

# LA ESTADÍSTICA COMO ARTICULADOR DE LOS PROBLEMAS SANITARIOS EN EL DISCURSO DE LA OPS (1923–1975)

STATISTICS AS THE ARTICULATOR OF HEALTH PROBLEMS IN THE SPEECH OF THE PAHO AND IN ARGENTINA (1923–1975)

JUAN MARTÍN LIBRANDI ·

Universidad Nacional de la Matanza, Universidad Nacional de Quilmes, CONICET (Argentina)  
email: juan@librandi.com.ar

JUAN PABLO ZABALA ·

Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, CONICET (Argentina)  
email: jpzeta@hotmail.com

## Resumen

El artículo reconstruye el modo en que la estadística participó en la problematización de la salud por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) entre 1923 y 1975. Para ello, analizamos en el discurso de la OPS las distintas concepciones de la estadística sanitaria, sus funciones, estructuras burocráticas, y cómo estas se relacionaron con el desarrollo de aparatos estadísticos en la región. Identificamos dos concepciones distintas en el discurso de la OPS: a) la salud como un problema ligado a las regulaciones comerciales; y b) la salud como requisito del desarrollo económico de las naciones. A su vez, concluimos que la estadística sanitaria fue un componente significativo de la intervención de la OPS en la política sanitaria regional.

## Registro bibliográfico

LIBRANDI, JUAN MARTIN Y ZABALA, JUAN PABLO «La estadística como articulador de los problemas sanitarios en el discurso de la OPS (1923–1975)», en: ESTUDIOS SOCIALES, revista universitaria semestral, año XXX, n° 59, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, julio–diciembre, 2020, pp. 139–161.

## Abstract

The article reconstructs the way in which statistics participated in the problematization of health by the Pan American Health Organization (PAHO) between 1923 and 1975. To do this, we analyze in PAHO's discourse the different conceptions of health statistics, their functions, bureaucratic structures, and how these were related to the development of statistical devices in the region. We identify two different conceptions in PAHO's discourse: a) health as a problem linked to trade regulations; and b) health as a requirement of the economic development of nations. In turn, we conclude that health statistics was a significant component of PAHO's intervention in regional health policy.

## Descriptorios · Describers

salud / estadísticas / américa latina / desarrollismo / organización panamericana de la salud  
health / statistics / latin america / development / pan american health organization

**Recibido:** 24 / 07 / 2019 **Aprobado:** 17 / 01 / 2020

## I. INTRODUCCIÓN: LA SALUD COMO PROBLEMA Y LAS ESTADÍSTICAS COMO DISPOSITIVOS IDEOLÓGICOS Y PRÁCTICOS

En el presente trabajo nos proponemos analizar las diferentes conceptualizaciones sobre la estadística sanitaria (ES) y su vínculo con las definiciones de salud movilizadas desde la Oficina Sanitaria Panamericana/Organización Panamericana de la Salud (OPS) entre la década de 1920 y 1970, y cómo estas se expresaron en el fortalecimiento del aparato de estadística sanitaria en los distintos países de la región. Para ello, partimos del análisis de un corpus documental extenso producido por este organismo, en el que se discuten los alcances, limitaciones y hallazgos de las estadísticas sanitarias, al mismo tiempo que se justifica el impulso a las estructuras administrativas que las produjeron. Estas acciones tuvieron, en muchos casos, una importante influencia en la estructuración de distintos campos profesionales de expertos y en la morfología institucional de los países de la región.

Los documentos analizados ilustran el modo en el que la salud se constituyó como «problema público» para el Organismo regional, es decir, como una cuestión sobre la que era necesario destinar recursos públicos para su atención. Desde nuestra perspectiva sociológica<sup>1</sup>, entendemos que las características que adquirió el problema de la salud, lejos de ser simplemente un reflejo de cuestiones objetivas, es el resultado de un proceso atravesado y condicionado por los intereses políticos, conceptuales, científicos y económicos ligados a las definiciones de salud y enfermedad, a través del que se define sobre qué cuestiones es necesario prestar atención, eventualmente actuar, o en determinados casos dejar de hacerlo.

El análisis de las estadísticas obedece a que estas constituyen la base sobre la que se sustenta una retórica de la objetividad de los discursos políticos acerca de cuáles son los problemas de salud, qué hay que hacer con ellos, cuánto invertir y de qué modo. De hecho, ninguna situación es definida como problema hasta que no haya al menos algún dato que lo refrende. Este dato, además, debe poder ser utilizado por las instancias de intervención política como un aspecto objetivo del proceso al que refiere, y prefigurar posibles vías de intervención. En este sen-

1] Nuestro análisis reconoce diferentes antecedentes (los estudios sociales de la ciencia, sociología de la construcción de los problemas públicos, la sociología de la estadística) que apuntan a analizar las relaciones entre la producción de conocimientos científicos y expertos, los marcos institucionales en los que se dan —y que resultan de— estos procesos, la participación de actores particulares. De esas interacciones, entendemos que surgen formas específicas en las que se configuran los problemas públicos (GUSFIELD, 2012; SPECTOR y KITSUSE, 1977; SHAPIN Y SCHAFFER, 2005; JASANOFF, 2005).

tido, tal como señala Adams, la estadística en particular es una herramienta que se pretende capaz de «uniformar las discusiones en torno a cómo conceptualizar mejor los problemas de salud y de enfermedad, cómo intervenir sobre ellos, cómo contarlos de la mejor manera, y cómo pagar por ellos» (ADAMS, 2016: 6).

Teniendo en cuenta las múltiples dimensiones a las que refiere el hecho de «medir» la realidad, nos referiremos a la estadística en un sentido amplio que nos permita rescatar los diversos usos de este término: como disciplina científica (en sus acuerdos técnicos y dispositivos analíticos), como conjunto de instituciones y las prácticas que ellas realizan y, finalmente, como un discurso particular que, basado en sus categorías, interviene en los debates públicos, tanto en el Estado como en otras esferas. De modo que las estadísticas constituyen, al mismo tiempo, una lógica de pregunta, una práctica de gobierno y un modelo retórico capaz de configurar narrativas sobre los problemas, no solo del país, sino también de la región americana (PRÉVOST Y BEAUD, 2016).

En el trabajo se diferencian dos modos de concebir la salud como un problema para la OPS, lo que se refleja en sus discursos vinculados a la estadística sanitaria. Un primer modo corresponde al período 1924–1949, ligado a la concepción de la salud como una amenaza externa y ligado al desarrollo de una «estadística de vigilancia». De esta concepción se derivó el interés por controlar las condiciones sanitarias de los puertos, y la aplicación de sanciones o restricciones en las relaciones de intercambio entre los países, regulando la circulación de mercancías y personas. Esta forma de conceptualizar la salud permitió a la OPS situar lo sanitario en una esfera mayor de relevancia —ligada a lo comercial», y construir legitimidad para pujar por mayores recursos vinculados u orientados a los problemas mercantiles que podrían ser regulados desde los saberes específicos del control de enfermedades infectocontagiosas.

El segundo modo corresponde al período que comienza luego de la segunda Guerra Mundial, hasta 1975, en el que la OPS propuso entender a la salud como un factor del desarrollo económico social de los países que debía ser gestionada internamente. En este discurso, la mejora en las condiciones de salud de las poblaciones produciría una mejora cualitativa de la productividad del trabajo humano, y contribuiría a la superación de la situación de subdesarrollo característica del continente. Para ello sería necesario un sistema de información estadístico orientado a sustentar, planificar y evaluar políticas sanitarias ligadas al desarrollo de los países. Esta orientación teórica llevó a la promoción de aparatos estadísticos que, operados por profesionales especializados como médicos sanitarios y técnicos especializa-

dos, se vinculen con las situaciones definidas como problemas del desarrollo, y se orientaran a brindar argumentos y herramientas de gestión de los sistemas de salud.

El momento de mayor influencia de este modo de concebir a la salud como problema se da en el periodo comprendido entre la Carta de Punta del Este de 1961 y 1975. En ese momento, la estadística sanitaria se convirtió en el principal insumo técnico de la planificación normativa de carácter centralizado y fue conceptualizado como un saber de un alto grado de especialización y diversificación, con un cuerpo propio de expertos: médicos sanitaristas, estadísticos especializados y técnicos en estadística sanitaria. Luego de 1975, tras el considerado fracaso de la estrategia planificadora y el giro hacia la Atención Primaria de la Salud por parte de la OMS, la Estadística sanitaria cambia nuevamente de perfil, y es conceptualizada desde una complejidad menor y vinculada a su operatividad en el terreno (Tabla 1).

TABLA 1:  
FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LA ESTADÍSTICA SANITARIA EN EL DISCURSO DE OPS (1924–1975)

MOMENTO	PERIODO	DENOMINACIÓN	FUNCIÓN ATRIBUIDA	PROFESIONALES INVOLUCRADOS	HERRAMIENTAS Y CONCEPTOS CENTRALES
ESTADÍSTICA DE VIGILANCIA	1924–1949	ESTADÍSTICA DE VIGILANCIA	VIGILANCIA EPI-DEMIOLÓGICA, CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	MÉDICOS HIGIENISTAS	NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA, CERTIFICADOS DE MORTALIDAD, CODIFICACIÓN DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD
ESTADÍSTICA PARA EL DESARROLLO NACIONAL	1948–1960	ESTADÍSTICA PARA LA GESTIÓN	CONTRIBUIR A LA INTELIGIBILIDAD DE LOS PROBLEMAS DEL DESARROLLO, PERMITIR LA RACIONALIZACIÓN DEL ESTADO Y EN PARTICULAR DEL SISTEMA DE SALUD	MÉDICOS ESPECIALIZADOS Y TÉCNICOS	DESCENTRALIZACIÓN, HOMOGENIZACIÓN, TÉCNICOS EN ESTADÍSTICA SANITARIA Y ESTADÍSTICAS SOBRE RECURSOS.
	1961–1975	PLANIFICACIÓN NORMATIVA	INSUMO DE HERRAMIENTAS Y TÉCNICAS DE PLANIFICACIÓN NORMATIVA	MÉDICOS SANITARISTAS, ESTADÍSTICOS ESPECIALIZADOS Y TÉCNICOS DE DIVERSOS TIPOS.	MÉTODO CENDES/OPS DE PLANIFICACIÓN NORMATIVA, PLANES DE DESARROLLO.

FUENTE: elaboración propia.

## II. LA SALUD COMO PROBLEMA COMERCIAL Y LA ESTADÍSTICA DE VIGILANCIA COMO SOLUCIÓN (1924–1949)

Fundada en 1902, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es un organismo internacional que reclamó competencia sobre diversos aspectos como la consolidación de datos estadísticos, el financiamiento de planes y programas sanitarios, asesorías en temas de salud pública, homogenización de legislación sanitaria, entre otros.

Siguiendo los principios del panamericanismo, fue creada originalmente bajo el nombre de Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) por el gobierno de los Estados Unidos de América (CUETO, 2006) y se constituyó en un «instrumento del proyecto expansionista diplomático y comercial de Estados Unidos» que resultó para los otros países de la región «una estrategia útil y pertinente para profundizar la labor de la coordinación de la acción nacional y continental en materia sanitaria y como un elemento legitimador de la organización de las políticas de saneamiento e higiene» (BIERNAT, 2016: 21).

Los primeros años de la OPS estuvieron condicionados por la reticencia que mostraron algunos países de América Latina a integrarse al nuevo organismo. Las razones eran variadas, tales como el alineamiento político y económico con otros países (como en el caso de Argentina con Gran Bretaña) o la existencia de diferentes tratados bilaterales sobre asuntos sanitarios y comerciales que hacían que la necesidad de avanzar con un marco regulatorio homogeneizado no era visto como una urgencia. Por estas razones, tanto la participación de los diversos países de la región como la adopción de las medidas propuestas por la OPS durante sus primeros tiempos (como intentar recopilar información sanitaria) tuvieron resultados muy variables, alternando fracasos y colaboraciones esporádicas (MORGENFELD, 2010; VERONELLI Y TESTA, 2002). Sin embargo, algunos hitos muestran la importancia creciente del papel de la OPS, y su consolidación como entidad reguladora de la actividad sanitaria. En particular, fue central la sanción de un Código Sanitario Panamericano (CSP) en 1923 que, con modificaciones en las décadas de 1930 y 1950, continúa vigente.

Por cierto, el establecimiento de este Código fue el resultado de un largo proceso de vinculación de elites médicas, tanto del continente americano como del europeo desde mediados del siglo XIX, cuando en las Conferencias Sanitarias Internacionales (desarrolladas desde 1850) se empezó a estimular el desarrollo de instancias regionales, tanto en América como en Asia y África. Estas iniciativas se

vieron fortalecidas en la región americana a partir de la celebración de Reuniones Sanitarias Panamericanas en 1902, 1905, 1906, 1909, 1910, 1915, 1920 y 1923. Y en el mismo sentido, la ratificación del código también se extendió por 12 años, hasta su adopción continental en 1936 (OPS, 1999; DELGADO GARCÍA, ESTRELLA y NAVARRO, 1999). Con todas estas salvedades, la importancia del Código Sanitario es central para nuestro análisis, ya que además de ser considerado un hito fundacional de la OPS, reguló dos aspectos claves: a) las funciones de la Organización, b) el rol y funciones asignadas a la estadística sanitaria.

Respecto de la primera, la OPS se atribuyó el papel de «agencia sanitaria central de coordinación [que funcione como] el centro general de recolección y distribución de informes sanitarios. (...) [para] suministrar a las autoridades sanitarias de los Gobiernos Signatarios todos los informes disponibles relativos al verdadero estado de las enfermedades transmisibles propias del hombre» (OPS, 1925). Esto implicaba involucrarse en:

«notificar las nuevas invasiones de enfermedades, las medidas sanitarias que se han emprendido, y el adelanto efectuado en el dominio o exterminio completo de las mismas; los nuevos métodos empleados para combatir las enfermedades; la estadística de morbilidad y mortalidad; la organización y administración de la sanidad pública; el progreso realizado en cualquiera de las ramas de la medicina preventiva, así como otros informes relativos al saneamiento y sanidad pública en cualquiera de sus aspectos» (OPS, 1925).

Para ello, y como muestra la cita previa, seleccionaron a la estadística sanitaria como lenguaje. Sin embargo, la estadística no era entendida como una medida aislada o en sí suficiente, sino que las funciones asignadas a la estadística sanitaria se incluyeron como parte de una instancia reguladora mayor vinculada a las características de puertos, barcos y aviones; en conjunto con sus cargas, personal, información y fundamentalmente a las formas de intervenir en caso de presencia o sospecha de enfermedades. En este sentido el código reclama un lugar físico que hoy resulta ajeno para el emplazamiento de oficinas estadísticas: los puertos.

De esta manera, el ámbito de inserción de las agencias de salud pública estaría superpuesto con el flujo de mercancías y personas. Por ello, el establecimiento de un Código que permitiera regular la identificación de estas enfermedades, y el desarrollo de mecanismos aceptados y confiables de notificación que permitieran tecnificar un espacio entre la economía y la salud pública, a menudo fue sospechado

de ser utilizado como un mecanismo de protección económica de las producciones locales (SACCHETTI y ROVERE: 2011).

En cuanto a su contenido, el Código definió un conjunto de enfermedades de notificación obligatoria<sup>2</sup>, los tiempos de notificación (hasta dos semanas), mecanismos (a través de la Organización y las delegaciones diplomáticas de los países afectados y adyacentes) y el conjunto de información mínima que debía recolectarse (cantidad de afectados o casos sospechosos, fecha de aparición, defunciones, las medidas adoptadas, etc.). Esta regulación se realizó con una adaptación americana de la Clasificación Internacional de Causas de Muerte elaborado por el Instituto Internacional de Estadísticas en el siglo XIX.

En la sección III del Código, dedicada a las estadísticas de morbilidad y mortalidad, puede verse el papel regulador central que pretendía la OPS en la región. Particularmente, esto es evidente en los 3 artículos finales, en los cuales la OPS se reserva la posición de organismo productor y difusor de nuevos consensos estadísticos, lo que concernía tanto a la codificación de enfermedades, los formularios de notificación de defunciones, la definición de las enfermedades transmisibles como a la incorporación de otros datos demográficos.

Finalmente, el Código también incluye la recomendación de un diseño institucional para las oficinas estadísticas americanas. En este sentido, además de codificar el espacio físico que debía ocupar, también intervino en la organización técnico profesional de las oficinas, estableciendo una estructura organizada jerárquicamente con médicos higienistas a la cabeza, y asistido por personal que recibiera formación en estadística e higiene. Aunque cabe señalar que el higienismo, entendido como saber experto, si bien incluía a la estadística sanitaria como parte de su repertorio profesional e impulsó medidas para volverla parte de las rutinas del Estado, pero no lo contaba como la cuestión clave o distintiva de su accionar, como sí lo eran la higiene de espacios públicos o privados, poblaciones y cuerpos individuales (DANIEL, 2012).

2] La peste bubónica, el cólera, la fiebre amarilla, la viruela, el tífus exantemático, la meningitis cerebrospinal epidémica, la encefalitis letárgica epidémica, la poliomiéлитis aguda epidémica, la influenza o gripe epidémica, fiebres tifoideas y paratíficas.

Los artículos proponen:

«1. Una Oficina Central de Estadística que estará bajo la Dirección de un funcionario competente en la recolección y redacción de estadística; 2. Oficinas de estadística regionales; 3. La promulgación de leyes, decretos o reglamentos que exijan la pronta notificación de nacimientos, defunciones y enfermedades transmisibles por parte de los funcionarios de sanidad, médicos, parteras y hospitales y para imponer pena siempre que se dejen de hacer oportunamente dichos informes» (OPS, 1925, art. XIV).

Esta codificación del espacio social sanitario, apoyado en el saber experto del higienismo, permitió que el Código Sanitario se convirtiera en una regulación técnica que mediara en algunos de los problemas políticos y económicos generados por la circulación de personas y mercancías. Esto se puede ver en el proceso de regulación de las cuarentenas a las mercancías, lo que provocó frecuentes denuncias de la utilización arbitraria de las cuarentenas como medidas proteccionistas. Estas disposiciones implicaban usos que se ubican en forma ambivalente entre la salud y la economía, aunque tenían su justificación técnica en los avances de la medicina y la bacteriología, traducidos en los diferentes mecanismos de notificación obligatoria, de cuarentena en origen, cordones sanitarios, regulación de plazos, entre otros. Estas medidas, estandarizadas, impulsadas y sostenidas por la OPS, fueron claves para consolidar un espacio que, operado con una racionalidad técnica, avanzó en dar certidumbre y posibilidad de cálculo a decisiones que podían implicar grandes pérdidas comerciales, en particular para los países de Latinoamérica, quienes exportaban materias primas susceptibles de pudrirse esperando el ingreso al puerto (CUETO, 2006; BIERNAT 2016; VERONELLI Y TESTA, 2002).

De esta manera, la estadística sanitaria se presenta como de vigilancia en un doble sentido: frente a la amenaza de epidemias y en contra de las prácticas económicas desleales. De esta manera, se produce el fenómeno que sugieren Shapin y Schaffer (SHAPIN Y SCHAFFER, 2005) donde en las propuestas de solución de un problema técnico se incluye una solución a problemas de orden social.

En términos del impacto en el desarrollo de capacidades institucionales de elaboración de estadísticas, la sanción del Código Sanitario en particular, y el papel de la OPS en general, fue muy diverso, aunque estuvo marcado por una dificultad de afianzar el discurso estadístico como matriz interpretativa de la salud como problema público. En el caso de Argentina, considerado por la OPS como el país



como mayor nivel de desarrollo de estas capacidades, podríamos decir que fue bajo (OPS, 1960; OMS, 1957; 1996). Esto se explica, en el caso particular, por dos grandes motivos: en primer lugar, porque la relación del país con los organismos internacionales, inclusive los sanitarios, no se encontraba muy desarrollado. El segundo motivo fue la situación de relativa debilidad de las instituciones locales encargadas de la estadística sanitaria, en relación con el conjunto del Estado nacional: la regulación y administración de lo sanitario correspondía al Departamento Nacional de Higiene (DNH), una entidad administrativa de segundo orden dentro del Estado, dotado de poco personal y financiamiento (DANIEL, 2012). Pero más allá de estas particularidades, estas deficiencias en el desarrollo de ES fueron comunes en la región, como muestran el caso chileno (CHÁVEZ ZÚÑIGA y SOTO LARA, 2019) y el caso mexicano (LÓPEZ, GARRIDO Y HERNÁNDEZ, 2000)

De hecho, el proceso de consolidación de la estadística sanitaria fue más lento, dificultoso y de resultados más deficientes que otros de la administración pública nacional, lo que nos lleva a sostener como hipótesis que el desarrollo relativo de las estadísticas sanitarias no estuvo ligado a una falta de capacidades técnicas, o a un desinterés generalizado del Estado en la materia, sino más bien al modo en que se concebía a la salud como problema, y al papel secundario que se les atribuía en la posible intervención sobre su administración. Es decir, que este diferencial en el desarrollo se puede explicar por la diferente articulación que lograron sus funcionarios con los problemas más relevantes de la agenda política y social.

De alguna manera, pasadas las amenazas de las grandes epidemias, que atentaban contra la vida de los trabajadores, y habiendo logrado estandarizar el problema de las cuarentenas que amenazaba la circulación de personas y mercancías, la estadística sanitaria perdió posibilidad de interpelar otros problemas desde su propio vocabulario y, con esto, cedió centralidad en el armado institucional del Estado, por un lado, y por el otro, en la agenda técnica y pública desde la cual se definen los problemas. Esta hipótesis también permite explicar la elección estrategia de las décadas siguientes por pensar la salud como un problema vinculado a la economía.

### **III. ESTADÍSTICA PARA EL DESARROLLO NACIONAL**

El segundo modo de concebir a la salud como problema por parte de la OPS está referido a las intervenciones desde mediados de siglo hasta la década de 1970,

y es posible diferenciar dos periodos distintos: el de las estadísticas para la gestión (1950–1960) y el de la planificación normativa (1961–1975). Ambos compartieron un conjunto de premisas básicas comunes, vinculadas a la necesidad de expandir las funciones estadísticas para integrar salud y desarrollo en un mismo discurso de intervención política. Esto implicó el pasaje de una estadística defensiva —de vigilancia de las enfermedades— a una ofensiva, orientada a la planificación de servicios, personal y recursos que permitiera no solo adelantarse a los padecimientos, sino promover el bienestar de la población y así incrementar su potencial productivo.

Este cambio observado en el nivel regional estaba relacionado, a su vez, con un cambio global, desde el cual ya no resultaba amenazante la expansión descontrolada de una pandemia asesina o las prácticas inescrupulosas de regulación del comercio, sino el descontento social producido por la miseria y el atraso. Y, en consecuencia, comenzó a institucionalizarse la necesidad de potenciar la salud humana como herramienta para lograr el desarrollo de las sociedades americanas. Esto implicó una reformulación del tipo de estadísticas que debían producirse, cuál era su posición en el organigrama estatal, cuáles eran los saberes especializados necesarios para hacerlo y fundamentalmente, cómo estos se jerarquizaban.

Consideramos que el desarrollismo fue una gramática amplia que se consolidó en términos de un marco de racionalidad acotada para diversas discusiones durante el periodo (JASANOFF, 2005), y funcionó como un articulador de las condiciones de posibilidad de distintos discursos o proyectos técnicos y políticos. El desarrollo, en tanto gramática, se basó por un lado en la diferenciación dicotómica de países desarrollados y subdesarrollados, lo que podía ser monitoreado a partir de indicadores estadísticos económicos. También planteó una equivalencia entre los distintos países y los situó en la misma línea de un destino compartido y continuidad histórica, oponiéndose a otras gramáticas donde esta relación era de conflicto y oposición, como la comunista o de imperios o colonias (RIST, 2002). Para llegar al desarrollo, entonces, sería necesario modificar de las relaciones sociales y políticas, primero al interior del país, luego de la región y posteriormente del mundo. Y para la implementación de estos cambios propusieron el desarrollo de instituciones de planificación, la ampliación de la cooperación internacional, la participación social en la toma de decisiones y la cientifización de las prácticas de administración (PIRIS–ALVES y MAIO, 2015). La planificación se volvió, así, en algo más importante que una forma técnica de ordenar gastos, inversiones y priorizar sectores económicos, mutando a una forma de organización de los vínculos sociales:

capitalismo tecnocrático controlado por participación comunitaria, en el que el Estado fuera el principal agente de cambio y su principal condición de éxito estaría dado por la capacidad administrativa del mismo (CAO, REY y LAGUADO LUCA, 2015).

Este cambio tuvo su correlato con una serie de cambios en la propia OPS: entre 1959 y 1975 el chileno A. Horwitz se convirtió en el primer director no norteamericano del organismo. Durante su gestión creció enormemente la cantidad de becas para formación de profesionales otorgadas y se impulsó la planificación como forma de gestión, inscribiendo el discurso de la OPS en una gramática más general del desarrollismo. El discurso de Horwitz refleja este vuelco hacia las premisas básicas del desarrollo en la adopción de la planificación como método de desarrollo, el posicionamiento de la OPS como órgano asesor de los planes nacionales, la focalización en contribuir al crecimiento económico a partir de la provisión de servicios de salud (y por lo tanto de una población sana para el trabajo) y del control de la natalidad (PIRIS-ALVES y MAIO, 2015).

### **1. Estadística para la gestión**

El periodo que denominamos «estadística para la gestión» se desarrolla desde fines de la década de 1940 y finaliza con la aprobación de la Carta de Punta del Este en 1961. Este periodo corresponde al cambio en la conceptualización de la relación salud, sociedad y desarrollo a partir del establecimiento de la planificación normativa como principio organizador del campo sanitario y sus problemas, lo que implicó una redefinición de la función de la estadística sanitaria.

Este periodo estuvo caracterizado por la progresiva incorporación de la salud al discurso desarrollista, el crecimiento de la OPS, el desarrollo de una perspectiva técnica donde los problemas de salud serían los de la organización del bienestar, el desarrollo de los servicios básicos (en particular el agua potable) y la atención sanitaria guiados por un principio científico de racionalización. También implicó la incorporación de nuevos profesionales al espacio de las estadísticas sanitarias, ampliando y diversificando los equipos de trabajo.

Este cambio de la postura de la OPS debe comprenderse dentro del contexto general de la segunda posguerra y la guerra fría, que estuvo fuertemente marcado por la creación, difusión y centralidad de organismos internacionales, ya sea de formación, generación o financiamiento de políticas. Esto incluyó, entre otros, la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, lo que implicó

un cambio sustancial para el funcionamiento de la OPS, que fue integrada como la rama regional Americana de la OMS, aunque manteniendo su director y funcionariado (CUETO, 2006; CUETO y PALMER, 2015).

Este cambio se acompañó de un importante crecimiento de la OPS, que en 1958 pasó a su actual denominación de Organización Panamericana de la Salud (OPS). El proceso de ampliación implicó la creación de 5 sedes en América Latina, y pasar de 88 empleados, la mayoría norteamericanos, hasta alcanzar una planta de 750 a mediados de 1960 compuesto por profesionales de los diversos países miembros. El presupuesto se multiplicó en casi cuatro veces, y la OPS amplió sus becas, participó en vastos programas de erradicación de enfermedades, y amplió y regularizó sus publicaciones (CUETO, 2006).

Desde la perspectiva de la enunciación de su proyecto político, Horwitz (HORWITZ, 1959; 1966) articuló un componente prescriptivo donde el desarrollo era la forma lógica y aceptada de desatar la potencia vital de una sociedad. También incluyó una amenaza velada: de no producir una mejora en grado de desarrollo de las sociedades latinoamericanas, cuestión que implicaba invertir en salud, la región podría precipitarse a un caos social, en la misma línea de la revolución cubana<sup>3</sup>.

En términos generales, la OPS proponía una articulación de ciencia y política en las figuras de la planificación y la asesoría, que permitiera romper el círculo vicioso de pobreza y enfermedad, desarrollar las fuerzas vitales de la sociedad y entonces alcanzar a los países desarrollados (ver Imagen 1). El lenguaje común que anudaría estas premisas, y que daría respaldo científico a su propuesta, era la Estadística Sanitaria. Esto requería, por supuesto, la incorporación de la salud al desarrollo y a la agenda concreta de las políticas de Latinoamérica. Como describiremos más adelante, un movimiento hacia el desarrollo llevado adelante por el conjunto del Estado requeriría un gran aparato estadístico, y la incorporación de nuevos saberes y profesiones.

Fueron dos los debates centrales respecto de la implementación de nuevas estadísticas para la gestión: el primero, referido a la necesidad de homogeneizarlas a un nuevo marco de problemas y del discurso desarrollista; y el segundo, acerca de cómo debían ser los equipos al interior de la gestión de la actividad pública encargados de su relevamiento.

3] Es de remarcar que, a pesar de utilizar la amenaza del comunismo, la OPS nunca expulsó a Cuba de la Organización de la que participa todavía como miembro pleno.

IMAGEN 1:  
CICLO ECONÓMICO DE LA ENFERMEDAD (SONIS, 1964).



La homogenización de la estadística sanitaria tuvo como eje articulador, a partir de la década de 1950, el interés por conocer la situación de las instituciones sanitarias en general y la reorganización de los sistemas de salud, y posteriormente, por la utilización de la planificación como instancia de racionalización de estos. En el caso de Argentina, esto tuvo un gran impacto a partir del golpe de estado de 1955, cuando los diagnósticos y asesorías de la OPS influyeron fuertemente en los sucesivos proyectos de reorganización del sistema de salud a partir de reformas descentralizadoras y de la implementación de un seguro de salud (BELMARTINO, 2005).

El segundo debate clave en el desarrollo de estadísticas sanitarias refirió a quiénes deberían ser los profesionales convocados a llevarlos a cabo. Al respecto, Horwitz planteaba que: «Dos factores tienden a disminuir [la eficacia] del proceso: falta de fondos y personal capacitado» (HORWITZ, 1958: 7), al punto que «el problema principal del decenio estribará en obtener recursos financieros y humanos suficientes, a fin de dotar a los sistemas de estadística de personal para supervisar y evaluar su funcionamiento» (OPS, 1972: 74).

En este punto, se produce un cambio significativo con respecto al período anterior. De hecho, el Código Sanitario encomendaba la tarea a profesionales (médicos higienistas), intentando subsanar que los encargados del llenado de es

eran sacerdotes o personal docente, o unos pocos médicos con una formación anticuada y desactualizada. En cambio, a mediados de 1950, la OPS pasó a recomendar organizar equipos chicos, compuestos por pocos médicos especializados, y un número mayor de auxiliares capacitados a tal efecto (OMS, 1953: 22). Así, en los nuevos equipos ideales de trabajo aparecieron nuevas figuras, como los estadísticos profesionales (encargados de la modelización de las muestras y la mejora de formularios para la recolección de datos); los técnicos informáticos encargados de las novedosas tecnologías de procesamiento mecánico de la información (máquinas de tarjetas perforadas, primero, y luego computadoras en la década de 1970); y fundamentalmente al investigador como una figura separada pero complementaria del gestor, con quien debe cooperar para analizar la información. Esta redefinición del territorio de la gestión y de la utilización de la estadística sanitaria como sublenguaje diferenciado para procesar distintos niveles de problemas modificó la forma en que la OPS conceptualizó el mapa de los profesionales del campo de la salud.

## **2. Planificación normativa y la formalización de las relaciones sociales (1961–1975)**

La adopción del esquema de planificación normativa y la ejecución descentralizada que caracterizó a la década de 1960 produjo un cambio significativo en las estadísticas sanitarias (ES) y la forma en la que estas representaban los problemas sanitarios. Así, la ES vinculada a la gestión creció en complejidad y en requisitos, y cobró un rol de mayor protagonismo en los programas sanitarios de la OPS al posicionarse como el requisito fundamental del monitoreo de préstamos internacionales. En consecuencia, se constituyó en el lenguaje operador de los sistemas de planificación formalizados y de los planes de nacionales de desarrollo.

Desde la perspectiva de los grupos profesionales, la OPS se propuso ampliar la cantidad de profesionales y conformar equipos más grandes y centralizados, poblados de personal de mayor calificación y con mayores capacidades técnicas que en el momento de la estadística para la gestión. Este discurso perdería importancia hacia mediados de la década de 1975, a partir del achicamiento de los fondos de la Alianza para el Progreso, la incapacidad de la OPS de imponer estrategias basadas en planes nacionales de salud en los distintos países, y el pasaje progresivo a la estrategia de Atención Primaria en Salud, adoptada oficialmente en la conferencia de Alma Ata de 1978 (GORSKY y SIRRS, 2019).

En síntesis, la consolidación de la planificación como marco discursivo general para la acción sanitaria por parte de la OPS implicó la consolidación de un discurso vinculado con la organización del desarrollo, y el desplazamiento del enfoque defensivo contra enfermedades infectocontagiosas al desarrollo balanceado (de expansión con contención del gasto) de los servicios sanitarios como estrategia para mejorar la capacidad productiva de la sociedad y garantizar el acceso a la salud en tanto derecho humano fundamental (ver Imagen 1). Estos cambios en la forma de plantear el problema de qué hacer con la salud tuvieron, a su vez, un correlato con un proceso de expansión de los recursos disponibles y la ampliación de los sistemas de atención sanitarias de América Latina dado entre las décadas de 1930 y 1950 (CUETO y PALMER, 2015).

Del mismo modo, a partir de la consolidación de la planificación como discurso organizador del campo sanitario, esta distribución de roles y funciones, tanto entre países y organismos internacionales como entre profesionales, se vio alterada. Principalmente, a partir del pasaje del desarrollo de recursos asistenciales y asistencia material a brindar capacitación y asistencia técnica como principal estrategia de apoyo a los países (OPS, 1964). De esta manera, ya no se trataba de vigilar la emergencia de enfermedades, ni de desarrollar servicios para la atención clínica, sino de racionalizar científicamente su uso en función de las distintas realidades nacionales y momentos de su desarrollo económico social. Esto permitiría que el gasto sanitario no quite recursos de otros sectores y facilite el desarrollo nacional, además de producir la mayor potencia vital posible para la sociedad, mejorando el rendimiento del trabajo y rompiendo el círculo vicioso de enfermedad–baja calidad del trabajo–pobreza–subdesarrollo. Además, la gramática del desarrollo implicaba la centralización de la mirada al interior de la organización nacional (por ejemplo, en la distribución de efectores) por sobre las miradas relacionadas con las fronteras y la circulación entre lo interno y lo externo.

El periodo posterior a la Carta de Punta del Este estuvo signado por el énfasis en promover planes nacionales de salud como principal herramienta de intervención. Estos deberían garantizar, por un lado, la coordinación de acciones entre el sector sanitario y los otros sectores; ser una forma de racionalización de los distintos actores participantes, de sus aspiraciones y de las necesidades del sector; también fungían como mecanismo de inteligibilidad de la ayuda internacional prestada, puesto que debían usarse para orientar la inversión y controlar sus resultados. En este último sentido, el discurso de OPS jerarquizó esta forma de planificación

por sobre la de las décadas anteriores, aumentando la precisión metodológica y, por tanto, «científica», no solo de la elección en la utilización de recursos, sino del monitoreo de los efectos del plan a partir de un conjunto de herramientas estandarizadas cuantitativas desarrolladas específicamente a ese fin (OPS, 1967). De esta manera, la planificación emergió en el discurso de OPS como un factor racionalizador de la acción política, que podría ser codificado e inteligible a través de la estadística sanitaria. Además, reunificó la figura del investigador con la del gestor, puesto que los planificadores capaces de desarrollar planes nacionales de desarrollo debían encontrarse altamente capacitados en el uso de herramientas cuantitativas para poder planificar cómo sortear las dificultades del desarrollo, ya no sectorial sino nacional, en contextos temporales de medio o largo alcance, diferentes a los de gestión territoriales de corto alcance.

Como metodologías de la planificación, la OPS desarrolló diferentes modelos y metodologías fuertemente centrados en la acumulación y análisis de grandes volúmenes de datos cuantitativos, de los cuales el más reconocido fue el Método CENDES/OPS. Este método fue desarrollado por un grupo liderado por el ingeniero agrónomo chileno Jorge Ahumada en la Universidad Central de Venezuela, financiado y difundido por OPS. Mario Testa, uno de sus responsables, relató que el método surgió por pedido del director de OPS, A. Horwitz, durante las reuniones que llevaron a la adopción de la Carta de Punta del Este. Este les propuso desarrollar una forma novedosa de planificación que, basada en las metodologías surgidas del campo económico, se hallara especialmente orientada a la planificación del gasto y recursos sanitarios. De esta manera, el Método CENDES/OPS no se constituyó como un método general de planificación intersectorial, sino como uno específico del campo sociosanitario (AHUMADA ET AL, 1965; TESTA, 2005). De este modelo se aplicaron en distintos países, como Argentina y Chile versiones simplificadas como el «Modelo vinculador», desarrollado entre 1969 y 1970 entre el CENDES, el Centro Latinoamericano de Planificación (perteneciente a OPS, con sede en Santiago de Chile), la Escuela de Salud Pública y el Estudio Sobre Salud y Educación Médica de Argentina (OPS, 1973).

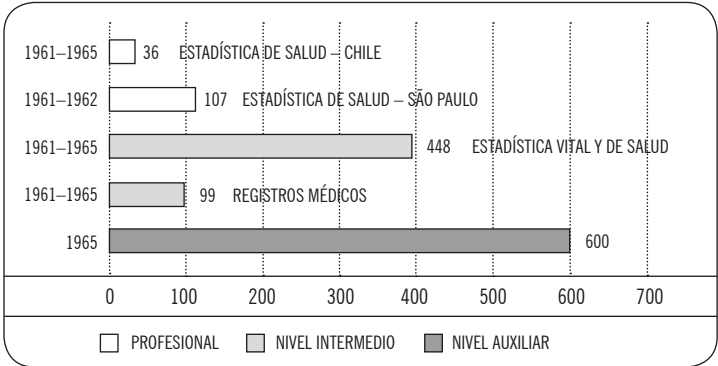
La planificación extendida a nivel nacional implicó, nuevamente, un cambio respecto del equipo recomendado para llevarlo a cabo. En este contexto se consolidó la figura del médico sanitarista formado en planificación normativa. Estos médicos se especializaron en una nueva concepción de la salud pública, incorporando subordinadamente a su formación clínica conocimientos de administración sanitaria, estadística y ciencias sociales, proponiendo un enfoque «científico» (o tecnocrá-



tico) de la administración del sistema de salud, centrando su aplicación en dos criterios: la racionalización del gasto y la extensión de las técnicas de planificación normativa. Este grupo profesional fue fuertemente apoyado por la OPS, tanto en su formación como en su incorporación al sector público de los diversos países de la región (BARRANCOS y VILAÇA MENDES, 1992; VERONELLI y VERONELLI CORRECH, 2004). En este nuevo contexto, se reformuló el tipo ideal de equipo estadístico, que otra vez fue tipificado en tres categorías distintas: a) oficiales profesionales, dedicados a la planificación y coordinación, médicos o estadísticos de formación especializados en planificación y estadística sanitaria; b) técnicos en estadísticas dedicados a manipular y procesar los datos; y c) el recolector de los datos.

De hecho, la OPS contribuyó a financiar el establecimiento de diversas escuelas de Salud Pública que tuvieron planes especializados orientados a formar técnicos en planificación y estadísticas sanitarias. En el periodo analizado apoyó la creación de las Escuelas de Puerto Rico (1955), Caracas (1959), La Habana (1959), Rio de Janeiro (1959), Buenos Aires (1959), Lima (1962) y Medellín (1964) (RAYEZ, 2017). Tomando el cuatrienio que comenzó en 1961, la OPS formó en cursos de escuelas de salud pública del continente 143 profesionales (36 funcionarios en estadísticas sanitarias en Santiago de Chile, 107 en Estadística médica en San Pablo); 547 funcionarios considerados intermedio (448 en estadísticas vitales y de salud, 99 en registros médicos) y 600 auxiliares.

IMAGEN 2:  
PERSONAL ADIESTRADO EN CURSOS DE ESTADÍSTICAS SANITARIAS ENTRE 1961–1965  
POR LA OPS EN ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA (OMS, 1966: 76).



Esta nueva categorización del personal estadístico implicó una nueva complejización e introdujo algunos cambios respecto del estándar sugerido anteriormente. En primer lugar, por equiparar la función del médico y el estadístico, aunque en las publicaciones de la Organización queda claro que esta situación de casi paridad resultaba de difícil implementación en los contextos locales, donde la figura del estadístico aparece en un rol similar al de la década de 1950: «En las discusiones se recomendó que se diera a los estadígrafos la oportunidad de participar en las actividades cotidianas de los departamentos de sanidad, a fin de que conozcan mejor el tipo de datos estadísticos necesarios y aporten informaciones y cifras de utilidad para esas tareas» (OMS, 1967: 70).

Esta situación de conflicto dada por la ampliación del campo de las estadísticas sanitarias se fue estilizando en el transcurrir de la primera parte de la década de 1970: mientras se esperaba que los planificadores sean capaces de entender el «valor de la información para utilizarla» (OMS, 1974: 26), se presentó un conjunto de normas para que los estadísticos se ciñan a su lugar subordinado:

«l. El estadístico tiene que estar dispuesto a decir qué es lo que ha hecho con la mayor claridad y sencillez posibles. No tratará en ningún caso de «deslumbrar» con sus conocimientos científicos, [...ni] aferrarse demasiado a su posición de experto, [...] sino que debe] explicar (sin arrogante condescendencia) la significación de las cifras en un lenguaje que puedan entender los usuarios» (OMS, 1974: 27).

Este proceso expansivo de la estadística sanitaria desarrollado entre las décadas de 1940 y 1970 se cerró con el cambio en el modelo de gestión propuesto por OPS. Casi inmediatamente después de la puesta en funcionamiento del Método CENDES/OPS en 1965, la OPS empezó a analizar el considerado fracaso de esta estrategia de planificación y su reflejo en las instituciones:

«Los esfuerzos se han concentrado en el sector salud, si bien no se han incluido en los planes de salud todas las inversiones de cada país. Tampoco ha existido una articulación objetiva con los planes de desarrollo económico y social, allí donde estos últimos se han llevado a la práctica. Se ha formulado más bien una relación de orden presupuestario y programático» (OPS, 1968: 10).

Para mediados de la década de 1970, el énfasis puesto en la planificación y en particular sobre el método CENDES/OPS, fue caracterizado como un error:

«la mayor razón por la cual se abandonó la implementación del método es su complejidad, la necesidad de una base de datos relativamente grande que no suele estar disponible en los diversos países. La cantidad de esfuerzo y tiempo de personal requerida para preparar un plan nacional de salud que utilice el método OPS/CENDES es mucho mayor que lo algunos países han estado dispuestos a comprometer» (BARRENECHEA Y WILLIAMS, 1975).

Esta crítica a la falta de interés de los gobiernos en promover o financiar adecuadamente los planes de desarrollo es bastante corriente en las fuentes analizadas. Otro documento señala que muchas veces no es el imperativo de la planificación el que dio sentido a los planes, sino la posibilidad de acceder a créditos a baja tasa de interés provistos por la Alianza para el Progreso: «se formularon planes de desarrollo, muchos de ellos con la esperanza de obtener el apoyo financiero de la Alianza para el Progreso (...) En muchos casos esos planes fueron finalmente dejados de lado por las autoridades gubernamentales» (OPS, 1973: 8).

De esta manera, la estadística sanitaria como dispositivo de inteligibilidad de la realidad quedó desplazado a un segundo plano con la pérdida de importancia de aquellas herramientas que operaban en su propio código: los modelos matemáticos y la planificación normativa. Además, la expansión de los cuerpos profesionales necesarios para la expansión de las estructuras administrativas produjo tensiones al interior de los espacios institucionales que debilitaron los posibles resultados del proceso. Esto, sumado a la escasa relevancia que dieron los gobiernos de la región a la extensión de la estructura sanitaria, llevó a que la estadística sanitaria perdiera centralidad como lenguaje técnico de la salud pública de América Latina.

#### IV. CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo proponemos la existencia de dos modos diferentes de plantear a la salud como un problema de la administración pública por parte de la OPS, a partir del análisis de los diferentes sentidos, apuestas técnicas y grupos profesionales indicados por este organismo para llevar adelante la tarea de medir, gestionar y regular acciones vinculadas a los fenómenos de salud. Nos hemos concentrado en particular en el desarrollo y uso de un dispositivo técnico específico, la estadística sanitaria, mostrando cómo, a pesar de su carácter técnico y pretendidamente apolítico, su incorporación fue modificando el panorama de las instituciones nacionales de acuerdo con los distintos proyectos políticos, lenguajes técnicos y profesionales que actuaron en cada uno de los casos locales.

Otro rasgo destacado es la centralidad de los problemas económicos en la posibilidad de producir viabilidad para el desarrollo de actividades sanitarias: en ambos períodos analizados, ya sea en relación con la regulación del comercio o de la potencia de la vida humana como requisito del desarrollo, el componente económico resultó un factor determinante en la posibilidad de justificar la centralidad de lo sanitario.

Es importante matizar la linealidad entre el discurso de la OPS y su influencia en los estados nacionales y sus autoridades sanitarias, ya que esta ha sido cambiante y siempre limitada. En un primer momento, la historia de la OPS da cuenta de sus dificultades iniciales para instalarse como autoridad sanitaria, lo que se tradujo, entre otras cuestiones, en la dificultosa sanción y adopción del Código Sanitario de 1923. De hecho, fue a partir de la década de 1950 cuando a expensas de diversas medidas que permitieron expandir su presencia, y dotados de un mayor poder económico dado por el financiamiento de la Alianza para el Progreso, la OPS logró influir fuertemente en la consolidación de instituciones, grupos profesionales, criterios técnicos y publicaciones de referencia.

Aun así, los documentos citados —y su relación con las historias nacionales a las que solo hemos podido aludir superficialmente— nos permiten dar cuenta de una lógica supranacional impulsada por la OPS que, a partir de su encuentro con las condiciones locales específicas, entendemos que puede ayudar a comprender de un modo más profundo la historia de los dispositivos de atención e intervención sanitaria. Aunque, por cierto, esto no debe ser leído como una relación lineal y mecánica de imposición de modelos de administración. En este sentido, las frecuentes quejas sobre la utilización de dinero para otros fines no han de ser leídos,

mecánicamente, como un reflejo de la baja capacidad organizativa local y como una señal de atraso sanitario o estadístico de los países de la región (GIRAUDO, 2015), sino como el intento por desplazarse en un espacio estratégico reducido (el dado por la guerra fría y las complejas condiciones nacionales) donde la posibilidad de inscripción de los propios proyectos en un marco discursivo general del desarrollo y la planificación permitían acceder a recursos (por ejemplo, la instalación de redes de agua potable) y mejorar las relaciones diplomáticas con EUA.

Estas tensiones, producidas en distintos niveles y con diversas formas de resolución, llevaron a la consolidación de una forma particular de producir, presentar y circular información en la cual las regulaciones, apoyos y apuestas institucionales de OPS, resultaron cruciales en la posibilidad de consolidar un andamiaje de profesionales (técnicos en estadísticas y médicos sanitarios) e instituciones que dotaron a los distintos sistemas estadísticos de cuerpos profesionales mejor capacitados, articulados entre sí y con una nueva forma de vincularse al problema de ¿por qué es importante proteger la salud de los pueblos?

### Referencias bibliográficas

- AHUMADA, JORGE; GUZMÁN, ADRIAN; DURAN, HERNÁN, TESTA, MARIO (1965): *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud*, Washington D.C., Centro de Estudios de la Universidad Central de Venezuela (CENDES) y Organización Panamericana de la Salud, Serie Publicaciones Científicas; n° 111.
- BARRANCOS DORA, VILAÇA MENDES EUGÊNIO (1992): *Memoria de Planificadores: Otra Historia de la Planificación de Salud en América Latina*. Washington D.C., Programa de Desarrollo de Políticas de Salud (Serie Informes Técnicos n° 9): OPS.
- BARRENECHEA, JOSÉ Y WILLIAMS, WILL JR. (1975): *Planning of External Assistance to the Countries: the Quadrennial Projections*. Washington: OPS.
- BELMARTINO, SUSANA (2005): «Sistemas de salud y sistemas políticos entre 1920 y 1970», en: Armus, D. (comp.), *Avatares de la medicalización en América Latina 1870–1970*. Buenos Aires, Lugar Editorial, pp. 101–145.
- BIERNAT, CAROLINA (2016): «La Organización Panamericana de la Salud en la configuración de las políticas sanitarias latinoamericanas de entreguerras», en: *E-L@TINA*, vol. 14, n° 54, pp. 19–34.
- CAO, HORACIO; REY, MAXIMILIANO Y LAGUADO DUCA, ARTURO (2015): *El estado en cuestión, ideas y política en la administración pública argentina 1958–2015*, Buenos Aires, Prometeo.
- CUETO, MARCOS Y PALMER, STEVEN (2014): *Medicine and Public Health in Latin America*, Reino Unido, Cambridge University Press.
- CUETO, MARCOS (2006): *The value of health: a history of the Pan American Health Organization*, Washington, OPS.

- DANIEL, CLAUDIA (2012): *Contar para curar. Estadísticas y comunidad médica en Argentina (1880–1940)*, en: *Historia, Ciencias, Saude–Manguinhos*, vol. 19, nº 1, pp. 89–114.
- DELGADO GARCÍA, GREGORIO; ESTRELLA, EDUARDO Y NAVARRO, JUDITH (1999): *El Código Sanitario Panamericano hacia una política de salud continental*, en: *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 6, nº 5, pp. 350–361.
- GIRAUDDO, LUIS (2014): «Entre «atraso estadístico» e «indigenismo científico» uniformar los censos y definir a los indígenas en las Américas», en: Bustamante, Jesus; Girauddo, Laura y Mayer, Leticia, *La novedad Estadística, cuantificar, cualificar y transformar las poblaciones de América Latina siglos XIX y XX*, Ediciones Polifemo, Madrid.
- GORSKY, MARTIN; SIRRS, CHRISTOPHER (2019): «From «Planning» to «Systems Analysis»: Health services strengthening at the World Health Organisation, 1952–1975», en: *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol. 39, nº 1, p. 205–233.
- HORWITZ, ABRAHAM (1958): *Health agenda for the americas*. Washington: OPS.
- HORWITZ, ABRAHAM (1959): «Relaciones entre salud y desarrollo económico», en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 47, nº 2, pp. 93–100
- HORWITZ, ABRAHAM (1966): «La nueva dimensión de la salud», en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 58, nº 3, pp. 350–354.
- JASANOFF, SHEILA (2012): *Science and public reason*. Estados Unidos, Routledge.
- LÓPEZ, SERGIO; GARRIDO, FRANCISCO; HERNÁNDEZ, MAURICIO (2000): «Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica», en: *Salud Pública de México*, vol. 42, nº 2, pp. 133–143.
- MORGENFELD, LEANDRO (2010): «La oposición argentina a la organización panamericana impulsada por Estados Unidos: Segunda Conferencia, México, 1901–1902», en: *Temas de historia argentina y americana*, pp. 159–193.
- ORGANIZACIÓN SANITARIA PANAMERICANA (1925): «Actas de la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana de las Repúblicas Americanas», en: *Oficina Sanitaria Panamericana. Actas de la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana de las Repúblicas de América*. Washington, D.C., OSP; pp. 25–121.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1953): *Comité de expertos en administración sanitaria Informe de la Primera Reunión*. Ginebra, OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1957): *Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias, Quinto Informe*, Ginebra, Organización Panamericana de la Salud.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1966): *Informe cuadrienal del director de la Oficina Sanitaria Panamericana, oficina regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas 1962–1965*, Documento Oficial nº 72, Ginebra, OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1967): *Actividades de la OMS 1966 informe anual del director general a la Asamblea Mundial de la Salud y a las Naciones Unidas*, Ginebra, OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1974): *Nuevas perspectivas de la estadística sanitaria. Informe de la segunda conferencia internacional de comisiones nacionales de estadística demográfica y sanitaria*, Ginebra, OMS.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1960): *Conferencia sobre escuelas de salud pública*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1962): *Segunda Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de América latina, con atención*

- especial a la Enseñanza de la Bioestadística, Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1964): *Comité Regional Asesor sobre Estadísticas de salud: tercer informe*, Ginebra, Washington, Organización Panamericana de la Salud.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1968): *Intensificación de los programas de salud – informe sobre la reunión de ministros de salud y medidas necesarias para dar cumplimiento a las decisiones adoptadas 22 octubre 1968*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1972): *Tema 17 del proyecto de programa 5 junio 1972 centros multinacionales centro panamericano de planificación de la salud programa y presupuesto 1972–1975*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1973): *La planificación de la salud en América Latina*, Washington, Organización Panamericana de la Salud.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1999): *El Código Sanitario Panamericano hacia una política de salud continental*, Washington, D.C., OPS.
- PIRES–ALVES, FERNANDO; MAIO, MARCOS (2015): «Health at the dawn of development: the thought of Abraham Horwitz», en: *História, Ciências, Health – Manguinhos*, vol. 22, nº 1, pp. 1–24
- PRÉVOST, JEAN GUY Y BEAUD, JEAN PIERRE (2016): *Statistics, Public Debate and the state, 1800–1945*, Nueva York, Routledge.
- RAYEZ, FEDERICO (2017): *Médicos sanitaristas y organismos internacionales en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires, entre 1958–1966*, Tesis de maestría, Universidad de San Andrés, Buenos Aires.
- RIST, GILBERT (2002): *El desarrollo: historia de una creencia occidental*, Madrid, Libros de la Catarata.
- SACCHETTI, LAURA; ROVERE, MARIO (2011): *La Salud Pública en las Relaciones Internacionales: Cañones, Mercancías y Mosquitos*, Córdoba, El Ágora.
- SONIS; ABRAAM (1964): *Salud, medicina y desarrollo económico social*, Eudeba, Buenos Aires.
- SPECTOR, MALCOM; KITSUSE, JOHN (1977): *Constructing Social Problems*, California, Cummings.
- TESTA, MARIO (2005): *Pensar en Salud*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- VERONELLI, JUAN, TESTA, ANALÍA (2002): *La OPS en Argentina: Crónica de una relación centenaria*, Organización Panamericana de la Salud.
- VERONELLI, JUAN; VERONELLI CORRECH MAGALÍ (2004): *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud.