

**9° CONGRESO
CENTROAMERICANO
DE HISTORIA**
Universidad de Costa Rica

Número especial de Diálogos

Revista electrónica de Historia 2008. ISSN 1409-469X
www.novenocongreso.fcs.ucr.ac.cr

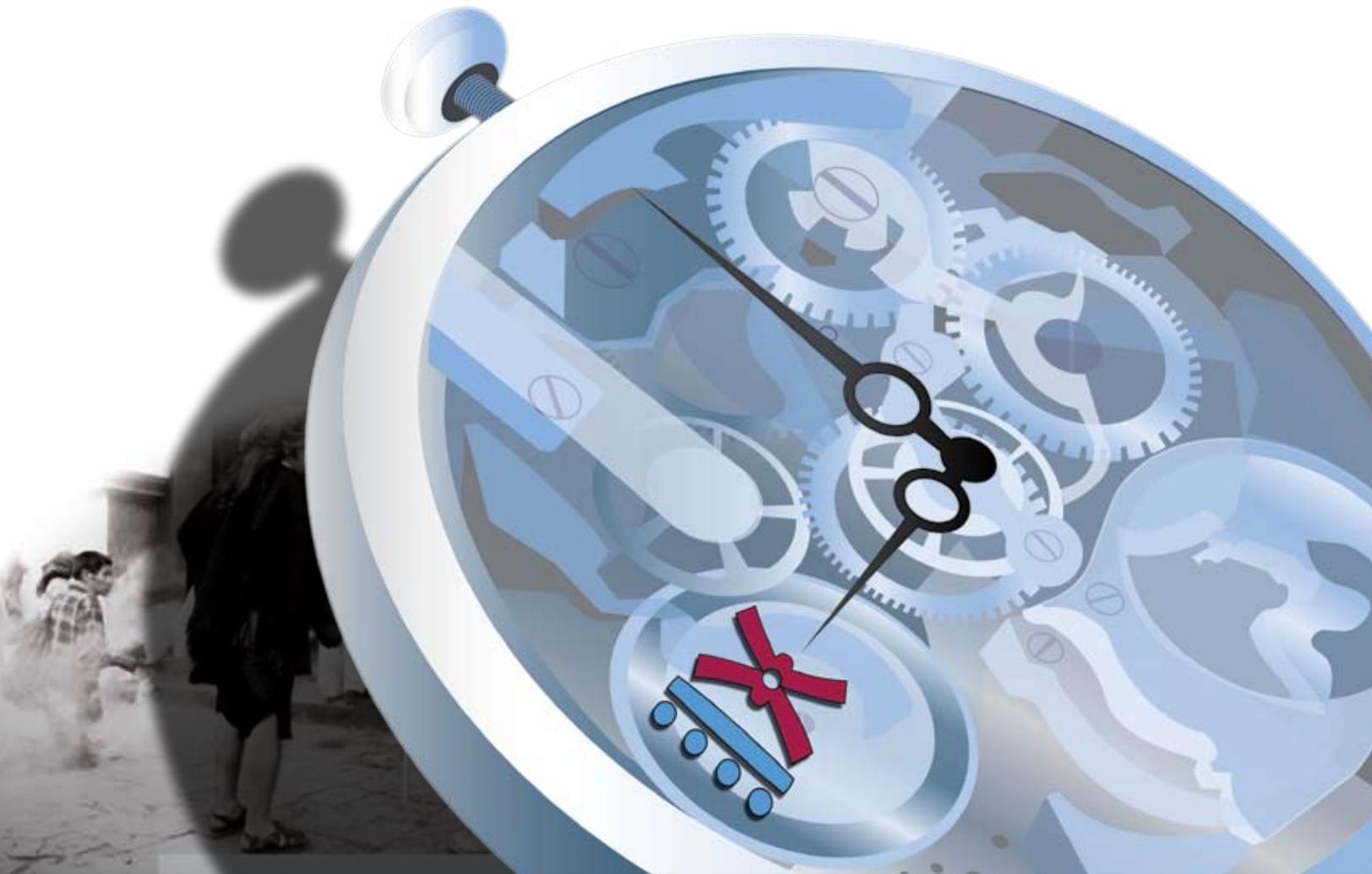
Indexaciones: Repositorio de Revistas UCR, DIALNET,
Latindex, REDALYC Directorio y recolector de recursos
digitales del Ministerio de Cultura de España, Directory of
Open Access Journals.

**Historia de la Ciencia y de la Salud
Pública**



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

Escuela de Historia
Centro de Investigaciones Históricas de América Central
Postgrado Centroamericano en Historia
Número especial de Diálogos. Revista electrónica de Historia



Un enemigo menos? : erradicación y remergencia del paludismo en la Argentina 1940-1960

Miembros del Consejo Editorial:
Dr. Ronny Viales, Dr. Juan José Marín

Editores Técnicos:
Allan Fonseca, Andrés Cruz, Gabriela Soto

X 9° CONGRESO
CENTROAMERICANO
DE HISTORIA
Universidad de Costa Rica

ISSN 1409- 469X

Fecha de recepción: 15 de mayo 2008
Fecha de aceptación: 30 de mayo 2008





Un enemigo menos? : erradicación y remergencia del paludismo en la Argentina 1940-1960

Adriana Alvarez

* Investigadora Adjunta de CONICET, docente de la
Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional
de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina. Miembro del
Grupo HISA y del cehis. acalvarmdp@gmail.com

Introducción

La aparición del DDT en la lucha contra la malaria dividió la historia de la enfermedad en dos grandes etapas: antes y después de su aplicación. Atrás quedaban cinco siglos de tratamiento con quinina y sus derivados y la ingeniería sanitaria pasó a ocupar un lugar secundario. Es decir, al igual de lo que ocurrió en otros países de América Latina, en la Argentina luego de 1945 las actividades antipalúdicas se centraron en la aplicación de ese poderoso insecticida de origen norteamericano. Se dejó de hablar de “lucha” y se empezó a planear la “erradicación.”

El objetivo de esta ponencia es el abordaje del uso del DDT a nivel nacional en relación al impacto institucional que ello ocasionó en una etapa muy singular de la historia argentina: el peronismo. La erradicación del paludismo fue una de las vías utilizada por la propaganda oficial para sustentar la política de salud implementada en ese período.

Los inicios del peronismo se ubican en 1943, cuando se produjo la secuencia histórica que llevó al encuentro de Perón con las masas obreras y a la conquista del poder político, cuya terminación se desencadenaría en 1955, por un golpe militar con fuerte respaldo civil.¹

Por los derechos que consagraba, por los bienes que puso a disposición de los sectores populares, por la redistribución de la riqueza que fue acompañada del pleno empleo, induce a pensar a ese movimiento como la encarnación o nacimiento del Estado Benefactor en este país. Sin embargo, para historiadores como Peter Ross, el período 1943-1955 fue testigo del fracaso del régimen peronista en cuanto a constituir un estado de bienestar integrado.² En el Primer Plan Quinquenal, ese gobierno proyectó el establecimiento de un sistema unificado de salud que brindaría cuidados médico, curativo y preventivo y asistencia social a todos los argentinos que los requirieran. Este primer intento pretendía establecer un sistema nacional de protección de la salud que, en ese sentido, fracasó, aunque el sistema sanitario mejoró notablemente durante esa época.

1 . Juan Carlos Torre, “Introducción a los años peronistas” en *Los años peronistas (1943-1955)* ed. Juan Carlos Torre (Buenos Aires, Argentina: Sudamericana, 2002):14.

2 . Peter Ross “Justicia social : Una evaluación de los logros del peronismo clásico”, *Anuario IEHS* , (Tandil) 8, (1993): 123

Extensión del paludismo en el territorio argentino.

A mediados del siglo XX, la distribución geográfica del paludismo se había modificado, en relación a lo que era a principios de esa centuria.

A la zona endémica por excelencia, ubicada en el noroeste y caracterizada por un paludismo de montaña, que se extendía desde la frontera con Bolivia hasta las regiones más fértiles y productivas de las provincias de Salta, Jujuy, Tucumán y Catamarca y parte de las provincias de Santiago del Estero, La Rioja, Córdoba y San Luis, se sumó y acentuó la malaria litoraleña del nordeste, donde la enfermedad resultó ser tributaria epidemiológicamente de las fronteras con el Paraguay y el Brasil. A través de la zona costera del Alto Paraná se expandieron los brotes epidémicos a provincias tan distantes entre sí como fue el nordeste de la provincia de Santa Fe y Mendoza.

La infección palúdica, río abajo del Paraná, en 1945 había recrudecido gravemente. Existían lugares como Puerto Iguazú que tenían el 80% de su población enferma y la Gendarmería Nacional apostada allí tenía afectado el 70% de su personal.³ En otros puertos había alcanzado al 90% de sus pobladores; en la zona comprendida entre Puerto Aguirre y Puerto Rico había sido afectada más del 50% de la población, mientras que de Puerto Rico a San Ignacio lo era el 20% y de San Ignacio a Posadas sólo el 5%. Esa zona palúdica se difundía entre la población costera afectando intensamente una franja de 3 Km y decreciendo su acción hasta perderse luego de los 8 o 10 Km.⁴

De manera tal que, a mediados de la década del cuarenta, los índices de morbilidad y mortalidad rural eran considerados semejantes a los que "...sufría la Nación entera en el año 1900, cuando el saneamiento rural, los sueros, vacunas y penicilina eran desconocidas..."⁵ Los índices de morbilidad total giraban alrededor de 300.000 casos por año, sobre una población aproximada (en zona endémica) de 1.000.000 de habitantes.⁶ Ello era el resultado de la expansión de la zona palúdica, pero también y en gran medida era por la lenificación en el proceso de "medicalización" rural.

3 . Juan F Berajano, "Información sobre fiebre amarilla y paludismo" *Revista de Sanidad Militar* (Buenos Aires) 45, (1946):729

4 . Ibid, 730.

5 . Ramón Carrillo, "Discurso del Secretario de Salud Pública de la Nación al inaugurar la Segunda Conferencia de Epidemiología y Endemias" *Archivos de la Secretaria de Salud Pública de la Nación*, (Buenos Aires) II, n II, (Octubre 1947): 36.

6 . Carlos A. Alvarado y Héctor A. Coll "Programa Para La Erradicación del Paludismo en La República Argentina", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* (Buenos Aires) 27, n 7, (1948): 585.

Ese cuadro de situación agudizó la preocupación de las autoridades, ya que se entendía que las “reservas biológicas de la Nación” estaban justamente en los medios rurales, dado que la mitad de los niños argentinos nacían en esas comunidades siendo “...ellas las que alimentan y enriquecen – por la arrolladora migración interna- las zonas urbanas y la mano de obra de la industria nacional. La ciudad de Buenos Aires y Rosario ya se habrían despoblado si no se produjera el fenómeno casi inevitable del éxodo de la campaña a la ciudad, puesto que el número de nacimientos en estas ciudades alcanzan a cubrir los claros que se producen por defunciones en los centros urbanos [...] asegurarnos al mismo tiempo el mínimo indispensable de obreros para la industrialización del país”.⁷

Estas palabras de Ramón Carrillo, responsable de los destinos de la salud pública durante gran parte del gobierno peronista, eran tributarias de la figura de un Estado interventor que revirtió de manera inmediata la realidad antes presentada por el uso de un activo pesticida: el DDT; y de forma mediata por una reestructuración del sistema de salud, como se verá a continuación.

En la antesala de la era del DDT.

Desde la creación de la Dirección General de Paludismo (1937) con sede en la ciudad de Tucumán, se realizaron campañas profilácticas fundadas en la lucha antilarvaria, las que habían dado muy buen resultado en los lugares en que económicamente era factible su aplicación (las 28 localidades más importantes de la zona), puesto que en ese sistema, el costo estaba determinado por la superficie del área bajo control y la naturaleza de los criaderos y no por el volumen de la población protegida.

En el plano institucional, en 1943, el Departamento Nacional de Higiene -hasta entonces dependiente del Ministerio del Interior-, se convirtió en Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social (Decreto nº 12.311)⁸ y en 1945, ya con Juan Domingo Perón como presidente de la Nación se la transformó en Secretaría de Salud Pública.

Por entonces y previo a la sanción de las modificaciones de la Ley Antipalúdica 5195 (1948), la situación continuó marcada por la constante falta de personal, como era el caso del “Sanatorio de Niños Palúdicos de San Lorenzo”, el cual desarrollaba sus actividades parcialmente

7 .Ramón Carrillo, “Discurso del Secretario de Salud Pública de la Nación al inaugurar la Segunda Conferencia de Epidemiología y Endemias”, 37.

8 .Argentina, Congreso Nacional, Cámara de Senadores 1943, “Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social”, *Diario de Sesiones, Cámara de Senadores*. Tomo II, 203-220



por razones de índole administrativa, puesto que además de carecer de las instalaciones básicas necesarias (las que tenían eran muy precarias), el personal resultaba escaso para las tareas que tenían asignadas,⁹ la misma situación se repetía en la Sub-regional de Orán y las Regionales de La Rioja, Catamarca y Santiago del Estero, entre otras. De hecho, se apelaba a los “Colaboradores Oficiosos” para la distribución de medicamentos antipalúdicos en la Argentina interior. Si tenemos en cuenta que en ciertos pueblos de Catamarca, La Rioja y Jujuy la gente moría sin asistencia médica y a lo sumo el curandero cumplía con los ritos más o menos mágicos de todos los pueblos primitivos,¹⁰ el Plan no era otra cosa que apelar a la cooperación privada para distribuir medicinas en las zonas donde no existían servicios clínicos oficiales.

Sin embargo, si la incorporación de personal fue una tarea lenta, es de destacar el vigor de las labores investigativas que se siguieron desarrollando en los marcos de la Dirección General de Paludismo. Una de las pesquisas estuvo vinculada a la búsqueda de substitutos de quinina, con el fin de superar las dificultades de abastecimiento tanto de ese recurso como de antipalúdicos de origen alemán (Plasmoquina y Atebrina)¹¹. Para ello, se impulsó la investigación de la flora autóctona con el propósito de encontrar algunos principios de actividad antipalúdica o por lo menos de valor coadyuvante en la terapéutica del paludismo, en cuyas fases del proyecto se unían la “farmacopea popular” y el enfoque científico basado en la correlación de antecedentes de orden botánico y químico.¹² Además del interés científico, estas investigaciones poseían un interés económico, ya que una de las alternativas era reemplazar las sales de quinina por la quinina-resorcina, lo que podía reducir considerablemente el costo del tratamiento antipalúdico.¹³

9 . *Memoria de la Dirección General de Paludismo*. Ed. Dirección Nacional de Salud Pública Tucumán 1946, 101

10 . Ramón Carrillo “Discurso del Secretario de Salud Pública de la Nación, en el acto de la Liga por los Derechos del Trabajador 29 de Julio de 1948”, *Archivos de la Salud Pública de la Nación*, (Buenos Aires) IV, nº 3, (Septiembre 1948): 216.

11 . Por decreto ley nº 20.192 del 29 de Julio de 1944, el Poder Ejecutivo creó una subcomisión especial dentro de la Dirección Nacional de Salud Pública. Formaban parte de ella el Instituto Lillo de Tucumán, el Instituto de Medicina Regional de Tucumán, dirigida por el médico Cecilio Romaña. La Dirección General de Paludismo coordinaría las acciones y experimentaría las drogas, una vez que hubieran pasado las pruebas de investigación farmacológica, para determinar la actividad antipalúdica en el hombre.

12 .- *Memoria de la Dirección General de Paludismo*. Ed. Dirección Nacional de Salud Pública Tucumán 1946, 95

13 Sobre el tema recomendamos: Joaquín Quiroga “La quinina – resorcina en el tratamiento de la terciana benigna”. *Jornadas Médicas de Tucumán*, (Tucumán) 1940.

Esta iniciativa fue abortada en 1947, ya que con la detetización en marcha se puso fin a las actividades de la Comisión, creada por decreto en 1944, sin haber alcanzado los objetivos para los cuales había sido establecida, lo que fue el reflejo de la frontera que la aparición del DDT significó para la investigación parasitológica y farmacológica en nuestro medio, como se podrá ver en otros pasajes de este texto.

En 1944 la Dirección General de Paludismo y Endemias regionales tuvo otra modificación sustancial, que se sumaba a las realizadas en 1937. De manera tal que aumentó su responsabilidad sanitaria al asumir el control de otras enfermedades endémicas o epidémicas (peste, tifus, viruela, anquilostomiasis, chagas, etc) que aunque algunas de ellas ya eran motivo de la intervención accidental de la División, no estaban encaradas con programas de rutina. Lo cierto es que en los años cuarenta se ampliaron aun más su funciones al establecerse, en base a su personal, edificios, equipos y materiales, la División de Paludismo y Enfermedades Tropicales (en adelante DPyET), a la que se le incorporó la de Anquilostomiasis. La DPyET se caracterizó por el incremento de personal y por la reestructuración de los componentes. Las secciones técnicas tenían por función estudiar los problemas vinculados al paludismo, enfermedades pestilenciales (tifus, fiebre amarilla, viruela, etc.), parasitarias (amebiasis, leishmaniasis, chagas) y la anquilostomiasis. Asimismo, asumían la preparación de los planes sanitarios y la vigilancia de su aplicación. Las secciones ejecutivas eran las que llevaban adelante las tareas concretas.

En gran medida la reforma en el organigrama de la ex DGP traducía el reconocimiento oficial sobre la existencia de una serie de males, a través de la institucionalización de un cúmulo de actividades sanitarias, vinculadas con el control de diversas enfermedades que asolaban el mundo rural, excepto el paludismo que había sido el motor que dinamizó la emergencia de ese andamiaje institucional a principios del siglo XX. Además, dicha reforma era el reflejo de la consolidación de una conciencia sanitaria rural, que a partir de ese momento incluyó un universo mayor de padecimientos.

El afianzamiento de la conciencia sanitaria rural admite diversas lecturas y es dueña de una complejidad que involucra tanto a las tentativas por “urbanizar” el campo, como a la implementación de una política higiénica realizada en clave integradora de sectores sociales hasta entonces insuficientemente atendidos. También, dicho proceso debe ser comprendido como el resultado de una imposición, dada la configuración de nuevos cuadros higiénicos por el rebrote de temidas enfermedades como, por ejemplo, la fiebre amarilla.

No es un dato menor remarcar, tal cual lo hizo hace varias décadas atrás en su ya clásico libro Henry Carter (1931), que la fiebre amarilla era una de las grandes plagas del mundo, puesto que afectaba a ciudades tropicales y sub tropicales, desde Nueva Orleáns hasta Buenos Aires, reduciendo la población, paralizando el comercio y creando pánico. En la Argentina el temor por este mal se remontaba al siglo XIX, cuando había azotado duramente a la ciudad de Buenos Aires. A partir de los años veinte, en el control de esta enfermedad sobresalió la influencia norteamericana y la intervención del Estado que comenzó a ser evidente en países como Perú, México y Colombia.¹⁴ En la Argentina despertó la preocupación de las autoridades nacionales la existencia de un foco de fiebre amarilla en el oriente boliviano del que se desconocía su real magnitud y, por ende, se lo consideraba una potencial amenaza. Por ello, se resolvió instalar un servicio de policía de focos, similar al que funcionaba desde tiempo antes para la lucha antipalúdica, tarea que estuvo a cargo de la DGP. Años más tarde hubo otro rebrote y se procedió de igual manera. En 1945 la DPyET, de cara a la evidencia del poder destructor que poseía el DDT frente al *Aedes aegypti* (mosquito propagador de la enfermedad), organizó el primer servicio de lucha antiaedes en el interior del país.¹⁵ Las palabras de Alvarado son útiles para justificar -desde la mirada de los médicos radicados en la Argentina profunda- la visión sobre su propio rol y la de las autoridades nacionales sobre ellos, al momento de dar inicio a la primera fase de erradicación de la fiebre amarilla:

“...Como nuestra División General es la que tiene la fama y el mérito de saber encarar una lucha, donde los resultados se computan en gráficos y planillas, y donde cualquiera puede venir a comprobarlo, se ha resuelto que seamos nosotros los que nos encarguemos de limpiar del país al *Aedes aegypti* [...] Era la solución que esperábamos.[...] Sabemos meter los pies en el barro y las narices en los cántaros para buscar las larvas de la estegomia, somos constitucionalmente matamosquitos.”¹⁶

Pero volviendo al eje institucional, lo que observamos es que la Dirección creció al dotársela del personal tantas veces reclamado en las décadas anteriores. Los puestos de trabajo se incrementaron significativamente: en 1946 la División de Paludismo y Enfermedades Tropicales poseía 210 empleados a sueldo y 454 a jornal, lo que totalizaba 664 agentes y, un año más tarde,

14 . Marcos Cueto , “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* M. Cueto (ed), (Lima: IEP, 1997): 127-172.

15 . “Profilaxis de la Fiebre Amarilla” *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, 1930, 7-129

16 . *División General de Paludismo y Enfermedades Tropicales*. Campaña de dedetización. Reglamento e Instrucciones. Tucumán, 1948.

el total de empleados era de 798 y 125 jornaleros.

En ese último año se elaboró un plan de dedetización, que formaba parte del Primer Plan Quinquenal de Gobierno,¹⁷ que se materializó con la llegada a Tucumán de una flota de camiones destinados a “erradicar el paludismo”.

La magnitud de los recursos movilizados que implicó esta primera etapa de la dedetización, sólo podía ser realizada desde el Estado Central, puesto que ningún gobierno provincial contaba con semejante cantidad recursos. Por otro lado, para el gobierno nacional significaba un gesto concreto hacia los habitantes del interior, por lo que dicha acción fue acompañada por la prensa local y nacional, como manera de mostrar la “gran presencia” del Estado peronista en la “Argentina olvidada”, por entonces llamada “Argentina profunda”, cuyas necesidades se planteaban como prioritarias por el retraso sanitario en el cual se encontraban.

La dedetización en la Argentina fue una de las primeras expresiones visibles de que se estaba frente a una nueva etapa en el vínculo entre el Estado y la sociedad; vínculo que se venía gestando desde comienzos del siglo XX, pero que en los años cuarenta asumió una fisonomía propia, en base a una ampliación de la ciudadanía social y que incluyó, entre otros, el derecho a la salud de amplios sectores, básicamente rurales, que hasta entonces habían sido considerados sólo por su importancia como mano de obra, pero no bajo la condición político-social de ciudadanos, situación que fue coetánea al inicio del reinado del DDT.

En la era del DDT.

Los orígenes del Dicloro-Dofenil-Tricloroetano (DDT) se remontan a 1874 cuando fue sintetizado por el alemán Othmar Zeidler. En 1939 un químico suizo observó que en su laboratorio las moscas morían en contacto con el polvo de DDT: las observaciones de Paul Müller abrían un horizonte promisorio. Se le otorgó el Premio Nobel y sus conclusiones empezaron a ponerse a prueba.

En 1943 se presentó en Argelia una gran epidemia de tifus exantemático, por lo que a los prisioneros civiles y militares de Argelia, infectados de piojos, se les aplicó por primera vez el producto.¹⁸ En la epidemia de Nápoles, en 1943-1944, se usó por primera vez el DDT

17 . “Proyectos del Plan Quinquenal del Gobierno: Organización de la sanidad pública” *Diarios de Sesiones, Cámara de Senadores*, Tomo IV, 1946: 493-510.

18 . Kerr, J.A “Introducción” .Organización Panamericana de la Salud. *Publicación Científica* (Washington)



en gran escala, como pediculicida, bajo la dirección de la Comisión de Control de Aliados y la cooperación del grupo de tifus de la Fundación Rockefeller. El éxito alcanzado en Nápoles hizo que el producto empezara a emplearse en polvo contra el tifus en toda Europa Occidental en 1944-1945.

La Argentina fue el primer país de América Latina (abril de 1945) en utilizar el nuevo insecticida DDT frente a una epidemia de tifus desatada en Jujuy. En los Estados Unidos el Servicio de Sanidad Pública inició el empleo del DDT por primera vez en la primavera de 1945, en el llamado Programa Extenso de Control de la Malaria. En ese programa se empleaba una emulsión de DDT al 5%, pulverizada en las paredes y cielos rasos de las casas y excusados. Al evaporarse el líquido de la emulsión, los cristales de DDT quedaban como un residuo prácticamente invisible a simple vista en las superficies pulverizadas¹⁹

El uso del DDT para combatir la malaria fue inmediato. En la primavera de 1944, el cirujano del teatro de operaciones de los Estados Unidos de América en el Mediterráneo solicitó que los miembros de la comisión de sanidad de la Fundación Rockefeller, que prestaban servicios en Italia, emprendieran estudios sobre el empleo del DDT para combatir la especie anofelina que propagaba la malaria. Los resultados fueron óptimos en términos de la reducción de la densidad de mosquitos y de índices parasitarios.²⁰ El 31 de agosto de 1945 inició el DDT su uso comercial en EEUU; en ese mismo año se lo esparció en Venezuela y en México, donde se probó experimentalmente en la zona arroceras de Morelos; en 1947 en Ecuador y en este mismo año la OPS recomendó a todos los países miembros el uso del DDT para el rociamiento de las casas en las zonas afectadas. Para los años cincuenta todos los países de América Latina que eran poseedores de malaria utilizaban DDT.²¹ Es decir, lo que empezó como experimentación en prisioneros de Argelia en 1943, se convirtió en menos de 10 años en una acción de carácter continental en América, en la que se combinaba la magnitud del problema regional con los intereses del capitalismo de posguerra, la eficacia real del insecticida contra los vectores y la

223 (1972): 9 – 20.

19 .Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 26, n° 9, Septiembre 1947, 768.

20 . Soper, F,L . “Proyectos nacionales de erradicación de la malaria en las Américas” en Organización Panamericana de la Salud, (Washington, 1972): 349

21 .Agudelo Franco Saúl, El Paludismo en América Latina, (Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 1990).

hegemonía lograda por la OPS en las políticas sanitarias regionales.

Sin embargo, para analistas como Saúl Franco lo que determinó el rápido predominio del DDT en el campo de la mariología era que ese insecticida abría perspectivas reales al gran saneamiento, ya que permitía el exterminio de larvas en aeroplano mediante la pulverización, o bien, mediante un uso más acotado por medio de aerosoles. Concretamente, a diferencia de la etapa anterior donde estaba focalizado por localidades, este método permitía abarcar zonas más amplias y, por ende, mayores contingentes de fuerza de trabajo. Por otro lado, la producción industrial de pesticidas y su concentración en un reducido grupo de empresas transnacionales (Shell, Dupont, Ciba-Geigy y Bayer) ofrecía nuevas y renovadas connotaciones de las que no era portadora, por ejemplo, la quinina.²²

En la Argentina la aparición de los tóxicos de acción residual implicó cambios en la lucha antimalárica. Hasta entonces, el programa se basaba fundamentalmente en la reducción o eliminación de los criaderos (ingeniería antimalárica); en la aplicación de larvicidas (lucha antilarvaria); en los métodos semi-naturales (lucha biológica); en la protección mecánica; en la profilaxis en base a medicamentos.

La aparición del DDT y de otros insecticidas de acción residual, introdujeron nuevos elementos en la concepción estratégica de la lucha antipalúdica y modificaron las técnicas vigentes, hasta entonces, en sus aspectos fundamentales conocidos como teatro de operaciones, objetivo estratégico, base económica y cálculos de costo.²³

Hasta el surgimiento del DDT “el teatro de operaciones” estaba constituido por la extensa superficie ocupada por los criaderos de anofeles. Las técnicas destinadas a reducir o eliminar los criaderos y destruir las larvas, demandaban estudios especiales y esfuerzos continuados. La aplicación de los “nuevos insecticidas” en el interior de las habitaciones humanas, trasladó “el teatro de operaciones” del campo a la casa del hombre, produciendo el abandono de las obras de ingeniería, destinada al desecamiento o reorientación de los cursos de agua, lo que indirectamente había provocado condiciones favorables para el desarrollo agrícola e incorporado, de esa manera, a muchas áreas que estaban desplazadas de la estructura productiva. Con la aparición del DDT, estos efectos indirectos se perdieron.

22 . *Ibid.* 132-133

23 . Carlos Alberto Alvarado “Control de las Enfermedades Transmitidas por Mosquitos” *Revista Mensual de Oficina Sanitaria Panamericana* (Washington) 27, nº 12, (Diciembre 1948): 1105

Con los métodos clásicos, el objetivo estratégico perseguido era la reducción de la población anofelina (mosquitos) hasta colocarla por debajo del umbral de transmisión. Con la aplicación de los nuevos insecticidas, el objetivo estaba constituido únicamente por los anofeles. Más que el propósito de extinguir o reducir el insecto por sí mismo como especie, para impedir el escape y la diseminación de la infección, se buscaba interceptar la circulación del parásito fuera del organismo humano. Esto frenó de alguna manera los avances que en materia parasitológica se venían realizando de la mano del paludismo, sobre otras patologías inclusive. A partir de entonces, sólo quedaba investigar las porciones necesarias de insecticida; las variables biológicas y médicas perdieron el lugar de privilegio que habían ocupado, puesto que fueron desplazadas por los tóxicos y los ingenieros.

Por otro lado, en los métodos clásicos el costo de un programa de lucha antimalárica dependía de los criaderos (extensión, situación, etc); era, pues, independiente del volumen de la población humana protegida. Con los nuevos insecticidas, el costo pasó a depender y estaba en relación directa con ella.²⁴

El programa de dedetización se realizó en dos etapas, la primera abarcó desde septiembre de 1947 a mayo de 1948 y comprendió el 40% del área palúdica medida, no en superficie sino en población y abarcó a los núcleos más accesibles, más compactos y con mejores vías de comunicación. Un año más tarde se cubrió el 80% del conjunto demográfico palúdico. El 20% restante comprendía a la población económica y físicamente inaccesible y era un problema que se dejaba momentáneamente para ser estudiado y resuelto en el tercer año, después de haber cumplido las dos primeras etapas de la campaña.²⁵

La aplicación del DDT estuvo a cargo DPyET, siendo la Sección de Ingeniería Antipalúdica la responsable de la conducción y el control de la ejecución de la campaña de dedetización. El trabajo era realizado por brigadas motorizadas, montadas en camiones del tipo de los utilizados en los frentes de guerra, contaban con equipos rociadores, que estaban compuestos por rociadoras Lofstrand, con máscaras de tipo antipolvo, antiparras y guantes de goma y el uniforme de pantalón, camisa abierta y casco.

Uno de los cambios más significativos fue que a los efectos de un control efectivo de los resultados, se organizó el llamado Servicio de Vigilancia, que quedó en manos de los médicos y de sus auxiliares. De manera tal que, comparado con las etapas precedentes, se torna visible

24 . *Ibid.* 1106

25 .- AGN, Ministerio de Asuntos Técnicos, Caja 678.

un sensible desplazamiento del protagonismo de los médicos frente a la importancia que en este proceso cobraron los ingenieros.

Los médicos más que “salvadores del enfermo palúdico” pasaron a ser gendarmes de las tareas realizadas por los ingenieros, quienes, a partir de entonces, fueron los responsables principales dada su idoneidad para determinar los niveles y formas de aplicación del insecticida. De hecho, cada Dispensario Antipalúdico se transformó en un Servicio de Vigilancia. Estos estaban constituidos por un Jefe médico o auxiliar sanitario, un microscopista y operadores de campo que se denominaban “vigilantes,” los cuales recorrían la zona, capturaban mosquitos y recogían muestras de sangre.

Por otro lado, dado el ritmo que a la lucha contra los mosquitos le imprimió el DDT, sumado al impacto visual que las caravanas de camiones enviadas por el gobierno provocaron en los habitantes de esas regiones, más que nada en los sectores rurales, transformaron e instauraron nuevas percepciones vinculadas al resultado de una solución concreta a por lo menos uno de sus padecimientos: el paludismo. Esto fue muy favorable, puesto que se achicaron las resistencias a las tareas de pulverización y los habitantes pasaron a ser facilitadores del proceso, permitiendo el acceso a los domicilios particulares donde era indispensable pulverizar dada la domesticidad del anopheles. El acceso a la vivienda de las brigadas no hubiera sido una tarea sencilla sin la aceptación de los moradores, los cuales por décadas habían visto trabajar a numerosas brigadas en las inmediaciones de sus domicilios, pero no en ellos. Esta nueva tarea, que era invasora, significó la pulverización de un total aproximado de 80.000 habitantes cada tres meses lo que alcanzó, en los primeros meses a un 40% de la población de la zona palúdica. Por otra parte, los servicios de saneamiento de las cuatro capitales: Tucumán, Salta, Jujuy y Catamarca protegían unos 300.000 habitantes (el 30%). Quedaron sin protección, durante el primer año, aproximadamente un 30% de la población de la zona palúdica. Los resultados pronto estuvieron a la vista de cualquier observador:



Casos de Paludismo registrados de Julio de 1947 a Julio de 1955

Años	Total del País	Norte	Centro y Litoral	General	Rociamientos Hechos/casas	DDT Consumido	Población Protegida
1947	40.772		2.240	43.012	560	889 libras	3.341 ha
1948	15.025		1.077	16.102			
1949	3.080		195	3.275			
1950	639		1.323	1.962	35.779	3 6 . 9 9 4 libras	246.993 ha
1951	312		1.021	1.333			
1952	563		133	696			
1953	428		71	499			
1954	401		23	424	174.067		1.040.000
1955	331		3	334		1 4 6 . 2 9 9 libras	

FUENTE: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. XL, nº 3 Marzo de 1956, 258 y 259.

La nueva campaña significaba una transformación profunda de métodos y técnicas, pero también cambios con respecto al trato con el personal de la DPyET, más que nada con los trabajadores de menor jerarquía, quienes llevaban años acostumbrados a un tipo de trabajo que no incluía el rociado. Además y a juzgar por la cantidad de sumarios encontrados, estos trabajadores eran un eslabón clave y, a la vez, el que mayor problemas había ocasionado en las

décadas anteriores por su estacionalidad en el trabajo y por la falta de eficiencia en el mismo.

Como recurso para superar esa situación y en consonancia con un clima gubernamental signado por una consideración especial a la clase trabajadora, construida sobre la base de una identidad obrera, forjada a partir de sentimientos como el orgullo de pertenecer a ella y lo dignificante del trabajo, fue que también en estos organismos, a pesar de estar alejados de los epicentros políticos, se apeló a aplicar la lógica peronista en relación a su vinculación con los trabajadores. La DPyET recurrió a reorientar sus vínculos con el personal que de ella dependía, apelando a los conceptos antes mencionados para generar entre las brigadas de fumigadores peones estables y comprometidos con esa labor. Las herramientas utilizadas fueron “Las Cartas del Director” y el “Boletín Informativo”.

Las “Cartas del Director” salían mensualmente y estaban escritas en tono familiar, comentaban los acontecimientos más importantes que iban ocurriendo en los marcos de la DPyET y, en forma secundaria, se impartía información sobre las características y precauciones que se debían tener en cuenta con el uso del DDT. Paralelamente o entremezclada con la información técnica y la social, aparecían conceptos acerca de lo importante que eran los obreros en este proceso. Es decir, se les otorgaba una relevancia, por lo menos desde el discurso, que les provocaba sentimientos de pertenencia y a la vez un reconocimiento, que le sirvió a la Dirección, entre otras cosas, para frenar la rotación de recursos humanos.

El “Boletín Informativo” condensaba novedades ocurridas entre el personal de la Repartición durante el mes: se comentaban los ascensos, los traslados y hasta nacimientos de hijos, casamientos, etc. El resultado de las Cartas y del Boletín fue importante y de hecho se convirtieron, hasta 1949, en un procedimiento de rutina.

Además, en 1947, cuando se decidió recurrir exclusivamente al DDT de acción residual, la DPyET hizo una ceremonia de enterramiento público del material y equipo de drenaje y larvicida a fin de impresionar al personal del servicio de malaria y al público, en cuanto a que se había dado comienzo a una nueva era en el control de la enfermedad.²⁶

El año 1949 es una especie de frontera interna en esta historia, que implicó cierta bifurcación en la tendencia que se venía perfilando desde 1946, donde se produjo “la gran expansión” de las actividades antipalúdicas y del sistema sanitario rural (SSR). Gran expansión que se materializó en la infraestructura, en la cobertura médica y en la tecnología que estaba

26 . Soper, F.L. “Proyectos nacionales de erradicación de la malaria en las Américas”,514

en gran medida concentrada en las ciudades -e inclusive en algunos de poblados que estaban enclavados en medio de esa campaña palúdica-, que se hicieron presentes y posibles de ser utilizadas por todos los habitantes, hecho que "...llevó la imagen del Estado benefactor a áreas geográficas y sectores sociales hasta entonces no integrados a los beneficios que involucra la condición de ciudadanos..."²⁷

Por la magnitud de población que estas políticas abarcaron y por la gratuidad del servicio entendido como esencialmente público, se hacía realidad la universalidad del derecho a la salud en estos Dispensarios antipalúdicos, puesto que sus prestaciones no formaron parte del universo brindado por las obras sociales sindicales.

En relación con lo dicho, vale agregar que, hasta el 49, la organización de los servicios maláricos se diferenciaron de los sucesos que caracterizaban el macro contexto, donde predominaba una fragmentación en la organización de los servicios, relacionada con la capacidad de pago de las personas. Esto se traducía en un reconocimiento parcial y fragmentario del derecho de la cobertura de salud, resultante del otorgamiento cuasi-discrecional de sus beneficios a los sectores mejor organizados de la clase trabajadora; ello supuso introducir elementos fuertemente diferenciadores en una condición que se define como derecho universal.²⁸El DDT y su influencia en los cambios en el Servicio Antimalárico Nacional (SAN).

En julio de 1946 la Secretaría de Salud Pública de la Nación remitió al Congreso el ante proyecto de la nueva Ley antipalúdica. El 27 de Agosto de ese año la Cámara de Diputados sancionó las modificaciones de la Ley 5195, que anteriormente ya había tenido aprobación del Senado de la Nación; de manera definitiva en septiembre de 1948 se sancionaba una nueva ley, la 12.266, reglamentada luego por el decreto n° 9.626.

El mencionado anteproyecto, que era la expresión de un viejo reclamo de médicos, políticos y empresarios y que desde los años treinta venían debatiendo sobre la necesidad de dicha reforma, fue coetáneo con el 1º Plan quinquenal peronista. Por esa razón, creemos significativo detenernos en los vínculos o conexiones que existieron entre una y otra instancia.

27 Susana Belmartino, "Contribución de las Ciencias Sociales a la Investigación sobre Sistemas y Servicios de Salud" en: *Organización Panamericana de la Salud*, Organización Mundial de la Salud XXVIII Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. (Montevideo, Uruguay, agosto de 1991).

28 . Susana Belmartino "Servicios de salud y sistema político: Argentina, Brasil y Chile, 1920-1970" en *Avatares de la medicalización en América latina 1870-1970* ed. Diego Armus (Buenos Aires: Lugar, 2005) :101.

El primer Plan Quinquenal constituyó en sí mismo una reforma estructural, donde uno de los pilares era el reconocimiento del derecho al bienestar. Ese reconocimiento implicaba la organización de la salud pública y de la asistencia social.²⁹

La creación en mayo de 1946 de la Secretaría de Salud Pública con jerarquía de ministerio, supuso el ingreso al escenario de la sanidad argentina de un actor, Juan Ramón Carrillo, que por mucho tiempo opacó cualquier presencia simultánea y cuya figura permaneció por décadas como paradigma de la capacidad de acción del Estado.

A mediados del 46, Ramón Carrillo le solicitó a Carlos Alvarado, médico mariólogo, al que se le debían parte de los planes de saneamiento rural efectuados previamente a la llegada del peronismo, que formulara un Plan Quinquenal de lucha antipalúdica integral para el período 1947-1952, que fue denominado por Alvarado y su gente: Plan 46.³⁰

El Plan 46 se estructuró en función de los tres campos que J. R. Carrillo había aplicado para la reformulación del sistema de salud: Medicina Asistencial, Preventiva y Social.

En el Plan 46 la Medicina Asistencial reunía a los Dispensarios Antipalúdicos, que eran centros médicos que tradicionalmente se habían enfocado en la asistencia ambulatoria de los enfermos de chuco y al diagnóstico parasitológico de las formas de infección. A esto se sumaban las tareas vinculadas a la educación sanitaria de la población y de la organización y vigilancia del “plan de colaboradores oficiosos” (ver apéndice documental). También incluía los Servicios hospitalarios para palúdicos que eran pabellones pequeños, que se anexarían a hospitales existentes y los Sanatorios para niños palúdicos o sanatorios colonias que serían instituciones, algunas de ellas ya existentes, destinadas a la internación de infantes.

Por lo expuesto podemos afirmar que en el Plan 46, en lo correspondiente a la Medicina Asistencial, no habían mayores innovaciones, sino que se reunieron a organizaciones y/o instituciones preexistentes bajo una nueva concepción que implicaba pensar “...el Centro de Salud como institución integrativa de la asistencia ambulatoria, médico-sanitaria, y médico social que están dentro de un radio y núcleo determinado de población...”³¹ Concepto que se formulaba como principio innovador en el pensamiento sanitario argentino, pero que, en referencia al combate del paludismo, eran acciones que sin ser explicitadas como principios doctrinarios existían como

29 . Susana Belmartino, “Políticas de salud en Argentina. Perspectiva histórica” *Cuadernos Médico Sociales* (Rosario) 55, (marzo 1991): 13-34

30 .Ramón Carrillo, *Plan analítico de Salud Pública. Plan 46*. Tomo II, 1947, 785-830.

31 .AGN, Ministerio de Asuntos Técnicos, Caja 678.

práctica médica cotidiana en la mayoría de los Dispensarios Antipalúdicos. Carlos Alvarado había sido un pionero y a la vez un eslabón fundamental, aunque su tarea ha sido velada por el destello que generó en esta historia la figura de Castillo.

La Medicina Preventiva para Ramón Carrillo era la que atacaba los factores indirectos que afectaban la salud, como eran las malas condiciones de vida, de higiene, de alimentación, etc. En este sentido, el Plan 46 incluía el Saneamiento Antipalúdico que comprendía todas las tareas de lucha contra el anopheles que se venían entablando hasta la aparición del DDT. Las Obras de Ingeniería Sanitaria alcanzaban a los tradicionales drenajes, entubamiento, sifones etc. y la Lucha biológica, etc. En este caso vale lo afirmado en el párrafo precedente referido a que no había innovaciones, por lo menos a lo que al problema palúdico corresponde: la “bonífica hidráulica” pasaba a ser conocida como Medicina Preventiva.

Una de las cuestiones abordadas con énfasis, en el Plan Carrillo, eran las construcciones hospitalarias y la relación de camas por habitantes.³² En este caso lo novedoso en el Plan 46 eran los proyectos o compromisos que se asumieron desde el Estado, referidos a nuevas construcciones, como era la edificación de un Instituto de Paludismo, que se levantaría en la ciudad de Tucumán, sede del Instituto de Investigaciones Técnicas de Paludismo y Enfermedades Tropicales y de la División de Paludismo y Enfermedades Tropicales. A lo que se sumaba la construcción de edificios propios para las Divisiones que no contaban con el mismo. Por último, también se preveía la construcción de cinco sanatorios para niños palúdicos con capacidad de 100 camas cada uno.

¿Qué destino tuvo el Plan 46?: En 1947 fue retirado y reemplazado por otro centrado en el uso del insecticida conocido como DDT. Este cambio de rumbo debe ser comprendido en el marco de acontecimientos sanitarios más amplios, ocurridos en la en duodécima Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Caracas (Venezuela), donde se mostraron los progresos alcanzados en distintos países de América Latina por el uso del mencionado insecticida y se dictó la Resolución N° 130 que establecía:

“Llamar la atención de los Servicios de Salud Pública de los países americanos, sobre el insecticida dicloro-difenil-tricloro-etano, denominado DDT, que desempeña un importantísimo papel en los programas de lucha antimalaria, recomendando se hagan amplios esfuerzos en su utilización, y para aumentar nuestros conocimientos en aquellos problemas en los que todavía

32 . Consular AGN, Ministerio de Asuntos Técnicos, Caja 678

no se ha empleado y en aquellos otros en los que, de resultar ineficiente, deba investigarse la causa de este resultado; que el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y la Comisión Panamericana de Malaria como su órgano consultivo, aceleren el intercambio de los progresos en nuestros conocimientos sobre el uso y aplicación de este insecticida; y que el DDT de grado técnico usado en las preparaciones recomendadas, debe ajustarse a las especificaciones de la JAN-D-56-A del Gobierno de los Estados Unidos de América.”³³

Esto dio origen a un Segundo Plan de lucha Antipalúdica conocido como Plan 47 y que se insertó en el Programa de Gobierno (1º Plan Quinquenal), que abarcó de 1947-1952. Al igual que lo ocurrido con el Plan 46, se lo dividió en Asistencial, Preventivo y Construcciones Generales.

El Plan preventivo contemplaba como aspecto central la dedetización, cuyas etapas y porcentajes de zonas a cubrir ya fue explicado. Como aspecto innovador se suprimieron 16 servicios de saneamiento de un total de 20, es decir, excepto en las localidades de Tucumán, Jujuy, Salta y Catamarca, en el resto se abandonaron las obras de drenajes, entubamiento y lucha biológica. El servicio de atención ambulatoria a los enfermos que tradicionalmente habían cumplido los Dispensarios, en el Plan 47 no eran establecidos como prioritarios y, en su lugar, se iniciaba una conversión a partir de la cual ese servicio asistencial se convertía en un servicio de vigilancia, que estaba destinado a controlar los resultados de la dedetización. Por último, de los cinco sanatorios proyectados para niños palúdicos de 100 camas cada uno, se reducían en la mitad de su capacidad. Y se impulsaba o reclamaba la modificación de la Ley 5195, adaptándola al nuevo plan.

Adelantamos que en el programa de erradicación de la malaria, la dirección técnica, coordinación y control de la dedetización estuvo a cargo de la Dirección de Ingeniería Antipalúdica, la que tenía como objetivo que el rociado reuniera condiciones de uniformidad, durabilidad y eficacia.³⁴ Esto era significativo porque la Dirección de Paludismo contaba de esta manera con un organismo director, coordinador y de control de la faz técnica de la dedetización, lo que fue complementado como mencionamos con otro organismo que era el responsable de controlar los resultados de la campaña: el “Servicio de Vigilancia” (SV), cuyo programa de acción se desarrolló por diferentes etapas.

33 .- *Actas de la Duodécima Conferencia Sanitaria Panamericana* año 26, no. 3, Caracas, enero 1947, 209.

34 .Carlos Alvarado C.A, Héctor Coll y Segundo Laguzzi, Segundo “*El programa de erradicación del paludismo en la República Argentina. Las fallas de la campaña de dedetización y organización del servicio de vigilancia*” en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana Año 29, n°1, 1950: 1-6

En la primera etapa el “Servicio de Vigilancia”, formado por el cuerpo de empleados sanitarios a los cuales se los denominaba “vigilantes”, estaban distribuidos estratégicamente en la zona endémica; eran quienes tenían a su cargo la realización de pesquisas entomológicas, hematológicas y de enfermos palúdicos. Las pesquisas entomológicas se realizaban capturando en forma sistemática mosquitos adultos en habitaciones dedetizadas y las pesquisas hematológicas, mediante la recolección de muestras de sangre de todos los presuntos enfermos palúdicos residentes en la zona dedetizada. En un segundo momento se incorporaron nuevas acciones como fue la “encuesta epidemiológica”, la cual se iniciaba con la historia clínica del enfermo, para luego centrarse en las extracciones de sangre del enfermo, sus convivientes y allegados y en el estudio de las características de la vivienda; ello implicaba realizar un interrogatorio que el médico efectuaba personalmente.

En el SV funcionaban los Laboratorios Centrales, que eran los responsables de los estudios de la sangre extraída por el SV. Junto con el Médico Jefe del SV de zona, actuaba un auxiliar sanitario, que tenía la responsabilidad de buscar enfermos palúdicos, cuya denuncia (obligatoria) pudiera no haber sido efectuada; este auxiliar visitaba las instituciones sanitarias, las farmacias para comprobar si se expendían medicamentos antipalúdicos con o sin receta, “... para seguir así la pista de los casos que pudieran transcurrir sin la denuncia correspondiente...”³⁵ Igualmente las pesquisas se realizaban preferentemente en las viviendas que estaban construidas deficientemente “...ranchos de quinchá y rama, ranchos de caña y maloja [...] Cuatro palos y techo de chapa de zinc o ramas; 4 palos y dos paredes de chapa de zinc o de tablas o de ramas...”³⁶, puesto que junto a las “viviendas fantasmas” que eran temporarias y levantadas con motivo de explotaciones forestales, constituían el 56,72% de infecciones nuevas.³⁷

También estos auxiliares tuvieron a su cargo el control de las viviendas que habían sido rociadas, debido a que se habían registrado casos donde los moradores una vez retirada la brigada de fumigadores recubrían con barro las paredes que habían sido cubiertas con insecticidas.³⁸

Los puntos señalados muestran aspectos sugestivos del sistema organizativo, como por ejemplo sus límites, los cuales en esta primera fase de dedetización parecieron nutrirse de las resistencias que ponían determinados sectores sociales, cuyas paupérrimas condiciones de vida

35 . *Ibid*, 3

36 . *Ibid*, 4

37 . *Ibid*, 5

38 . *Ibid*, 6



eran garantía suficiente para explicar las “...fallas de la campaña de dedetización...”.³⁹

Las falencias en la aplicación del DDT se constituyeron en la temática dominante de investigación; el objetivo era ponerlas de manifiesto para superarlas y llegar así a tan ansiada erradicación de cínife. Por ello en un primer momento se pensó que la aplicación del DDT poseía un efecto parcial en aquellas viviendas precarias, cuyas aberturas diluían con mayor velocidad el efecto residual del insecticida.

Sin embargo, el problema de mayor envergadura fue la falta en la mariología de medidas de evaluación adaptadas a la estrategia y a la velocidad de acción de los imogocidas. Esto fue lo que hizo pensar a médicos y a autoridades que la responsabilidad sanitaria estaba cumplida cuando los índices cayeron por debajo de la unidad o la malaria desapareció de las primeras líneas en las estadísticas de mortalidad. No se comprendió que el peligro de la endemia sólo se había disfrazado.

Las nuevas instancias organizativas antes mencionadas se dieron en un marco legislativo reformado, que no será objeto de análisis en esta presentación sino un elemento más de la conclusión que presentamos a continuación.

Conclusión

En el segundo Plan quinquenal, entonces, se profundizaron la lucha contra las enfermedades transmisibles de tipo pestilencial, en especial la viruela, la peste rural, tífus exantemático y fiebre amarilla, se consolidó la lucha contra la tuberculosis, la lepra, las enfermedades venéreas y chagas y la prosecución e intensificación de la lucha contra la zoonosis, brucelosis, rabia⁴⁰

La inmediatez y el gran impulso de las acciones peronistas sobre los problemas sanitarios rurales fueron evidentes en el corto plazo e hicieron que las voces críticas carecieran de apoyo por parte de la ciudadanía, puesto que en el Norte argentino los resultados, tanto del DDT como de los mecanismos de implementación, fueron elocuentes se pasó de 40.772 casos palúdicos en 1947 a 639, tres años más tarde. Fueron estos índices los que generaron una visión triunfalista que condujo a una reorganización de los servicios.⁴¹

39 *Ibid*, 2

40 .AGN, Ministerio de Asuntos Técnicos, Caja 678 (Carpeta IV)

41 .Carlos Alberto Alvarado “Control de las Enfermedades Transmitidas Por

Razón por la cual y por decreto del Poder Ejecutivo (n° 16.700) del 19 de Julio de 1949 se daban por terminadas las funciones de la División de Paludismo y Enfermedades Tropicales, estableciéndose la Dirección General de Sanidad del Norte. Esta reorganización respondía a dos principios fundamentales que regirían la política en materia de salud pública durante el peronismo: centralización normativa y descentralización ejecutiva. La primera reservaba para la Secretaria de Estado de Salud Pública la atribución de diseñar la política general, fijando sus objetivos y modalidades a implementar, mientras que en la segunda se delegaba la ejecución de esas políticas en organismos regionales. Este último aspecto era conducente a lograr una regionalización del país, a través de las Direcciones Generales de Sanidad, de las cuales la primera fue la Dirección General de Sanidad del Norte (en adelante DGSN).⁴²

La gran diferencia con las políticas precedentes es que el ataque a los males rurales se acompañaba con la aparición de nuevos establecimientos asistenciales o la reformulación de los existentes. Fue el caso de la DGSN, donde se capitalizó la experiencia acumulada por los profesionales que actuaban en ella y la infraestructura preexistente; de hecho, se designó a Carlos Alberto Alvarado a su cargo, lo que de alguna manera marca las continuidades y permanencias en esta nueva etapa; asimismo su área de influencia tampoco fue modificada, ya que abarcó las provincias de Salta, Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero, Catamarca y La Rioja.

Entre los motivos que sostenían esta medida podía leerse que:“... el paludismo no existe más en la República Argentina, salvo casos aislados y en cifras insignificantes, por lo cual la tarea que le queda por realizar es de simple sostenimiento de la situación conquistada en el norte, por el meritorio esfuerzo del mencionado organismo técnico[...] que a los fines de conservación de lo actuado y de la profilaxis antipalúdica, bastará en el futuro destinar a ello una pequeña fracción de la organización vigente asignado a las demás otras tareas para abordar la solución de nuevos y urgentes problemas, como son la brucelosis, la tuberculosis y otras enfermedades transmisibles...”.⁴³

Así entonces, sobre la base de la ex Dirección General de Paludismo se creó la Dirección General de Sanidad del Norte, que tenía sus facultades y deberes establecidos en la Ley N° 5.195 modificada por la Ley N° 13.266 y su Decreto Reglamentario N° 16.700 del 19 de Julio de 1949.

Mosquitos”en *Revista Mensual de Oficina Sanitaria Panamericana* (Washington) 27, n 12, (1948): 1108

42 21.- Archivos de Salud Pública, *Disposiciones complementarias de la organización del Ministerio de Salud Pública de la Nación*, volumen V, n° 4, abril de 1949,442-480.

43 22.- Archivos de Salud Pública. *Decreto 16.700*, volumen VI, n° 1, julio de 1949, 95-96.



Como hemos sostenido, la creación de la Dirección General de Sanidad del Norte formaba parte de una reestructuración de la sanidad nacional, para lo cual el país había sido dividido en seis grandes regiones sanitarias y en cada una de ellas tenía asiento una Dirección General de Sanidad.

De mismo modo su desaparición y/u reorganización tenía que ver con la creencia de que el problema palúdico había desaparecido del país y, por lo tanto, dejara de ser un objetivo, recortándose las partidas, reasignando otras tareas al personal, descuidando la formación de técnicos idóneos, etc., cosa que trajo como consecuencia, años más tarde, su regreso.

Sin embargo, en el primer peronismo, las campañas sanitarias como los renovados métodos de combate contra las enfermedades, fueron la materialización de un cambio de actitud por parte de las autoridades centrales respecto del mundo rural y de sus habitantes. Se intentó, de diversas maneras, hacer visible y comprensible a los ojos de estos ciudadanos que eran ellos, también, objeto del compromiso que este nuevo Estado había asumido con la ciudadanía en general respecto de refundar sus derechos sobre la salud, la vivienda y la educación. Para ello no solo brigadas de médicos visitaban los lugares más recónditos de éstas regiones, sino que el mismo Ministro Carrillo acompañaba con su uniforme militar las tareas emprendidas. Las imágenes de época ilustran lo dicho y a la vez pintan un panorama social que fue puesto en evidencia por las nuevas políticas sanitarias, dado que las anteriores tenían como limitante principal el no poder llegar con sus acciones a los lugares de difícil penetración.