácter nacional. En esos 130 años, la ciencia había dado pasos gigantescos en la segunda mitad del siglo XIX con los descubrimientos de Pasteur, que dieron lugar a la creación de la medicina científica que permitió descubrir las causas de centenares de enfermedades, y los hospitales pasaron a tener una jerarquía científica desconocida hasta ese entonces⁽⁷⁶⁾. En la creación del Ministerio de Salud, Perón señala:

“...hasta 1946 no existía en la República Argentina un organismo estatal encargado de velar por la salud de su población. Existía en cam-

bio un Ministerio de Agricultura que tenía una Dirección de Sanidad Vegetal y Animal. Interesaba más la salud de los animales porque estos tenían un buen precio, en cambio un hombre no se cotizaba ni en feria, ni en mercados. Esta era la Argentina que nosotros encontramos”.⁽⁷⁸⁾

“Una de las primeras medidas de nuestro Gobierno, en 1946, fue crear el Ministerio de Salud Pública, el cual recibió la misión de organizar la sanidad argentina, establecer normas generales de profilaxis, estudiar los problemas planteados por las enfermedades endémicas, lanzar una acción decidida para terminarlas y organizar las medicinas preventivas y curativas del país”.⁽⁷⁶⁾

Al momento de que Perón asumiera el gobierno había en el país 60.000 camas hospitalarias, de las cuales 15.425 pertenecían a establecimientos nacionales, pero el país necesitaba 150.000 camas, es decir, más del doble de las existentes, entonces Perón y Ramón Carrillo se propusieron alcanzar ese objetivo⁽⁷⁸⁾. En esos años, no solo faltaban camas hospitalarias, sino también faltaba salud, ya que luego de décadas de fuertes desigualdades sociales, la situación sanitaria reflejaba la ausencia o una muy débil presencia del Estado, configurando una realidad con consecuencias sociosanitaria más que preocupantes:

“Se combatía la garrapata y la langosta en el norte, pero el paludismo, que diezaba su población no había llamado la atención de los poderes públicos. La lepra, en el litoral, era un problema serio. La tuberculosis y la sífilis eran verdaderos flagelos nacionales ayudados por la incuria de las autoridades. El tífus exantemático, la brucelosis, el quiste hidatídico y numerosas enfermedades iban tomando formas crónicas en sectores de población regional.”⁽⁷⁸⁾

En los cambios políticos que trajo el gobierno de Perón, muchas autoridades sanitarias fueron reemplazadas, pero Carlos Alvarado permaneció al frente de la Dirección Nacional de Paludismo. Recordemos que Alvarado y Carrillo habían sido compañeros en la Facultad de Medicina, y se habían reencontrado cuando Carrillo regresó al país luego de una beca de estudios de tres años en Holanda, Francia y Alemania⁽⁷⁹⁾. A partir de su regreso, “el negro” –como le decían sus amigos– comenzó a ocupar cargos de jerarquía, y a trabajar en el Servicio de Neurología y Neurocirugía del Hospital Militar Central de Buenos Aires, donde conoce a Perón cuando es trasladado desde la isla Martín García.

La mirada social sobre la salud evidenciaba problemas ausentes en las interpretaciones dominantes de la salud pública:

“Últimamente hemos tenido una comprobación muy curiosa que ratifica en gran parte lo que hemos dicho en varias oportunidades: que la política de salarios y de vivienda, que desarrolló el general Perón desde la Secretaría de Trabajo y Previsión, ha hecho más por la salud de la población necesitada que todo lo que pudimos haber hecho los médicos en muchos años”.⁽⁷⁸⁾

En 1947, Alvarado es acompañado por Ramon Carrillo a una entrevista con Perón, quien quería escuchar a ese joven médico, y había ordenado que no lo interrumpieran. En el encuentro, Alvarado se extendió por más de media hora hablando sobre el paludismo, las formas de combatirlo, los nuevos procedimientos, y la necesidad de aplicar un plan en el que la atención sanitaria se organizara como un ejército antimalárico, y para ello hacían falta camiones y jeeps, y tendría que participar mucha gente. Carrillo conocía las ideas de Alvarado y compartía sus puntos de vista. Décadas más tarde, Alvarado recordaba que en un momento llegó a pensar que se había equivocado siendo tan franco, ya que Perón no hacía ningún comentario, pero de repente, Perón, dirigiéndose a Carrillo le dice “a este muchacho dele lo que pida”⁽¹⁾.

Ese fue el primer paso del operativo sanitario que se propuso terminar con el paludismo en la Argentina. Se había conseguido lo más difícil: el apoyo político, y nada menos que del presidente.

“Mientras que Alvarado afirmaba que la erradicación de la endemia palúdica tuvo que esperar el descubrimiento del DDT para hacerse posible, Carrillo decía que tuvo que esperarse el gobierno de Perón: son dos formas de marcar el mismo punto en el tiempo, una con base en la técnica, la otra con base en la política”.⁽²⁸⁾

El 19 de julio de 1949 se crea la Dirección General de Sanidad del Norte, la cual, Alvarado deseaba que dependiera directamente del secretario técnico, por tal motivo le escribía en forma privada a Carrillo:

“Ahora quiero hacer la argumentación del colaborador y amigo. Tú sabes que he consagrado mi vida al servicio de la sanidad del país, he creído, que además de trabajar para resolver uno de los problemas que más han afectado nuestra salud pública, debía también trabajar por formar una conciencia de la función pública y de la carrera sanitaria. Tal vez, mi obra más personal, es la de haber podido formar un grupo de funcionarios de sanidad, en quienes el sentido de disciplina, de espíritu de cuerpo, de la ‘magistratura sanitaria’, haya adquirido el elevado sentido que tiene en el Ejército o en la Iglesia. Todo esto lo he conseguido principalmente con el ejemplo, empezando con

el *full-time*, cuyo voto lo hice en el año 1935, cuando nadie creía en él y apenas si se conocía la palabra en el país; con este antecedente y con la dimensión moral de la organización que dirijo, creo haber alcanzado una posición funcional y jerárquica, que debía ser tenida en cuenta para fijar la dependencia de la nueva Dirección General”.⁽¹⁾

A fines de 1949, Carrillo vuelve a invitar a Alvarado a una reunión con Perón, reunión que Alvarado así describe:

“El ministro de Salud Pública, Dr. Carrillo, quiso que le expresara personalmente al General Perón los resultados de nuestro plan de lucha antimalárica, que se pudo cumplir gracias al franco y decidido apoyo que el propio presidente le prestara dos años antes, cuando le expusiera el plan. El General Perón escuchó mi exposición con profundo interés, y después felicitó al Ministro y me felicitó a mí: Entonces le dije: ‘general, esta campaña no hubiera podido llevarse a cabo, ni lograrse estos resultados, si no hubiéramos contado con un conjunto de empleados devotos, entusiastas y disciplinados; todos ellos, hombres y mujeres, trabajando en el campo y en las oficinas, son los autores del triunfo y los dueños de la gloria; yo sólo soy la cúspide de esa pirámide que, a semejanza de los témpanos de hielo, presenta una pequeña porción que emerge y se distingue, mientras que la enorme masa que la sustenta queda invisible debajo del agua’. El General Perón me dijo entonces emocionado, ‘transmita mis felicitaciones a la pirámide’”.⁽¹⁾

Alvarado entendía que la dedicación exclusiva del personal se debía acompañar de salarios dignos y, en una charla con Carrillo, recuperó la experiencia de la investigación de Rickard, de la Fundación Rockefeller, para señalar lo mal pago y la falta de estímulos económicos para quienes trabajaban en la lucha antipalúdica:

“Desgraciadamente en la Administración Pública, no se dan esos premios con que suelen gratificar y estimular a sus empleados las empresas comerciales y las grandes organizaciones. Hace justamente veinte años (en 1929) el Dr. E. R. Rickard, de la Fundación Rockefeller, establecido en Ledesma, largó anofeles pintados, para comprobar que el *Anopheles Pseudopunctipennis* vuela hasta 6 kms, esta observación le valió doscientos dólares de incremento en el sueldo y tres meses de vacaciones en EEUU. Nosotros creemos sinceramente haber hecho un poco más que demostrar lo que vuelan los mosquitos pintados, y como premio

de ello se nos piensa aumentar nuestro trabajo y nuestras preocupaciones”⁽⁴⁾

El paludismo se redujo notablemente en los años que gobernó el peronismo, y volvió a aumentar durante el gobierno de la “Revolución Libertadora” que lo sucedió⁽⁸⁰⁾. En 1953, se dictó la Ley 13019 que creó el Consejo Nacional de Construcciones Sanitarias, un organismo central colegiado encargado de la construcción de hospitales. Para Carrillo, los hospitales en sí configuraban el aspecto concreto y material de la atención a la enfermedad, pero no los consideraba fundamentales para la salud.

“Hay otras cosas tan importantes o más importantes que la construcción de hospitales, cosas que de ponerse en funcionamiento reducirán en mucho la necesidad de dichos hospitales. El ideal sería que los hospitales no existieran y para ello hay que poner en acción ese otro 30% del plan, que es puramente de estructuración, de organización y de fiscalización. Si estamos bien organizados en los aspectos no constructivos, en los aspectos ajenos a la arquitectura, llegaremos al ideal del general Perón, quien, con ese talento intuitivo que lo caracteriza, me manifestó un día, al inaugurar un hospital en Tartagal: ‘Me agrada entrar a este hospital porque no hay un solo enfermo; están todas las camas vacías’. Y agregó esta reflexión: ‘Cuando todos los hospitales tengan tantas camas vacías, entonces lo podré felicitar, porque la medicina habrá triunfado’”⁽⁷⁸⁾

No obstante, esa reflexión de Perón, y a más de 70 años de haber sido pronunciada, en Argentina, y en muchos países, se continúan construyendo hospitales, que incluso se inauguran citando a Perón y a Carrillo. ¿Cómo entender esas aparentes contradicciones?, ¿qué discusiones se dan al interior del campo de la salud para que esas contradicciones no sean publicizadas en la sociedad?, ¿por qué no se publicizan?^(81,82,83) Mario Testa señalaba que los problemas estructurales del campo de la salud no se arreglan desde el campo de la salud, sino por fuera del campo, y para ello había que transformarlo en un problema público. He aquí un tema pendiente que no se resuelve con más hospitales, sino con un giro epistemológico que habilite otras institucionalidades en el campo de la salud⁽⁸³⁾. Vamos a sostener que el triunfo no debiera ser solo de la medicina, sino fundamentalmente de los gobiernos, disminuyendo desigualdades y construyendo ciudadanía social.

El 29 de septiembre de 1948, se sancionó la Ley 13266 que puso fin a la Ley 5195 de “Defensa contra el paludismo” de 1907, y cuya reglamentación había sido modificada por José María Penna entre 1912 y 1916. Es decir, la Ley 5195 tuvo una vigencia de 41 años después de su sanción, en evidente asincronía con el avance de los conocimientos científicos.

El 2 de mayo de 1950, la Oficina Sanitaria Panamericana solicitó al gobierno argentino la adscripción de Carlos Alvarado como Consultor Regional de Paludismo. Fred L. Soper, director de la Oficina Sanitaria Panamericana expresa sobre Carlos Alvarado:

“Sus calificados antecedentes profesionales, como su sobresaliente actuación en los trabajos de malaria en el hemisferio occidental, lo acreditan como un experto, a quien se puede invitar a formar parte del equipo de especialistas en Higiene Internacional”⁽⁴⁾

Entre 1950 y 1954, Alvarado autorizado por Carrillo, trabajó comisionado por la OPS recorriendo países de América para conocer las posibilidades de encarar un plan continental de lucha contra la malaria. En el informe que realizó, aconsejó encarar la erradicación del paludismo en las Américas, informe que fue considerado y aprobado en la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana reunida en Santiago de Chile en 1954⁽⁵²⁾.

Floreal Ferrara (1924-2010), a poco tiempo de recibido de médico, en 1950, tuvo conversaciones con Ramón Carrillo:

“Tuve la oportunidad de hablar tres o cuatro veces profundamente con Carrillo, porque asistía a un médico muy amigo de él, Juan Manuel Pardal, un lindo tipo también, que fue director de escuelas en la época de Mercante, en la Provincia de Buenos Aires; tenía una diabetes muy grave y yo, recién recibido, lo asistía, él era muy amigo de Carrillo. Carrillo siendo ministro, lo venía a visitar, manejando él mismo el auto [...] Al lado de la cama de Pardal pudimos conversar muchas veces [...] Lo que se notaba en Carrillo era una enorme pasión por lo nacional y por lo argentino. Él tiene un contacto muy intenso con la cosa popular y con los grandes problemas argentinos desde el comienzo de la revolución del peronismo; pero en lo que puede llamarse la práctica, a mi entender, ahí encuentra a un personaje muy importante también en su vida, no solamente por su lucha contra el paludismo, sino por la concepción popular de la medicina, que se llamó Carlos Alvarado. Era un hombre de la rancia estirpe nortea, médico, observador, que veía muy bien las cosas del pueblo. Con Alvarado conciben la lucha contra el paludismo casa por casa; se ponen la mochila, el fumigador al hombro, y van recorriendo, y concitando la voluntad del pueblo. El pueblo los acompaña, los sigue... el pueblo tomaba el rociador, y seguía [...] a algunos les pagaban, a otros no [...] Me parece que es el propio Alvarado el que cuenta que de pronto un día dijeron ‘¿y cómo haremos para saber que a esta casa ya la rociamos?’ [...] Y un pai-

sano dice: ‘¿por qué no le ponemos una estam-pilla detrás de la puerta? [...] detrás de la puerta nadie hace nada, ponen la escoba nada más’ [...] Y de ahí surgió que pasaban, miraban detrás de la puerta, y se fijaban si estaba o no la estam-pilla, porque podría ser otra cuadrilla la que estaba pasando [...] Eso se lo enseñó el pueblo, y luego nosotros lo vamos a repetir en el censo del 60, del 70 y del 80, y ahora se repite también en el censo de automóviles, pegando una estam-pilla en el vidrio (esto lo inventó un criollo)’.⁽⁸⁴⁾

El DDT en la lucha antipalúdica

En 1945, había 60 mil casos nuevos por año, y cuando se produce el golpe de Estado contra Perón, el país tenía muy pocos casos nuevos. La incorporación del DDT a la lucha antipalúdica fue considerada por Alvarado como el fin de una era y el comienzo de otra. Para él, los que escribieran en el futuro la historia del paludismo tendrían que decir “antes del DDT y después del DDT”.

La estrategia de utilización del DDT fue central en la lucha antipalúdica, y se encaró con el plan quinquenal en 1947 y sobre ella Alvarado señaló:

“Es la más vasta empresa emprendida hasta la fecha por la sanidad de nuestro país, ha sonado la hora de la redención de nuestras zonas palúdicas; contamos con la técnica, los elementos y la voluntad de trabajo, y en un plazo de cinco años habremos quebrado la columna vertebral de la endemia, y tal vez en un par de años más, el paludismo sea solamente un recuerdo histórico para nuestros connacionales. Se habrá bajado la cifra de casos de malaria por debajo del número de accidentes de tránsito”.⁽⁸⁵⁾

Con el surgimiento del DDT, la vieja ley contra el paludismo de 1907 quedó obsoleta. Entonces Carrillo le pidió a Alvarado que diseñara un plan nacional para erradicar el paludismo en el país, ya que había recrudescido, se extendía, y había nuevos focos. Alvarado redactó el proyecto de una nueva ley, la que fue sancionada en 1948, como Ley 13266, la cual hacía obligatoria la fumigación de las viviendas.

Con no poco esfuerzo, se había logrado reemplazar el plan anterior por la detetización. La tarea no era solamente convencer al gobierno, sino que había que preparar al equipo de peones que, con el apoyo del ejército, debían llevar adelante las fumigaciones. Ello implicó transformar a los peones en choferes de grandes camiones, conseguir pequeños vehículos para los caminos rurales, y fumigadores de a pie para las zonas más agrestes. En 1950, Alvarado publicó un artículo en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, en el que realiza un balance de la lucha antipalúdica y de los beneficios del uso del DDT⁽⁸⁵⁾.

El historiador argentino Félix Luna consideró que, con los logros obtenidos con relación al paludismo, para otro “gobierno hubiera justificado su paso por el poder”⁽⁸⁶⁾, también otros historiadores han reparado que las acciones contra el paludismo no fueron utilizadas por la propaganda del gobierno en concordancia con la relevancia de los resultados obtenidos, ese trabajo pasó casi inadvertido políticamente. La explicación parece ser el enfrentamiento de Ramón Carrillo con Raúl Alejandro Apold, quien manejaba con mano de hierro las comunicaciones y los medios⁽⁸⁷⁾. Tras la muerte de Eva Perón, Carrillo tuvo crecientes dificultades dentro del gobierno, el vicepresidente Alberto Teissaire lo desairaba permanentemente y algunos sectores del poder lo acusaban de “conspirar contra Perón”. La suma de estas circunstancias y el permanente “ninguneo” por parte de Apold estallaron cuando Carrillo se enteró que su Ministerio iba a ser reestructurado y cambiaría de nombre, sin que él fuera consultado, pese a haber sido el primer ministro de esa cartera⁽⁸⁷⁾.

El 10 de agosto de 1953, Carrillo presentó su renuncia y se fue a EEUU, donde lo encuentra el golpe contra Perón, el 16 de septiembre de 1955. Ese golpe militar acaba con su idea de volver a la Argentina, por lo que se radica en *Belém do Para* (Brasil). Allí, de manera muy humilde, trabajó como médico, y muere el 20 de diciembre de 1956. Debieron pasar 16 años para que sus restos vuelvan al país en el año 1972.

Alvarado y los organismos internacionales

En 1952, los conflictos institucionales y políticos llevaron a Alvarado a pensar en renunciar a su cargo en el Ministerio. En esos años, la Oficina Sanitaria Panamericana le ofreció coordinar el plan para la erradicación de la malaria del continente americano. Alvarado, que hacía poco había regresado de cumplir una adscripción en dicha oficina, mantuvo una prolongada entrevista con Carrillo, quien dejó en sus manos la decisión de continuar en el país o aceptar el cargo en la OPS⁽⁸⁾. La renuncia de Carrillo fue una gran pérdida para Alvarado, quien dejó de recibir el apoyo que tenía, lo cual seguramente influyó en que aceptara el cargo ofrecido por la OPS⁽⁸⁾.

En 1954, Alvarado le escribe a Fred Soper, director de la OPS, y ex director del servicio de fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller:

“Quiero anticiparle también, que en mi visita a las autoridades sanitarias de los países del Continente, he venido informando en todas partes, el propósito de la Oficina de promover un acuerdo para la concertación de un plan continental para la erradicación de la malaria en las Américas, y que en todas partes la idea ha recibido una entusiasta acogida; considero

que el terreno está abonado para que la Oficina proponga el programa más ambicioso, con márgenes para restringirlo donde los países se muestren fríos o quieran presentar reservas. Será siempre esta una táctica más provechosa que presentar fórmulas muy estríelas, cuya eficacia puede quedar desbaratada ante cualquier inconveniente”.⁽⁴⁾

En febrero de 1959, Alvarado es nombrado director del Programa Mundial de Erradicación del Paludismo en la Organización Mundial de Salud (OMS), lo cual le permitió conocer diferentes países y zonas tropicales afectadas por el paludismo, en general, encontrando problemas similares a los que había observado en Argentina. Alvarado coincidió en los espacios institucionales de la OPS y la OMS con Halfdan Mahler (1923-2016) quien, por casi diez años, fue el director general de la OMS, durante tres períodos seguidos 1973-1988, y en 1978 fue el principal impulsor de la Conferencia de Alma Ata, bajo el lema “Salud para Todos en el año 2000”. A pesar de que Mahler y Alvarado trabajaron temas similares que los tenían como actores con vasta experiencia en tuberculosis y en paludismo, no encontramos registros de trabajos conjuntos, aunque expresan ideas similares en sus memorias y reportajes, como la importancia de los agentes sanitarios, la necesidad de establecimientos pequeños frente a grandes hospitales, y la relevancia del trabajo en los territorios entre otros temas^(88,89,90). Halfdan Mahler había ingresado a la OMS en el programa de tuberculosis en Ecuador, pocos años antes que Alvarado. Mahler cuestionaba los enfoques verticales (sobre enfermedades específicas) y, en contraposición, promovía los servicios básicos de salud, ideas que se plasman en la Declaración de Alma-Ata^(88,90). Para Mahler, las enfermedades infectocontagiosas no solo mataban, sino que esclavizaban al género humano, y no tenían una única causa, sino que operaba una multicausalidad y una recursividad que Mahler llamó “la espiral diabólica” de la problemática social⁽⁹¹⁾.

Para cerrar este punto, vamos a recuperar una situación de total vigencia, relatada por Alvarado, y es la intervención del representante de Nigeria en una reunión de expertos en paludismo en la sede de la OMS en Ginebra:

“El problema de la cobertura sanitaria viene preocupando desde hace tiempo a la OMS como consecuencia del avance de los programas de erradicación del paludismo cuya fase de mantenimiento debe quedar a cargo de los servicios básicos de Salud Pública; pero es que en muchos países subdesarrollados tales servicios no existen todavía y debió convocarse un grupo de expertos para estudiar y aconsejar sobre el problema; durante la discusión se llegó a un punto de acuerdo: debía haber por lo tanto un empleado móvil al que llamó provisionalmente ‘agente sanitario’ quien debía cubrir con visi-

tas periódicas un área determinada. Alguien introdujo en la discusión el problema del local, dónde debía vivir ese empleado, dónde atender al público cuando vinieran a buscarlo y dónde tener sus papeles, etc. La discusión, como es de práctica fue discurrendo fácil y amablemente hacia un edificio cada vez más confortable y completo, hasta que un golpe seco dado en la mesa por uno de los miembros del panel que hasta entonces había permanecido callado, puso a todos en silencio y los volvió a la realidad; era el representante de Nigeria quien, con voz serena pero enérgica a la vez, se expresó más o menos así: ‘Señor Presidente: yo me opongo a lo que se está discutiendo; en cuanto pongamos alguna recomendación sobre los edificios entrarán a tallar los arquitectos y los legisladores; los primeros querrán planear mejores edificios, más armoniosos y funcionales, con los últimos materiales y por supuesto, los más costosos; y los segundos los querrán aquí o allá, según sus intereses políticos y como el dinero disponible es siempre escaso y limitado, construiremos apenas 3 o 4 elefantes blancos que no servirán para nada. Nuestros agentes sanitarios deben ser como nuestros curanderos, que atienden a la gente a la sombra de una palmera y cambian de oasis y de palmera para dar más posibilidades a la numerosa comunidad que busca sus servicios’. Su gesto y su énfasis, basados en una experiencia indiscutible, y su elocuencia, convencieron a todo el resto del Comité de Expertos y no se habló más del edificio, ni apareció una línea al respecto en el correspondiente informe”.⁽⁹²⁾

Alvarado permanece en la OMS, hasta el año 1964, cuando debe jubilarse por haber alcanzado la edad de 60 años. Luego de su retiro, siguió colaborando como consultor en la OMS en los “Comités de Expertos” hasta 1964. En uno de esos comités colaboró en la elaboración del programa de erradicación de la viruela.

El regreso a la Argentina

Nuevos actores, conflictos y modelos organizativos en pugna en el campo de la salud

Hobsbawm nominó al período comprendido entre 1945 y 1990 como los años de la revolución social⁽⁹³⁾. En ese período, hubo un “clima de época” caracterizado por un gran compromiso social que se propuso reducir las desigualdades, construir derechos sociales y transformar las estructuras de la sociedad, contando con alta adhesión de los jóvenes⁽⁹³⁾. En ese marco, en las décadas de 1960 y 1970 se produjeron cambios y tensiones

importantes en el campo de la salud en diferentes países. Para Starr, en EEUU ocurre una redistribución económica sin organización, con la aparición de convenios y el avance de los liberales sobre el mercado de la salud, y entre los años 1970 y 1974 se asiste a la pérdida de legitimidad de la medicina⁽⁶⁾. En paralelo, en Argentina, Belmartino y Bloch describen que entre los años 1960 y 1980, se da un claro conflicto de intereses entre de los actores del campo de la salud y los modelos organizativos y las formas de financiamiento.

En ese contexto, Alvarado vuelve a Argentina en 1965, y enfrenta dos desafíos que van más allá de lo técnico, al asumir responsabilidades políticas en dos gobiernos provinciales como ministro de Salud Pública de la provincia de Jujuy, entre 1966 y 1967; y ministro de Salud Pública y de Asuntos Sociales de Salta, entre 1968 y 1969, donde volcó sus experiencias y los conocimientos acumulados hasta entonces. Al asumir como ministro de Salud en las provincias de Jujuy y Salta, Alvarado se propuso llevar adelante las primeras experiencias en Argentina, de lo que, años más tarde, en la conferencia de Alma-Ata, se conoció como Atención Primaria de la Salud (APS).

La gestión siempre es muy compleja, los ministros son la cara de un gobierno y, a su vez, los fusibles más fáciles de cambiar, sobre todo si se los compara con la complejidad de los problemas sociales que constituyen el “día a día” de un gestor en los campos sociales, donde pretender cambiar “las reglas del juego” implica afectar intereses poderosos. Por ello, en todo gobierno es mucho más fácil cambiar un ministro, que solucionar los problemas sociales relacionados con el Ministerio. De allí que la tensión entre quienes demandan cambios y quienes se resisten a ellos, se resuelve en relación con los capitales que tienen los agentes en conflicto. Así fue como Alvarado, con bajo capital político, no tardó en convertirse en “fusible”, ante la radicalidad de los cambios que proponía con su Plan de Salud Rural⁽⁹⁴⁾, que afectaban a la corporación médica, no solo en sus intereses económicos, sino también en la cultura dominante en esas instituciones, incluso en las públicas. Alvarado proponía, por ejemplo, que los profesionales debían trabajar de acuerdo con las horas por las cuales habían sido designados, situación que no se cumplía y que persiste sin modificaciones, en parte amparada por la naturaleza artesanal de sus trabajos que configuran burocracias profesionales, y no burocracias mecánicas^(96,97).

En ambas experiencias, Alvarado implementó el “Plan de Salud Rural”, al que concebía como un proceso de inclusión del derecho a la salud de poblaciones marginadas, o alejadas de los centros urbanos, carentes de cobertura médica y sanitaria. Su propuesta resumía sus propias experiencias con el paludismo en el norte argentino, su trabajo en el gobierno de Perón junto a Carrillo, y los casi diez años de experiencia internacional en la OPS y la OMS, donde encuentra que sus vivencias tenían puntos en común con otros países, sobre todo del tercer mundo, tan o más pobres que su entrañable Jujuy.

Las responsabilidades como ministro, le exigió a Alvarado relacionarse directamente con el diseño de las políticas de salud, y en ese “macrojuego” tuvo que enfrentar intereses y mezquindades junto a quienes lo acompañaban y conformaban sus equipos, los que, en general, tenían poca experiencia en el juego social que enfrentaban y sobre el que nunca habían sido formados “ni informados”. Sus formaciones “escolásticas”, estaban muy alejada de las miradas poblacionales y de la complejidad de lo social. En su experiencia como ministro buscó mantener sus principios, que eran los de una medicina humanizada, lo contrario a lo dominante que era una medicina mercantil y corporativa, expresión de ello es que, en ambas experiencias, lo combatieron las corporaciones médicas. Su propuesta implicaba que los trabajadores tuvieran que pasar de interpretar la enfermedad como un hecho individual, a un hecho colectivo, e incorporar la importancia de lo territorial, dimensión muy alejada de lo que se enseña en las universidades, por lo tanto, debían aprender mientras lo hacían. Una reflexión integradora de sus dos experiencias como ministro le permitieron escribir con posterioridad dos textos en los que reflexiona sobre esa práctica^(92,98).

En la década de 1960, Mario Hamilton y Susana Badino, entonces dos jóvenes médicos, buscaron radicarse en las provincias de Salta y Jujuy. La narración de sus experiencias son muy gráficas y se encuentran en los dos primeros capítulos del libro *Vida de sanitarista* de Mario Hamilton⁽⁹⁹⁾, en el que relata:

“Creo que vale la pena una reflexión acerca de cómo nos sentíamos los sanitaristas que trabajábamos en las provincias del Noreste en los años 60, 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. Este tipo de poder no nos interesaba; al contrario, cuestionábamos las normas y participábamos en proyectos que no dependían del apoyo de la burocracia [...] Si bien no disponíamos de una comprensión ideológico-política del campo de la salud, teníamos una fuerte vocación social [...] Los salarios eran bajos, los contratos del gobierno no tenían estabilidad ni seguridad social y la profesión no tenía prestigio. Éramos considerados médicos papeleiros [...] 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 pensarán que habíamos hecho el curso para ser ‘ministros’ [...] 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 cons-
truido, era una época en que la solidaridad y lo
colectivo eran sustantivos”.⁽⁹⁹⁾

Ministro de salud en la provincia de Jujuy

En el año 1966, le ofrecen a Alvarado ser ministro de Salud de la Provincia de Jujuy, donde los principales indicadores sanitarios eran tasas de mortalidad general de alrededor del 15 por mil, la más alta del país; tasas de mortalidad infantil mayores al 100 por mil; alta incidencia de enfermedades transmisibles como difteria, tétanos, fiebre tifoidea, poliomielitis y coqueluche; tasas de mortalidad por tuberculosis de 70 por mil; un 30% de la población con acceso a agua potable y cloacas; de las muertes registradas, las primeras causas eran la falta de atención médica, y las muertes por causas mal definidas; y en algunas zonas rurales el 100% de los partos y las defunciones ocurrían sin atención médica. Esos muy malos datos sanitarios no guardaban relación con los recursos disponibles en salud, que resultaban generosos en comparación con otras jurisdicciones. Los principales indicadores de los servicios eran: siete camas por 1.000 habitantes; un médico cada 800 habitantes, con alta concentración en áreas urbanas; 14,0 salas de primeros auxilios atendidas por enfermeros “prácticos”; y un 13% de los recursos financieros destinados a la atención médica. Esos datos contrastaban con el bajo uso de los servicios (0,8 consultas habitante/año); una capacidad instalada no aprovechada del 50% en algunas áreas; y una proporción de partos atendidos en hospitales del 40%.

En los primeros días en el cargo de ministro, Alvarado reunió en la delegación federal a un grupo de jóvenes profesionales, para conocer sus opiniones sobre cuánto tiempo creían que él podría durar como ministro:

“Algunos le contestaron –siempre existen esos ‘entusiastas’– que cuando el gobierno se diera cuenta de la valía del ministro, duraría por siempre. Otros calcularon que dos a tres años, algunos que uno o dos. Alvarado les agradeció los deseos de éxito y les dijo que, personalmente, estimaba que podría durar entre seis meses y un año; les pidió que pensasen qué cosas podrían hacerse en ese tiempo que mejorasen, en forma duradera, la salud de los jujeños”.⁽²⁸⁾

A los dos meses de asumir, en octubre de 1966, Alvarado lanza el Plan de Salud Rural en Jujuy, en la ciudad de El Carmen, y en enero de 1967, lo inicia en la ciudad de Tilcara, señalando que su “comienzo debe ser fácil, rápido, humilde, y que permita empezar ya mismo con lo que se tiene”⁽¹⁾. El propósito era tener información que permitiera conocer la situación desde la cual se partía, y poder desarrollar experiencias operativas, con una oferta de servicios que alcanzaran a toda la comunidad, y que al menos, una vez cada tres meses, todos los habitantes recibieran la visita de un agente sanitario para los

controles de salud, acciones de inmunización, y seguimiento de los tratamientos⁽⁹⁸⁾.

Al poco tiempo de asumir como ministro, se produjo la renuncia del gobernador, y el nuevo dirigente designó, en reemplazo de Alvarado, al presidente del Colegio Médico de Jujuy, al médico Reynaldo Bouhid, apellido ligado hasta el presente con la corporación médica jujeña. Ante ese cambio, Alvarado pasa al cargo de asesor del Programa de Salud Rural⁽¹⁾ y, a fines de 1967, presenta su renuncia. Su período como ministro de Salud de Jujuy fue de 15 meses, bastante próximo a la predicción que realizó ante los jóvenes estudiantes.

Ministro de Salud Pública y Asistencia Social en la provincia de Salta

A los pocos meses de renunciar en Jujuy, le ofrecen ser ministro de Salud Pública y de Asuntos Sociales en Salta, lo cual acepta, y permanece en ese cargo entre abril de 1968 y agosto de 1969. El gobernador, Hugo Rovalletti, al designarlo como ministro de Salud Pública y Asistencia Social, expresa “la provincia de Salta cuenta desde hoy con un ministro de lujo”⁽¹⁾.

En diciembre de 1968, Bouhid, el ministro de Salud de Jujuy que había reemplazado a Alvarado, en la reunión nacional de autoridades de Salud Pública presentó el plan de Salud Rural de Jujuy y, por unanimidad, todas las autoridades provinciales recomendaron adoptarlo⁽¹⁾. Quienes hayan asistido a una reunión de ese tipo, en general, llamadas reuniones del Consejo Federal de Salud (COFESA) saben de la perdurabilidad de esos compromisos en el tiempo.

Una de las primeras medidas de Alvarado como ministro en la provincia de Salta fue reestructurar el ministerio, buscando transformarlo en un organismo activo y eficiente que cumpliera los objetivos declamados, y superar lo que muy bien conocía. En octubre de 1968 implementa en toda la provincia el “Plan Piloto de Salud Rural”. A los 4 meses, el 13 de abril de 1969, es declarado persona no grata por el Circulo Médico de Salta y recibe fuertes ataques del diario “El Tribuno”, que expresaba las ideas de las clases dominantes salteñas. A partir de allí, se inició una campaña en su contra y del Plan de Salud Rural, lo cual lo llevó a renunciar. Con su partida, el Plan de Salud Rural cayó en el olvido. Su experiencia como ministro de Salud no alcanzó los 16 meses.

El Plan de Salud Rural

En los dos tomos sobre salud pública, coordinados por Abraan Sonis^(94,100), Alvarado escribe dos capítulos. Uno de ellos lleva como título la “Atención de la salud en áreas rurales”⁽¹⁰⁰⁾, que comienza con una crítica a la cobertura y a la atención médica altamente sofisticada, a la que califica como elitista, de alcance solo a grupos privilegiados, encerrados en “sus muros de marfil”⁽¹⁰⁰⁾. El

texto, sintetiza la experiencia acumulada por Alvarado, y enumera ocho pautas de carácter operativo para implementar un plan de salud rural. Ese texto lo escribe en coautoría con Enrique Tanoni⁽¹⁰⁰⁾. En 1988, Enrique Tanoni al recuperar el plan de su maestro señala:

“Tuve la suerte de tener un maestro que, no sé si por viveza o inteligencia, supo interpretar desde muy temprano en la vida profesional cómo era este tema de la salud del pueblo. O sea que parto de cosas absolutamente simples. La APS es simplemente hacer lo que el pueblo necesita, es hacer lo que hay que hacer primero, aunque parezca de *goyete*, es aplicar ciertas lógicas elementales de raciocinio humano a la salud y a los recursos del pueblo”.⁽¹⁰¹⁾

Alvarado tenía como propósito el poder pasar de una atención individual a un trabajo colectivo, en y con las comunidades desde los territorios. Ello exigía abandonar la cultura hospitalocéntrica para empoderar a las personas y a las comunidades, y alcanzar el abordaje de los problemas sociosanitarios junto a los equipos de salud.

“El objetivo era la aplicación de acciones de medicina preventiva, asistencia, educación sanitaria, rehabilitación y medidas domésticas de saneamiento ambiental, todo esto dentro de la posibilidad de recursos que se dispone, es decir, lo que se puede hacer y no lo que se desearía hacer”.⁽⁹²⁾

El principal obstáculo que encontró Alvarado era que solo conseguía la adhesión del personal de enfermería y los agentes sanitarios, resultándole muy difícil sumar a los profesionales. Ante esa situación delegó las tareas en enfermería y en los agentes sanitarios, que se fueron transformando en figuras centrales de las rondas sanitarias. Para Alvarado, a la enfermedad había que salir a buscarla donde vivían y trabajaban las personas, y no esperarla sentados en los hospitales porque se perdía un tiempo que, en muchos casos, era muy valioso. Por ello lleva adelante “la ronda de doctores”, para poder conocer de las poblaciones y saber cuántos son, dónde viven, cómo viven y qué padecimientos refieren en el último año, tarea que exigía buscar casa por casa⁽⁹⁸⁾.

A pesar de que eran tiempos de planificación, Alvarado señalaba las limitaciones de una técnica muy de moda en la época, ya que consideraba que:

“...la aplicación en el terreno de las ciencias de la salud depende no solo de factores técnicos, económicos y sociales, sino también de factores antropológicos, culturales, ideológicos, políticos, religiosos y hasta emocionales, todos ellos de difícil valoración y cuantificación y donde lo imponderable sigue siendo todavía en la mayoría de los casos, una por-

ción importante de los intereses en juego. En un universo tan complejo, o más bien en universos tan variados e indiferentes no se puede hablar de criterios, bases, reglas, o parámetros; por ello se ha preferido usar para titular este capítulo, una expresión con menos pretensión científica, simplemente pautas”.⁽⁹²⁾

Diez años después de esa experiencia, Alvarado reconoció que siempre había factores extraños al plan, los cuales expresaban otros intereses, y ello no era solo propio de Jujuy, sino que era parte del juego social, y que siempre había intereses en disputa, aunque la planificación los omitiera^(95,96,98,102). Otra crítica era que los planes estaban muy centrados en la figura del profesional médico, y para realizar lo que se pretendía, esos profesionales debían cambiar su forma de trabajo, ya que lo aprendido en la Facultad de Medicina les servía muy poco cuando estaban en los territorios y enfrentaban lo social, lo cultural, lo político y/o lo religioso, dimensiones no presentes en sus formaciones universitarias que, si estaban, no se basaban en lo relacional, sino en concepciones racionales e idealistas, que son las antípodas de lo relacional⁽⁹⁶⁾.

Para Alvarado, el problema no estaba en la financiación del programa, sino en la ineficiencia del gasto, dado que los equipos no permanecían en los territorios, lo cual demoraba los diagnósticos y los tratamientos, y ello se traducían en gastos mayores que se podrían evitar con presencia, conocimiento y, sobre todo, pertenencia a los territorios⁽⁹⁸⁾.

El Plan de Salur Rural buscó solucionar el abismo existente entre la teoría de la atención médica integral que se prometía, y la cobertura efectiva en las poblaciones rurales, donde era visible el desamparo y las dificultades de acceso, que se evidenciaba en las diferencias de morbimortalidad existente en diferentes grupos sociales, y entre los territorios de una misma jurisdicción o región. Alvarado sostenía:

“Somos un país eminentemente agrario, debemos al campo nuestras riquezas y nuestro progreso y, sin embargo, en materia de Sanidad Rural estamos todavía en los tiempos de la colonia. Hay una enorme desproporción entre el progreso sanitario de nuestras ciudades, que están casi al día, con respecto a nuestro campo”.⁽¹⁾

Alvarado señalaba críticamente las fuertes desigualdades entre las provincias. Por ejemplo, en 1968, en Salta, la mortalidad infantil duplicaba la de la provincia de Buenos Aires; la tuberculosis era ocho veces mayor; y las muertes por tétanos 27 veces superior⁽⁹²⁾.

Un concepto recurrente en la bibliografía sanitaria es el de la participación, concepto que se generalizó de tal manera que se terminó usando tanto para procesos de construcción de ciudadanía, como de autofinanciación de las tareas, concepción más cercanas a la

“culpabilización de la víctima” que a un ejercicio de ciudadanía^(103,104). Alvarado tenía muy en claro esas diferencias señaladas: cuando la participación se traducía en búsqueda de mano de obra barata o cuando se buscaba empoderar a los colectivos y a los territorios:

“...la participación activa de la comunidad, mucho se ha hablado y escrito sobre sus ventajas y hasta ha llegado a considerársela como un prerrequisito para el éxito de una cobertura con atención primaria. Si por participación ‘activa’ se entiende la participación en algún grado en los costos de la operación, es poco o nada lo que puede o debe esperarse del ‘pariente más pobre’ de la gran comunidad humana; aún más, resulta irónico recurrir a este cuando todos los días la concentración de servicios y de nuevas tecnologías acentúan los privilegios de que gozan los ‘parientes ricos’ de las ciudades, en lo que se refiera a atención médica. Ahora bien, si por participación activa de la comunidad se entiende colaborar con el agente sanitario en la consecución de sus funciones, tomar interés por sus consejos y cumplir con sus recomendaciones, como por ejemplo la construcción de letrinas, etc., no puede sino proclamarse y en alta voz la necesidad y las virtudes de esa participación; y si a esto se agrega el dar facilidades de transporte y alojamiento al agente sanitario, y se logra la construcción de un modesto pero limpio local para el Puesto de Salud, entonces nadie puede dudar o discutir sobre el enorme valor de la participación activa de la comunidad”⁽⁹²⁾

El Plan de Salud Rural proponía una medicina de colectivos sociales y no de individuos, y para graficarlo recu-pera una experiencia en la Puna, donde encuentra una mortalidad infantil del 400 por mil nacidos vivos, que desagregó en seis grupos: niños vivos con nacimiento correctamente asistido; niños vivos no inscriptos en situación de ilegalidad por tal situación; niños muertos con su nacimiento inscripto correctamente y con certificado de defunción; niños muertos, con el nacimiento correctamente inscripto, pero que no figuraban como muertos; niños muertos no inscriptos en el nacimiento, pero registrados como fallecidos; y niños muertos no inscriptos como nacidos, ni como fallecidos⁽⁹²⁾. Frente a ello, se preguntaba por el valor de los datos estadísticos y, si bien reconocía la mala distribución del personal y de los recursos físicos como algo complejo de revertir, consideraba que era más fácil producir los cambios necesarios desde las áreas rurales que desde los niveles centrales, pero para ello era necesario reformular el trabajo en los centros de salud:

“...lo que generalmente se encuentra es un enfermero o enfermera que se pasa calentando

la silla de su ‘Sala de Primeros Auxilios’ donde dispensa algunos elementos de una medicina muy simplificada, pero, sobre todo, poniendo inyecciones, muchas veces recetadas por ellos mismos y otras por algún médico”⁽⁹²⁾

El Plan de Salud Rural se estructuraba en una serie de principios conceptuales, con nuevos agentes y roles. Las enfermeras y agentes sanitarios pasaron a tener población nominada bajo su responsabilidad y se crearon nuevas formas institucionales, como los centros de salud y la ronda sanitaria, y se hizo un fuerte hincapié en la capacitación de los equipos⁽⁹⁸⁾. En la ronda sanitaria, el agente sanitario tenía la obligación de visitar todas las casas de su zona programática y, antes de iniciarlas, recibían un curso de seis días, en el que repasaban lo aprendido, se agregaban nuevos temas y se jerarquizaba la importancia de la información de su área. Esos cambios llevaron a la creación del *Manual del agente sanitario*, que buscaba facilitar la comprensión de lo que el agente sanitario debía saber y hacer, y lo que no debía hacer⁽⁹²⁾. La población podía encontrar al agente sanitario cada dos o tres veces por semana para emergencias o urgencias. El agente sanitario podía ser desde un médico hasta cualquier otro trabajador de la salud, ya que lo que importaba no era el título universitario, sino su “alma de misionero”. Las visitas domiciliarias eliminaban las largas filas y esperas⁽⁹⁸⁾.

Los resultados del Plan no tardaron en expresarse en la morbilidad que ascendió significativamente por la mejora en el acceso a la consulta, así Jujuy pasó a notificar del 20% al 40% del total de consultas que registraba el país, aunque solamente tenía el 1,4% de la población del país. La relación consulta/habitante/año, y las hospitalizaciones, tuvieron un sostenido crecimiento, y el aumento del parto institucional llegó al 60% en el área cubierta por el Plan. La búsqueda de tuberculosos en los tosedores crónicos dio altos índices de positividad, aunque el abandono del tratamiento fue siempre elevado. La búsqueda de niñas y niños desnutridos y el apoyo con leche en polvo provista por el plan, la identificación de las familias críticas, con morbimortalidad elevada, y la citación de casos para el control de tratamientos, constituyeron otros de los logros. El Plan de Salud Rural también puso en evidencia serias “faltas de formación” en la actuación de los profesionales de la salud⁽⁹⁸⁾.

Ante el crónico problema de las bajas coberturas, Alvarado planteaba saldarla con visitas programadas. Otra dimensión importante fue georreferenciar las actividades en mapas, en principio, caseros, realizados por los propios agentes sanitarios. El plan logró que el poblador rural tomara conciencia de las medidas de prevención contra la transmisión de patologías. También se impulsó la creación de letrinas sanitarias y la adopción de medidas para obtener agua de calidad para el consumo personal⁽⁹⁸⁾.

El Sistema Nacional Integrado de Salud

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) puede considerarse como una forma de continuidad de las experiencias de Alvarado en Argentina. Se crea en el marco de la presidencia Héctor Cámpora, quien al inicio de su gobierno, en mayo de 1973, designó a Domingo Liotta como secretario de Salud Pública, cuya secretaría dependía del Ministerio de Bienestar Social a cargo de José López Rega, apodado el “brujo”. El gobierno de Campora tuvo una vida efímera: 49 días. Y cuando Juan Domingo Perón asume la presidencia confirmó a Liotta en el cargo. Mario Hamilton recuerda así esa experiencia:

“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 [Juventud Peronista] 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”.⁽⁹⁹⁾

La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), se basó en dos leyes nacionales sancionadas en septiembre de 1974: la Ley 20748, de creación del SNIS, y la Ley 20749, de Carrera Sanitaria Nacional. Su implementación se concretó en pocas provincias como San Luis, La Rioja, Chaco, Río Negro y Formosa, dada la resistencia de la corporación médica, lo que evidencia que legalidad no es sinónimo de legitimidad⁽¹⁰²⁾. Las dos leyes fueron derogadas por la dictadura militar.

Susana Belmartino y Carlos Bloch consideran al SNIS como un “mito”, a la vez que le reconocen el fuerte arraigo en las ideas de sectores de la salud pública, sobre todo del peronismo, que reivindicaban a Carrillo y el derecho a la salud, y que no pocas veces imaginaron

que solo se requiere voluntad política para cambiar las reglas del campo. El fracaso del SNIS, fue una segunda frustración para construir una salud pública enfocada en derechos y no en la lógica del mercado. La crítica de Belmartino y Bloch no invalidan las ideas que consideran a la salud como un derecho social, sino que sus observaciones se basan en el análisis de agentes, intereses y capitales en juego en el campo de la salud, y siguiendo a Bordieu, Belmartino y Bloch señalan:

“El interrogante que se plantea para una reconstrucción histórica sería, en este caso, si esa oportunidad efectivamente existió; si era suficiente una decisión política para transformar las relaciones de poder ya consolidadas en el interior del sector; si era posible retrotraer la historia a los años cuarenta y desandar lo andado, enmendar los errores, corregir las distorsiones, introducir racionalidad y orden en aquello que el diagnóstico tecnocientífico caracteriza como irracionalidad y desorden. Se trata en el fondo de una cuestión de interpretación del devenir histórico, que compromete una perspectiva teórica sobre las condiciones del cambio social, y que debería tal vez abordarse a partir de una discusión sobre la naturaleza del Estado y su capacidad para transformar la sociedad que lo instituye. Sin embargo, en una perspectiva mucho más modesta, intentaremos explicar el proceso que condujo a esa frustración a partir de la contradicción existente entre el diagnóstico técnico y las decisiones políticas”.⁽¹⁰⁵⁾

Neuquén, una experiencia exitosa en tierras mapuches

Los años de Alvarado como ministro provincial coinciden con los últimos años de la primera gobernación de Felipe Sapag en la provincia del Neuquén, en el período 1963-1966. Hasta entonces, la salud pública en Neuquén no tenía la relevancia que tomó a partir de la segunda gobernación de Sapag (1970-1972), coincidente con la breve institucionalidad del SNIS, a la cual Neuquén no había adherido. La paulatina debilidad del SNIS en las provincias adheridas al sistema y el cambio político propuesto por Sapag en su segundo mandato originaron que muchos de los jóvenes profesionales que buscaban el ejercicio de sus profesiones en marcos políticos de la justicia social migraran a Neuquén, en especial desde la provincia de Río Negro. Una vez radicados en Neuquén, varios se transformaron en actores centrales de la construcción de su institucionalidad pública⁽¹⁰⁶⁾.

La historia de la experiencia sociosanitaria de la provincia del Neuquén solo puede ser entendida a través de la figura de Felipe Sapag (1917-2020), quien tenía como “antecedente curricular” tener una carnicería

en Cutral Co, antecedente que le alcanzó para ser cinco veces gobernador de la provincia, en los períodos 1963-1966; 1970-1972; 1973-1976; 1983-1987 y 1995-1999, lo cual pone en discusión ¿cuál es la formación que debemos esperar de los gobernantes?, el ser egresado universitario ¿debe ser una exigencia? Que los gobernantes sean egresados universitarios es lo que postula la Universidad Austral, ligada al Opus Dei, en Argentina, afirmación que se refuta no solo con Felipe Sapag, sino también con José “Pepe” Mujica y Luiz Inácio Lula da Silva por citar otras figuras de relevancia internacional sin formación universitaria.

En el marco de sus diferentes gobernaciones, Sapag explicitó un fuerte apoyo al desarrollo y crecimiento de la institucionalidad pública en la provincia, tanto en salud, educación, y vivienda, como en otras áreas sociales; acciones que comenzaron a debilitarse durante la década de 1990. Es incuestionable que sin la figura de Felipe Sapag, no hubiera sido posible alcanzar los logros obtenidos, reconocidos por profesionales de diferentes campos disciplinarios^(107,108,109,110,111), como desde otras ideas políticas, incluso desde la mirada gremial, como se aprecia en las 63 entrevistas filmadas y publicadas, que realizamos a personas que participaron de esa experiencia, con motivo de los 50 años del Plan de Salud Rural de Neuquén⁽¹¹²⁾.

Si bien por aquellos años se pone en marcha en Neuquén una réplica de lo realizado por Alvarado en Jujuy y Salta cuando fue ministro de salud, a través de la implementación del Plan de Salud Rural, no hay indicios del vínculo entre ambos planes. El apoyo político que Sapag sostuvo al Plan de Salud Rural neuquino, nunca lo tuvo Alvarado en sus experiencias como ministro, más allá de las grandilocuentes palabras que pronunciaron los gobernadores de Jujuy y Salta al tomarle juramento.

La experiencia sanitaria en Neuquén es referida como ejemplo no solo desde otras provincias, sino también desde otros países de América Latina. Al analizar el Plan de Salud de Neuquén se encuentran muchas de las ideas y prácticas de Carlos Alvarado, aunque la referencia a su figura no aparezca en ningún texto, incluso tampoco aparecieron en las entrevistas que realizamos con motivo de los 50 años del Plan de Salud de Neuquén^(106,112,113,114). Es llamativa la desvinculación entre las figuras de Alvarado y Sapag en los relatos de las principales partícipes de la experiencia neuquina. Vemos en ello un eslabón perdido que impide responder las siguientes preguntas: ¿cuándo y cómo las ideas del Plan de Salud Rural de Alvarado fueron conocidas por Sapag?, ¿hubo diálogos entre ellos?, ¿se conocieron?, ¿fue el primer vicegobernador de Sapag, el médico Antonio del Bas, el que hizo ese vínculo?, ¿hubo alguien que trasladó las semillas que germinaron en Neuquén? Hay una historia oral sobre los orígenes del Plan de Salud, en la cual se le asigna, a nuestro entender, erróneamente, a Elsa Moreno y Nestor Perrone el carácter fundacional de la experiencia. Si bien tuvieron funciones ejecutivas en dicha provincia, fueron acotadas en el tiempo

y ya iniciado el plan de Salud Rural. Tampoco Moreno y Perrone participaron en las experiencias de Alvarado en Jujuy y en Salta. Sí es posible que Elsa Moreno haya conocido la experiencia de Alvarado en conversaciones con Enrique Tanoni, quien fue discípulo de Alvarado en Jujuy, esto último no deja de ser una hipótesis más. No encontramos respuestas a las preguntas, las únicas evidencias que tenemos es que ambos, Alvarado y Sapag eran cercanos al peronismo, y que cuando Felipe Sapag terminaba su primera gobernación, Alvarado iniciaba su experiencia como ministro en Jujuy, superponiéndose ambos en sus funciones solo en el año 1966.

Los últimos años de Alvarado

En los inicios de 1980, una hemiplejía alejó a Alvarado de toda actividad profesional, y el 28 de diciembre de 1986 murió a la edad de 82 años. Pareciera una ironía del destino, que quien evitó la muerte de miles de niñas y niños, y disminuyó la tasa de mortalidad infantil en varias provincias, su muerte coincidiera con el día en que la iglesia católica recuerda el Día de los Santos Inocentes y la matanza ordenada por Herodes de los niños menores de dos años nacidos en Belén.

El 7 de mayo del 2004, uno de sus hijos, también médico, Pedro Alvarado, recordaba a su padre con estas palabras: “le daba mucho valor a la vida humana y a la gente les tenía cariño y afecto verdadero. Esa fue su vida, su pasión y mi ejemplo”⁽¹¹⁵⁾.

A 40 años de su muerte, buscamos el resguardo de su memoria y el reconocimiento a su trabajo en los nombres de establecimientos o instituciones de salud en Argentina, pero nada encontramos, incluso en las provincias de Salta y Neuquén donde sus ideas se aplicaron, y tuvieron fuerte influencia. Solo encontramos su nombre en Jujuy, donde el recuerdo se limita a una calle en la ciudad de San Salvador de Jujuy, muy poco transitada, de solo cien metros de extensión; a un centro de salud de especialidades; a un bachillerato y a una escuela. Hasta hace no muchos años, la biblioteca del Ministerio llevaba su nombre, pero fue desarmada y trasladada en cajas a un depósito del Ministerio de Salud. En el lugar que estaba la biblioteca queda un poster con 14 fotos de Alvarado en diferentes países bajo el título “Carlos Alberto Alvarado llevando la Salud de Jujuy al mundo”. Las interpretaciones de las omisiones y mezquindades sobre su figura quedan libradas a los lectores.

De la colonialidad a lo decolonial

La trayectoria de Alvarado se dio en una Argentina marcada por la colonialidad⁽¹¹⁶⁾, expresada de diferentes maneras según las épocas, y que dio origen a diferentes luchas colectivas e individuales que buscaron instalar

una mirada social sobre los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, las que enfrentaron fuertes resistencias expresadas, por ejemplo, en la demorada institucionalización o en las efímeras duraciones de las experiencias como la creación del Ministerio de Salud de la Nación, que se produjo 127 años después de la independencia; la duración de las experiencias de Alvarado como ministro de Salud en la provincia de Jujuy y Salta, que no superaron los 15 y 16 meses respectivamente; la modificación de la primera Ley de Lucha contra el Paludismo de 1907, que tuvo que esperar 41 años para ser sancionada en 1948, y otros 34 años para la aprobación de la Ley 22585 de 1982, para que la lucha contra el paludismo se declarara de interés nacional y dispusieran medidas para su erradicación; la corta duración del SNIS, que fue de tan solo 18 meses; y se podrían seguir citando ejemplos en diferentes momentos históricos y políticos que confirman lo señalado.

El devenir de esas experiencias expresa, según las circunstancias, que no hay acción sin interés, o el interés del desinterés^(95,117,118), ambos conceptos evidencian el juego social de sectores económicos hegemónicos, y corporaciones profesionales, más preocupadas por la rentabilidad, que en la salud de las poblaciones; acciones en las que no dudan en recurrir a difamaciones y al boicot a través de los medios de comunicación^(2,83,95). El interés del desinterés se evidencia, por ejemplo, en el largo trayecto realizado para poder institucionalizar el Ministerio de Salud Nacional, o la demora en alcanzar la Ley de Lucha contra el Paludismo^(95,117,118).

Poder cambiar la relación de fuerzas en las situaciones anteriores, no es solo una cuestión de los recursos de poder que se dispongan, sino también de las capacidades de gobierno que se hayan creado. Los recursos de poder son muy necesarios, pero no son suficientes, ya que hay que llevar adelante los proyectos, y cumplir con las promesas, evitando la caracterización que realiza Carlos Matus: “pretenden alcanzar resultados diferentes haciendo lo mismo [...] no saben que no saben, hacen lo que saben”^(119,120,121), situaciones a las cuales son muy propensos los egresados universitarios, dada las matrices epistemológicas que los estructuran.

Más allá de lo señalado por Matus, el principal problema radica en las cuestiones epistemológicas en juego, las que naturalizan la colonialidad en los países del Sur. Esto exige repensarnos para poder abandonar la matriz epistemológica de la razón moderna que nos constituye en tanto sujetos/sujetados a una idea de la modernidad europea, que poco y nada tiene que ver con las realidades latinoamericanas.

Negar o evitar esa discusión no son acciones ajenas a muchas de las derrotas del campo popular, lo que nos exige repensarnos para un hacer diferente. Esto no es fácil, sobre todo si se va más allá de los discursos y las denuncias que se instalan como “modas” y ocultan los viejos paradigmas que nos han estructurado y que exigen un cambio radical, tanto a nivel individual, como a nivel de los colectivo e instituciones, para constituir

nuevas prácticas. Allí radica lo más difícil de los planteos decoloniales, ya que exigen cambiar las prácticas porque no alcanza solo con cambiar el plano discursivo.

La matriz epistemológica centrada en la teoría del conocimiento generado en Europa por los sectores dominantes colonizó y coloniza las ciencias en las Américas. Y ante ello se hace muy necesario el giro decolonial, en el que se inscribe “la desobediencia epistémica” que es una muy buena forma de iniciar el cambio^(122,123,124,125).

Se necesitan otras acciones, otras miradas e interpretaciones, sin rastros de la matriz epistemológica racionalista que dominó y domina los campos sociales, y que representan la herencia de la filosofía y las ciencias del norte, que constituyen el sentido común en la mayoría de los gobiernos y gobernantes, de profesores y estudiantes de las universidades y de la población.

La decolonialidad como marco interpretativo de nuestra historia exige “desobediencia epistémica” para habilitar otras prácticas⁽¹²²⁾, otras interpretaciones, otros caminos, otros relatos y otras acciones, tanto en los territorios como en las instituciones. Se necesitan prácticas que “desobedezcan” las matrices racionalistas e idealistas que nos han constituido y nos aprisionan en un accionar estéril, y que se reproducen de manera independiente de las ideologías y de los agentes. De allí que estén tan presentes en las experiencias que, *a priori*, consideraban que encarnaban la justicia social, o que eran progresistas o revolucionarias. Superar ese designio presentado como inevitable, y que invita al nihilismo, y al sálvese quien pueda, exige enfrentarlo marcando “huellas” por fuera de los saberes escolásticos, de la razón instrumental, y de las autopistas del conocimiento que construyen y fomentan realidades cada vez más inhumanas y tecnofílicas.

AGRADECIMIENTOS

A Jorge Kulemeyer, María Belén Quiroga, y Adrián Lammel por sus colaboraciones con datos e información utilizados en este artículo. A Viviana Martinovich y a Serena Perner por la atenta lectura y sus comentarios.

FINANCIAMIENTO

Este trabajo se realizó sin financiamiento específico.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener vínculos que condicionen lo expresado en el texto y que puedan ser comprendidos como conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sierra e Iglesias JP. Carlos Alberto Alvarado vida y obra. Salta: Comisión Bicameral Examinadora de Obras de Autores Salteños. Salta; 1994.
2. Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*. 2010;6(3):275-293. doi: [10.18294/sc.2010.285](https://doi.org/10.18294/sc.2010.285)

3. White K, Williams T, Greenberg B. The ecology of medical care. *New England Journal of Medicine*. 1961;265(18):885-892.
4. White K. Comments 35 years after the «ecology». *Bulletin of The New York Academy of Medicine*. 1996;73(1):206-208.
5. Luz MT. Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús; 2022. doi: [10.18294/9789878926216](https://doi.org/10.18294/9789878926216)
6. Menéndez EL. Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención: Del «teoricismo» al movimiento continuo. *Cuadernos Medico Sociales*. 1982;(59):3-18.
7. Menéndez EL. El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*. 2005;1(1):9-32. doi: [10.18294/sc.2005.1](https://doi.org/10.18294/sc.2005.1)
8. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press; 2003.
9. Kleinman A. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. 2nd ed. New York: Basic Books; 2020.
10. Evans RG, Barre ML, Marmor TR, Durán A. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no?: los determinantes de la salud de las poblaciones. Madrid: Díaz de Santos; 1996.
11. Hancock T. Lalonde and beyond: Looking back at “A New Perspective on the Health of Canadians”. *Health Promotion*. 1986;1(1):93-100. doi: [10.1093/heapro/1.1.93](https://doi.org/10.1093/heapro/1.1.93)
12. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: A working document - Nouvelle perspective de la santé des canadiens. Ottawa: Government of Canada; 1974.
13. Canguilhem G. *Lo normal y lo patológico*. México DF: Siglo XXI Editores; 2011.
14. Geison GL. *The private science of Louis Pasteur*. Princeton: Princeton University Press; 1995.
15. Götzsche P. *Medicamentos que matan y crimen organizado: Cómo las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud*. Barcelona: Los Libros del Lince; 2017.
16. Starr P. *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. México: Secretaría de Salud, Fondo de Cultura Económica; 1991.
17. Starr P. *The logic of health-care reform*. New York: Whittle Books, Penguin Books; 1994.
18. Starr P. *Remedy and reaction: the peculiar american struggle over health care reform*. New Haven: Yale University Press; 2013.
19. Relman A. The new medical-industrial complex. *New England Journal of Medicine*. 1980;303(17):963-970. doi: [10.1056/nejm198010233031703](https://doi.org/10.1056/nejm198010233031703)
20. Foucault M. *El nacimiento de la Clínica*. México DF: Siglo XXI Editores; 1986.
21. Foucault M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedecina. En: *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira; 1992.
22. Foucault M. Incorporación del hospital a la tecnología moderna. En: *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira; 1992. p. 153-73.
23. Jauretche A. *Los profetas del odio y la yapa: la colonización pedagógica*. Buenos Aires: Peña Lillo; 1967.
24. Jauretche A. ¿Quién es el Dr. Alvarado? *Salud Colectiva*. 2012;8(1):81-83. doi: [10.18294/sc.2012.130](https://doi.org/10.18294/sc.2012.130)
25. Galasso N. *Los malditos: hombres y mujeres excluidos de la historia oficial de los argentinos*. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo; 2005.
26. Bourdieu P. *Razones prácticas: sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama; 2007.
27. Agüero AL. Carlos Alberto Alvarado [Internet]. *Academia Nacional de Medicina*; 2025 [citado 18 oct 2025]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2tbc89nd>
28. Veronelli JC, Veronelli Correch M. *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2004.
29. Majori G. Short history of malaria and its eradication in Italy with short notes on the fight against the infection in the mediterranean basin. *Mediterranean Journal of Hematology and Infectious Diseases*. 2012;4(1):e2012016. doi: [10.4084/MJHID.2012.016](https://doi.org/10.4084/MJHID.2012.016)
30. Watts SJ. *Epidemias y poder: historia, enfermedad, imperalismo*. Barcelona: A. Bello; 2000.
31. McNeill WH. *Plagas y pueblos*. Madrid: Siglo XXI Editores; 1984.
32. McKeown T. *Los orígenes de las enfermedades humanas*. Barcelona: Crítica; 1990.
33. Tamayo Pérez R. *El Concepto de Enfermedad, su evolución a través de la historia*. México DF: Fondo de Cultura Económica, Facultad de Medicina, UNAM, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología; 1988.
34. Franco S. *El paludismo en América Latina*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1990.
35. Spinelli H. Abraham Flexner: trayectoria de vida de un educador. *Salud Colectiva*. 2022;18:e4053. doi: [10.18294/sc.2022.4053](https://doi.org/10.18294/sc.2022.4053)
36. Malpe M, Choudhari SG, Nagtode N, Muntode Gharde P. The legacy of Sir Ronald Ross: From malaria research to multifaceted achievements. *Cureus*. 2024;16(8):e65999. doi: [10.7759/cureus.65999](https://doi.org/10.7759/cureus.65999)
37. Mertens JE. A history of malaria and conflict. *Parasitology Research*. 2024;123(3):165. doi: [10.1007/s00436-024-08167-4](https://doi.org/10.1007/s00436-024-08167-4)
38. García Márquez G. *Cien años de soledad*. Bogotá: Random House; 2017.
39. Carter R, Mendis KN. Evolutionary and historical aspects of the burden of malaria. *Clinical Microbiology Reviews*. 2002;15(4):564-594. doi: [10.1128/cmr.15.4.564-594.2002](https://doi.org/10.1128/cmr.15.4.564-594.2002)
40. Institute of Medicine, Committee on the Economics of Antimalarial Drugs, Arrow KJ, Panosian C, Gelband H, (eds.). *Saving lives, buying time: economics of malaria drugs in an age of resistance*. Washington DC: National Academies Press; 2004.
41. Cueto M. Identidad regional y malaria en el Perú del siglo XX. En: *El regreso de las epidemias: Salud y Sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima: IEP; 1997. p. 127-172.
42. López Mato O. Belgrano: El prócer enfermo. *Legado: La revista del Archivo General de la Nación*. 2018;(9).
43. Bialek Massé J. *Clima de la República Argentina*. *Anales de la Sociedad Científica Argentina*. 1876;I:77-88.

44. Martinovich V. Revistas científicas como objetos narrativos de las ciencias: los Anales de la Sociedad Científica Argentina y las conversaciones de las ciencias del último tercio del siglo XIX [Tesis de Doctorado]. Lanús: Universidad Nacional de Lanús; 2025.
45. Bialek Massé J. Informe sobre el estado de las clases obreras argentinas. La Plata: Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires; 2010.
46. Alvarez A. Entre muerte y mosquitos: el regreso de las plagas en la Argentina; siglos XIX y XX. Buenos Aires: Biblos; 2010.
47. Galasso N. Historia de la Argentina: desde los pueblos originarios hasta el tiempo de los Kirchner. Buenos Aires: Colihue; 2011.
48. Castagnino H. Mazza y la lucha contra el Mal de Chagas. *Todo es Historia*. 1986;(225):8-31.
49. Briceño-León R. La casa enferma: Sociología de la enfermedad de Chagas. Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús; 2025. doi: [10.18294/CI.9786316723000](https://doi.org/10.18294/CI.9786316723000)
50. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana) [Internet]. 2025 [citado 18 oct 2025]. Disponible en: <https://tinyurl.com/4bu7jtwc>
51. Sierra e Iglesias JP. Un tiempo que se fue: vida y obra de los hermanos Leach en el Departamento San Pedro, Provincia de Jujuy (Argentina). San Salvador de Jujuy: Universidad Nacional de Jujuy; 1998.
52. Sierra e Iglesias JP. Vida y obra del Doctor Guillermo Cleland Paterson. Tucumán: Universidad Nacional de Tucumán; 1978.
53. Agüero AL. Carlos Chagas [Internet]. 2026 [citado 22 oct 2025]. Disponible en: <https://tinyurl.com/6av34uep>
54. Chagas C. Tripanosoma minasense: nota preliminar. *Brasil Médico*. 1908;22(48):471.
55. Chagas C. Nova tripanozomíaze humana: estudos sobre a morfologia e o ciclo evolutivo do Schizotrypanum cruzi n. gen., n. sp., agente etiológico de nova entidade morbida do homem. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 1909;1(2):159-218. doi: [10.1590/S0074-02761909000200008](https://doi.org/10.1590/S0074-02761909000200008)
56. Carvalheiro JDR, Azevedo N, Araújo-Jorge TCD, Lannes-Vieira J, Soeiro MDNC, Klein L, (eds.). Clássicos em doença de Chagas: histórias e perspectivas no centenário da descoberta. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2009. doi: [10.7476/9786557081013](https://doi.org/10.7476/9786557081013)
57. Ivern A. Vida y obra de Salvador Mazza. Rosario: Universidad Nacional de Rosario; 1987.
58. Zabala JP. Historia de la enfermedad de Chagas en Argentina: evolución conceptual, institucional y política. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2009;16(Suppl 1):57-74. doi: [10.1590/S0104-59702009000500004](https://doi.org/10.1590/S0104-59702009000500004)
59. Mazza S, Feijoo Canal J. Primer caso crónico mortal de forma cardíaca de enfermedad de Chagas demostrado en Santiago del Estero. *Publicaciones de la MEPRA*. 1938;(38):3-75.
60. Mazza S. La enfermedad de Chagas en la República Argentina. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 1949;47:273-288.
61. Menghi CI. Salvador Mazza: un rebelde con causa. *Revista Argentina de Microbiología*. 2012;44:1-2.
62. Cantón E. El paludismo y su geografía médica en la República Argentina. Buenos Aires: La Universidad; 1891.
63. Cantón E. El parásito de las fiebres palustres: profilaxis y nuevo método para curar el chuco. Buenos Aires: Martín Biedma; 1894.
64. Varsavsky O. Ciencia, política y cientificismo. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1974.
65. Omran A. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*; 1971;49:509-538. doi: [10.2307/3349375](https://doi.org/10.2307/3349375)
66. Curto SI, Andrade JH, Chuit R, Boffi R. Historia del control del paludismo en la Argentina. *Boletín de la Academia Nacional de Medicina*. 2013;91(1):77-93.
67. Alvarado C. La lucha contra el paludismo en el país. *La Nación*. 9 de mayo de 1938.
68. Alvarado C. La lucha contra el paludismo en el país. *La Nación*. 12 de mayo de 1938.
69. Alvarado C. Tratamiento del paludismo. Buenos Aires: El Ateneo; 1944.
70. Pégola F. Carlos Alberto Alvarado y el paludismo. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2012;3(13):43-44.
71. Alvarado, C, Arana MR, Beretervide J, Feijoo E, Cardini C, González H, et al. *Terapéutica clínica IV, Enfermedades infecciosas (tercera parte)*. Buenos Aires: El Ateneo; 1944.
72. Alvarado C. Tifus exantemático. En: *Terapéutica clínica IV, Enfermedades infecciosas (tercera parte)*. Buenos Aires: El Ateneo; 1944.
73. Alvarado C. Bartonelosis (Enfermedad de Carrión). En: *Terapéutica clínica IV, Enfermedades infecciosas (tercera parte)*. Buenos Aires: El Ateneo; 1944.
74. Alvarado C. Balantidiosis. En: *Terapéutica clínica IV, Enfermedades infecciosas (tercera parte)*. Buenos Aires: El Ateneo; 1944. p. 445-448.
75. Alvarado C. Paludismo. En: *Terapéutica clínica IV, Enfermedades infecciosas (tercera parte)*. Buenos Aires: El Ateneo; 1944.
76. Instituto Nacional Juan Domingo Perón. Escrito del General Juan D. Perón sobre la Salud Pública en sus dos primeros gobiernos [Internet]. 22 abr 2020 [citado 21 oct 2025]. Disponible en: <https://tinyurl.com/4d77tfr8>
77. Belmartino S, Bloch C, Carnino MI, Persello AV. Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud, Argentina 1940-1960. Buenos Aires: OPS Argentina; 1991.
78. Carrillo R. Política sanitaria argentina. Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús; 2018. doi: [10.18294/9789874937032](https://doi.org/10.18294/9789874937032)
79. Lagos J. Ramón Carrillo erradicó el paludismo porque confió en el plan de un viejo compañero de la Facultad. *Infobae* [Internet]. 2020 [citado 18 oct 2025]. Disponible en: <https://tinyurl.com/ycxnkpxs>
80. Spinelli H. La relevancia de la obra de Carrillo en clave norte-sur. En: Carrillo R. Política sanitaria argentina. Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús; 2018. doi: [10.18294/9789874937032](https://doi.org/10.18294/9789874937032)
81. Cefai D. Investigar los problemas públicos: con y más allá de Joseph Gusfield. En: Gusfield J. La cultura de los problemas públicos: el mito del conductor alcoholizado versus la sociedad inocente. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2014. p. 11-58.

82. Gusfield J. La cultura de los problemas públicos: el mito del conductor alcoholizado versus la sociedad inocente. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2014.
83. Spinelli H. Más allá de lo fabril: la potencia de los territorios. *Salud Colectiva*. 2025;21:e5968. doi: [10.18294/sc.2025.5968](https://doi.org/10.18294/sc.2025.5968)
84. Moncalvillo M. El simple arte de curar: Entrevista a Floreal Ferrara. *Revista Unidos*. 1987;5(17):204-220.
85. Alvarado C, Coll H, Laguzzi F. El programa de erradicación del paludismo en la República Argentina: Las fallas de la campaña de detetización y organización del servicio de vigilancia. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1950;29(1):1-6.
86. Luna F. Perón y su tiempo: El régimen exhausto, 1953-1955 (Tomo 3). Buenos Aires: Sudamericana, Random House Mondadori; 2013.
87. Mercado S. El inventor del peronismo: Raúl Apold, el cerebro oculto que cambió la política argentina. 3a ed. Buenos Aires: Planeta; 2013.
88. Chorev N. The World Health Organization between North and South. New York: Cornell University; 2012.
89. Litsios S. Malaria control, the cold war, and the postwar reorganization of international assistance. *Medical Anthropology*. 1997;17(3):255-278. doi: [10.1080/01459740.1997.9966140](https://doi.org/10.1080/01459740.1997.9966140)
90. Litsios S. The long and difficult road to Alma-Ata: A personal reflection. *International Journal of Health Services*. 2002;32(4):709-732. doi: [10.2190/rp8c-l5ub-4raf-nrh2](https://doi.org/10.2190/rp8c-l5ub-4raf-nrh2)
91. Kisnerman N. Pensar el trabajo social: una introducción desde el construccionismo. 2a ed. Buenos Aires: Ediciones Lumen Humanitas; 2005.
92. Alvarado C. Pautas para una cobertura sanitaria de las poblaciones rurales. En: *Medicina Sanitaria y administración de salud: atención de la salud*. Buenos Aires: El Ateneo; 1985. p. 370-383.
93. Hobsbawm EJ. Historia del siglo XX. 6a ed. Buenos Aires: Crítica; 2011.
94. Sonis A. Actividades y técnicas de salud pública (vol. 1). Buenos Aires: El Ateneo; 1984.
95. Bourdieu P, Wacquant LJD. Una invitación a la sociología reflexiva. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2008.
96. Spinelli H. Sentir, jugar, hacer pensar: la acción en el campo de la salud. *Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús*; 2022. doi: [10.18294/9789878926025](https://doi.org/10.18294/9789878926025)
97. Mintzberg H. Diseño de organizaciones eficientes. Buenos Aires: El Ateneo; 2003.
98. Alvarado C, Tanoni E. El plan de salud rural de la provincia de Jujuy. En: *Medicina Sanitaria y administración de salud: atención a la salud*. Buenos Aires: El Ateneo; 1985. p. 384-397.
99. Hamilton M. Vida de sanitarista. *Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús*; 2021. doi: [10.18294/9789874937964](https://doi.org/10.18294/9789874937964)
100. Sonis A. Atención de la salud (Vol. 2). Buenos Aires: El Ateneo; 1985.
101. Spinelli H, Ferrer C, Diez Roux A, Wilner A, Lopez Casariego V, Migueles L, et al. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud [Internet]. Buenos Aires; 1988 [citado 15 oct 2025]. Disponible en: <https://tinyurl.com/tp6dptxa>
102. Testa M. Pensar en salud. *Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús*; 2020. doi: [10.18294/9789874937650](https://doi.org/10.18294/9789874937650)
103. Menéndez E, Spinelli H, (eds.). Participación social, ¿para qué? *Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús*; 2024. doi: [10.18294/9789878926575](https://doi.org/10.18294/9789878926575)
104. Ugalde A. Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica. En: Menéndez E, Spinelli H, (eds.). Participación social, ¿para qué? *Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús*; 2024. doi: [10.18294/9789878926575](https://doi.org/10.18294/9789878926575)
105. Belmartino S, Bloch C. El sector salud en Argentina: actores, conflictos de intereses y modelos organizativos, 1960-1985. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; 1994.
106. Consejo Federal de Inversiones, Ministerio de Salud, Instituto de Salud Colectiva - Universidad Nacional de Lanús, Sociedad de Medicina Rural. Historia oral del desarrollo del sistema provincial de salud de Neuquén 1958-1983: Construcción y puesta en acceso público de un repositorio audiovisual. Neuquén: Consejo Federal de Inversiones; 2022.
107. Casullo F. Lo saludable de tener a mano un intelectual en el Estado: Antonio Del Vas y el Plan de Salud Neuquino. En: Gómez G, Vicente M. Trayectorias de intelectuales en el Estado: actas de jornadas de discusión. San Fernando: Gabriela Gómez; 2016. p. 250-271.
108. Katz JM, Arce HE. El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento. México: Fondo de Cultura Económica; 1993.
109. Leofanti F, Chiesa ME. Neuquén, Argentina: Provincial health policies and their results. *Journal of Rural Health*. 1988;4(1):59-69. doi: [10.1111/j.1748-0361.1988.tb00302.x](https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.1988.tb00302.x)
110. Borini M. Análisis de las políticas públicas de salud en la provincia de Neuquén. *Realidad Económica*. 2014;(288):133-150.
111. Moreno E, Niremberg O, Perrone N. Evaluación del Sistema Público de Salud de Neuquén: Informe final de evaluación. Neuquén: CEADEL; 2003.
112. Consejo Nacional de Inversiones, Ministerio de Salud, Instituto de Salud Colectiva - Universidad Nacional de Lanús, Sociedad de Medicina Rural. Historia oral del Sistema de salud de la provincia de Neuquén [Internet]. 2022 [citado 14 oct 2025]. Disponible en: <https://tinyurl.com/bct665h7>
113. Taranda D, Perren J, Mases, E, Gallucci L, Casullo F. Silencio hospital: Una historia de la salud pública en Neuquén. Neuquén: EDUCO; 2008.
114. Gorosito J, Heller H. El sector salud de la provincia del Neuquén. En: Katz J. El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 1993.
115. Piantanida C. Los Malditos II. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo; 2005.
116. Quijano A, Clímaco DA, Quijano A. Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder: antología esencial. Buenos Aires: CLACSO; 2014.
117. Bourdieu P. El interés detrás del desinterés: El Estado moderno, las pujas de poder y la definición del bien común. Montevideo: Siglo XXI Editores; 2024.

118. Spinelli H. El interés del desinterés en la epidemiología de servicios y sistemas de salud. *Salud Colectiva*. 2023;19:e4365. doi: [10.18294/sc.2023.4365](https://doi.org/10.18294/sc.2023.4365)
119. Matus C. El líder sin estado mayor: la oficina del gobernante. Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús; 2022. doi: [10.18294/9789878926094](https://doi.org/10.18294/9789878926094)
120. Huertas F. El método PES entrevista a Carlos Matus. La Paz: Fundación Altadir; 1996.
121. Matus C. Las ciencias y la política. *Salud Colectiva*. 2007;3(1): 81-91.
122. Mignolo W. Desobediencia epistémica: retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad, gramática de la decolonización. Buenos Aires: Ediciones del Signo; 2010.
123. Quijano A, Mignolo W, Segato RL, Walsh CE. Anibal Quijano: foundational essays on the coloniality of power. Durham: Duke University Press; 2024.
124. Walsh C, García Linera A, Mignolo W. Interculturalidad, descolonización del Estado y del conocimiento. Buenos Aires: Del signo; 2006.
125. Lander E, Castro-Gómez S, (eds.). La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales: perspectivas latinoamericanas. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales-CLACSO; UNESCO, Unidad Regional de Ciencias Sociales y Humanas para América Latina y el Caribe; 2000.

FORMA DE CITAR

Spinelli H. Terminar por lo que se debía empezar: trayectoria de Carlos Alberto Alvarado. *Salud Colectiva*. 2026;22:e6347. doi: [10.18294/sc.2026.6347](https://doi.org/10.18294/sc.2026.6347).



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0). <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Atribución — Se debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante. Sin restricciones adicionales — No se pueden aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras personas a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Recibido: 19 may 2026 | Versión final: 25 jun 2026 | Aprobado: 29 jun 2026 | Publicado en línea: 2 jul 2026