

Instituto de Estudios Peruanos - IEP
Ciclo de Mesas Verdes:
Políticas públicas en perspectiva histórica

(RELATORIAS)

Mesa: 7

Fecha: 13 de noviembre del 2019

Título: Médicos salud y Estado en los albores del siglo XX

Expositor: Pamela Vargas Arancibia.

Comentarios: Javier Sarabia - -Nashely Lizarme

1. Breve reseña de la hoja de vida del ponente

Pamela Vargas es este Bachiller en historia por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Actualmente es tesista del Grupo de Investigación Diseñando Perú: Estado, Ciudadanía y Políticas de la Universidad de San Marcos y el Instituto Seminario Historia Rural Andina. También forma parte del equipo que está escribiendo la historia del Ministerio de Salud dentro del proyecto de este grupo de investigación y además trabaja en el Banco Central de Reserva en el área de Educación.

2. Resumen de la exposición

Pamela explica que su trabajo gira en torno a un estudio de caso, que a su vez sirve para ver en mayor amplitud otros temas y ver cómo se configuran políticas públicas a inicio del siglo XX, y el proceso que hay detrás de estas políticas: actores, redes, intereses etcétera. Al igual que otras ponencias gira en torno al enfoque de Estado en Sociedad, que trata de alejarse de la concepción de un Estado como algo autónomo, centralizado, unificado y que es más bien una imagen ideal. Se pretende pues mirar las prácticas cotidianas de los miembros de este Estado que pueden contradecir esta imagen ideal y que hacen que fronteras entre lo público y lo privado se difuminen.

Parte de ciertas preguntas que son los que van a esquematizar la presentación: ¿qué situación se vivía durante la creación de la dirección de salubridad?, ¿qué procesos le influenciaron?, ¿qué actores definieron esta propuesta?, ¿qué discurso y agenda tenían y qué elementos de esta agenda se plasmaron en la dirección?

En cuanto al primer punto, hubo diferentes procesos y elementos que contribuyeron en esta creación. A pesar de que esta peste dura alrededor de treinta años el año de 1913 es un año particular porque toma a las autoridades y a la población de forma imprevista generando muchas muertes, incertidumbre, pero también genera propuestas. Aunque ya

había una intención desde el Estado que había construido como problema nacional a la sanidad no es algo que se da de un día para el otro, poco a poco se va imponiendo la idea de que la problemática sanitaria era grave y requería intervención oficial. Esto se no solo se construye a partir de la peste, sino por un constante flujo de enfermedades que van llegando en esta época a través de las vías marítimas en todo el mundo y que nuestro país vive con bastante fuerza desde el siglo XIX. Esto dado el comercio primario exportador del Guano antes y después de la Guerra con Chile. En tal sentido 39

si bien las consecuencias positivas son económicamente, sus negativas es que el Perú se vuelve más susceptible a la llegada de epidemias.

Por tanto la preocupación de las autoridades hacia las pestes es de tipo económico dadas las pérdidas que genera; pero también de pérdida de fuerza de trabajo en la que muerte debilitaban era un trabajador menos. También existía una preocupación relacionada al proyecto nacional de la República Aristocrática, un proyecto propio de un estado-nación que influenciado por el positivismo concebía que población pues numerosa y sana era la clave de la nación fuerte y exitosa que llevaría esto a una modernidad y progreso para el país.

Así también el problema era no solo los puertos; sino también las condiciones sanitarias en la ciudad. Las condiciones de salubridad de las ciudades especialmente en Lima y el crecimiento de las ciudades habían hecho que este panorama se ensombrezca más, al punto que la mayor amenaza era el hacinamiento de gente en las grandes casonas que ya poco a poco la élite iba dejando atrás. No sólo eso, también la falta de ventilación así como el acceso a los servicios básicos, a ubicación de las casas cercanas a acequias contaminadas y la incapacidad de la municipalidad para de garantizar un entorno adecuado contribuyeron a que se agrave el problema.

En tal sentido cobra protagonismo los médicos higienistas ellos indican pues que las medidas higiénicas que ellos están proponiendo para este periodo quienes puede realizar este ideal de nación próspera y moderna. Con las medidas recomendadas se podían prevenir epidemias, aumentar la población y mejorar la salubridad en general de todo el país. La herramienta vital para estos últimos es la llegada del nuevo paradigma de la bacteriología. Esta nueva teoría, traída por los médicos que regresaban becados de Europa, permitía contradecir el paradigma de la teoría miasmática que atribuía emanaciones de los cuerpos en estado descomposición a las enfermedades. De esta forma la Legitimación y profesionalización de los médicos y su discurso es un proceso de profesionalización que se vivirá a mediados del siglo XIX.

Es necesario resaltar que hubo varios proyectos, como fueron el Instituto Municipal De Higiene, El Instituto De Vacuna y Seroterapia, el nuevo local de San Fernando. Estas instituciones son parte de este proceso de profesionalización que implicó la reorganización de antiguas instituciones y la profesionalización. Esto también guarda relación con el crecimiento estudiantil de médicos y otras profesiones sanitarias. Los alumnos de San Fernando de Medicina representan para este año de 1903 el 31% del total de estudiantes y llega en 1920 a convertirse el 40%. Este crecimiento en número implicó el desplazamiento de otros practicantes en la medicina paulatinamente, los médicos poco a poco desplazaban a curanderos, parteras, herbolarios chinos. Esto obedece también a un pacto que realizan médicos y agentes estatales, burócratas especialmente, de la Municipalidad De Lima y mediante medidas de sometimiento o amedrentamiento

decomisan las mercancías de estos, cierran boticas y hasta fomentan que estas personas vayan a la cárcel por ejercer legítimamente la profesión de boticario.

Otro punto interesante en la profesionalización es la creación de revistas y sociedades profesionales. Estas revistas no periódicas especializadas del área de medicina eran fruto de estas sociedades donde los médicos obtienen una forma de propagación de sus ideas y la demostración de la superioridad de su conocimiento y la científicidad de estos. Si bien no fueron muchas las revistas, si fueron importantes para el periodo. Estas sociedades tenían como motivo central la defensa de sus intereses profesionales y los combinaban con la promoción de reformas sanitarias en nombre del bienestar social. Estas no estaban basados sólo en un sentimiento altruista sino que 40

también había beneficios particulares dado que este cambio sanitario que ellos necesitaban una guía que ellos asumirían.

Esto se observa claramente en el caso de la Municipalidad de Lima. Dentro de estas Sociedades existían personajes que tenían redes con funcionarios estatales de la municipalidad o que se habían convertido en funcionarios no y que podían ejercer presión en determinadas coyunturas para exigir cambios en legislación u oponerse a legislaciones existentes. En estas áreas del Estado, lo público y lo privado estaban bien delimitados. Esto nos permite observar cómo estos grupos no sólo integraron la municipalidad también estuvieron presentes en congresos, ministerios y en partidos políticos. En tal sentido en el Parlamento entre los años 1895 a 1918 los médicos eran el segundo grupo profesional más numeroso que representada en el 13 % del total y sólo eran superados por los abogados. Lo propio sucede en la municipalidad donde se tenía una rama ligada a la sanidad y los médicos fueron posicionándose. También en la profesión de quienes eran elegidos ministros ocurría lo mismo, los médicos ocuparon también un lugar importante de los 46 ministros de fomento que asumieron en este cargo entre 1896 y 1930, doce de ellos trece fueron ingenieros y ocho médicos.

Ahora bien, como todo cargo público no solamente se debe a su importancia social sino que puede deberse a simpatías políticas, pago de favores, lazos familiares. A diario los médicos, no solamente Muñiz y Barrios, atravesaban pues las fronteras entre lo público y lo privado, entre los cargos burocráticos, la participación asociativa y la militancia política.

Ahora bien, Manuel C. Barrios elegido por Candamo tenía una amplia trayectoria. Antes de ser ministro había sido de la facultad de medicina, había sido inspector del Hospital 2 De Mayo, había bien sido miembro de la Beneficencia, de la Academia Nacional De Medicina; pero más allá de su experiencia profesional su puesto se atribuya a su cercanía con el civilismo. Este ya había sido nombrado senador por este partido en anteriores comicios y es quien se encarga pues de presentar la propuesta de la Dirección De Salubridad hacia el Congreso. Esta presentación llama la atención porque básicamente resume mucho de la agenda de los médicos, quienes podían mejoras respecto a la acción del gobierno frente a esta problemática. Entonces se puede decir que desde su doble posición como cabeza de un Ministerio y como parte de una Asociación, la Sociedad Unión Fernandina, dirige la propuesta de la creación de la Dirección De Salubridad

En tal sentido son cuatro las propuestas que la creación de esta dirección propone. El primero punto de la agenda médica que se logra plasmar es que se crea un organismo de

alcance nacional permanente. En el pasado la organización era partir de juntas de sanidad que se organizaba a partir de asambleas de autoridades locales que eran reuniones esporádicas de autoridades, tanto locales o del gobierno central, que se reunían solo en momentos de emergencia cuando ya la peste estaba a punto de llegar o ya había ingresado al territorio nacional. Las medidas que estas juntas lograban se daba a partir de la concertación en un quórum, funcionaban solo durante la eventualidad sanitaria y una vez que cesaba lo hacía con esta sus labores. Ahora bien, las conclusiones la junta eran recomendaciones a partir de las cuales los ministerios y las municipalidades debían tomar las acciones. Estas medidas que se recomendaban podían verse afectadas por intereses como en el caso de las medidas en sanitarias donde la implantación de una cuarentena significaba cerrar un puerto y significaba un gasto económico lo que a veces pudo llevar a que no se implementen las medidas.

El segundo punto era que los médicos tenían bien claro que para la correcta ejecución debían ser ellos, como grupo especializado, los que debían dirigir esta institución. Por ello se logra escoger 41

a tres médicos para su dirección médicos quienes estudian las reformas como el organizar un plan de defensa contra la importación de gérmenes y regir medidas para extinguir las enfermedades del territorio nacional. Esto constituye una mejora respecto a la composición de las antiguas Juntas Supremas De Sanidad que no estaban integradas por especialistas por especialistas de la medicina. Si bien formaba parte de estas el decano de la Facultad de Medicina y catedráticos, la gran mayoría eran autoridades no ligadas a la salud, militares, el prefecto de lima, el alcalde, el ministro de justicia quienes componían este organismo.

Por ultimo encontramos la propuesta de la Sección de Higiene que se crea para hacerse cargo del control de servicio de sanidad marítimo. Tal como se ha evidenciado los médicos desde sus tribunas critican la falta de actualización del Perú respecto a otras naciones en cuanto a medidas de sanidad reclamando una réplica de las medidas que otros países civilizados poseían. Con la Dirección se se crean estaciones de desinfección que contaban con equipos especializados que desinfectaban a los barcos en pocas horas reduciendo pues el tráfico de embarcaciones.

Finalmente se plantea la dirección de demografía la cual alegaban era la única guía que permite descubrir y estimar el lugar, naturaleza, extensión y demás caracteres de aquellos males sociales que debe remediar la higiene pública. En el peruano la demografía pues estaba aún en nacimiento. La oficina de registros civiles, encargada de la administración de la data demográfica, poseía faltas hacían imposible realizar un estudio serio de las enfermedades que azotaban el país. Esto hacía imposible conocer cómo combatirlas y empezar a revertirlas; a la vez que dificultaba la labor directa de los médicos en su condición de científicos y funcionarios estatales que las necesitaban para realizar sus estudios propios o para las instituciones como las municipalidades o la beneficencia. Estas estadísticas no solamente servirían para solucionar el problema sanitario nacional; sino también le daban sustento a la idea de que el país era un país enfermo.

3. Principales comentarios y conclusiones

Nashely Lizarme

En primer lugar el trabajo propone entender la creación de la dirección de salubridad como el resultado de un complejo proceso de negociaciones y debates que, en algunas ocasiones, trascienden el terreno netamente de lo oficial. El objetivo central del artículo es entender la forma en la que se construyen políticas públicas, en este caso sanitarias, usando como contexto un momento de inflexión o mejor dicho de crisis para fortalecer una determinada agenda, así como al sector que la impulsa. Metodológicamente es un intento de estudiar el Estado desde adentro y desde sus actores. El texto explica cómo la convergencia de diferentes procesos como la profesionalización de la medicina, los avances de las investigaciones médicas y científicas, la consolidación del capitalismo y el liberalismo comercial; así como el fortalecimiento del positivismo en el imaginario de las élites políticas y académicas de finales del siglo XIX e inicios del XX permitieron redefinir las relaciones entre la salud y el estado.

Propone entender la salud no solamente como la ausencia de males en el cuerpo, en el caso de los individuos, sino como una necesidad colectiva que debía ser atendida por el Estado. Por un lado desde la perspectiva de modernización, que estaba vinculado a una variable demográfica; es decir, una población sana y numerosa era sinónimo de progreso. Sin embargo, los intentos por poblar el territorio nacional también generaban algunos efectos negativos en términos sanitarios. En tal sentido el crecimiento físico de las ciudades no correspondía a la velocidad con la que

evolucionaba la densidad poblacional, lo que generaba problemas de hacinamiento, tuberización entre otros

Por otro lado la higiene como un saber vinculado a la medicina y científicamente construido surgió en un contexto como en este contexto como un mecanismo para luchar contra las epidemias. Además, funcionaba como un elemento de dinamizador de cambios culturales vinculados a la regeneración del tejido social y a la regeneración del tejido urbano. Los médicos proponían soluciones de índole técnica a problemas sanitarios de la vivienda, la contaminación de agua por albañales. También la reorganización de la ciudad bajo criterios modernos además de plantear soluciones a temas sociales como la prostitución, el alcoholismo y la vagancia que en ese entonces eran entendidas como costumbres populares causantes del atraso.

Ahora bien, todas estas actividades se concentraron en el área del desarrollo profesional o la profesionalización de la medicina. Sin embargo, como señala Karina Ramazzotti y Carolina Bernal, la formación profesional no es solamente parte de un proceso netamente técnico autónomo u objetivo, ya que supone la interacción de otros elementos como la construcción de legitimidades: la legitimidad de un discurso, la legitimidad de los portadores de este discurso, así como de los instrumentos por los que se moviliza este discurso. Este proceso implica además la existencia de un entorno dinámico entre diferentes esferas sociales ya que los profesionales o expertos tienden a movilizarse dentro de diferentes espacios desde el mundo académico al escenario político, al escenario económico y también hacia el Estado y desde allí hacia el espacio público.

El texto resalta la importancia de las sociedades médicas como espacios para fortalecer y construir discursos; destaca la creación de revistas y la producción académica, como medios para difundir este discurso; también se acerca al desarrollo profesional de los médicos vinculados a cargos públicos, carteras ministeriales, desde donde diseñan e impulsan políticas públicas. Este rasgo es característico de la administración pública a

finales del siglo XIX e inicios del siglo XX en la que se prefería incluir a profesionales ya que se estaba entrando en un proceso de profesionalización de la burocracia pública. Este contexto nos lleva bueno a generar la idea de que dentro del proceso de elaboración de políticas públicas todo asunto técnico es, además, una forma de intervenir en el campo del poder político.

En esta línea, el análisis de la creación de la dirección de salubridad se ubica un personaje importante para el proceso que es el Ministro de Fomento Manuel Barrios. Cabe señalar que la creación de este ministerio estuvo formada por secciones o direcciones orientadas principalmente al sector industrial y productivo. Sin embargo, los médicos también ocuparon espacios importantes dentro de estos ministerios, especialmente desde la creación de la dirección de salubridad; pero también en la sección de beneficencia.

Se destaca también que tres aspectos centrales que formarían parte de la agenda médica y significarían una señal de la consolidación de los médicos como un grupo de poder: El primer eje es la crítica a todos los establecimientos sanitarios existentes previamente ya que la dirección de solubilidad no fue ni la primera ni la última institución sanitaria, sino que existieron juntas de sanidad e instituciones municipales. El segundo punto es la centralización de la dirección de la política sanitaria en un grupo técnico especializado. El tercer punto es la práctica misma en las secciones en las que fue conformada la dirección de salubridad. La primera de ellas en la sección de higiene relacionada al servicio de sanidad marítimo básicamente con pretensiones comerciales vinculadas también al comercio internacional. También, la sección de estadísticas vinculadas a la 43

planificación donde el Estado asume fortalece tareas de registro de datos también relacionados con el tema de la población y también la importancia que tenía en ese momento medir y cuantificar en base a estos.

Lo último lleva a plantear diferentes cuestionamientos. En primer lugar, en el tema de fuentes el artículo utiliza fuentes editadas como la crónica médica, tesis y algunas otras, pero hubiese sido bueno ver un poco más la voz de los propios actores u otros personajes vinculados al proyecto de creación de la dirección de salubridad. Lo siguiente es si en el proyecto de creación de la dirección de salubridad existieron algunas otras propuestas alternativas ¿Se puede comparar propuestas dentro del propio gremio? Esto está relacionado al hecho de que una de las críticas era que priorizaba ciertos aspectos básicamente biomédicos y descuidaba a otros aspectos relacionados a problemáticas sociales. Además no se nota claramente cómo la dirección de salubridad establece vínculos con otras instituciones sanitarias ya que la creación de la dirección no supone el cese o el cierre de otras instituciones municipales.

Javier Saravia

En primer lugar la ponencia se centra en la creación de la dirección de salubridad de 1903, pero lejos de ser una narración histórica de corte institucional lo centraba únicamente en los programas permanentes por males de su constitución. En mi opinión son tres aspectos fundamentales: el contexto de creación de esa entidad que trasciende el peligro epidemiológico de la peste negra y otras enfermedades de la época y se encuentra relacionado con el interés de un sector civil que son los profesionales médicos por la modernización del estado su aparato burocrático y su organización como tal. Un segundo aspecto es que la profesionalización de la carrera así como sus posiciones de carácter

político para mejorar el sistema de salud es lo que podríamos denominar los antecedentes de una política pública sectorial. Si bien esta terminología no existe en la época puede ser un antecedente quizás de una política pública sectorial. Finalmente, la constitución del gremio médico como grupo de interés es el tema más interesante y el que se ha enfocado aunque no de manera explícita. En ese sentido, a mi parecer, todos los comentarios y la orientación que ha tenido la exposición es para explicar y dar un sentido a como el gremio médico se conforma y constituye como un grupo de interés. Dado que su análisis no se restringe a lo que puede ser el sector salud sino que va un poco más allá en el sentido de que se concentra en una visión múltiple

Sobre el contexto biográfico en lo referente a los temas de la historia de la salud la disciplina histórica se había relegado en parte por la visión institucional tradicional. La cual estaba concentrada en fechas y marcos normativos que dieron origen a las instituciones más que un análisis contextual de actores o de procesos. Esto ha sucedido por la propia tradición institucional que hemos tenido en buena cuenta y después el cambio por la historia social que ha limitado ese enfoque. En segundo lugar porque la ciencia médica tiene una terminología que para emplearla adecuadamente es necesario conocerlo con una estructura bastante propia que para una persona que no está formada en esos campos es muy difícil adaptarse. En sentido los historiadores hemos avanzado en lo que es la dimensión de la historia social y política de la enfermedad y en los usos culturales de la enfermedad.

En el contexto del análisis de la reforma del Estado, el impacto de las reformas estructurales y la evaluación de las políticas públicas se abre una entrada metodológica. La cual permite no solo historiar la salud como tal sino cómo el proceso de constitución de políticas públicas en ese sector 44

en directa correspondencia con la necesidad estatal de atender a una ciudadanía expectante se debe a la acción directa de sectores de la sociedad con una visión sobre los roles y fines del Estado en materia de salud. En otras palabras este interés por las políticas públicas despierta un interés adicional por entender cómo esos discursos se enraízan en el Estado dado que estas perspectivas de la salud se desarrollan dentro de una imagen que el Estado quiere tener de cómo solucionar problemas puntuales. Así la investigación se adentra en una lectura de la implementación de lo que podríamos denominar antecedentes de políticas públicas desde una perspectiva de los actores que le dan forma y al gremio médico. Todos los procesos desde lo económico, social y la aparición de gremios se están suscitando en un proceso el proceso histórico específico que es la transición de un sistema de herencia tradicional hacia un sistema de carácter moderno.

Sobre el marco teórico la investigación adopta de manera explícita la propuesta de Migdal que es el Estado en sociedad. Ello permite dirigir su atención a los actores involucrados, en este caso el gremio médico, en sus diferentes acciones para legitimarse como grupo de interés, y como funcionarios públicos convertir sus prácticas cotidianas en acción estatal. Es decir crear las relaciones entre la sociedad y el estado a través del desempeño mismo como funcionario. En tal sentido es pertinente traer a colación una cita algo extensa de Migdal que puede orientar mejor el derrotero propuesto: "... el Estado es una entidad contradictoria que actúa contra sí misma, entender la dominación, es decir la dominación estatal, requiere de dos niveles de análisis; uno que reconoce la dimensión corporativa y unificada del estado su totalidad expresada en su imagen y uno que debe y uno que desmantele esa totalidad..." La metáfora de la máscara que muestra el estado como una

totalidad pero que al retirar la máscara se encuentran personas, grupos, asociaciones y prácticas que son lo que al final son la verdadera identidad del estado. Así y más que una historia sobre los consensos de carácter normativo sobre el sector estamos frente a una historia de las discrepancias y de la victoria de una propuesta sobre otras en un escenario más amplio tanto político como social.

Ahora bien, sobre la metodología empleada y fuentes utilizadas para esta investigación es la revista La Crónica Médica que ha precisado la toma por la continuidad, sin embargo, pese a que se ha anunciado a lo largo del texto no se ha hecho un desarrollo de cómo esta fuente puede ayudar a esclarecer dos puntos en concreto. El primero de ellos que son discursos de los médicos sobre las políticas públicas en salud y el rol del Estado frente a la sociedad y la prestación de los servicios de salud. El segundo es la creación de estas revistas como medios para plasmar sus ideas del Estado y justificar su presencia como grupo de interés legitimado y necesario en la intervención de la administración estatal. En qué medida estas instituciones están funcionando en la práctica como un arma política y dan espacios para debatir los temas de salud y ganar puestos o pesa más los lazos clientelares.

El contexto de creación de la dirección de salubridad pública surge en un contexto mayor donde no sólo confluyen la preocupación sanitaria y la presión social de acceso a este servicio, que se entiende debe tener un carácter público; sino además se produce dentro de un contexto donde existe ideas en torno a un nuevo modelo nacional, en donde una población numerosa y sana era la clave para tener una nación fuerte y exitosa. Es así que no pueda establecerse una única razón para la creación de esta institución sino de muchos factores pero todo ello enmarcados en la necesidad de replanteamiento de la función estatal y de los roles y funciones que debe asumir.

Detrás de la profesionalización de la carrera médica quizás la literatura, antes que las ciencias sociales y la historia propiamente, ha reflexionado sobre ese papel modernizador. Nuestra figura modernizadora que tiene tanto el abogado y el médico es bastante recurrente la imagen del médico 45

de los inicios del siglo XX que tiene ese espíritu positivista no cuestionado por el orden tradicional y que vine a hacer un transgresor de esa sociedad. Pamela señala, siguiendo a Alonso Cueto, que la profesionalización no se dio como causa del desarrollo científico sino para dominar los puestos gracias a especialización de la medicina, siendo que fue funcional al afán de monopolizar las actividades relacionadas al campo de curación. Segundo, que los médicos tenían ambiciones profesionales puntuales y que no dudaron en establecer alianzas y redes con miembros del Estado para conseguirlos.

El último punto es interesante porque para entender la complejidad de lo que es un grupo de interés y cómo se va formando a través del tiempo. Para ello hay que tener claro que, contrariamente a lo que la tradicional historia institucional nos dice, la tradición asociacionista es bastante amplia más de lo que nosotros solemos comentar. Entonces existe una tradición que avala la asociación y hay una asociación colectiva y hay una sociedad que está presta a entender el debate político y el debate legal. De ahí que los médicos están llegando a una sociedad que está realmente expectante por estos cambios y está al tanto del debate. Esta entrada a los gremios médicos puede llevarnos a una comprensión mayor de cómo es la formación de la sociedad civil.

Por otro lado, la constitución de gremio médico como grupo de interés añadiría que debería haber algunas mayores referencias a lo público y privado y sobre todo a los elementos coercitivos que usa el gremio respecto a otros que compiten por ese escenario de la salud. Considero también que dadas las características de la política de sistemas cerrados, donde generalmente la norma es el clientelaje y la excepción la meritocracia, se debe tomar en cuenta esos conceptos para entender mucho mejor cuál es el desarrollo que tiene el gremio en su constitución como grupo de interés y como gradualmente, a través de esas relaciones particulares de cliente – afinidad, puede entablar un diálogo con la burocracia estatal y poder insertarse dentro del sistema estatal. En este orden de ideas considero que por esta característica estudios o análisis de corte prosopográfico pueden contribuir a delimitar mejor estas redes y afinidades entre el sector de la administración y gremios profesionales particulares.

En cuanto a las preguntas y recomendaciones, estas giran en torno a la precisión de los conceptos para la primera mitad del siglo XX y los alcances explicativos que puedan tener. En primer lugar ¿Cómo debemos entender y de qué manera se usa el grupo de interés en esta investigación?, ¿Se está usando y de qué manera lo estás usando para delimitarlo en este espacio temporal particular?, ¿Con que otros grupos tiene que pugnar el gremio médico para tomar la dirección de estos antecedentes de políticas públicas en salud en el periodo referido?, ¿Eran tan discordantes los intereses del gremio médico con las de otros actores con posibilidades de ingerir en la dirección de las políticas públicas adoptadas?, finalmente sería bueno que se haga algunas precisiones sobre lo que entiendes por público y privado y cómo funciona. También ¿Cuáles son los elementos coercitivos que comienza a usar gradualmente el sector médico?