

Índice

AGRADECIMIENTOS.....	4
ABREVIATURAS Y SIGLAS UTILIZADAS.....	5
RESUMENES.....	6
INTRODUCCION.....	9

PARTE I “Contexto y especificidad”

CAPITULO I

LA SALUD COMO CUESTION DE ESTADO.....	19
----------------------------------------------	-----------

1. EL PANORAMA DE EUROPA OCCIDENTAL.....	21
1.1 La salud pública en el contexto de formación del Estado Nación.....	21
1.2 Estado de Bienestar en Europa: orígenes e institucionalidad.....	24
2. AMERICA LATINA Y EL CASO DE ARGENTINA (siglo XIX y XX).....	30
2.1 América Latina y Argentina: matrices de desarrollo.....	30
2.2 La sanidad argentina en el período de presencia hegemónica del Estado nacional (1943-1955).....	35
2.2.1 El Golpe de 1943 y gobierno militar (1943-1946).....	35
2.2.2 Los gobiernos peronistas (1946-1952/1955).....	37

CAPITULO II

SANIDAD Y ESTADO: CONCEPTOS, ACTORES, HERENCIAS Y PROCESOS EN LA PROVINCIA DE CORDOBA.....	45
---------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

1. La provincia de Córdoba: caracterización territorial y mortalidad (entre fines del siglo XIX y principios del XX).....	47
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

2. Salud Colectiva, beneficencia, Iglesia y Estado hasta la tercera década del siglo XX.....	51
3. La salud y la sanidad pública entre la impronta democrática y social del Estado sabattinista (1936-1943).....	56
4. El gobierno de la Intervención militar y el peronismo local.....	64

PARTE II
“Sanidad y Estado y poder”

CAPITULO III

LA CONFIGURACION SANITARIA EN LA PROVINCIA: Entre procesos nacionales y locales (943-1949/1955).....	71
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

1 .LA ESTRUCTURA INSTITUCIONAL ADMINISTRATIVA PARA PRODUCIR POLITICAS SANITARIAS, 1943-1949/1955.....	73
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

1.1 El área de la salud y sanidad provincial en tiempos de transición (1943-1949).....	73
----------------------------------------------------------------------------------------	----

1.2 Consolidación institucional administrativa (1949-1955).....	77
-----------------------------------------------------------------	----

2. LA CONFIGURACION DE UNA BUROCRACIA ESPECIALIZADA LOCAL.....	84
----------------------------------------------------------------	----

2.1 La burocracia médica instancia intervenida (1943-1949).....	84
-----------------------------------------------------------------	----

2.2 La burocracia entre la capacitación y la fidelidad (1949-1955).....	88
-------------------------------------------------------------------------	----

3. DESPLAZAMIENTOS Y PILARES DE LEGITIMIDAD EN EL MINISTERIO PROVINCIAL (1949-1955).....	95
------------------------------------------------------------------------------------------	----

CAPITULO IV

LA ELITE MÉDICA Y LAS RELACIONES DE PODER EN MOMENTO COYUNTURALES.....	100
-------------------------------------------------------------------------------	------------

1. La elite médica local: procesos de centralización y oposición democrática (1943-1945).....	102
-----------------------------------------------------------------------------------------------	-----

2. El Instituto de Tisiología: entre la Universidad y la Beneficencia.....	107
Los orígenes y primeros tiempos de la Institución.....	107
La gestación del conflicto: las alianzas con el conservadurismo clerical.....	110
El desenlace del conflicto: Democracia vs. Totalitarismo.....	115
3. La burocracia médica: la politización del área estatal durante los primeros tiempos peronistas en Córdoba.....	122
CONCLUSIONES.....	129
BIBLIOGRAFIA y FUENTES.....	134

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es el producto de la colaboración de un sinfín de personas que, de una u otra manera, contribuyeron para que el mismo se escribiera.

En primer lugar quiero agradecer la contención y orientación de mis profesores de Master EM Phoenix, especialmente a mi Orientadora la Dra. Fatima Nunes, a la Dra. Laurinda Abreu y la Dra. Josefina Caminal.

Dado que mi trabajo está realizado principalmente en función de la articulación de análisis a partir de fuentes históricas no puedo olvidar de agradecer la colaboración de los directores y empleados del Archivo de Gobierno de la Provincia de Córdoba, del Archivo de la Legislatura provincial y de la Hemeroteca del Cabildo de la ciudad de Córdoba.

Quiero ofrecer un agradecimiento especial al Dr. Adrián Carbonetti quien en la última década se ha dedicado a ayudarme en mi formación, gracias a nuestro encuentro me interese en el universo de la historiografía y específicamente en los estudios sociales en salud y enfermedad.

También deseo agradecer a mis compañeros de Maestría y de manera particular a Víctor Godoy que me escuchó incansablemente y me orientó de forma desinteresada, a mis compañeros de trabajo del Centro de Estudios Avanzados, especialmente a su directora la Dra. Dora Celton, a la Dra. Mónica Girardhi y a mi amiga Emilse Pons.

Un reconocimiento especial a Lilian Vidal, a su familia, a Patricio y Patricia por su apoyo en la experiencia de adaptarme a vivir lejos de mi hogar. Por último un agradecimiento muy especialmente a mi madre y mi abuela que me alentaron en todo momento cuando decidí viajar detrás de mi vocación tan lejos de Argentina.

ABREVIATURAS Y SIGLAS UTILIZADAS

AC: Acción Católica.

ACC: Acción Católica de Córdoba.

A.H. UNC: Archivo Histórico de la Universidad Nacional de Córdoba.

COMRA: Confederación Médica de la República Argentina.

LVI: La Voz del Interior.

MG: Ministerio de Gobierno.

MS: Ministerio de Salud.

MSyAS: Ministerio de Salud y Asistencia Social.

P.E. : Poder Ejecutivo.

SSP: Secretaría de Salud Pública nacional.

STP: Secretaría de Trabajo y Previsión.

UCR: Unión Cívica Radical.

UNC: Universidad Nacional de Córdoba.

RESUMO

Este trabalho analisará os processos de formação da área de saúde pública na província de Córdoba, durante o período definido pela presença hegemónica do Estado Nacional, na área de saúde e de saúde pública em geral (1943-1955). De acordo com o contexto histórico a ser abordado, propomos integrar processos de transformação vindos de um plano internacional, em especial europeu, assim como a nível nacional. No que respeita a este último nível, considerar-se-ão as características, ritmo e alcance do projecto nacional articulado na área da saúde pública, a partir do golpe de Estado de 1943 e pôr-se-á em perspectiva, de maneira especial, o projecto de saúde peronista (1946-1955). De maneira convergente, o estudo centrar-se-á nos diversos níveis de construção da área da saúde na província de Córdoba, levando em consideração o seu contexto histórico particular, os jogos e actores de poder, bem como a herança e os processos políticos próprios do período 1943-1955. O trabalho focar-se-á, especificamente, nas transformações e processos ocorridos na estrutura institucional orientada para produzir políticas de saúde e na sua faceta administrativa, bem como nas políticas de profissionalização (e politização) do corpo burocrático local. Neste sentido, pretende-se abordar os processos específicos da província de Córdoba como um caso de estudo particular, mas entendendo que permitirá construir uma contribuição para o desenvolvimento historiográfico dos estudos sociais e da “nova saúde pública”, focando-se sobre uma realidade sustentada na actual agenda das investigações na Argentina, centrada prioritariamente no plano nacional. Neste sentido, procurar-se-á construir uma abordagem que articule contribuições bibliográficas, com uma exploração de base empírica a partir de fontes históricas tentando colocar em perspectiva as especificidades políticas e ideológicas que definiram o projecto de saúde na província de Córdoba.

Health and State in the province of Córdoba, Argentina, 1943-1955

ABSTRACTS

This paper will analyse the processes of formation of the public health area in the province of Córdoba, during that period defined by the hegemonic presence of the State in the health area and public health in general (1943-1955). According to the historical context which will be addressed, we intend to integrate manufacturing processes transformed into at an international level, especially European, and, at a national level. Around this last space shall be considered as features, rhythms and scope of the draft national provisions in the area of public health, from the coup d'etat of 1943 and, in particular will be in perspective the Peronist health project (1946-1955). Convergent way, the study will focus on the different instances of construction of the health area in the province of Córdoba, considering its particular historical context, games and agents of power, as well as inheritance and political processes of the period 1943-1955. Specifically, the work will focus on the transformations and processes that have taken place in the institutional structure to produce health policies and in its role as administrative in the policies of professionalization (and politicization) local bureaucratic body. In this sense, is intended to address specific processes in the province of Córdoba as a case of particular study, but, understanding that this will allow building a contribution to the historiographical development of the social studies of the "new public health", focusing on a reality observed in the agenda of the current research in Argentina, primarily focused on the national level. In this direction will be to build an approach that articulates bibliographic contributions, with an exploration of empirical basis from historical sources, trying to place in perspective the political and ideological characteristics that defined the health project in the province of Córdoba.

RESUMEN

Este trabajo tiene como objeto de estudio el análisis de los procesos que definieron la conformación del área sanitaria pública en la provincia de Córdoba durante aquella etapa definida por una presencia hegemónica del estado nacional en el sector de sanitario y de la salud pública en general. De acuerdo al contexto histórico a abordar proponemos integrar en el estudio, procesos de transformación devenidos en un plano internacional, especialmente europeo y, a un nivel nacional, considerando los rasgos, ritmos y alcances del proyecto nacional articulado en el área de la salud pública, a partir del Golpe de Estado de 1943 y, de manera particular poniendo en perspectiva el proyecto sanitario peronista (1946-1955) De manera convergente, nos enfocaremos en las diferentes instancias de la construcción del área sanitaria en el plano provincial, considerando su particular contexto histórico, los juegos y actores de poder así como las herencias y procesos políticos propios del período 1943-1955. Específicamente el trabajo se centrará en las transformaciones y procesos devenidos en la estructura institucional orientada a producir políticas sanitarias, en la faz administrativa del máximo organismo sanitario y en la profesionalización y politización del cuerpo burocrático local. En este sentido, se pretende abordar los procesos de la provincia de Córdoba como un caso de estudio particular pero que permite construir un aporte al desarrollo historiográfico en los estudios de la salud pública, enfocándonos en una realidad soslayada en la agenda de las investigaciones vigente, prioritariamente centrada en los desarrollos sucedidos en el plano nacional. En esta dirección se busca construir una aproximación que articule aportes bibliográficos fundamentales, con una exploración de base empírica, intentando arrojar luz sobre las particularidades políticoideológicas que jalonaron el proyecto sanitario en la provincia de Córdoba

Introducción:

Con el retorno al debate de las posturas antiestatistas, a partir de la crisis económica de los años setenta y en la década siguiente con el acenso de los neoconservadores a los gobiernos de Inglaterra y Estados Unidos se ha instalado un interés particular por el estudio de las políticas públicas y la conformación y rol del Estado en el proceso de consecución del bienestar social¹. Como resalta oportunamente Laura Golbert (2004) en este contexto de inquietudes el aporte de las ciencias sociales y de manera particular de la historia se reposiciona en la agenda de las investigaciones. Ello se produce fundamentalmente a partir de una perspectiva de análisis que reconoce la singularidad del hecho social y la vinculación de las políticas sociales y sus actores con un entramado social político e institucional históricamente construido, así como su constante actualización en los tiempos presentes.

De manera convergente con estos procesos, la producción historiográfica argentina ha venido otorgando un lugar desatacando al estudio de las políticas públicas y del rol Estado en la resolución de problemáticas en sociedades del pasado. La recuperación de una perspectiva renovada en torno a estas problemáticas también forma una parte esencial de los procesos de transformación temática y teórico metodológica² que desde las últimas décadas atraviesa el subcampo de la historia de la salud y la enfermedad (Armus; 2000). Puntualmente, dicha evolución se engloba en la “nueva historia de la salud pública” y, desde esta línea de análisis, se propone fundamentalmente una perspectiva dirigida a analizar el poder, el Estado, la política y la profesión médica.

No obstante, en la Argentina, el desarrollo de este campo de estudios evidencia al menos dos vacíos, aunque con notables excepciones. Por un lado, se pude referir a la escasez de esfuerzos significativos que aún en la reflexión teórica y la investigación de base empírica en torno al rol que poseen los distintos actores en la construcción del postulado “Estado de

1 De acuerdo con Karina Ramaciotti (2005) en la Argentina este desarrollo cristalizó de manera particular a partir del proceso de restauración democrática iniciado en el país en 1983 y luego de las reformas neoliberales de la década siguiente.

2 En palabras de Armus dichas transformaciones se resumen en tres grandes líneas de investigación caratuladas como “nueva historia de la medicina”, “historia de la salud pública” e “historia socio cultural de la enfermedad”. La primera de estas líneas está determinada por un contexto económico, social y político donde actuaron los médicos y sus instituciones, por un diálogo con la historia de la ciencia. “Es una narrativa que se esfuerza por pensionar la historia natural de la enfermedad y algunas dimensiones de su impacto social” (2000: 8) La historia de la salud pública pone el acento en las políticas de salud, por lo tanto su perspectiva está dirigida a analizar el poder, el Estado, la política y la profesión médica. Esta historia de la salud pública, que tienen como antecedente inmediato los trabajos de higienistas y sanitarios, pone el énfasis en la salud a nivel de lo social, en las políticas de salud, en las acciones dirigidas a combatir alguna dolencia. La tercera línea de investigación caratulada como la historia sociocultural de la enfermedad se (...) concentra en las dimensiones sociodemográficas de una cierta enfermedad, los procesos de profesionalización y medicalización, las condiciones de vida, los instrumentos e instituciones del control médico y social, el rol del Estado en la construcción de la infraestructura sanitaria, las condiciones de trabajo y sus efectos en la mortalidad” (2000: 9).

Bienestar”, en su versión local³. Dichas falencias se tornan más evidentes, si se compara la situación nacional con la producción generada en otros países. Como afirman Laura Golbert (2004) y Karina Ramaciotti (2005) en Argentina falta un debate sistemático sobre la naturaleza del Estado durante los años en que se produjo una incuestionable expansión del aparato estatal en la resolución de problemáticas sociales de profunda gravitación nacional, es decir, primordialmente en los años de los gobiernos peronistas (1946-1952/1955).

Por otro lado, se viene cimentado una tradición asociada a soslayar los problemáticas relativas a los espacios de interior nacional en el estudio de las políticas sociales y los procesos estatales convergentes (Suriano & Lvovich; 2006).

Si bien alrededor del primer conjunto de problemáticas, se puede corroborar en la Argentina la generación de destacadas investigaciones que buscan y consiguen superar los límites más generales identificados en el subcampo historiográfico de historia social de la salud y la enfermedad y la salud pública -en este caso se debe referir especialmente a los trabajos de Susana Belmartino (2005a) y Karina Ramaciotti (2008 y 2009)- no se verifica la misma evolución en cuanto a los estudios que abordan las realidades del interior nacional.

De manera particular y, a pesar de que en la Argentina de los últimos años se ha otorgado un significativo lugar a las investigaciones centradas en algunas ciudades y regiones del interior nacional⁴, la mayoría de las producciones han tendido a enfocarse en períodos previos a la década del 40’. Y, cuando se ha “incluido” al interior nacional desde trabajos que abordan las políticas nacionales durante el gobierno militar y primer peronismo, sólo se lo ha hecho desde la perspectiva de las políticas nacionales orientadas a estos espacios. Si bien este acercamiento ha resultado fructífero para conocer la complejidad histórica que acompañó al ideal planificador y al armazón institucional y presupuestario nacional que permitió que en el peronismo (1946-1952/1955) se duplicara el número de camas y se implementaran campañas sanitarias en diferentes puntos del país (Ramaciotti; 2009) dicho abordaje ha constituido una aproximación insuficiente para reconocer la complejidad los procesos locales.

3 Esta falencia en algunos casos ha generado una excesiva simplificación en el análisis de la experiencia argentina, trasladando esquemas teóricos pensados y formulados para los países europeos. Este es el caso del trabajo de Peter Ross alrededor de las políticas sociales en la etapa iniciada en la Argentina en 1943 y de manera particular en torno al peronismo (1946-1955) al comparar dichos procesos con el modelo socialdemócrata de Esping Andersen (Peter Ross; 1988) En una línea similar también se remarcaba la ascendencia teórica que ha tenido sobre los historiadores y los científicos sociales en general el paradigma creado por T.H. Marshall, que determinaba la conquista de diversos derechos en sucesivas etapas para la sociedad europea. Para este tipo de enfoques, en el caso argentino, el esquema inglés se reproduciría desfasado en el tiempo, ya que se asocia la consagración de los derechos civiles con la sanción de la Constitución en 1853; los derechos políticos, con la aprobación de la Ley Sáenz Peña en 1912 y los derechos sociales, a las políticas implementadas por Perón (Juan Suriano; 2004: 45).

4 Aunque podemos dejar de mencionar los significativos aportes de las investigaciones desarrolladas en las provincias de Rosario, Córdoba, la Pampa y Tucumán la gran mayoría de estos trabajos se hallan circunscriptos temporalmente a procesos previos a la década del 30’ y como mucho a la del 40’. En los casos que dicha tendencia ha sido relativamente superadas, los análisis se concentraron alrededor de una enfermedad concreta, el paludismo, (Adriana Álvarez; 2006), o del desarrollo de la tisiología en Córdoba entre 1920 y 1955 (Carbonetti; 2008).

Frente a este panorama definido brevemente, el presente trabajo, procurará abordar este vacío centrándose en el caso de una provincia del interior de la Argentina, Córdoba, e intentando analizar las particularidades devenidas alrededor de ciertas problemáticas –y sus resultados- en la conformación del área sanitaria provincial durante el período definido como de presencia hegemónica del Estado nacional⁵ en el sector salud/sanidad (1943-1955) (Belmartino & Bloch; 1995:8).

Aunque no se considera al Estado Provincial “in toto”, al poner bajo estudio el área sanitaria pública surge inmediatamente la necesidad de especificaciones en relación al concepto de Estado de Bienestar. En esta dirección se considera que, con resultados variables, la mayoría de los Estados capitalistas en el siglo XX han articulado políticas públicas basadas en criterios socioeconómicos y en matrices históricas vinculadas a la división social del trabajo (Andrenacci, et. Al; 2004). No obstante, de manera particular en los países del Cono Sur latinoamericano, emergió una forma de Estado que articuló políticas públicas ambiguas y significativamente limitadas en cuanto a hacer frente a la amplia “cuestión social” (Graciarena; 1984: 16 y 17). Esta forma estatal con una base social ampliada y nuevos e inclusivos acuerdos políticos, que las más de las veces fueron fuentes de la ambigüedad, fue atravesada no sólo por importantes restricciones económicas, sino además por las consideraciones ideológicas formuladas en la segunda posguerra y que le “(...) asignaron al Estado un papel protagónico en la promoción del crecimiento económico” (Graciarena; 1984: 16 y 17).

En este contexto, lo que deviene como una cuestión fundamental no se define el nivel de plantear la adecuación o no de la categoría de Estado de Bienestar al momento de abordar los procesos europeos, latinoamericanos o nacionales, ya sean en el área sanitaria o en cualquier otra. Mucho menos se intentará abordar la transformación estatal de la década del 30’ y de la posguerra en términos de las inversiones presupuestarias, las que sin duda son altamente demostrativas de las tendencias, pero que no pueden dar cuenta acabadamente de la complejidad histórica.

Al contrario, en este estudio se busca resaltar la importancia de analizar la especificidad de las distintas experiencias transformación estatal. Por ello, se busca abreviar en un conjunto de perspectivas abiertas desde el campo académico europeo y latinoamericano se han ido consolidando perspectivas que han coincidido en mostrar la relevancia de investigar

⁵ De acuerdo a Susana Belmartino y Carlos Bloch entre 1943 y 1955 converge en el sector de la salud y de la atención médica de Argentina un proceso de mayor presencia de Estado, que si bien partió de un proyecto para crear un sistema integrado, estatal y universal culminó con un proceso de fragmentación de la capacidad instalada y la delimitación de tres subsectores: el público, el privado y el de la seguridad social en un marco creciente de politización de las demandas que asumió rasgos corporativos (Belmartino & Bloch; 1995: 7 y 8).

la especificidad de los procesos históricos en el análisis del avance del Estado y de los procesos de formulación e implementación de las políticas sociales, entre ellas las de salud y sanidad. En ese sentido se resaltan los aportes del trabajo de Lucie Paquy, al reunir un conjunto de estudios desarrollados desde décadas pasadas que han respaldado la visión de que entre 1940 y 1970 aunque los países de Europa occidental se enfrentaban a menudo con problemas similares, la formulación y los medios adoptados para su manejo fueron diferentes y esta heterogeneidad tuvo un gran peso sobre las configuraciones resultantes (2004:16).

Asimismo, es sumamente valiosa para este trabajo la perspectiva especialmente historicista introducida por algunos autores que señalan la complejidad de los procesos de afirmación del Estado en las sociedades europeas del pasado. En ese sentido, por ejemplo, Laurinda Abreu (2007) ha mostrado en un estudio centrado entre el siglo XVI al XIX en Evora, Portugal, que la organización de las Misericordias fue un incentivo para las élites locales. Sin duda su abordaje ha sido un punto muy sugerente para plantear las relaciones entre el poder central, la iglesia y las élites locales en la formulación e implementación de las políticas dirigidas a los sectores más vulnerables de la sociedad. Para el caso inglés, Simon Szreter muestra que en la historia británica la clave de la vida y la muerte no estaba tanto en la ciencia médica o el aumento de los niveles de vida, sino más bien en una compleja interrelación entre los cambios políticos electorales de las ciudades industriales de la nación, las relaciones interestatales y de clase, la economía política, la ideología, la religión y el movimiento de salud pública de esos años (1997). En el caso latinoamericano y argentino, aunque los ejemplos también son múltiples, no se pueden soslayar las investigaciones de Carmelo Mesa Lago sobre el sistema de seguridad social implementado en América Latina, y la vinculación del mismo con los factores a la presión ejercida por determinados grupos para obtener concesiones del Estado (1998: 111 a 194, en Ramaciotti; 2008: 24). Los estudios de Susana Belmartino mostraron que las diferencias existentes entre los Sistemas de Servicios de Salud de Argentina, Brasil y Chile entre 1920 y 1970, pueden rastrarse en el timing específico de adaptación vinculado a (...) la forma particular de relación entre el aparato del Estado, los partidos políticos y los grupos de interés históricamente verificables (2005b: 101).

En la búsqueda de articular una empresa analítica que se acerque a este tipo de perspectivas atentas a los procesos sociopolíticos, los actores y las herencias, el trabajo se interesa de manera específica en el análisis de las políticas públicas -formulaciones e

intervenciones⁶- dirigidas a delinear el rol y las transformaciones de ciertas dimensiones del Estado, en el sentido particular de los organismos dependientes del Poder Ejecutivo, especialmente aquellos asociados a las problemáticas de la salud y la sanidad entre el Golpe Militar de 1943 y hasta la caída del peronismo en 1955.

Si bien se ha reconocido que aunque durante la etapa peronista se produjo una relativa integración de zonas hasta ese momento alejadas de las lógicas redistributivas nacionales, no obstante, la articulación del proyecto sanitario nacional en el interior nacional distó de organizarse a partir de una regionalización del país según las características demográficas, sociales y geográficas en base a las cuales se distribuían los fondos nacionales, como algunos autores aún pretenden sostener⁷. De acuerdo con este panorama se pondrán en perspectiva las modalidades con que se trasladan al plano provincial los rasgos y ritmos de expansión y repliegue del proyecto nacional en salud pública, especialmente durante la etapa del proyecto sanitario del gobierno peronista (1946-1955) pero buscando recuperar una tradición historiográfica local o del interior de la Argentina, que desde hace algunas décadas viene marcando la necesidad analítica de reconocer las particularidades históricas de los procesos devenidos en el interior nacional⁸. En esta línea, primordialmente a partir de los aportes de Cesar Tach (1991; 2003; 2004), Marta Philp (1998 y 2003) así como de los análisis de Jésica Blanco (2006) se procurará vincular las políticas públicas consideradas con el complejo escenario político-social que vive la provincia en estos años.

*

*

*

En función de lo planteado, el trabajo se dividirá en dos grandes secciones. La primera, más dependiente de aportes bibliográficos, estará orientada a reconocer el contexto de imbricaciones entre las nociones de salud colectiva, el Estado, los actores de poder sectoriales, tanto a nivel internacional, nacional como local, atendiendo al período en estudio

6 Si bien se ha referido a formulaciones e intervenciones, ello poseyó estrictos fines analíticos, ya que no se considera que exista una dicotomía entre la política y la administración (Oslack; 1984: 2)

7 El ejemplo más actual de este tipo de lecturas está representada en el trabajo de Juan Carlos Moreno (2009), no obstante, como remarca Karina Ramaciotti este tipo de abordajes concedan un excesivo protagonismo a los discursos de la época soslayando si los proyectos fueron llevados o no a cabo.

8 Las investigaciones de los máximos representantes de esta matriz historiográfica, Darío Macor y César Tach (2003), se hallan concentradas principalmente, aunque no exclusivamente, en el análisis de los orígenes del peronismo “extracéntrico”, es decir en las provincias del interior de país. En lo que refiere al estudio de los procesos históricos particulares de Córdoba, tanto César Tach (1991) como Marta Philp (1998) han abierto un camino de renovación al problematizar ciertas características y dinámicas que caracterizaron el funcionamiento de la vida política local y el proceso de conformación del Estado provincial especialmente a partir de 1943 y hasta 1955.

y sus herencias históricas más significativas. Esta primera parte de trabajo está pensada operativamente como un espacio dirigido a ser recuperado en una segunda gran sección de la investigación, dirigida a discutir problemáticas históricas más originales y ligadas a una reconstrucción empírica a partir de fuentes primarias, especialmente de gobierno, universitarias y periodísticas.

La segunda gran parte del análisis se organizará a partir de dos niveles de análisis en el estudio de las transformaciones del área de la salud pública devenidas en la provincia entre 1943 y 1955. Ambas se corresponden con sendas maneras de abordar las políticas públicas en análisis. En primer lugar, desde un enfoque que en principio se define como más descriptivo, se consideró lo estatal exclusivamente en su materialidad visible, entendiendo que dicha aproximación tiene su valor, no sólo en la posibilidad de escudriñar la identidad de los procesos y resultados de la conformación del área de la salud provincial, sino también en su gravitación sobre las políticas resultantes (Sikkink; 1993: 543). En este ámbito de la investigación se trabajará con el enfoque institucional a los fines de centrar la atención en los atributos concretos de la estructura institucional y de la organización administrativa y en las políticas estatales orientados al cuerpo burocrático. Alrededor de este espacio de indagación se procurará analizar no sólo los condicionamientos que imponen los procesos sociopolíticos locales, sino también la presencia relativa de la influencia internacional y los cambiantes ritmos y particularidades que adoptan las políticas nacionales en el contexto provincial.

De acuerdo con este planteo, la anterior aproximación se completará con un análisis de las políticas públicas entendidas como dinámicas históricas en el que se juegan relaciones de poder entre actores. Cuando pretendemos abordar las políticas estatales formuladas e implementadas desde un enfoque relacional, partimos de considerar que dicha perspectiva permitirá una visión del Estado en acción, desagregado y “puesto” en un proceso social concreto- ya que, las políticas y sus resultados se hallan condicionadas por dichas relaciones de poder (Ozslak & O’Donnell; 1984).

Cualquiera sea el grado de centralismo y racionalidad del Estado, éste es “(...) impuro pues las diferentes partes de su cuerpo político (...)” son permeables “(...) a la penetración de diversas redes de poder (...)” (Mann; 1997: 86 y 95). Entonces, las acciones y omisiones de los actores estatales, sus formulaciones e intervenciones “(...) estará [n] desde un comienzo influida [s] por el cálculo de la reacción probable de actores a los que percibe como poderosos” (Ozslak & O’Donnell; 1984:117). En esta línea de estudio, el Estado constituye una área donde se desarrollará el juego de intereses entre distintos actores de poder

movilizados sectorialmente alrededor de políticas públicas que afectan sus intereses y atribuciones.

El análisis institucional (Belmartino; 2005), en tanto perspectiva relacional permitirá no sólo entender la interacción de actores estratégicos con intereses e ideas muchas veces contradictorias, sino también, integrar el contexto sociopolítico de los años en estudio y la actualización de las herencias de la vida social a un nivel sectorial, en este caso alrededor de los profesionales médicos integrados y no integrados al área de salud provincial entre 1943 y 1955. No obstante, aunque se presente el Estado se como una esfera en la cual las fuerzas políticas negocian, donde los actores de poder pactan o imponen sus conveniencias, intereses y recursos de poder (Oszlak & O' Donnell; 1984) el análisis se centrará en actores y dinámicas asequibles analíticamente y empíricamente verificables.

Esta estructura de abordaje dividida en dos grande partes, se le corresponderá un diseño de presentación de cuatro capítulos. El primero –“La salud como cuestión de estado”- a su vez se dividirá en tres apartados. En una primera instancia, se buscará reconstruir los cambios operados en el campo de la salud pública europea siguiendo una lógica cronológica que comenzará en los procesos de construcción del Estado-Nación, para culminar en la presentación de las principales dinámicas –junto con algunas interpretaciones reconocidas- ligadas a la construcción del Estado de Bienestar y la configuración de la problemática de la salud como un derecho reconocido por el Estado a partir de los años 30`y la Posguerra.

En una segunda parte de este primer capítulo, se presentará un breve análisis de los procesos que tuvieron lugar en América Latina y en el caso nacional argentino, colocando en perspectiva las transformaciones sucedidas en el ámbito de la salud pública, de la sanidad y del estado desde el siglo XIX y el XX. Finalmente, en esta segunda parte se abordarán las principales formulaciones y objetivos del proyecto sanitario nacional argentino, así como breve análisis de los vaivenes en los ritmos de intervención de las políticas nacionales argentinas dirigidas a nivel sanitario y al interior de la argentina, a partir del año 1943. En lo que refiere estas políticas nacionales se atenderá a sus vinculaciones con los procesos sociopolíticos de la etapa, a partir de las investigaciones y periodizaciones de Susana Belmartino (2005) y Karina Ramaciotti (2008 y 2009) y de análisis historiográficos especializados en la realidad político estatal de los años considerados.

El segundo capítulo, titulado “Sanidad y Estado: conceptos, actores, herencias y procesos en la provincia de Córdoba”, se focalizará el análisis en la realidad sanitaria y política de la provincia durante el período en estudio así como durante los procesos previos a

él. Luego de exponer las características socioterritoriales de Córdoba, su mortalidad y algunas tendencias presente en materia de políticas sanitarias entre fines del XIX y las primeras décadas del XX, el segundo y tercer apartado del capítulo tendrán como objetivos reconstruir analíticamente la herencia provincial. En este sentido el estudio se centrará en la presencia e influencia de los actores conservadores ligados a la Iglesia Católica y, en el radicalismo sabattinista, gobierno del Estado provincial entre 1936 y 1943. Para terminar este segundo capítulo se ha dedicará un apartado particular a abordar los rasgos y dinámicas de la vida política local entre 1943 y 1955. Este tercer apartado estará pensado como una manera de integrar procesos recuperados en los dos capítulos anteriores, pero enfatizando en los rasgos y procesos de poder que configuraron la especificidad del peronismo provincial y de marcar diferencias con lo sucedido un nivel estrictamente nacional.

La segunda parte del trabajo, estará concentrada en una investigación de base empírica y también se plasmará en dos capítulos. Tanto el capítulo tres como el cuatro procurarán construir una narrativa histórica que buscará poner en diálogo los insumos analíticos identificados en la primera sección del trabajo, con la lectura e interpretación de fuentes históricas. Alrededor de los mismos se plantearán problemáticas que intentarán dar cuenta de un proceso que halla en la provincia de Córdoba su escenario principal, pero que integrará dinámicas nacionales y posiblemente internacionales.

De manera específica, el capítulo tres denominado “La configuración sanitaria en la provincia: Entre procesos nacionales y locales (1943-1949/1955)”, tendrá el objetivo de reconstruir el mapa de las formulaciones y las concreciones en materia de políticas dirigidas a la estructuración formal normativa y en la organización administrativa y burocrática de la máxima institución en materia de salud y sanidad de la provincia. Se analizarán dos conjunto de cuestiones. En materia de conformación institucional orientada a producir políticas de salud y sanidad en la provincia de Córdoba, se identificarán problemáticas alrededor de las transformaciones en las estructuras institucionales; los contenidos y sus cambios a lo largo de los años en estudio, en cuanto a sus objetivos, alcances y limitaciones, así como las características y el diseño funcional del organigrama estatal del área en estudio.

De manera convergente el capítulo abordará el diseño administrativo burocrático, entendiéndolo como la disposición de reglas formales e informales dirigidas a organizar al personal especializado integrado al área estatal bajo estudio. Puntualmente se colocará la atención en las políticas de captación, de incentivos, de capacitación y de funcionamiento en general de la burocracia sanitaria, así como las reglamentaciones para la administración pública nacional y provincial que hubieran afectado a la burocracia, especialmente la médica.

Si bien a lo largo del capítulo se otorgará un espacio central al análisis de cómo los procesos de la vida sociopolítica local habrían condicionado las políticas y sus resultados objetivos, no se intentará soslayar la impronta que tuvieron las políticas nacionales -sus contenidos, ritmos y modalidades- ni los cambios del contexto internacional sobre estos procesos. Estos dos planos serán recuperados permanentemente a lo largo de esta parte del trabajo y tendrán un espacio particular en el último apartado del capítulo III donde se considerarán las maneras en que los desplazamientos vividos en el Ministerio Nacional se evidencian en su homólogo provincial.

El cuarto capítulo, “La élite médica y las relaciones de poder en momentos coyunturales” privilegiará el análisis de las relaciones de poder verificables que involucran a las burocracia pública especializada en salud, ya que el proceso de generación de una burocracia especializada es considerado como uno de los principales ejes de la política de modernización del Estado argentino durante la etapa en estudio. Por otra parte, abordar la burocracia estatal como una arena particular de conflicto en la conformación de las transformaciones estatales, facilitará la integración de dinámicas de poder complejas que no se restringen a los profesionales médicos integrados al aparato estatal, sino que más bien mostrarán todo un campo de poder en el que será posible identificar dinámicas de politización de actores y relaciones claves a nivel de la salud y del régimen político local y nacional. Para ello se partirá de problematizar el proceso que Ramaciotti (2009:16) identificó durante el peronismo como intentos del gobierno por lograr un cuerpo burocrático de mayores visos de profesionalidad aunque sin que perdiera lealtad al proyecto político.

De acuerdo con este contexto inicial, se trabajará con un universo definido de actores. Asimismo, el límite entre actores sociales y estatales no será considerado absoluto e inmóvil, por ello y a fines analíticos se trabajará con actores de gobierno, y con profesionales de la salud integrados y no integrados al Estado. En el caso de los actores ligados a la Iglesia Católica, fundamentalmente las Damas de Caridad o Beneficencia serán considerados a partir de sus interrelaciones con el sistema sanitario local, es decir, a partir de sus vinculaciones concretas y sus pretensiones de mantener su presencia en un sistema sanitario de los años en estudio.

En cuanto a la periodización de esta segunda parte del trabajo se partirá de retomar el único análisis sistemático que existe en la historiografía argentina sobre la construcción del Estado provincial de Córdoba durante los años en estudio. El estudio de Martha Philp ha abordado el proceso de construcción de la estructura institucional orientada a producir

políticas sociales entre 1930 y 1950, mostrando que las mismas fueron escenarios de lucha política (1998: 14 y 15). Este trabajo, a partir del análisis de las luchas en la legislatura provincial, propone dos etapas en la conformación de la estructura institucional. De acuerdo con la autora (1998: 108), la primera de ellas, entre 1943 y 1949 caracterizada por la escasez en la “producción de instituciones”, la segunda, entre 1949 y la caída del peronismo (1955) definida por cambios sustantivos en la producción institucional de la provincia, sobre todo entre 1949 y 1950, en el marco de la Reforma Constitucional de 1949. Si bien no pretenderá impugnar el aporte de esta investigación, en el presente estudio serán revisadas ambas etapas profundizando en los procesos que atraviesa entre 1943 y 1955 el área de la salud pública y sus actores fundamentales. En este sentido se tendrán en consideración las etapas recién definidas, pero procurando integrar y contrastar en el análisis los ritmos nacionales con aquellos otros hallados al nivel de procesos provinciales. Se buscará generar una nueva lectura y sus correspondientes conjeturas sobre los ritmos y las modalidades de transformación estatal en el área salud pública provincial, que no considere a los procesos locales como fenómenos meramente determinados por dinámicas más nacionales.

Para finalizar es necesario puntualizar dos cuestiones asociadas en cuanto a los alcances que se pretenderá en este trabajo. En definitiva la metodología de la histórica marcará la riqueza del análisis así como sus limitaciones. Es que, ante la imposibilidad de dar cuenta de “todos los acontecimientos”, aunque sea alrededor de una esfera limitada de procesos (Veyne; 1972: 196 y 197) se entiende que los resultados de este análisis centrado en la provincia de Córdoba no podrán ser transferidos mecánicamente a otros casos históricos, ni siquiera del interior nacional. Sin embargo, no por ello se considera que las posibilidades del conocimiento a producir puedan ser vistas como “menor”. Todo lo contrario, se parte del convencimiento de que esta investigación articulará un acercamiento significativo y un genuino aporte al conocimiento histórico, sólo uno de los posibles, pero que, aún con sus limitaciones tendrá el mérito de preguntarse por ciertos procesos que definieron históricamente la construcción del Estado en el área de la salud fuera de aquellos límites tradicionalmente recorridos por la historiografía y mal identificados como “nacionales”.

CAPITULO I

LA SALUD COMO CUESTION DE ESTADO

El proceso histórico por el cual las problemáticas de la salud y su cuidado pasaron a constituir un asunto público fueron sumamente complejas y, aunque una cierta ligazón entre la salud y lo público puede rastrearse desde los tiempos de la Antigüedad (Rosen; 1958), el primer eje fundamental en su confluencia se halla en la construcción del Estado-Nación europeo. A partir de estas dinámicas dicho proceso no pierde complejidad, sino todo lo contrario, se entrelazan aún más con problemáticas que trascendieron el horizonte europeo e influyeron en las propias definiciones y búsquedas de las naciones europeas y de las no europeas.

De acuerdo con el interés de reconstruir dichas cuestiones, en el primer apartado de capítulo se seguirá una lógica cronológica desde los tiempos del proceso de conformación del Estado nación en Europa occidental y culminará en la presentación de las principales dinámicas –junto con algunas interpretaciones reconocidas- ligadas a la construcción del Estado de Bienestar y la configuración de la problemática de la salud como un derecho reconocido por el Estado, a partir de los años 30`y en la Posguerra.

En una segunda parte de este primer capítulo se indagará en los procesos vividos en América Latina y en el caso nacional argentino, fundamentalmente desde el siglo XIX, colocando en perspectiva las tendencias generales devenidas en el ámbito de la salud pública hasta mediados del siglo XX. En cuanto a la realidad argentina, en primer lugar la indagación bibliográfica se centrará en identificar algunos rasgos de esta problemática con anterioridad a 1943, para dar paso a la reconstrucción de las principales novedades estatales y en materia de servicios de atención médica y sanidad durante el período de presencia hegemónica del Estado en la salud y sanidad.

Finalmente, en un tercer y último punto se restringirá el análisis a identificar las principales tendencias en materia de formulaciones y concreciones del proyecto sanitario nacional para el área sanitaria estatal y para la realidad sanitaria del interior nacional, identificando los vaivenes en los ritmos y sus relaciones con la compleja y cambiante realidad sociopolítica del período en estudio. Alrededor de este apartado se seguirá una lógica de exposición que reflejará los principales cambios en el régimen político formalmente entendido, discerniendo entre la etapa del Gobierno militar entre 1943 y 1946 y, los dos gobiernos democráticos sucesivos del peronismo (1946-1952/1955) Las tendencias repasadas en el presente capítulo y especialmente en su último apartado, serán puesta en dialogo en el

análisis definido en el capítulo III, que abordará los proceso de configuración del área de la salud pública provincial.

En cuanto a las novedades sanitarias del período, se organizará la exposición a partir de las periodizaciones propuestas en los trabajos de Karina Ramaciotti (2009:16), complementando estos datos, con otros recopilados a partir de distintas contribuciones del panorama historiográfico. En este último sentido, se pasará revista algunos procesos fundamentales que definieron los límites y la particular naturaleza del Estado argentino en materia de la salud.

Los análisis de Ramaciotti serán fundamentales para definir las modalidades y ritmos del proceso devenido en los organismos sanitarios de la Nación. De acuerdo a los análisis propuestos por la autora durante el gobierno peronista, pueden definirse dos etapas claramente diferenciadas, ambas puestas en perspectiva en el presente trabajo. En primer lugar, desde 1946 a 1950, la historiadora marca una importante expansión de los centros hospitalarios así como el intento de lograr un cuerpo burocrático de mayores visos de profesionalidad, aunque sin que perdiera lealtad al proyecto político. En segundo lugar, desde 1950 hasta 1954 – aunque dichos procesos se considerarán en este trabajo como presentes hasta el final de gobierno peronista en 1955- la autora constata el impacto de los recortes presupuestarios y la búsqueda de nuevos pilares de legitimidad, fundamentalmente asociados a las campañas de difusión que mantuvieron y permitieron la visibilidad política del Ministerio de Salud, creado en 1949. Asimismo, durante este último subperíodo la Fundación Eva Perón adquiere un mayor protagonismo en el área sanitaria, constituyéndose en un actor fundamental de la etapa al menos en un nivel nacional.

1. EL PANORAMA DE EUROPA OCCIDENTAL

1.1 La salud pública en el contexto de formación del Estado Nación

En el proceso de constitución de los Estados nacionales confluyen múltiples factores de diversa índole y temporalidades. En una suerte de apretada revisión se puede sostener que a mediados del siglo XVI y principios del XVII se produjo en Europa un desarrollo notable del comercio y de las fuerzas productivas, en parte asociado a una acumulación de la riqueza sin precedentes proveniente del comercio con oriente y de la explotación de América así como un crecimiento significativo de la población.

De manera convergente, el proceso de la revolución industrial y la expansión de la burguesía trajeron consigo una revolución no sólo económica sino también una científica y tecnológica así como la crisis de los regímenes políticos autocráticos imperantes hasta entonces. Dicha crisis atravesó momentos pioneros con las revoluciones francesas y americanas, ya que éstas determinaron las bases de los futuros Estados nacionales.

Como parte fundamental de este proceso de constitución estatal se diseñó un complejo aparato de policía conformado por diferentes instituciones y mecanismos de disciplinamiento y control dirigidos a garantizar el orden, la producción y la salud de la población. (Gómez Arias; 2003). En el marco de este proceso de transformación sociopolítica y económica, según Mercier hubieron de aparecer en Europa los embriones de sistemas públicos de salud como producto de amenaza de diversas epidemias, que representaban un serio obstáculo a los procesos de industrialización y urbanización y por lo tanto, tornaban necesaria la acción del estado para proteger la mano de obra del proletariado⁹ (Isuani & Mercier; 1988: 1).

9 Desde una perspectiva más estructural, Foucault (1977: 6 a 11) encuentra tres períodos de intervención del Estado en el sector de la salud. Para este autor, en Europa entre los siglos XVII y XIX se conformaron en tres diferentes países tres modelos consecutivos de sistemas de salud pública: el modelo de medicina del Estado, en Alemania en el siglo XVII, donde este se preocupa por la salud de la población, en un clima político, económico y científico característico de la época dominada por el mercantilismo. Este tipo de sistema se conformó a partir de una centralización de la información de la morbilidad, una normalización de la práctica y el saber médico y una organización administrativa para controlar la actividad de los médicos. Un segundo sistema es al que Foucault denomina la medicina urbana: “a fines del siglo XVIII surgió una medicina social, al parecer no apoyada por la estructura del Estado, (...) sino por un fenómeno enteramente distinto: la urbanización. La mirada médica estuvo puesta sobre la higiene de la ciudad; la cuarentena fue el nuevo mecanismo frente a la amenaza de enfermedades, lo que equivalía a una vigilancia muy fuerte sobre los habitantes y la higiene pública fue una variación refinada de la cuarentena. Esta se encargaba de analizar los lugares de acumulación y amontonamiento de todo lo que en el espacio urbano podía provocar enfermedades, lugares que generaban y difundían fenómenos epidémicos o endémicos y el control del agua y aire; si bien este tipo de vigilancia sobre la sociedad era llevada a cabo por la medicina occidental, el lugar desde donde se lo hacía era en el mismo Estado- Por último, la medicina de la fuerza laboral, (...) fórmula de la medicina social inglesa (...) permitió vincular tres cosas: la asistencia médica al pobre, el control de la salud de la fuerza laboral y la indagación general de la salud pública (...) y por otro lado permitió la realización de tres sistemas médicos superpuestos y coexistentes: una medicina asistencial dedicada a los más pobres, una medicina administrativa encargada de problemas generales, como la vacunación y epidemias y un medicina privada que beneficiaba a quien podía pagarla.

Asimismo, si bien el proceso fue largo y complejo, se puede identificar en el conjunto de cambios impulsados por el Estado Moderno la organización de sistemas de información; la puesta en marcha de un conjunto de medidas higiénicas de carácter obligatorio y colectivo dirigido a evitar enfermedades; el desarrollo una policía médica, y el remplazo de los viejos hospicios especializándolos funcionalmente como orfanatos, asilos, manicomios y hospitales. En este marco la hospitalización adquirió un espacio nuevo: la concentración de los enfermos bajo la mirada médica y la aplicación de técnicas de observación científica dieron origen a la clínica (Gómez Arias; 2003).

También se medicalizó el diseño y la puesta en marcha de la policía y esta tendencia se reflejó en un paquete de medidas higiénicas de carácter obligatorio y colectivo dirigidas a convertir a la higiene en norma social. Estas tendencias se reflejaron en la prioridad dada a la infancia (privilegiando la crianza); la medicalización de la familia como entidad medicalizadora y, las medidas de vigilancia y saneamiento de las ciudades (Gómez Arias; 2003).

Esta primera experiencia se aproximación sistemática de la salud de la población como asunto de interés público poseyó varios rasgos que marcaron su desarrollo y que fueron objeto de profundos debates. Sus rasgos más esenciales se han resumido en su intencionalidad utilitarista, su carácter de acción social y su dependencia marcada de la medicina.

Algunos personajes destacados jalonaron con sus propuestas los avances de la salud pública en distintos países europeos y en Estados Unidos. En el caso de los Estados germánicos los aportes de Peter Frank y Franz Mai fueron fundamentales para la pionera constitución de las políticas de salud centralizadas. En un sentido similar fue el aporte del “Comité de Salubrité” en el proceso revolucionario francés y de Joseph Guillotin en la constitución del Sistema Nacional de Administración en Salud Pública (Rosen, 1958).

En esta línea también resultó insoslayable referir, en el caso de Gran Bretaña, al discípulo de Benthan, Chadwick y su Informe de 1840 Inquiry of the laboring population of Great. En el mismo el abogado supo defender sus ideas no sólo relacionadas a que la salud de la población dependía de las condiciones socioeconómicas, sino también en pos de vincular la actuación de los poderes públicos centrales y locales con la posibilidad de evitar las enfermedades (Rosen; 1958). En esta línea desde su alto cargo en el gobierno inglés propuso y actuó en tres frentes: a) el del saneamiento ambiental; b) la conformación de grupos

médicos con la tarea de proteger la salud y, c) la promoción de la atención médica de la madre y el niño¹⁰.

Si se deja momentáneamente de lado la impronta descriptiva que ha venido estructurando el capítulo, se pude observar, de acuerdo con Rosen (1958) que la aplicación de la ciencia médica a los problemas de salud de las sociedades ha estado fuertemente condicionada más que por cuestiones meramente científicas, por fenómenos ideológicos y asociados a los intereses de los grupos dominantes de cada una de las sociedades que se consideren. La medicina social, aunque puede conceptuarse globalmente como un complejo acercamiento de la medicina a los problemas sociales, su desarrollo en cada país, sus características, limitaciones y conflictos internos responden a lógicas profundamente específicas y contextuales. Sin buscar ser exhaustivos, ya que no se ha ingresado a la especificidad de cada caso europeo, un conjunto de trabajos han resaltado una serie de variables de análisis que dan cuenta de la complejidad de los procesos considerados.

Por ejemplo para el caso Alemán se consideró el proceso de industrialización más tardía y el impacto de las ideas de la Revolución de 1848 sobre algunos de los más destacados representantes de la élite médica local. En el caso francés la fuerza que mantuvo la Revolución Francesa en las filas de los higienistas franceses definió que en su pensamiento ocupara un lugar destacado la idea del Contrato Social (Rosen; 1958).

El caso de Inglaterra, estuvo marcado por la rapidez del cambio económico, lo cual habría facilitado que las posturas sanitarias utilitarista e individualista cobren una fuerza significativa. En esta misma línea, tomando como ejemplo histórico a Gran Bretaña el trabajo de Simon Sreter (1997)¹¹ articuló una investigación original poniendo a prueba los supuestos

10 Pocos años más tarde la propuesta británica encontró una versión similar en los Estados Unidos a partir del Informe de la Comisión Sanitaria de Massachusetts de Lemuel Shatuck publicado en 1850. Con base a estas recomendaciones se crearon en el país americano servicios de salud e higiene que basaron su acción en tres pilares: ingeniería ambiental, legislación e inspección. No obstante, en estas propuestas la asistencia a los enfermos y la rehabilitación se asumieron como problemas personales, que cada quien tendría que resolver por su cuenta, a excepción de los indigentes quienes eran atendidos en hospitales de beneficencia que no constituían parte de un sistema de salud público como tal (Gómez Arias; 2003: 9).

11 Su trabajo se concentró en mostrar la complejidad histórica de las relaciones entre crecimiento económico y políticas de salud y condiciones de salud, conjeturando que los modelos de las ciencias sociales más influyentes de la post-guerra, como la teoría de la transición demográfica y la tesis de McKeown de las mejoras nutricionales de conducción al descenso de la mortalidad, fueron construidos teleológicamente como guías de acción positiva en el presente y para el futuro. De acuerdo a la lectura de Sreter, la teorización dominante en el siglo XX sobre la relación entre la salud, la economía y el cambio social, habría operado encapsulando en modelos de transición de limitada capacidad explicativa, las especificidades de los procesos de transición y, por tanto, generaron condiciones de funcionalidad para los intentos de generalización a partir de extrapolar la experiencia europea. Estos modelos de posguerra destacaban el crecimiento económico como principal motor del cambio social y preveían las transformaciones en la salud poco más que como una consecuencia de las transformaciones económicas, en nada mediadas por factores sociopolíticos. Frente a esta postura, en el trabajo de Sreter se retoman estudios contemporáneos (actuales) de demografía histórica, para mostrar a partir de evidencias empíricas, que la mejora en los sueldos de los trabajadores urbanos, no se correspondió directamente con un aumento de la esperanza de vida en los mismos, ni en una disminución de los niveles de mortalidad en el caso estudiado. De acuerdo a la discusión abierta con los teóricos de la posguerra, esta evidencia mostraría, como mínimo, que el acceso de los trabajadores urbanos a un nivel de vida más cercano a los niveles óptimos –el dinero sirve entre otras cosas acceder a una mejor alimentación- no bastaría para producir cambios sustanciales en las tasas de mortalidad y de esperanza de vida (Sreter, 1997).

y puntos de vista convencionales y hegemónicos desde ciertas perspectivas de las ciencias sociales, que han hegemónizado la explicación de los factores que permitieron a las sociedades europeas atravesar la transición en materia de régimen demográfico -específicamente en sus tasas de mortalidad, logrando pasar de un régimen premoderno con altas tasas de mortalidad (y natalidad) a otro postmoderno con bajas tasas de mortalidad (y natalidad). Aunque fueron bastas las contribuciones de Sreter, se resalta su énfasis en una multiplicidad de variables que analizadas en su confluencia histórica permiten explicar los procesos en cuestión superando las miradas restrictivas economicistas¹².

1.2 Estado de Bienestar en Europa: orígenes e institucionalidad

Al nivel de la evolución histórica de Estado de Bienestar las particularidades europeas cobran una significatividad clave. Si bien se reconoce que la etapa de estabilización y de crecimiento de aquella forma estatal en Europa devino entre la década de 1940 y la de 1970, las transformaciones que sufrió el Estado en aquellos años así como los cambios en su rol frente a la vida social y específicamente frente a las problemáticas de la salud y la enfermedad, se interpretan en el marco de una lógica de más largo aliento histórico (Paquy; 2004).

Históricamente, dichas raíces se han asociado a los procesos de constitución de los Estados Imperiales en Alemania, Francia y Gran Bretaña como respuesta ante la crisis política del Estado liberal, los movimientos anarquistas y socialistas y el triunfo de la revolución de 1917. Estos procesos incidieron en la constitución de regímenes de carácter democráticos y en el desarrollo de políticas sociales basadas en la búsqueda de cohesión social. Siguiendo los aportes Paquy (2004) se identifica la importancia del seguro social como técnica de protección social en la fase de emergencia del Estado de Bienestar. El primer país en haber introducido este sistema fue Alemania, seguido de Gran Bretaña y, Francia asumiendo

12 Para ello el autor abordó un complejo entramado de factores que marcaron conexiones entre la medicina (y los médicos) y el poder político y el entramado ideológico (Sreter; 1997) Asimismo, aunque Sreter no soslayó las problemáticas socioculturales o el papel las herencias, fue Anne Lokke quien de una manera más sistemática integró estas variables al análisis historiográfico¹². Su estudio “State and Insurance. The Long-Term Trends in Danish Health Policy from 1672 to 1973” constituye una referencia obligada en el estudio de las políticas sociales y del Estado danés desde una perspectiva de “larga duración”. En su análisis de la estructuración del Estado y su participación fundamental en el sistema de bienestar danés, Lokke reparó fundamentalmente en las complejas interrelaciones entre las instituciones y las estructuras sociales, políticas y económicas. Una de sus mayores contribuciones y originalidad la autora aborda el rol que juega el protestantismo en la consolidación de los procesos de alfabetización y a partir de ello en la estructuración del sistema político y de bienestar danés (Lokke; 2007).

relaciones complejas entre seguridad y asistencia. Suecia, por su parte permaneció única adoptando un marco legislativo universal de seguro social.

A partir de los aportes retomados por Paquy (2004) aunque se puede asumir la posible inscripción de los casos de Alemania, Inglaterra, Francia y Suecia en “modelos europeos de bienestar” también es posible y, en este caso oportuno ahondar más que en los resultados en los procesos que le otorgaron identidad histórica a cada una de estas experiencias en materia de orígenes del Estado de Bienestar. Alemania fue el primer país en establecer esta nueva forma de protección social, y el modelo alemán sirvió como una referencia a muchos países europeos, los motivos por qué el Canciller Bismarck introdujo un sistema social de seguros fueron múltiples. El primer factor, como en el caso de la mayoría de otros países europeos, se asoció con la aguda cuestión social vinculada al desarrollo de la industrialización y la urbanización. Más específico a Alemania era la fuerte tradición “de la reforma descendente” asociada a la debilidad de liberalismo político y económico comparado a otros países europeos (Ritter, 1996: 34 y 2001: 9 en Paquy; 2004). Asimismo para comprender la aceptación de las demandas obreras fue clave la búsqueda de “(...) cimentar la democracia social y de desactivar la bomba revolucionaria que amenaza al Imperio” (Abelshauser, 1996: 126 en Paquy; 2004). En esencia, el seguro social consistió en “un seguro contra revoluciones sociales y políticas” (Ritter, 1996: 38 en Paquy; 2004) y era parte de un proyecto enorme alternativo al liberalismo económico, e implicó una nueva organización del estado, la empresa, y la economía en el marco de un proceso de constitución de una comunidad nacional armoniosa nacional sobre la base de “los cuerpos intermedios para quien el estado sería el único protector posible” (Kott, 1996: 44 en Paquy; 2004).

Aunque Gran Bretaña no adoptó el modelo social de seguros alemán sí tomó la inspiración del plan alemán en cuanto a establecer un programa que incluyera la salud y la protección ante el desempleo. Las diferencias fundamentales entre los dos sistemas fue que en el caso del británico no se requirió que las contribuciones fueran proporcionales al ingreso, sino que proporcionó un plan de contribución general para todos los trabajadores. De ahí, el objetivo no era mantener el nivel de vida sino prevenir la necesidad (Merrien, 1997: 17 y 18 en Paquy; 2004). De acuerdo con Emmanuel Reynaud, “Uno puede leer la historia de la construcción del estado de bienestar en Gran Bretaña como la tensión entre tentativas de evitar la lógica de las Leyes de asistencia pública y mentalidades que persisten (...)” (Reynaud, 1995: 234 en Paquy; 2004). En el proceso inglés las herencias jugaron un papel destacado asociado a la fuerte influencia de La Ley de Pobres de 1601 y 1834, parcialmente

superada con las reformas liberales de 1908 y 1911 y finalmente abolida en 1948 (Paquy; 2004).

En comparación con los otros intentos Francia "se quedó atrás" en la adopción de un sistema social de seguros (Korpi, 1995: 23 en Paquy; 2004). Sin embargo desde fines del siglo XIX se propusieron ciertas leyes para cubrir "riesgos particulares especificados en cada ley: enfermedad, vejez, la familia. Después de primera guerra mundial, la reintegración de Alsacia-Lorena (antes gobernado por el sistema alemán social de seguros), así como la noción cada vez más compartida de la superioridad moral de seguro sobre la asistencia (Palier, 2002: 67 y 68 en Paquy; 2004) causó el establecimiento de un más amplio sistema de seguro social obligatorio entre 1928 y 1930. Estos programas de seguros, cubriendo peligros para la salud, invalidez y vejez, se hicieron obligatorios para empleados cuyo ingreso era inferior a un techo fijo. A pesar de que las ventajas fueron financiadas por una doble contribución de asalariados y patrones en la cual el estado también participa, no se acabó con otras estructuras de ayuda públicas que era resultado factores políticos. Como Didier Renard la política de ayuda pública puestas en movimiento en los años 1880 y apuntada al refuerzo de la República, buscaba al menos en un principio, contestar sobre la Iglesia católica, profundamente complicada en las instituciones de bienestar del período (Messu, 1999: 126 en Paquy; 2004).

En los países escandinavos (Dinamarca, Noruega, Suecia y Finlandia), los sistemas de seguridad social fueron presentado distintas formas en intervalos variables, según el país y los riesgos cubiertos (Abrahamson, 1999a: 37 en Paquy; 2004). El estilo Bismarckiano parece haber tenido una influencia incuestionable sobre la construcción de los primeros estados de bienestar escandinavos. Sin embargo, estos países, caracterizados por el acceso universal a ventajas, no esperaron la publicación del informe de Beveridge para ampliarse sobre este modelo (Palier, 2001: 38 en Paquy; 2004). Una razón de esto residió en el papel importante jugado por la categoría profesional de agricultores y su alianza con la clase obrera en sus esfuerzos para obtener "programas de tipo universal (...) no sólo para trabajadores industriales, pero también para el mundo agrícola" (Korpi, 1995: 22, en Paquy; 2004).

En la postguerra, la política social fue tomando su forma contemporánea (Merrien, 1998: 23 en Paquy; 2004). Durante este período se tomaron decisiones fundamentales en cuanto a las opciones de organización para los sistemas de protección social y, la salud pública comienza a ser concebida como parte orgánica de los mismos. De acuerdo a Merrien

el nacimiento del Estado de Bienestar moderno inevitablemente está unido al nombre de Beveridge (1998: 23 en Paquy; 2004).

El plan nacional de seguros de Beveridge confió en tres principios: unidad, universalidad, y uniformidad (ibíd: 142 y ss. en Paquy; 2004). El primero de estos puntos estaba preocupado por la organización de la protección social con la creación de un sistema unificado que monta todas las ramas manejadas por una organización unificada centralizada por el Estado. El segundo principio estipuló que el plan social de seguros cubría toda la población contra riesgos sociales. Finalmente la uniformidad querida decir tanto contribuciones como ventajas: cada persona " tuvo que contribuir la misma cantidad y a cambio recibiría la misma cantidad de ventajas ", ambos calculados a una tarifa baja (Reynaud, 1995: 236). De hecho, el plan de Beveridge fue concebido como programa general de protección social mínimo orientado a las necesidades de subsistencia básica.

Sin embargo, las alternativas estaban disponibles, incluso aunque esto no siempre era reconocido (Palier, 2001: 103 en Paquy; 2004). En Francia, el plan de seguridad social 1945 reflejó un compromiso ambiguo entre " objetivos puramente franceses, "los principios del Beveridge de acción y los métodos de Bismarck " (Palier, 2002: 102 en Paquy; 2004). El plan francés social de seguros (1945-1946) se colocó sobre dos objetivos: " integración social y la emancipación de los trabajadores de una parte y, desde otra mejora de Francia", esencial después de la devastación de la guerra (Palier, 2002: 95 en Paquy; 2004). Para Palier esta orientación resulta esencial para "entender la legitimidad de seguro social en Francia", inventado por altos funcionarios públicos de oficina y, sin embargo, presentado políticamente como "un deber hacia trabajadores, un derecho social" (2002: 100 en Paquy; 2004).

De otra parte, el plan francés se diferenció fundamentalmente del plan británico en un punto significativo: los fundadores del plan francés social de seguros rechazaron la intervención directa del estado, recomendado por Beveridge, prefiriendo la dirección por los trabajadores y los patrones. Esta opción reflejó "una desconfianza fuerte del estado "debido a su carencia de flexibilidad y capacidad para adaptarse, sus trampas burocráticas, y su lógica puramente administrativa (Palier, 2002: 84 en Paquy; 2004). Esto también implicó la cooperación entre las clases sociales, la participación del trabajador en la dirección económica y social y, de ahí, su aumento en su sentido de responsabilidad (ibíd: 86; Kerschen, 1995: 147). Esta concepción fue acompañado por la financiación exclusiva de contribuciones sociales sin la necesidad de solicitar esfuerzos al presupuesto estatal (Palier, 2002: 87 en Paquy; 2004).

En 1945, el objetivo era esencialmente para racionalizar, unificar, y ampliar el sistema social de seguros más bien que instalar un sistema de protección universal. La coherencia institucional del plan francés social de seguro parecía tomar más inspiración de Bismarck que de Beveridge" (Ibídem: 103 en Paquy; 2004).

En Alemania, aunque la organización tradicional del seguro social fue conservada durante el Tercer Reich los recursos sin embargo habían sido gastados en la financiación del esfuerzo de guerra " (Abelshauser, 1996: 117 en Paquy; 2004). La situación financiera de todos los recursos era aún más problemática a raíz de la guerra, la distribución de ventajas nuevas a las víctimas de guerra y a los prisioneros de guerra que vuelven. Para economizar los recursos, los gobiernos de ocupación aliados habían planificado unificar la vejez y el seguro médico a lo largo de las líneas del informe de Beveridge (ibíd: 133 en Paquy). Sin embargo, sus proyectos no fueron más lejos que la administración aliada; la reforma de protección social entonces pasó a manos de líderes alemanes.

Puesto en práctica en Alemania Occidental desde 1948, el concepto de economía social de mercado apuntaba a asegurar la estabilidad socioeconómica por un marco institucional que garantizaba la competencia genuina. Esto no incluyó un programa detallado para transformar el sistema social de seguros (Ritter, 1996: 35 en Paquy; 2004); sin embargo, contribuyó a nuevos accesos en el campo de la protección social, proveyendo una genuina "filosofía de protección social " (Abelshauser, 1996: 115 en Paquy; 2004).

La economía social de mercado fue caracterizada por el nuevo papel central asignado al Estado en las actividades económicas. De verdad, contrariamente al liberalismo tradicional, se abogaba por "la primacía estatal sobre la economía para garantizar una eficiente competición y sobre todo orientar la economía de mercado al bien común" (Aberlshauser, 1996: 117 en Paquy; 2004).

Los motivos para perseguir y mejorar el sistema bismarckiano fueron numerosos. Ante todo, apareció que el objetivo oficial " de la prosperidad para todos " no era factible: desde los años 1950, la tendencia hacia la distribución injusta de ingreso y riqueza era ya totalmente perceptible. Además, los sectores tradicionales de la política social siguieron desarrollándose, sumado a la importancia de valores filosóficos, como el papel primario del individuo, la dignidad, la solidaridad, la noción de deber que preside los análisis macro y micro económicos, así como el estado de los recursos federales estatales, que autorizaron el intervencionismo oficial estatal para corregir imperfecciones de mercado.

En los países de sur de Europa¹³ los procesos históricos fueron significativamente disimiles, allí, las tendencias principales de protección social ocurrieron en los años 1970, y aún en los años 1980 (2004) También en estos casos confluyeron factores de diversa índole definiendo los ritmos y las modalidades de la aparición del estado como actor fundamental de intervención en la vida social¹⁴. Paquy menciona con especial énfasis el peso de las experiencias de regímenes autoritarios, y la ausencia del concepto del Estado Social dentro de la experiencia cultural en Portugal o España (2004: 34 a 37)

13 Moreno (2001:73) ha mostrado, por ejemplo que la distribución de subsidios de invalidez en el Mezzogiorno italiano y la intermediación de los partidos políticos se ha constituido tradicionalmente en una práctica institucional generalizada, a menudo en connivencia con el fraude encubierto. En Grecia, y en menor medida en España, se ha mostrado que el acceso a redes clientelares a menudo subsidiadas por los poderes públicos constituye un cauce importante para la apropiación de recursos y privilegios.

14 Frente a este panorama resultó lógico plantear que la afirmación del estado vía políticas públicas (Esping-Andersen; 1990) sólo pueden ser subsumidas en modelos europeos atendiendo a tendencias muy generales del proceso, englobando a casos distintivos en momentos históricos particulares y, en última instancia con fines macrocomparativos¹⁴ Para dar más sustento empírico a lo que venimos sosteniendo consideramos los análisis de Moreno. En ellos se han detectado ciertos rasgos característicos de una variante del “modelo continental” inspirado específicamente en la doctrina social de la Iglesia Católica (enunciada en 1891 por la encíclica *Rerum Novarum*), al que —por eso mismo— tiende a denominarse modelo familiarista-católico-latino. Este modelo estaría caracterizado por la descarga de buena parte de las tareas asistenciales sobre la familia, y muy especialmente sobre la mujer. En estos casos, las organizaciones subsidiadas por el sector público constituyeron en sí mismas un freno a reformas comprensivas generalistas (Moreno; 2001) Cuando se consideran procesos particulares, se ha mostrado, por ejemplo que la distribución de subsidios de invalidez en el Mezzogiorno italiano y la intermediación de los partidos políticos se ha constituido tradicionalmente en una práctica institucional generalizada, a menudo en connivencia con el fraude encubierto. En Grecia, y en menor medida en España, el acceso a redes clientelares a menudo subsidiadas por los poderes públicos constituye un cauce importante para la apropiación de recursos y privilegios. Frente a este panorama, concluirá parcialmente Moreno, en la Europa meridional la solidaridad adopta un carácter micro y se observa fundamentalmente en el seno de la familia (2001:73).

2. AMERICA LATINA Y EL CASO DE ARGENTINA (siglo XIX y XX)

2.1 América Latina y Argentina: matrices de desarrollo

En el período postindependentista se identificó en toda América Latina la necesidad de que los estados en vías de consolidación de acuerdo a los ritmos de conformación locales se involucraran en cuestiones de la salud colectiva¹⁵. En términos generales, Cueto, piensa algunas etapas en el desarrollo de la medicina que relaciona en una gran medida con las preocupaciones estatales por la salud, observando que durante el siglo XIX persistieron viejas instituciones coloniales como el protomedicato y el protofarmaceuticato “(...) con organismos y cargos rentados por el Estado, que sólo tuvieron efectividad a nivel portuario y de las grandes ciudades” (1996:17).

Esta aparición del Estado en la escena de la salud, estaba asociado a las necesidades económicas de los países latinoamericanos que comenzaban a integrarse a la economía mundial como productores de materias primas. Tal vez un punto de inflexión, en lo que se refiere a la acción del Estado en la problemática de la salud en América, sea el período que va entre fines del siglo XIX y principios del XX, cuando el higienismo comenzó a generar políticas destinadas a sanear el medio ambiente de las ciudades: en ese marco se organizaron los primeros servicios estatales, en algunos casos de alcance nacional y en las ciudades se formaron las asistencias públicas, los establecimiento de “gotas de leche”, destinados a atender a la infancia y, los primeros hospitales de niños. La legislación comenzó a tener un peso importante en el desarrollo de la salud pública.

Sobre la especificidad de los recorridos en cada caso nacional Ramaciotti (2008) recuerda que las diferencias se asociaron al peso histórico de las instituciones previas, el poder corporativo de los profesionales y la influencia de la Fundación Rockefeller en la delimitación de políticas sanitarias nacionales y en el control de algunas enfermedades epidémicas¹⁶.

A partir de la década del veinte y hasta la década del cuarenta, según Cueto (1996: 20) se dan dos transformaciones fundamentales en lo que se refiere a la intervención estatal sobre

15 En América Latina, Marcos Cueto (1996) observa que las preocupaciones del Estado por la salud de la población comienzan a generarse tempranamente, a mediados del siglo XVIII en plena dominación de la corona española. No obstante, estas movilizaciones tuvieron como punto de referencia las concepciones mercantilistas del despotismo ilustrado europeo, en especial la de los Estados alemanes del siglo XVIII (Cueto; 1996:15)

16 Ejemplos de estudios sobre la historia de la Fundación Rockefeller son Paulo Gadelha, “Conforming strategies of public health campaigns to disease specificity and national context: Rockefeller Foundations early campaigns against hookworm and malaria in Brasil”, Parasitología, 1998, 40, pp.159-179, y Luna Rodrigues, “La fundación Rockefeller y los servicios de salud en San Pablo (1920-1930)”, Manguinos, 2002, pp. 561-590 (en Ramaciotti; 2008: 53)

la salud en la mayoría de los países de América Latina, uno fue la conformación de los ministerios de salud y otro la organización de los seguros sociales. Estos organismos estatales con mayor autonomía se crearon Cuba en 1909, en Chile en 1924, en Costa Rica en 1927, en Ecuador en 1930, en Colombia en 1931, en Brasil y México en 1934, en Nicaragua, Guatemala y Panamá durante el decenio de 1940, y más tarde en Paraguay, Uruguay y Venezuela¹⁷.

También en América Latina las políticas sociales constituyeron un capítulo importante entre las medidas propuestas en los países centrales para paliar los efectos de la crisis de 1929. En esa difícil coyuntura comienza a configurarse la imagen del Estado Benefactor, responsable del bienestar, que garantiza la paz social mediante el apoyo a los sectores menos favorecidos y atenúa los desequilibrios mediante políticas redistributivas, aunque con características organizativas y limitaciones particulares de acuerdo a cada Estado en concreto.

Dicha temática se refuerza a fines de la segunda guerra con las recomendaciones de los distintos organismos y acuerdos internacionales referidas a la implementación de sistemas de Seguridad Social. Como señaló Karina Ramaciotti, en primera instancia los consensos alcanzados en las conferencias internacionales sirvieron para legitimar y dotar de mayor impulso a las demandas locales. En la I Conferencia de Washington de 1902 y en la IX Conferencia Sanitaria Panamericana en 1935, se recomendó que los gobiernos reunieran los servicios de asistencia pública y privada, beneficencia y sanidad bajo el régimen de una sola autoridad¹⁸. Posteriormente, la Carta del Atlántico, a la que los países americanos adhirieron con la resolución votada en Chapultepec en 1945, la declaración de Santiago, de 1942, y la declaración de Filadelfia de 1944, sancionaron el programa desarrollado orgánicamente por Beveridge y sintetizado en su afirmación de que el Plan de Seguridad Social por él propuesto no constituía sino una parte de un programa general de política social dirigido a atacar a los cinco gigantes malignos: "la necesidad, por falta de medios de subsistencia; la enfermedad, que frecuentemente causa aquella necesidad; la ignorancia, que ninguna democracia debe permitir entre sus ciudadanos; la miseria, que surge gracias a la azarosa distribución de la

17 Para una ampliación sobre las historias nacionales de la salud pública véase, para Chile: María Angélica Illanes, *En nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia. Historia social de la salud pública. Chile. 1880-1973*, Santiago de Chile, Colectivo de Atención Primaria, 1993. Para Brasil: Nisia Trindade Lima y Gilberto Hochman, "Condenado por la raza, absuelto por la medicina: el Brasil descubierto por el movimiento médico-higienista de la Primera República", en D. Armus, *Avatares...* ob.cit., pp. 145-170. Para México, Claudia Agostoni, "Discurso médico, cultura higiénica y la mujer en la ciudad de México entre fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX", en D. Armus, *Avatares...* ob. cit., pp. 229-252, y Ana María Carrillo, "Economía, política y salud pública en el México porfiriano (1876-1910)", en *Historia, Ciencias, Salud- Manguinos*, vol. 9. Steven Palmer, "Esbozo histórico de la medicina estatal en América Central", en *Dynamis*, N ° 25, 2005, pp. 59-85 (en Ramaciotti; 2008: 54)

18 Sobre la influencia de los congresos médicos en la política sanitaria véase: Marta de Almeida, "Perspectivas sanitarias y representaciones médicas en los Congresos Médicos latinoamericanos (1901- 1913)", en *Revista Horizonte*, vol. 21- Janeiro/Dezembro 2003, pp. 37-47, y Marcos Cueto, *El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud*, Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2004. (en Ramaciotti; 2008: 53)

industria y la población; la ociosidad, que destruye la riqueza y corrompe a los hombres (...)” (Belmartino & Bloch; 1980: 3).

En Argentina se siguió aproximadamente los mismos pasos que en América Latina: La modernización creciente del Estado Nacional durante la segunda mitad del siglo XIX, junto al desarrollo de la inmigración y la recurrencia de epidemias llevaron a generar instituciones estatales que intervinieron fuertemente en el ámbito de la salud; este proceso se daba en el contexto de una profesionalización paulatina de la élite médica que se insertaba en estas instituciones (González Leandri, Ricardo; 2000). En los primeros tiempos la salud fue vinculada a la “cuestión social” y, por lo tanto, sujeta a la intervención del Estado desde donde los higienistas implementaron estrategias de intervención, vinculadas a la propagación de enfermedades infecto contagiosas, especialmente sobre ciertos sectores sociales, los pobres (Suriano; 2000: 11).

Según Armus y Belmatrino (2001) a principios de los años veinte, y durante la década del treinta, este tipo de intervención estatal pasó, paulatinamente, a un plano secundario como consecuencia en los cambios en tendencia y las causas de la mortalidad, en pleno proceso de transición de la mortalidad: en las grandes ciudades las enfermedades infecto contagiosas comenzaron a declinar y aparecieron en las estadísticas, cada vez en mayor número, las enfermedades degenerativas propias de la modernidad, según las concepciones sociales de la época. Este tipo de cambios en la tendencia de la mortalidad llevó a que la salud pública intensificara ya no las medidas de higiene dirigidas a prevenir, sino medidas de carácter sanitario, mayor número de hospitales y camas, que siempre resultaron insuficientes, y una mayor presencia médica en todos los aspectos de la salud (Ibíd: 1).

A nivel nacional, a medida que avanzaban las primeras décadas del siglo XX se puede apreciar una modernización creciente de las instituciones que se encargarían de dirigir la atención de la salud en la Argentina, acompañado por la creación de un entramado de instituciones asistenciales dirigidas por los diferentes niveles estatales, donde cada vez más la élite médica tenía una más fuerte presencia y, por las asociaciones de la sociedad civil. En grandes líneas los hitos institucionales de toda el período se resumieron en la creación del Consejo Nacional de Higiene en la década del ochenta del siglo XX; en octubre de 1943, la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social; la Secretaría de Salud en 1946 y, luego en 1949, el primer Ministerio nacional de Salud (Ramaciotti; 2001:35).

No obstante, en un proceso largo y complejo se fueron generando múltiples iniciativas institucionales que, la mayoría de las veces actuaban en la sanidad de manera de

descoordinada y conflictiva. Por muchos años las entidades de beneficencia ocuparon un lugar importante en la salud en Argentina. La Sociedad de Beneficencia de Buenos Aires, tal vez la sociedad más emblemática de la Argentina, fue creada en 1823 por las gestiones de Rivadavia quien dejó a cargo de su administración a mujeres que pertenecían a las familias de la élite bonaerense (Moreno; 2000:10). Su acción y evolución se dividió en distintas etapas, según Moreno (Ibíd: 11 a 13:) 1) su decadencia, apenas instalada, cuando el gobierno de Rosas le quitó apoyo económico; 2) su reinstalación luego de 1852 y comienzo de su consolidación y crecimiento institucional hasta 1893 ayudada especialmente por los problemas de carácter social que generaba la inmigración masiva, 3) momento en que el Estado Nacional le otorgó una parte de los beneficios que aportaba la Lotería Nacional, con lo cual, según el autor antes mencionado, se consolidó una mayor dependencia con el Estado Nacional, hasta 1948, momento en que fue intervenida por el Gobierno peronista.

De manera convergente funcionaba desde comienzos del siglo XX la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, institución que dependió del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto y que representó un intento de integrar el territorio nacional por medio de la creación de establecimientos sanitarios donde se trataran las enfermedades mentales y las infectocontagiosas. Su área de influencia fue la zona central del país. Como subrayó Ramaciotti tanto esta última institución como la Sociedad de Beneficencia de la Capital, controlaron una gran cantidad de centros asistenciales y contaron con subsidios estatales; por esta razón, ambas constituyeron un terreno de disputa, cuestionamientos y adhesiones (2008: 42).

Fue el crack internacional de 1929 la señal que la élite dirigente no pudo ignorar. El poder oligárquico fue sacudido por la crisis económica que repercutió en gran medida en sus esquemas de inserción en el mercado internacional. En el plano nacional, si bien en la década del 30' no se desarrolló una política destinada a ampliar el mercado interno mediante la incorporación de nuevos sectores al consumo, durante la II Guerra Mundial, al cesar completamente la entrada de mercancías extranjeras, especialmente británicas, se produjo una coyuntura favorable para el proceso conocido como de sustitución de importaciones, con el desarrollo necesario de nuevas industrias¹⁹, lo que a la poste marcaría una notable diferencia

19 En nuestro país esta crisis de vinculó a la ruptura del orden institucional con la presencia del Ejército y el advenimiento del neoconservadorismo. En este esquema, la gobernabilidad apareció nuevamente asociada, como en los tiempos del Estado oligárquico, a la democracia restringida (Ansaldi: 1986-1987:391 a 421) El Plan económico de 1933 estuvo a cargo de Federico Pinedo y Luis Duhau desde los ministerios de Hacienda y Agricultura (Persello; 2004:222) En este esquema, el Estado árbitro de la etapa anterior, adquiere rasgos marcadamente intervencionistas que se manifiestan a través de la economía, de las finanzas y en su relación con la sociedad toda. No obstante, las continuidades con las políticas económicas del pasado eran muy significativas, por ejemplo la economía

de condiciones para los gobiernos de la década siguiente, especialmente los peronistas desde 1946 (Belmartino & Bloch; 1980: 3) En el marco de estas transformaciones, desde la década del 30' el Estado nacional había asumido una serie de funciones que si bien estaban encaminadas a sostener su impulso industrializador y regular la nueva estrategia de crecimiento, supusieron también una mayor capacidad de penetración en distintos ámbitos de la vida social y, en materia de problemáticas de la salud y organización sanitaria en particular²⁰.

En el contexto de un modelo económico que se iba definiendo lentamente a partir de la década de 1930 apareció una de las rupturas fundamentales que trajo consigo el proyecto del gobierno militar inaugurado con el Golpe Militar de 1943 en comparación a los de la década anterior (Ibíd: 3). El Estado de Facto comenzó a jugar el papel de árbitro entre los diferentes grupos de la sociedad, y, una vez superadas las primeras etapas regresivas y represivas, el proyecto político se mostró cada vez más ocupado por la cuestiones de legitimidad e inclinó “(...) la balanza hacia el costado ‘social’; este viraje fue encarnado primordialmente por la Secretaría de Trabajo y Previsión y en su titular”, el por entonces Coronel, Juan Domingo Perón (Campione, 2007. 84) Asimismo, durante el peronismo la planificación en Salud Pública constituyó un engranaje sistemático de la política sanitaria como nunca antes en la historia argentina, ampliándose el concepto de ciudadanía social a partir del otorgamiento del derecho a la salud a grupos hasta entonces relegados (Ramaciotti; 2008: 285).

Fue justamente a partir de estas tendencias que Belmartino y Bloch (1995: 8) identificaron el comienzo de un período donde se registra el momento de mayor presencia estatal en el sector salud. Ello, no sólo en los aspectos reguladores sino también en lo

agroexportadora ocupó un lugar esencial. Al estallar la Segunda Guerra Mundial se estructuró el Plan de Federico Pinedo, de 1940. El modelo procuró conciliar la industrialización y la economía abierta para anticiparse a los efectos de la posguerra y reactivar la economía nacional, alejando un acercamiento con los Estados Unidos. Este plan buscaba “[...] afrontar lo que se suponía serían los efectos de la guerra [II Guerra Mundial] en la economía argentina: cierre de los mercados, caída de las exportaciones y fuga de capitales” (Persello;2004:225 y 226). La propuesta de Pinedo marcaba una franca ruptura con políticas económicas precedentes. Fundamentalmente, proponía un sistema de financiación “[...] a través del Banco Central, con el objetivo de estimular el desarrollo de aquellas industrias que elaboraban materias primas nacionales, de promover construcciones económicas para obreros y empleados [...] y de comprar la producción excedente que no pudiera ser colocada en sus mercados habituales” “Todo [estaba] asentado sobre el supuesto de que el papel del estado debía ser crear condiciones, ofrecer el incentivo necesario para reactivar la economía movilizando recursos disponibles sin sustituir a las fuerzas privadas” (Persello;2004: 226)

20 Ya durante los tempranos años veinte surgieron proyectos vinculados con la necesidad de que el poder público penetrara en todo el territorio nacional, materializara estructuras administrativas e instrumentos legales y burocráticos adecuados. Aunque no se lograron resultados estables hasta la época denominada como de presencia hegemónica de Estado en el sector salud (1943-1955), en el terreno legislativo existieron numerosos proyectos orientados a constituir una organización sanitaria centralizada. Para profundizar en estos proyectos y sus debates de reforma véase Ramaciotti Karina; Las políticas sanitarias del primer peronismo: ideas, tensiones y prácticas; Tesis para optar por el título de Doctora en Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, pp 87 a 122.

relacionado con la expansión de la capacidad instalada. No obstante, la impronta específica en el caso argentino definirá la fragmentación característica del período y del posterior desarrollo nacional. Esta se sintetiza, de acuerdo con Belmartino y Bloch (1995: 8) en la división infranqueable entre las instituciones reguladas por ley: de un lado, las direcciones de obra sociales y por otro lado el sector público. Dicha construcción nacional respondió a un complejo y cambiante escenario sociopolítico. En resultado marcó un distanciamiento con el plan original basado en el Informe Beveridge y, determinó que se produjera un reconocimiento formal del derecho a la salud que se efectivizó en determinados sectores con un acceso diferencial a los beneficios de la atención médica, generando complejos compromisos con diversos sectores sociales (Belmartino y Bloch; 1980: 6 y 7).

En cuanto al sector público, objeto del análisis propuesto en la presente investigación, y representado institucionalmente en el plano nacional, primero por la Secretaría de Salud Pública y luego por el Ministerio, el proyecto original no fue menos ambicioso ni menos dependiente del cambiante panorama sociopolítico del período.

A continuación profundizaremos en este entramado histórico, durante los gobiernos militares entre 1943 y 1946 y en los peronistas de 1946-1952/1955, delineando las tendencias centrales en la estructura institucional pública, los objetivos e intervenciones centrales del proyecto sanitario nacional así como sus modalidades y ritmos de expansión y repliegue. De manera convergente, en todo momento procuraremos poner en perspectiva las orientaciones y limitaciones fundamentales de las políticas sanitarias nacionales orientadas al interior del país.

2.2 La sanidad argentina en el período de presencia hegemónica del Estado nacional (1943-1955)

2.2.1 El Golpe de 1943 y gobierno militar (1943-1946)

Campione (2007), en coincidencia con el análisis realizado por Rouquié (1975) sostuvo que el Golpe de 1943 fue lo más parecido, que hasta ese momento se había producido, a un encumbramiento bonapartista, ya que no se sustentó en ningún sector de la sociedad civil (2007: 19). Según Campione en el marco de una diversidad de propósitos entre los militares involucrados, se destacó la resolución de resolver los conflictos abiertos por los manejos discretionales y conservadores de la década anterior y su maquinaria estatal a la que (...) se consideraba clasista (...) parcial, no comprometida con el bien común" (2007: 83) En

esta dirección se produjo en 1943 un cambio en la concepción del Estado que superaba la tensión la disputa intervención/no intervención.

En términos políticos y económicos la coyuntura internacional y nacional potenciaba particularmente este tipo de concepciones y sus prácticas asociadas. Desde el plano internacional la búsqueda de vertebrar a los diversos actores sociales que se vivía en al ámbito doméstico se asemejaba a grandes rasgos al modelo puesto en marcha por Estados Unidos y Europa por aquellos años (Ibídem: 201).

En convergencia con los objetivos del gobierno militar (Ibíd.: 81 a 96) en un plano “operacional”, los altos mandos del gobierno sostuvieron una voluntad modernizadora de a partir de una ampliación del campo de acción del Estado y de las bases materiales de su consentimiento. En el marco de un gobierno de Facto que no se reconocía como provisional (a diferencia de lo sucedido con el Golpe de Estado anterior, en 1930) durante estos años se reforzó la centralización y, los espacios políticos del interior nacional fueron intervenidos. Ello, también se plasmó en la presencia de diversos organismos públicos nacionales en el interior de país a través de delegaciones regionales. Esta configuración en algunos casos definieron una situación que Oszlak (1997: 157, en Ibíd.: 91) ha caracterizado como de “descentralización del control” como complemento del “proceso de centralización del poder”.

Esta intención centralizadora también se trasladó a la construcción de nuevas agencias estatales orientadas a las problemáticas de la salud, enfermedad y atención médica. En ellas toma cuerpo la consigna militar unidad de comando, con gran difusión en los años 20' y 30' (Belmartino; 2005: 110). Desde un comienzo, el 21 de octubre en 1943, el Decreto N° 12.311 determinó la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, dependiente del Ministerio del Interior. En virtud de dicha resolución se colocan bajo un comando sanitario único todos los organismos de salud pública, asistencia social, y cuerpos médicos dependientes de la Nación. Como explicó Ramaciotti, por lo menos en términos enunciativos con este Decreto se daba respuesta a toda una serie de demandas de parte de los círculos científicos enunciadas en distintos congresos tanto nacionales como internacionales (2009: 36).

No obstante, en agosto de 1944, se produjo un cambio en la jurisdicción del nuevo organismo, que pasó a llamarse Dirección Nacional de Salud Pública, entendiendo sólo en lo relativo a asistencia hospitalaria, sanidad e higiene y quedando excluido de sus atribuciones todo lo referente a asistencia social y beneficencia, asuntos incorporados a la atención de la Secretaría de Trabajo y Previsión (Belmartino & Bloch; 1980).

La Dirección Nacional de Salud Pública condensó en su matriz administrativa la aspiración de combinar la cura con la prevención de enfermedades en todo el territorio nacional. Sus departamentos fueron cuatro (4): Higiene y profilaxis general; Asistencia Médica y Medicina preventiva, Medicina Fiscal y Administración. Además, en la búsqueda de mitigar los -en muchos casos paupérrimos- presupuestos de las administraciones locales así como contrarrestar el peso de otros actores con atribuciones en el área sanitaria, se creó un fondo de ayuda Federal y establecieron delegaciones regionales en las provincias con el fin de conocer las necesidad de ese interior y establecer las acciones sanitarias correspondientes (Ramaciotti: 2009).

Dicha división de jurisdicciones mostró mucho más que un problema de formas, si bien las reorganizaciones ensayadas eran presentadas como parte de un plan racional presentaban un significativo componente de improvisación (Campione; 1996, en Ramaciotti; 2009: 37). Los centros que cambiaron de administración fueron los que habían dependido del Departamento Nacional de Higiene y de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales. Las sociedades filantrópicas, cuya presencia en las provincias del interior nacional era profundamente significativa conservaron su autonomía hasta que en 1948 se crea la Dirección Nacional de Asistencia Social (Ramaciotti: 2009:37).

En los momentos de los clivajes partidarios de 1943-45, aquellos actores que promovían la formación del peronismo, reconocieron que al intervencionismo económico se le debían agregar las iniciativas en el plano social (Sidicaro; 2002: 94). En este contexto no fue casual que recién con la creación de la Secretaría de Salud Pública en 1946 se diera comienzo a un proceso en que muchas de las ideas sustentadas previamente, tomaron forma tanto desde la organización institucional, como desde el punto de vista de la presencia que logró tener el estado en todo el territorio nacional Ramaciotti (2008: 285).

2.2.2 Los gobiernos peronistas (1946-1952/1955)

La creación de la Secretaría de Salud Pública (SSP) el 23 de mayo de 1946 representó el abandono del área de la salud pública a la filiación que durante más de sesenta años había tenido con el Ministerio del Interior (Ibíd: 87). En el área de salud se nombró el nuevo Secretario de Salud Pública, Dr. Ramón Carrillo con la jerarquía de Ministro. Carrillo estuvo destinado a cumplir el más desatulado papel en la reorganización de la salud pública nacional de estos años, nombrado en 1946, continuara en el más alto cargo de la cartera de salud, luego

de que la reforma constitucional de 1949 y la Ley 13.529 convirtieron a la SSP en Ministerio de Salud (Ibíd.:117).

La aparición de la SSP se identificó como el inicio de un recorrido en búsqueda de mayores facultades en la administración tanto de la gestión como del manejo de las cuentas (Ibíd.:88). Por la importancia otorgada a la planificación se confeccionó el Plan Analítico de Salud de 1947, que compendió de tres tomos de casi cuatro mil páginas que sintetizaron las aspiraciones técnicas de un conjunto de profesionales convocados por el gobierno para elaborar el proyecto (Ibíd.: 90).

En materia de organización administrativa, fueron tomados los aportes teóricos de la administración industrial capitalista, fundamentalmente en torno a los principios de autoridad, jerarquía interna y disciplina. Los preceptos de cuantificar y fiscalizar habían calado en el ideario de Carrillo, incluso para ello se había creado una Dirección de Demografía Sanitaria, aunque, otras prioridades, como el Censo de 1947 condujeron a que los primeros informes técnicos se produjeran finalmente en 1952 (Ibíd.: 97). De acuerdo con Ramaciotti, aunque Carrillo no desconocía el valor que en este sentido poseían los preceptos comunistas, su manifiesta oposición al régimen le habría alejado de dicha influencia conceptual (2008: 96) Ello, aún en el marco de un gobierno que al fundamentar el nuevo diseño institucional combinó referencias explícitas a los planes quinquenales de la Rusia soviética, junto a las del estado corporativista italiano, la reconstrucción de base industrial de la Alemania Nazi y, el New Deal norteamericano (Belmartino; 2005: 121).

La burocratización fue considerada la mejor forma en la cual los profesionales podían organizarse técnicamente. La burocracia sanitaria estaba constituida por una compleja trama de jerarquías y de cargos²¹. No obstante en el organigrama de la SSP hubo importante modificaciones, algunas “(...) direcciones cambiaron de denominación, o sufrieron la reestructuración respecto de sus atribuciones e injerencias reales, o bien desaparecieron (...)” y, dichas modificaciones hicieron “(...) evidente lo que la agencia estatal, el gobierno y la

21 El organigrama de la SSP de la Nación se estructuró de la siguiente manera (Ramaciotti; 2008: 98 y 99): A la cabeza de la SSP se encontraba un secretario, que dependía directamente del Presidente, y había dos grupos de direcciones: las de corte administrativo y las técnicas. El primer grupo reunía siete dependencias: la Dirección General de Despacho, la Dirección General de Administración, la Dirección General de Personal, la Dirección de Delegaciones Seccionales, la Dirección de Defensa Nacional, la Dirección de Asuntos Legales, y la Dirección de Código Sanitario y Legislación Sanitaria. El segundo abarcaba un amplio arco de tareas asistenciales y preventivas. El equipo de asistencia médica estaba conformado por la Dirección de Industria Farmacéutica y Farmacia, la Dirección de Hospitales, la Dirección de Alienados e Higiene Mental, la Dirección de Dermatología (lepra), la Dirección de Protección a la Madre y al (98) Niño, la Dirección de Tuberculosis, la Dirección de Odontología, la Dirección de Neoplasias, la Dirección de Hemoterapia y la Dirección de Asuntos Profesionales. El equipo de sanidad estaba constituido por la Dirección de Epidemiología y Endemias, la Dirección de Política y Cultura Sanitaria, la Dirección General de Paludismo y Enfermedades Tropicales, la Dirección de Higiene Social, la Dirección de Sanidad de Fronteras y Transportes, la Dirección de Oftalmología y Tracoma y la Dirección de Higiene Pública y de la Vivienda. El equipo de medicina social estaba compuesto por la Dirección de Higiene y Medicina Escolar, la Dirección de Medicina del Deporte, la Dirección de Demografía Sanitaria, la Dirección de Higiene y Medicina del Trabajo, la Dirección de Alimentación y Vestido, la Dirección de Medicina Preventiva y la Dirección de Climatismo y Termalismo

relación de estos con otros actores priorizaron como área privilegiada de intervención sanitaria” (Ramaciotti; 2009: 72).

La SSP experimentó en 1947 una expansión cuantitativa respecto de la cantidad de personal. En comparación con el año anterior, los cargos se incrementaron más de dos veces y media, registrando en 1948 un pico de casi 28.000 empleados en coincidencia con el período de mayor dinamismo en el área constructiva. Luego de ese año, el número de empleados volvió a ser de 22.000 (Barrancos y Vilca Mendes; 1992: 114 en Ramaciotti; 2008: 100).

Una de las iniciativas que se dispuso a fines de atraer a los profesionales fue el aumento de sueldos y bonificaciones a quienes prestaban servicios en salud pública. En 1947 ya se hallaban beneficiados por estas medidas más de dos mil médicos²². Asimismo en septiembre de septiembre de 1946 se implantó un nuevo escalafón de promociones por antigüedad para todas las categorías, aunque se reconocía que se dejaba para más adelante la implementación de disposiciones basadas en la capacidad profesional (Decreto 11.055 en Ramaciotti; 2008: 103).

La formación de recursos humanos en salud pública²³ cobrará una prioridad indiscutible, como he mostrado Karina Ramaciotti (Ibidem: 105) y en este proceso jugó un papel esencial la apertura de la Escuela Superior Técnica de Salud Pública el 16 de enero de 1947. La Escuela comenzó a dictar sus cursos en abril de 1947. Los principales objetivos de la institución fueron “(...) mejorar el desempeño del personal técnico, profesional o auxiliar y conseguir su especialización en materia sanitaria por medio del dictado de estos cursos” (Ibíd.: 107). Entre 1947 y 1951, aunque con una tendencia decreciente en el tiempo, egresaron 590 médicos especializados en distintas especialidades, entre las que se desatacaron la Medicina del Trabajo, Medicina Sanitaria, Gastroenterología Clínica, Higiene Pública y de la Vivienda y Enfermedades Alérgicas (Barrancos y Vilca Mendes; 1992: 169 en Ramaciotti; 2008:107).

Otra particularidad que tuvo esta Escuela fue la concesión de “premios estímulo” para los mejores trabajos sobre temas relacionados con la salud pública y la entrega de becas internas y externas, política esta que se expandió luego de la Segunda Guerra Mundial, sobre

22 El carácter de esta medida no debe subestimarse ya que, como señaló Ramaciotti la misma intentaba torcer la larga tradición de trabajo ad honorem que existía en los hospitales dependientes de la municipalidad o de la sociedad de beneficencia de Buenos Aires y apuntaba contra la tendencia profesional de alejarse de la asistencia pública y recluirse en la práctica de la medicina privada (2008: 103)

23 En este sentido, el contexto de la Guerra Fría , signado por el miedo a la emulación de la experiencia cubana, la promoción de la salud en zonas rurales o en áreas urbanas marginadas así como la promoción de las instancias participativas comunitarias, otorgó un sentido diferente a los conceptos de “planificación” y “formación de agentes sanitarios” (Ramaciotti; 2008: 105 y 106)

todo para las instituciones estadounidenses, en el marco de una “norteamericanización de la educación médica en la región” (Ramaciotti; 2008:109).

De acuerdo con Sikkink, las propuestas de profundización de vínculos médicos internacionales vehiculizadas a través de las becas y la llegada de investigadores internacionales apuntaban a incrementar la pericia técnica y, de esta forma, contribuían a establecer valores que apuntaran a la racionalidad común y al surgimiento de un espíritu de grupo (1993: 560 en Ramaciotti; 2008:109). No obstante, la misma Sikkink sostiene que estas medidas no estaban en la línea de crear una eficiente administración pública profesional. Según expuso la autora por lo menos hasta 1950 no se tomó en Argentina ninguna medida tendiente a crear una administración pública profesional, a pesar de la existencia de un Reglamento de la Administración Pública sancionado en 1943 (1993: 551). Tampoco parece que este año fuera un parteaguas significativo en este sentido, ya que a partir de 1950, según señaló Ramaciotti la lealtad será estimulada por medio de resoluciones internas del Ministerio declarándose “obligación ineludible” concurrir a los actos a que fueran invitados por el Ministro (Ibídem: 110).

En esta misma dirección, Ramaciotti advirtió que en el proceso de otorgar un marco profesional a la administración sanitaria, la legitimación y acreditación de estos técnicos vendría dada por el propio organismo gubernamental (Ibíd.: 88). Desde un primer momento Carrillo renovó el personal sanitario, desplazando a quienes anteriormente habían ocupado puestos importantes dentro la administración sanitaria municipal o nacional (Ibíd.: 103). En cuanto a la elección de los secretarios y los directores de las diferentes dependencias, dicha lógica implicó que mantenerse en el cargo dependía de la “sumisión”, más que de poseer una formación científica destacada (Ibíd.: 109 y 110). Por su parte, los cargos ubicados en la segunda línea de la SSP eran designaciones interinas que serían confirmadas sólo sí los aspirantes demostraban su “eficiencia, capacidad directiva, dedicación al trabajo, espíritu de sacrificio, de colaboración y de disciplina” (Archivos de la Secretaría de Salud Pública, vol. I, Nº 4, marzo de 1947:.46 en Ramaciotti, 2008:110).

En este contexto, a pesar del destacado lugar otorgado a los médicos en la administración sanitaria, no fue de extrañar que surgieran conflictos entre los profesionales y la institucionalidad propuesta por el peronismo. Según marcó Alzugaray uno de los focos de esta oposición se generaba alrededor de las fundamentaciones teóricas de los programas y la concepción de “sanidad justicialista” (2008: 177). De acuerdo con el autor, en el seno de este foco de disputa, se desarrollaba en los círculos médicos, como en el ámbito universitario, una generalizada oposición al peronismo. Complejizando aún más este panorama en las

relaciones, se debe considerar que la acción de la burocracia estatal constituye una “arena de conflictos” dentro de un sinnúmero de instancias de decisión y consecuente ejecución (Oszlak; 1984: 15 en Ramaciotti; 2008: 99).

En el mismo decreto de creación de la SSP, se abordó uno de los temas que llegarán a ser dominantes en el discurso de salud peronista: la responsabilidad del Estado por la salud de la población²⁴. En la nueva concepción del Estado, de la que participó plenamente Carrillo, influyeron claramente los cambios producidos contemporáneamente en el ámbito internacional a partir de la década del 30'. Al fin de la Segunda Guerra Mundial se replanteaba la cuestión de las "políticas sociales" y las atribuciones estatales en esta área en el marco de la necesidad de asegurar mejores niveles de vida a las sociedades castigadas por el conflicto bélico, a la vez que enfrentar el posible desarrollo de ideologías como el fascismo y el comunismo. Asimismo, la inclusión de recomendaciones sobre política social en la Carta del Atlántico y el informe Beveridge, configuran un amplio movimiento en el plano internacional que no pudo haber dejado de repercutir en la argentina de estos años (Belmartino & Bloch; 1980:11).

Lo que en el Plan Analítico eran meras ideas, en el Parlamento sirvieron como base para la sanción de dos Leyes fundamentales durante el mes de septiembre de 1947, la 13.012 y la 13.019 de construcción hospitalaria. Al mismo tiempo, se debatía y sancionaba la Ley 13.010, que habilitaba al sufragio femenino y que por lo menos discursivamente permitía estimular la visión del peronismo como propulsor de la ciudadanía social y política de la “nueva Argentina” (Ramaciotti; 2008: 93).

Aunque resulta incuestionable que, recién con la creación de la Secretaría de Salud Pública en 1946, muchas de las ideas sustentadas previamente, pudieron tomar forma concreta (Ibíd: 285) desde 1946 a 1950 se produjo una importante expansión de los centros hospitalarios, un notable incremento en el número de camas y la difusión de consejos por medio de campañas preventivas– dicho proceso no fue lineal²⁵, ni la presencia nacional en el interior del país fue homogénea.

24 El Decreto sostuvo en sus considerandos que: "(...) uno de los más arduos y apremiantes (problemas de gobierno) consiste en hacer accesible el auxilio de la asistencia médica preventiva y curativa a todos los habitantes del país, cualesquiera sean sus recursos y las dificultades impuestas por las distancias o la falta de medios de transporte; ... la satisfacción de tal exigencia, impuesta por el moderno concepto del Estado y sus funciones que impera en los países más adelantados del orbe y en cuya virtud la asistencia médica del indigente ha dejado de ser una obra de beneficencia fundada en los dictados de la caridad para convertirse en una obligación del Estado para con sus súbditos" (Decreto N° 14.807/46 en Belmartino y Bloch; 1980:6)

25 Asimismo, la implementación y hasta las formulaciones que jalonaron el proyecto sanitario nacional estuvieron sujetas a ritmos cambiantes de acuerdo no sólo a las oposiciones y divergencias señaladas, sino también de acuerdo a vaivenes presupuestarios y a todo un entramado de cambiantes problemáticas político ideológicas de construcción del poder político y la agenda de estado²⁵ que, durante el peronismo, estuvieron fuertemente ancladas en la figura de su líder histórico (Belmartino 2005: 107) En palabras de Sikkink: “ (...) durante el período peronista prevaleció la ‘autonomía de gobierno’ más que la autonomía del Estado (1993: 551)

Al mismo tiempo que el Plan analítico de salud pública planteaba, entre otras cuestiones, la incorporación paulatina de los hospitales que se hallaban en manos de las sociedades de beneficencia y de las sanidades provinciales (Ramaciotti; 2009: 39) se desarrollaba un proceso pleno de tensiones que obstaculizó en gran medida estas pretensiones centralizadoras. Aquellas resistencias estuvieron asociadas en parte a los actores que apostaban a las políticas de beneficencia o caridad, así como vinculadas a la organización federal del país que le otorgaba prerrogativas sobre la salud a las provincias y a los municipios (Ramaciotti; 2008:65). Sin embargo, incluso antes de que diera comienzo la segunda presidencia de Perón, el límite más visible de la política sanitaria se asoció al fin de la llamada etapa "fácil" de sustitución de importaciones y el comienzo del deterioro de la política expansiva del peronismo en 1949²⁶.

En dicho marco comenzó a cobrar fuerza las posturas en torno al papel subsidiario que tendría que desempeñar el Estado respecto de la salud; ello implicaba que el papel del Estado cambiara y que éste abandonara la pretensión de ser el encargado exclusivo de la satisfacción de las demandas sanitarias, para pasar a sólo apoyar y hasta alentar la iniciativa privada (Ibíd: 130). Dicha transformación se plasmó luego de la reforma constitucional de 1949. Si bien la misma dio un nuevo impulso al área sanitaria convirtiendo a la SSP en Ministerio de Salud²⁷, las condiciones políticas y económicas no acompañaron adecuadamente este cambio institucional.

26 Aunque fueron varios y complejos los factores que confluieron en esta crisis, fue de fundamental importancia para una economía sostenida por las exportaciones, el vuelco de aquella situación favorable del sector externo durante la postguerra. Frente a un panorama de este calibre, el mecanismo de transferencia de ingresos desde el sector agropecuario hacia la industria y los asalariados urbanos, implementado a través del I.A.P.I., no podía seguir funcionando. Sin embargo, la política expansiva continuó, hasta 1950, gracias a algunas medidas de estabilización, centradas básicamente en la restricción de las importaciones. A partir de esa fecha la situación agravó por factores climáticos adversos, que determinan la pérdida de las cosechas mientras se observó un alarmante aumento de las tasas de inflación. A esta situación se sumó la imposibilidad de otorgar aumentos salariales y de ampliar la legislación social en un contexto donde más bien era necesario procurar contraer el consumo para que la demanda no siguiera presionando la oferta de bienes industriales, limitada por la imposibilidad de la industria de aumentar su capacidad instalada. Sobre los límites de la expansión, Cf. Ferrer A: La Economía Argentina, Buenos Aires 1975. Díaz Alejandro CF: Ensayos sobre la historia económica argentina, Buenos Aires, 1975. C.E.P.A.L. (en Belmartino y Bloch; 1980: 13).

27 Respecto de su organización, el Ministerio se mantuvo la subdivisión ya existente en la SSP, conformada por la medicina curativa o asistencial y la sanitaria o profiláctica, agregándose la Dirección de Delegaciones Regionales (Ramaciotti; 2008: 116) La estructura se organizó con una lógica aún más jerárquica²⁷, “(...) lo que acentuó el poder de algunos pocos funcionarios y diluyó el poder de decisión de otros” (2008: 116) A partir de 1950 se profundizaron los desplazamientos que generaron significativas tensiones asociadas a las discrepancias de los ciertos funcionarios médicos frente al creciente espacio concedido por el gobierno a las obras sociales de los sindicatos (Ramaciotti; 2008: 117). Muchas de las instancias mantuvieron la misma nomenclatura que poseían en la ex SSP, otras vieron desdobladas sus funciones o comenzaron a ocuparse de otras nuevas. Las que cobraron mayor importancia fueron las vinculadas a la producción farmacéutica. Otra nueva dependencia fue la Dirección de Oncología, lo que da cuenta de una cierta preocupación estatal hacia las llamadas enfermedades “modernas”. También cobraron relevancia las dependencias asociadas al cuidado de la salud de la infancia. Se mantuvo la Dirección de Maternidad e Infancia y se agregaron la Dirección de Lucha contra la Mortalidad Infantil, El Consejo del Niño y la Dirección de Medicina Escolar, desdoblada en dos, una para Capital Federal y otra para el interior. Otras áreas adquirieron mayor estatus institucional: Construcciones Sanitarias obtuvo el rango de subsecretaría y por lo tanto pasó a reportar directamente al ministro. Su injerencia recaía en la construcción, conservación, habilitación y planificación de hospitales, institutos y establecimientos sanitarios. La Dirección de Cultura Sanitaria dejó de ser una dirección técnica y, por lo tanto, pasó a reportar a la Secretaría General que, a su vez, reportaba al Ministro” (Ramaciotti; 2008: 118). En este nuevo diseño, “(...) en líneas generales se produjeron tres grandes modificaciones, que incluyen las relacionadas con el intento

Ramaciotti (2009: 115) presentó dicha situación considerando la reducción de los ingresos dispuestos desde el Estado para la institución sanitaria, los que para 1951 se habían disminuido cuatro veces, asimismo en este tiempo se traspaso la “cuenta especial” del Ministerio a la Fundación Eva Perón (FEP).

A partir de 1950, la Fundación comenzó a incrementar la cantidad de obras sanitarias y, si bien hasta 1951 las relaciones entre ella y el Ministerio de Salud eran de colaboración²⁸, la relación cordial ceso luego de este primer momento. De esta situación salió fortalecida la FEP en su autonomía y su lógica de justificación, que venía colocando el “amor” hacia el pueblo por encima de los conocimientos especializados (Ibídem: 112 y 113).

La naturaleza institucional y los objetivos políticos de la la FEP ha sido objeto de distintos abordajes historiográficos. En este trabajo especialmente se considera la lectura de Ross (1993) quien conceptuó la FEP como parte del espacio estatal, planteando la misma persiguió objetivos pragmáticos, en la medida en que “(...) llenó el vacío creado por el fracaso del Estado en garantizar bienestar social para todos y el debilitamiento de las organizaciones caritativas (...)” (Ross, 1993:224). No obstante, aún contando con la confluencia de la acción de la Fundación, el estado general del sistema sanitario público no era satisfactorio y la situación del sistema sanitario del interior del país continuaba mostrando falencias fundamentales. Así lo ha mostrado el trabajo de Favio Josín (2004), el que, por medio de la lectura de las cartas recibidas a instancias de la campaña “Perón quiere saber” realizada en 1951, constató que en Chaco y Formosa fueron exigidas las intervenciones estatales del Estado Nacional ante las denuncias sobre el estado desastroso de los hospitales, la falta de medicamentos, de médicos y, de ambulancias, lo que profundizaba aún más la problemática de las enormes distancias que existían muchas veces entre una localidad y el puesto sanitario más cercano. Las ideas de “absorción” de las distintas iniciativas sanitarias y de centralización de las sanidades provinciales estaba sólo al nivel de los recuerdos (Ramaciotti; 2008:64 y 65).

El impulso a las Delegaciones Regionales fue una de las novedades institucionales más significativas de la década del 50’. Si bien el delegado regional estaba pensado como el representante directo del Ministro en la provincia esta organización no implicó la articulación del proyecto sanitario nacional en el interior nacional a partir de una regionalización del país

de lograr un mejor enlace entre los diferentes organismos sanitarios del interior del país, la mayor relevancia dada al área de Construcciones Sanitarias y la Cultura Sanitaria, y las focalizadas en la prestación de atención sanitaria a la infancia” (Ramaciotti; 2008: 119).

según las características demográficas, sociales y geográficas en base a las cuales se distribuían los fondos nacionales, como algunos autores aún pretenden sostener²⁹.

A medida que avanza la década del 50' los límites fueron cada vez más claros. Entre 1950 y 1952 se puso en práctica una política que culmina con el Plan Económico de 1952, y que tuvo como un eje esencial la reducción del gasto público (Belmartino & Bloch; 1980: 13). En su Plan Sintético de Salud Pública 1952- 58, Carrillo reconoce que "ha llegado el momento en que los fondos de rentas generales son insuficientes para seguir sosteniendo los hospitales", "Los servicios sanitarios nacionales están insuficientemente financiados, lo que se traduce en pobreza, falta de medios técnicos, mala organización, y por ende, deficiente servicio. Las deficiencias de los servicios médicos del Estado se profundizaban a medida que las necesidades de la política social obligan a nuevas creaciones que crecían en proporción mucho mayor que los recursos (...) "Los servicios médicos hospitalarios serán siempre malos y sujetos a críticas, porque no cuentan con los recursos necesarios" (Carrillo; 1975: 206 y 207 en Belmartino y Bloch; 1980: 14).

De acuerdo con este panorama, la prioridad en las cuestiones sanitarias también se trasformaron. Cuatro fueron las temáticas que se incluyeron en la nueva agenda (Ramaciotti; 2008: 117): Primero, "los informes epidemiológicos sobre la existencia de brotes o internados afectados de enfermedades infectocontagiosas"; segundo, "el abastecimiento de carácter urgente y extraordinario en medicamentos y drogas esenciales"; tercero, "la falta de personal por causas mayores que pudieran paralizar el funcionamiento de los servicios"; y, por último, "las deficiencias de locales, de instrumentos y equipos". Un breve repaso por las nuevas preferencias en la agenda sanitaria permite observar la distancia entre los objetivos iniciales y los límites de la realidad en que el organismo sanitario debía moverse y legitimarse.

29 El ejemplo más actual de este tipo de lecturas está representada en el trabajo de Juan Carlos Moreno (2009), no obstante, como remarca Karina Ramaciotti este tipo de abordajes concedan un excesivo protagonismo a los discursos de la época soslayando si los proyectos fueron llevados o no a cabo.

II. SANIDAD Y ESTADO: CONCEPTOS, ACTORES, HERENCIAS Y PROCESOS EN LA PROVINCIA DE CORDOBA

Reconocer la impronta histórica de los procesos de cambios devenidos en el plano internacional y nacional en materia de salud pública y en la organización sanitaria sólo constituye un paso para acercarnos a la complejidad del caso provincia bajo análisis. Como se viene planteando desde un comienzo del trabajo, estos desarrollos más generales han recibido una atención preferencial en detrimento del estudio de los procesos y de las configuraciones resultantes en el interior provincial. Advertir sobre esta tendencia dominante en la historiografía argentina, no implica poner en cuestión que lo sucedido en el contexto internacional y más aún a partir de la articulación de los proyectos estatales nacionales no tuvo un impacto real en la provincia.

Sin embargo, este trabajo plantea que un conjunto de problemáticas que deben ser consideradas al momento de abordar las modalidades y ritmos de la configuración del área de la salud pública de la provincia, aunque a partir de 1943 se haya producido una creciente centralización por parte de poder central sobre las autonomías de los territorios y provincias del interior. La convergencia de dichas instancias será profundizada en la segunda parte del trabajo orientada a una reconstrucción de base empírica. Con la mirada puesta en este momento analítico, en este capítulo específicamente se profundizará en las particularidades que caracterizan la realidad provincial, desde fines del siglo XIX hasta el final de período 1943-1955.

En esta dirección se trabajará en función de reconstruir las tendencias presentes alrededor de dos tipos de cuestiones articulando un análisis bibliográfico y un abordaje hermenéutico a partir de fuentes históricas primarias, especialmente de gobierno. Por una parte, se reconstruirán las tendencias generales que caracterizan la organización y funcionamiento de los organismos sanitarios de la provincia, su sistema sanitario asistencial así como las intervenciones en salud pública, desde el siglo XIX hasta el año 1943. Por otro, se analizarán algunos de los procesos sociopolíticos que caracterizan el proyecto estatal del radicalismo sabattinista y fundamentalmente, durante el período de la administración de intervención de la provincia (1943-1946) y en el momento de conformación, acenso y gobierno del peronismo local (1946-1955).

De manera específica, en el primer apartado se enfatizará en los rasgos fundamentales que caracterizan las políticas sanitarias durante el período de tiempo en que la tasa de

mortalidad de Córdoba se halla determinada por enfermedades infectocontagiosas de comportamiento epidémico. En el segundo, el análisis se focalizará en los actores de beneficencia y su presencia en el sistema sanitario asistencial hasta la tercera década del siglo XX. En este sentido también se atenderá a las posiciones adoptadas por los gobiernos de Estado frente a estas iniciativas y, en relación a la posición y transformaciones devenidas en la Iglesia Católica, una de las principales propulsoras de las políticas de caridad.

En el tercer apartado, se buscará poner en perspectiva de análisis el proyecto estatal y las concreciones en materia sanitaria en la provincia de Córdoba durante el período de gobierno inmediatamente anterior al Golpe de Estado de 1943. Si bien se reparará en estas problemáticas desde un ángulo general, se intentará dar cuenta de las principales transformaciones introducidas por el radicalismo en las políticas sociales, especialmente sanitarias así como en el máximo organismo de salud pública de la provincia.

El último acápite estará orientado a abordar las características y dinámicas políticas de la vida de la provincia desde que el 4 de junio de 1943 -momento en que se concreta el Golpe de Estado que en el plano local marca el fin de la administración radical- pasando por la constitución, ascenso, gobierno y caída del peronismo en el plano local. Alrededor de una problemática tan vasta y compleja se privilegiará la consideración de algunos procesos en detrimento de otros. Especialmente se insistirá en la articulación de políticas centralizadoras y en las coaliciones sociopolíticas del peronismo local y su variabilidad en el tiempo. Dichas dinámicas serán fundamentales de considerar al momento de colocar en perspectiva el tipo de políticas direccionadas por el gobierno hacia el área sanitaria, especialmente sobre su cuerpo burocrático médico.

1. La provincia de Córdoba: ubicación, caracterización territorial y mortalidad hasta las primeras décadas del XX

La provincia de Córdoba está ubicada en el centro del territorio argentino, entre los distritos del litoral y lo que se denominaba las provincias del interior. Esta posición generó en dos tendencias muy marcadas desde la perspectiva de su desarrollo político, económico y social. Una de estas tendencias, miraba hacia el Norte y había generado progresos en épocas de la colonia. Durante este período la provincia y la ciudad de Córdoba se convirtieron en paso obligado del comercio del litoral hacia las regiones norteñas. La otra tendencia miraba hacia el sudeste y comenzó a desarrollarse con el crecimiento de la inmigración, y la consecuente colonización de esas tierras, entre mediados y fines del siglo XIX y que se acentuó a principios del siglo XX. En líneas generales, en los últimos años del siglo XIX y comienzos del XX, se desarrolló un espectacular crecimiento de la producción agropecuaria, favorecida por la habilitación de nuevas tierras, la afluencia de fuerza de trabajo inmigrante y el cambio en la composición de las exportaciones hacia el cereal (Oszlak; 1997:23).

En la Campaña cordobesa, ello se manifestó, principalmente, en el número de colonias y campos cultivados y orientados hacia la explotación agrícola. En palabras de Angueira: “[...] a partir de 1899 se produce un rápido y vigoroso desarrollo que se afirma en la asombrosa proporción [de colonias inauguradas] representada por la cifra correspondiente a 1902, -111-” [el 26,8 % del total de los 33 años considerados desde 1869 a 1902] (1988: 12).

Por su situación geográfica, la provincia de Córdoba se integró tardíamente al proceso de colonización nacional. Cuando lo hizo, fue como consecuencia de dos factores producidos hacia la década de 1880: 1.- la extensión de la frontera, como producto de la Conquista del Desierto, que incorporó el sur de la provincia a la producción pecuaria y 2.- la expansión de los colonos santafesinos que se establecieron en zonas limítrofes a la provincia de Santa Fe, en los departamentos del sudeste cordobés, expulsados por un mercado de tierras restringido y caro (Candelaresi: 1999).

Según remarcó Ana María Candelaresi, las tierras del sudeste cordobés fueron desplazando a las del nordeste, región ésta tradicional de la economía, que no contaba con las características necesarias para adaptarse a las exigencias del abastecimiento de la demanda europea, lo que se tradujo en un estancamiento económico y en una reducción demográfica importante (Ibídem). Así se fue delineando toda una región agropecuaria por excelencia. En ella, se vinculó al Litoral, los departamentos situados al sur y sureste de la provincia de

Córdoba, a saber: Río Cuarto, Marcos Juárez, Unión, Juárez Celman, Tercero Abajo, la mayor parte de San Justo y de Río Segundo y Tercero Arriba (Beato; 1993: 104).

Esta desarrollo generó una bipolaridad tanto política como económica que comenzó a dilucidarse a favor de la zona de reciente colonización cuando el país se integró definitivamente a la economía mundial, en el contexto de división internacional del trabajo, como proveedora de materias primas y recibiendo un importante flujo migratorio (Angueira; 1988:6). Esto generó fuertes desequilibrios económico-sociales entre las dos regiones empobreciendo a las regiones norteñas de antigua colonización.

La Provincia de Córdoba pasa de la llanura húmeda en el sur y sudeste, a las sierras con clima seco y de altura en el noroeste y clima que era recomendado para los enfermos de las vías respiratorias, especialmente para los que sufrían de tuberculosis. Las zonas ubicadas al norte de la provincia, poco aptas para la agricultura de exportación, aislada de las regiones del litoral se hallaban empobrecida y atacada frecuentemente por epidemias y, con escaso poblamiento producto de una constante migración de sus pobladores a zonas más ricas donde había una mejor oferta laboral, especialmente a la Capital.

Durante todo el período que antecede a la década del 20' del siglo XX, las tasas de mortalidad en Argentina fueron elevadas. Esto puede confirmarse a partir de los datos que nos ofrece Somoza quien calcula una esperanza de vida al nacer de tan solo 32,86 años en el período 1869/1895, y 40 años en el período 1895/1914 lo que nos hace suponer tasas brutas de mortalidad bastante altas (CELADE; 1973: 32).

Esta aseveración es confirmada por Dora Celton, quien, después de enumerar las epidemias que asolaron a las ciudades Argentinas, explica los avances que se hicieron en la lucha contra las enfermedades infecciosas teniendo en cuenta tanto la prevención como el mejoramiento de las condiciones ambientales de las ciudades y el aumento de la atención hospitalaria.

Celton concluye que:

No obstante, la incidencia de las enfermedades infecciosas siguió pesando sobre el nivel de mortalidad. Aunque eliminadas las epidémicas más graves (...), se mantuvieron otras de menor incidencia como la fiebre tifoidea y las venéreas. Las enfermedades infecciosas gastrointestinales se extendieron, así como la tuberculosis. Entre 1914 y 1948 se registró un leve aumento anual de la esperanza de vida con una ganancia anual de 0,38 años (Celton; 1995:329).

A finales del siglo XIX la curva de la mortalidad general es alta y se mantiene relativamente estable, posiblemente por la persistencia de enfermedades infecciosas endémicas o epidémicas, que recién en los primeros años de la década del veinte comienzan a perder virulencia. A partir de 1918, momento en el cual la serie de tasas brutas de mortalidad demuestra la mayor cúspide, comienza un descenso muy marcado, en un principio, y luego a un ritmo menor. A partir de 1935, la curva de mortalidad general tiende a estabilizarse.

En la curva de mortalidad general se diferencian tres etapas bien definidas (Carbonetti, 2003) una de alta mortalidad que permanece alta y estable entre 1911 y 1918, que se explica por el proceso antes anotado: el desarrollo de enfermedades epidémicas constantes. En ese sentido se cree que las altas tasas de mortalidad general tenían causas sociales: condiciones ambientales deterioradas, malas condiciones habitacionales y laborales y problemas de alimentación. Una segunda etapa de descenso, muy pronunciada entre 1919 y 1921/22 y luego con una caída más suave. Es posible, de acuerdo con Carbonetti (2003) que este descenso en la mortalidad general se deba a un mayor espaciamiento en el tiempo de las epidemias posiblemente por la construcción de obras de salubridad, en particular en la ciudad y la provincia de Buenos Aires, donde se encontraba concentrada gran parte de la población y en las principales ciudades como Córdoba y Rosario. Este es el momento en que Argentina comienza a entrar en lo que se denomina transición epidemiológica. En la tercera etapa la curva de mortalidad se estabiliza con una tendencia a la baja; este fenómeno puede ser explicado a partir de que han desaparecido la mayoría de las muertes producidas por enfermedades infecto-contagiosas, si bien aún persiste la gastroenteritis en los niños y la tuberculosis (Ibídem).

Durante la primera y segunda etapa definida en la curva de mortalidad, el gobierno de la provincia no poseyó una política sistemática para combatir las crisis epidémicas. En el caso de la ciudad de Córdoba su Municipalidad, las pocas veces que actuó de forma autónoma, en el sentido de mejorar las condiciones sanitarias para paliar las epidemias, no pudo contradecir esta situación general. Se encontró más fundamento a tal afirmación, en la partida presupuestaria votada para salud pública, o mejor dicho, no votada, por la Legislatura provincial. El año 1886, fue el último en que encontramos un presupuesto votado para el año entrante (Compilación de Leyes, Decretos...Provincia de Córdoba; 1886: 239 en, 2005). Hasta los primeros años de la década del 20' la Legislatura no votó presupuesto y, el mismo, sólo se halló modificado por Leyes, acuerdos y Decretos que fueron surgiendo al calor de la acción, es decir de la coyuntura epidémica. De esta manera, en tono de reproche, lo hayamos

advertido por el Gobernador Borda, en el ítem presupuestario para 1918 (Compilación de Leyes, Decretos...Provincia de Córdoba; 1921: 702 en Rodríguez, 2005).

Si bien se hallaron ciertas iniciativas legales dirigidas a contener las problemáticas de salud en el interior cordobés el estado de indefensión de la campaña provincia fue significativo. Por ejemplo, aunque surgió la figura del Médico de Policía de Campaña, el Gobierno provincial no le fijó sus deberes hasta 1917 (Compilación de Leyes, Decretos...Provincia de Córdoba; 1920: 101 en Rodríguez, 2005)

Fue interesante repasar los límites más notorios de la legislación existente, ésta estaba orientada a marcar la obligación de los médicos de campaña de prestar asistencia gratuitamente y, “[...] en caso de urgencia a dedicar por lo menos tres horas por semana para asistir en el consultorio a los pobres” (Ibídem). Aunque en 1918, se aprobó el proyecto y el presupuesto para la construcción de Hospital Regional de Villa Deán Funes y se resolvió favorablemente el pedido de subvención para la construcción del Hospital Regional de Río IV (Compilación de Leyes, Decretos...Provincia de Córdoba; 1921: 774 en Rodríguez, 2005).

La situación sanitaria general que atravesaba la Campaña fue expresada ese año por el Gobernador Borda: el “(...) estado sanitario de esa región reclama urgente un servicio hospitalario del que carecen actualmente otras localidades como San Francisco, Bell Ville y aún Deán Funes (sic); debiendo tenerse en cuenta que, aquellos servicios, serán utilizados por los Departamentos de Río IV, Juárez Celman, General Roca, parte de San Javier, San Alberto y Calamuchita [...]”(Ibídem). Asimismo, remarcó que no existía al Sud de la provincia otro hospital que el de la Caridad de Río IV”(Ibíd.). En este sentido hay que resaltar la importancia demográfica de la gran mayoría de los sitios mencionados, ya que estas localidades y ciudades, constituyen, aún hoy, los principales asentamientos demográficos del interior de Córdoba.

A partir 1935 las tasas de mortalidad se estabilizan, esto podía deberse a que ésta llegó al límite en las edades jóvenes y es posible que haya comenzado a producirse la mortalidad de aquella generación de inmigrantes que llegaron en los primeros años del siglo (Carbonetti; 2003). Ni la transición epidemiológica, desde una tasa de mortalidad determinada por las enfermedades de carácter epidémico hacia otra con predominio de enfermedades “modernas” o crónicas, ni la estabilización de las tasas de mortalidad pueden relacionarse unilateralmente con la mayor intervención del Estado, no obstante, resulta evidente que a medida que avanza el siglo XX se produce un cambio en las políticas estatales y en la misma organización interna de los organismos sanitarios. Sin embargo, como veremos a continuación el avance del Estado en la salud pública no es un proceso lineal y por mucho tiempo su acción se vio combinada y

compensada por otras asociaciones e iniciativas surgidas especialmente desde sectores sociales de poder.

2. Salud Colectiva, Iglesia Católica, beneficencia y Estado (fines del siglo XIX hasta la tercera década del siglo XX)

A medida que Argentina ingresaba a la división internacional del trabajo, entre otras dinámicas convergentes, comenzó a acelerarse un proceso de secularización que asignó al “(...) Estado un rol protagónico en esferas que, hasta entonces, habían tenido un neto predominio eclesiástico” (Recalde; 1989:2). En esa dirección, la clase dirigente argentina dispuso a fines del siglo XIX un vasto programa de reformas liberales, concentradas principalmente en la educación, el registro de las personas, la legalización de los matrimonios y los programas sanitarios. Como ha señalado el autor, los médicos higienistas no fueron ajenos a este proceso, que la mayoría de las veces impulsaron (1989:5).

Se tiene que considerar también que el sistema sanitario asistencial y las intervenciones en materia de salud colectiva no configuraron un genuino espacio de disputa en la agenda de un Estado organizado bajo la concepción del liberalismo decimonónico (Suriano; 2004: 14). Para fines del XIX y principios del XX, la asistencia médica (en Buenos Aires), no constituía un derecho de los ciudadanos, sino una ‘dadiva’ otorgada a los excluidos, los sectores carenciados (Sonia Teixeira Fleury; 1997). Como explica Leandro González, en un sentido amplio la ayuda social estaba determinada por la caridad y la filantropía (1984: 252). Según el autor, ambas estrategias benéficas, evidenciaban una fuerte discriminación de los sectores dominantes hacia los subalternos; frente a la posibilidad de que éstos generaran violencia política, la difusión y propagación de enfermedades, la degradación y degeneración, en fin, el contagio ya sea de enfermedades físicas o sociales lo que desencadenó acciones tendientes a ejercer la vigilancia generalizada con respecto a ciertas normas que la élite consideraba adecuadas (Ibíd.).

En este esquema, las sociedades de beneficencia ocuparon, siguiendo lo planteado por Leandro González, un lugar importante y constituyeron una de las estrategias que se generaron desde los filántropos de fines del siglo XIX y principios del XX que, conjuntamente a la creciente participación de los poderes gubernamentales, muchas veces influenciados por los médicos higienistas, trataron de imponer el saneamiento y el control sobre los sectores populares e intervinieron en el seno de las familias populares mediante el

control y la tutela (1984: 256 y 257). Por lo tanto, las organizaciones de beneficencia aparecieron, según este autor, como funcionales a un esquema de dominación de los sectores dominantes frente al “peligro” que representarían los sectores subordinados en un momento de gran desorden social y por la siempre latente posibilidad del desarrollo de enfermedades, tanto epidémicas como endémicas. En este sentido, González vincula el desarrollo de las estrategias filantrópicas a la cada vez más creciente profesionalización de la corporación médica, como impulsora de la influencia de esta élite, junto a la cual se encontrarían las damas de la Caridad (Ibídem). Desde esta perspectiva la élite médica habría redefinido una relación con aquellas desde la competencia a la colaboración.

El sistema sanitario asistencial de la provincia de Córdoba compartió plenamente dicha orientación. En parte como respuesta a la ausencia del Estado³⁰, en parte, como estrategia de distinción social y forma de manifestación pública, la acción sobre los sectores populares constituyó una práctica de los grupos dirigentes, sobre todo de sus mujeres ya desde la época colonial. Esta intervención se concentraba fundamentalmente por medio de la caridad, un modelo basado en la concepción cristiana de ayuda al prójimo. En este sentido, los actores caritativos ocuparon un lugar estelar en el proceso de expansión del poder de la Iglesia, y ésta institución ejerció durante mucho tiempo el monopolio en este espacio (Vagliente y Vidal: 2003, en Blanco; 2006: 36).

La Sociedad de Beneficencia de la Capital, aunque era la más importante, no era la única entidad de este tipo en el territorio del país. El Estado Argentino subsidiaba a principios del siglo XX, cerca de mil entidades de estas características que tenían a su cargo servicios de atención médica y asistencia social entre las que se contaban 307 hospitales de muy diversa capacidad (Belmartino & Armus; 2001:15). De esta forma el Estado fue dejando en manos de estas entidades las instituciones de asistencia social que, relacionadas con la élite médica, se transformaron en “cuidadoras de la salud del cuerpo social”. Todo ello sucedía en un momento en que, como consecuencia del incremento poblacional, debido a la inmigración masiva, y causa, a su vez, del desorden social y la marginalidad en las grandes ciudades del país, las enfermedades infecto contagiosas epidémicas y endémicas amenazaban la salud de la población (Adrián Carbonetti; 2003).

De acuerdo con Beatriz Moreyra (2000: 243 y 266 a 276) este tipo de intervenciones estaba sustentada en una concepción de estado mínimo que desconfiaba de la iniciativa

30 Además de las iniciativas privadas o de caridad cristiana ya para fines del siglo XIX se estaba conformando en la provincia de Córdoba todo un entramado institucional dependiente del Estado. Aunque las críticas por las deficiencias en su funcionamiento y organización interna fueron constantes, en materia de salud pública el Consejo Provincial creado en 1881 poseía jurisdicción en todos los territorios de la provincia.

privada y, que reposaba en la doctrina cristina tradicional de asistencia al pobre desde el punto de vista ético. Por otra parte, el Estado se beneficiaba de la existencia de toda una red asistencial en vez de hacerse cargo de los costes de una intervención puramente pública

Si bien durante la década de 1920 el Estado siguió siendo el pilar material y el amparo legal de este modelo asistencial, desde diferentes espacios de poder comenzó a dudarse del mismo, de su capacidad y de su propia legitimidad en cuanto tal. Aunque en muchos momentos estas inquietudes y críticas llegaron al Poder Legislativo nacional y de la provincia de Córdoba, en ambos casos, las resoluciones legales que pusieron en cuestión dicha organización tardaron muchos años en ser sancionadas. No obstante, dentro del espacio estatal también hubo lugar para la generación de avances en materia de salud pública. Adrián Carbonetti (2003) ha mostrado que hacia fines de la década de 1920 y principios de la década de 1930 se consolida una burocracia estatal preocupada por la problemática de la tuberculosis, tanto en el seno del Estado provincial de Córdoba como en el del municipal de la ciudad capital de la provincia. En este sentido el historiador cordobés ha mostrado que en el mismo momento, se fueron conformando otros organismos dependientes de la Universidad Nacional que tuvieron fuertes relaciones con las anteriores instituciones. Aunque, si bien la creación de estos organismos fue impulsada y ocupada por una incipiente burocracia especializada, muchos de los establecimientos asistenciales de la provincia que trataban pacientes en esta especialidad fueron creados y eran administrados por asociaciones benéficas (2003: 213).

La década del 30' implicó algunos cambios al panorama previo, pero también trajo consigo múltiples continuidades. El Estado como tal, comenzó transformarse, en el caso de Córdoba, luego de la intervención del gobierno federal que se extendió desde 1930 a 1932, el gobierno de la provincia se mostró más ocupado en distintas iniciativas alrededor de la *questión social* en el clima de la profunda crisis económica de la década del 30'. Durante esta administración, la acción del Consejo de Higiene -máxima institución provincial en materia de salud y sanidad pública- se centralizó en los sectores más necesitados y se habría constituido en un modelo de acción a seguir por el Estado nacional (Philp; 1998: 75). Ahora bien, no se debe exagerar la magnitud del cambio, ya que la misma autora marcó que la acción estatal tuvo un carácter limitado, proclamando la idea rectora de que las acciones del Estado formaban parte de 'un humanitario deber del gobernante' (Discurso del Gobernador Frías; 15-5-1935, en Philp; 1998: 76).

En otras palabras, aunque los organismos estatales incrementaron su presencia frente a las problemáticas de la salud, la enfermedad y la atención médica, durante las tres primeras décadas del siglo XX se identificó el accionar de las organizaciones de beneficencia

sostenidas a partir de los aportes estatales, nacionales y provinciales, cubriendo las demandas de una sociedad en plena transformación, pero sin coordinación y, sin un plan de soluciones definitivas a largo plazo. Adrián Carbonetti (2005) mostró que en Córdoba hasta la década del 20' y del 30', se fue generando una dinámica de poder en el que, el relativo vacío estatal en materia de Salud, era ocupado por sectores civiles organizados en ilustres Sociedades de Beneficencia y por distintas iniciativas de la Iglesia Católica, aunque en la generalidad de los casos, ambas empresas recibían subsidio estatal.

En el extenso y heterogéneo territorio de la provincia de Córdoba existía una enorme cantidad de entidades beneficencia y caridad dedicadas a la atención de Hospitales y Dispensarios. Sólo a manera de muestra se pude mencionar que, entre los 28 Hospitales de Atención General que se registran para 1936, 14 eran administrados por Sociedades de Beneficencia o Caridad (Anuarios Estadísticos de la Provincia de Córdoba; 1936). Aunque existieron distintos tipos de instituciones de beneficencia o caridad, en el trabajo se insiste en la importancia de las iniciativas que mantuvieron una ligazón externa con la Iglesia Católica, es decir que no pertenecen a órdenes religiosas. En este sentido, también se soslayan aquellas otras asociaciones organizadas por ejemplo alrededor de una variable étnica o de nacionalidad de origen³¹. La centralidad dada a la presencia e influjo de la Iglesia Católica de Córdoba se asocia con el interés de enfatizar en ciertas variables de poder dentro del entramado local, específicamente en relación las relaciones y recursos para poder que poseían algunas de las asociaciones de beneficencia, cuestión que será abordada en el último capítulo a partir del análisis de un caso particular.

Si bien tampoco en Córdoba el catolicismo logró consolidarse en la política institucional a partir de un partido político moderno propio, su participación activa en la vida sociopolítica de la provincia a través de sus profundas relaciones con los sectores del poder político, su influencia sobre la sociedad en su conjunto, así como el desarrollo asociativo de tinte religioso, le permitieron generar y mantener una influencia creciente. Esta situación fue especialmente favorecida por el “humus” cultural altamente conservador de la provincia de Córdoba, el que produjo un profundo impacto en las élites socioculturales y políticas locales (Tcach, 2003: 54).

31 Para profundizar en los diversos tipos de iniciativas benéficas véase Ortiz Bergia (2009)

Por otra parte, también la Iglesia atravesó una significativa transformación ideológica y política de gran repercusión en cuanto a la acción social se refiere³². Aunque ante las consecuencias de la crisis de la década del 30', la institución religiosa no planteó atacar de raíz las causas de los problemas sociales, sí mostró un importante distanciamiento, al menos discursivo, del sistema capitalista y sus adversos efectos sobre la sociedad (Blanco; 2006: 183). En el marco de un proceso que excedió ampliamente a la Argentina, los sectores católicos formados en la doctrina social de la Iglesia a partir de Encíclicas *Rerum Novarum* (1891) *Quadragesimo Anno* (1931), confluyeron en gran medida sobre el valor de la justicia social como principio armonizador de la sociedad (Ortiz Bergia; 2009: 62). En convergencia con estas búsquedas, se insistió especialmente en la capacidad y la responsabilidad de la Iglesia de intervenir en los problemas económicos y sociales, como en su momento lo hiciera el Papa León XII. En este contexto, el laicado fue considerado una pieza clave para una Iglesia que en los últimos siglos fue cada vez más consciente de su relevancia en pos de la recuperación de espacios perdidos (Blanco; 2006: 14). La Acción Católica fue por excelencia este nuevo actor organizado y se convirtió en este momento histórico, en uno de los protagonistas principales del intento de instauración de una nueva cristiandad (Di Stefano y Zanatta; 2000: 71 en Blanco; 2006: 14).

En Córdoba esta relativa transformación de la Iglesia y sus búsquedas de restauración cristiana se produjeron en un contexto particular. En la década del 30' el catolicismo era fuerte y tradicionalista y, en la provincia, las relaciones entre eclesiásticos y militares eran estrechas (Zanatta; 1996: 150 en Blanco; 2006:15). Asimismo, las vertientes más "sociales" del catolicismo hallaban su polo de desarrollo en la ciudad de Córdoba (Caimari; 1994: 43, 46 y 52 en Blanco; 2006: 27).

En esta, no nueva, pero si renovada empresa dirigida a acercar a la Iglesia el "pueblo" de Córdoba, la Acción Católica fue una pieza clave en el espacio público y la propuesta fue la conquista de ambiente a de un organización vertical y horizontal que se apoyó en gran medida en un proceso de captación y formación del laico como "soldado de Dios" (Blanco; 2006: 96 a 124). En líneas generales, el vasto proyecto de penetración en la sociedad local se estructuró a partir de la confluencia de prácticas con rasgos modernos y adaptados a las problemáticas del momento, con otras de características más paternalistas que venían siendo ya ejercidas por la Iglesia históricamente (Ibidem). Estas últimas han interesado de manera particular, ya que

³² Una excelente y original investigación sobre estas dinámicas en la provincia de Córdoba ha sido desarrollada por Jesica Blanco en su Tesis de Licenciatura en Historia de la Universidad Nacional de Córdoba en el año 2006.

en ellas se inscribieron la caridad y la beneficencia cristalizada en el sistema sanitario asistencial. Es decir, no sólo se identifica a medida que avanzaba la década del 30' la continuidad en el tiempo de este tipo de iniciativas y organizaciones, sino también se debe considerar que en muchos casos las mismas travesaron un proceso de acercamiento a la Iglesia Católica. En un nivel material ello se plasmó en que ciertas asociaciones de apostolado externo preexistentes hacia mediados de 1932 adhirieran a la Acción Católica Argentina, entre ellas se contó la Sociedad de San Vicente de Paul (Ibíd.: 91).

Dichas adhesiones son especialmente significativas ya que, como ha subrayado Adrián Carbonetti (2003:239) uno de los rasgos distintivos de las Damas que organizaban estas iniciativas benéficas fue su capacidad para generar alianzas con diversos actores de poder generando una mejor comunicación entre las demandas cada vez más importantes de la sociedad y el poder político. En este sentido se comprende que avanzada la década del 30' - el Estado no sólo siguió sosteniendo económico a las organizaciones de beneficencia sino que incluso por estos años los datos presupuestarios han confirmado un aumento significativo en el rubro subvenciones y en el número de establecimientos subvencionados (Ortiz Bergia; 2009: 71).

3. La salud y la sanidad pública entre la impronta democrática y social del Estado sabattinista (1936-1943)

También en Córdoba, el esquema de poder político oligárquico vigente a nivel nacional sufrió un cambio significativo apenas comenzado el siglo XX. Para Liliana Aguiar de Zapiola, estas trasformaciones se sitúan a partir “(...) de la ley electoral de 1912 cuando el sistema político excluyente comienza a romperse (...)” (2004:21). Este contexto de cambios habría impactado trascendentalmente en que, los sectores medios se fortalecieran en la universidad y en la estructura política democratizándola (Ibídem). César Tcach ubicó el comienzo de estos renovados tiempos para las primeras décadas del siglo XX, cuando la provincia en su conjunto, asistió a lo que el historiador cordobés denominó “(...) una diversificación (...) en los planos cultural, religioso, étnico y político, resaltando que este proceso “democratizador y pluralista” tuvo su corolario en la Reforma Universitaria de 1918, la que constituyó un hito en la historia de la Facultad de Medicina de Córdoba, del país así como de parte de América Latina. (2004: 10).

Fue tan fuerte esta impronta democrática y pluralista de Córdoba, conviviendo con aquellas otras tendencias más conservadoras, que sus influjos invadieron toda la vida político institucional de Córdoba, en la que para “(...) la década del treinta gobiernos conservadores y radicales se suceden mediante elecciones limpias durante un período en el cual, a nivel nacional se impone el fraude (...)” (Ibídem: 10). Esta posición disidente frente a la política nacional será un rasgo que caracterizó a la provincia de Córdoba y que se acentúo durante el período que antecede al peronismo y más aún, durante el apogeo de este régimen a nivel nacional (Philp; 1998: 61).

Fundamentalmente, durante los años de los dos gobiernos sucesivos del radicalismo sanattinista (1936-1943), mientras al nivel Nacional se ensayaban fórmulas políticas de restauración de poder oligárquico, en la provincia de Córdoba a partir de 1936 y hasta 1943 se alzó un régimen que construyó una genuina alternativa más cercana a lo que se podría denominarse un Estado Social. Es que, los planes del radicalismo cordobés superaron el margen político de medidas meramente keynesianas (Tcach; 1991: 67 y 68), y esta orientación se cristalizó en una proclamada disposición del Estado hacia la consecución del bienestar social (Philp; 1998: 93 y 94). En este sentido, la conclusión del análisis de Philp fue taxativo: en [...] los gobiernos radicales de inspiración sabattinista, [...] hubo una clara opción por un nuevo modelo de Estado³³ con una profunda preocupación por “(...) las ineficiencias de los sistemas de provisión de servicios y asistencia social” (Ibídem: 81y 61).

En esta nueva propuesta los sectores trabajadores ocupaban un lugar central y la obra de gobierno se enfocaba decididamente a asegurar sus derechos (Torres; 2002: 42 en Tobares; 2006: 34). Sin embargo, aunque el radicalismo en su vertiente local se manifestaba en su lucha contra los ‘privilegios de capitalismo’, en materia de política económica se separó de aquellas propuestas orientadas a la intervención del Estado como regulador de todos los sectores de la economía³⁴. Sabattini encarnaba principios contrarios o al menos distantes al desarrollo industrial subvencionado por el aparto estatal; en este sentido, afirmó para 1940 que: “[...] la economía dirigida [...] perturbaba el equilibrio consagrado en la Constitución, y

33 Si bien se ha visto que los gobiernos de la década del 20^o y de gran parte de la del 30^o, le restaron centralidad a los tema de la salud pública, en 1928, cuando el doctor en medicina Amadeo Sabattini se desempeñaba como Ministro de Gobierno, en un intento por conciliar sus ideas intervencionistas con su accionar político, presentó varios proyectos de ley y efectivizó cambios en los sectores laboral, educativo y sanitario (Garella; 2009: 3)

34 El proyecto económico radical, basado entre otros puntos en la tecnificación del agro cordobés, era altamente original, pero invariablemente pasaba por la planificación agraria (Tcach; 1991:65 y 66) Se aceptaba la intervención estatal pero orientada a convertir al agro en el eje para modernizar la Argentina (ibídem: 68) Aunque se ha resaltado el profundo costado social del proyecto, ya que la reforma del sistema impositivo que proponía el sabattinismo, gravaba el ausentismo y la herencia, proponiendo la intervención del Estado para modificar las formas de propiedad en el campo argentino, bajo el lema “la tierra debe ser para quien la trabaja” (Teach; 1991:68) (Persello; 2008)

consideraba que el saldo era la creación de privilegios en pugna con los intereses públicos" (Persello; 2008: 227 y 228).

Se podría decir que el renglón más original de gobierno radical, para los años que corrían en la Argentina, fueron, por un lado, las propuestas de restaurar el federalismo, es decir, recuperar la autonomía de la provincia frente a los avances de Estado Nacional (Philp; 1998: 79). En este sentido se debe recordar que la conformación del Estado Argentino estuvo atravesado por un proceso de creciente de centralización del poder de los fueros nacionales sobre los provinciales y municipales. Incluso, en distintos momentos de la historia nacional, se llegó a violar la distribución de poderes y competencias entre estos distintos ámbitos de la administración de acuerdo a lo que marca el sistema federal de organización del país sancionado en la Constitución Nacional de 1853³⁵ (Philp; 1998: 52).

Por otro lado, el radicalismo local proyectó una agenda de gobierno basada en la construcción de respuestas institucionales frente a la "cuestión social" de la provincia (Ibíd: 81). Los objetivos trazados fueron bien amplios y se le otorgó un lugar fundamental a la estructura institucional orientada a producir políticas sanitarias. Según se manifestó el plan de lucha era contra todo "(...) factor negativo respecto a la salud y [su] progreso" (Ibíd.: 1998: 90), los que intentó materializarse en la transformación del Consejo Provincial de Higiene, institución que incluso en los gobiernos demócratas -desde 1932 a 1935- venía ocupando un lugar marginal dentro de la agenda estatal.

En este sentido el radicalismo convirtió al Consejo Provincial de Higiene en un institución omnipresente en toda cuestión que implicase "(...) la defensa integral de la sociedad frente a los daños que puedan originarle las enfermedades, la mala vivienda, la alimentación deficiente, el trabajo insalubre y todo otro factor negativo respecto a la salud y su progreso" (Ibíd.: 90). Las funciones de esta institución se inscribieron en el campo de la asistencia social y, la sanidad en general, tanto en una faz preventiva como asistencial (ibíd: 90 y 91) y, aunque, a diferencia de los resultados conseguidos en los mismos años por el Departamento Provincial de Trabajo, no haya cosechado logros al nivel del horizonte de sus aspiraciones (Ibíd.), durante los gobiernos radicales se pudieron identificar un significativo universo de novedades al nivel de las políticas orientadas a la reestructurar la

35 La Constitución Nacional establece en su primer artículo la distribución funcional y territorial del poder de acuerdo con la adopción del sistema federal de organización del poder. No obstante desde al siglo XIX se le asignó al gobierno central la posibilidad de que sus organismos de Administración Pública se localicen en todo el territorio de la República dotando a esta entidad nacional de una notable preeminencia sobre los otros espacios administrativos (Horacio Cao; 2007: 31) A partir de la crisis de la década del 1930, a una mayor actividad estatal le correspondió la consolidación del proceso de concentración del poder en el gobierno central, desarrollo que cristalizó aún más en la etapa 1943-1955. Muchas veces, dicha tendencia fue el origen de importantes conflictos políticos y resistencias desde las entidades político administrativas subnacionales que intentaban conservar espacios de autonomía.

organización y funcionamiento y atribuciones del organismo sanitario. En este sentido, a partir de referencias bibliográficas e investigaciones propias se mostrarán un conjunto de dinámicas -y sus límites- representativos de las tendencias presentes en el Estado y la sociedad provincial años antes del Golpe de 1943 y la conformación y triunfo del peronismo local.

Atendiendo a los problemas de la organización, racionalización y coordinación del espacio sanitario, apenas asumido el nuevo gobierno, en 1936, se propuso la creación de un Departamento Provincial de Higiene que reemplazaría al Consejo de Higiene y centralizará todas las acciones referidas a la salud. Sin embargo, como marcó Ortiz Bergia los intentos de reglar la intervención en el sistema benéfico asistencial no puede contarse entre uno de los logros del sabattinismo (2009; 79). De acuerdo con Garella, la respuesta del Estado a los requerimientos de las instituciones de beneficencia y caridad se estructuró en función de la situación que presentaban cada una de las instancias y se operacionalizó a través de inspecciones (Garella; 2009: 14) No obstante, las evidencias muestran que estas inspecciones no constituyan un elementos institucionales meramente decorativos aunque su eficacia institucional fue embrionaria.

Por ejemplo, los sucesos alrededor de la estatización del Hospital de Caridad de Villa Dolores San Vicente Paul, comenzaron con una Inspección del Consejo Provincial de Higiene en agosto de 1936, para terminar en un contrato a fines de Junio de 1939 entre el Gobierno y las Damas de la Sociedad de Beneficencia de Villa Dolores (Archivo de Gobierno (A.G); 1936: Folio 433 a 448). Una de las primeras cosas que se desprende de los documentos, es el estado en que funcionaba el sistema sanitario de la provincia, en este caso alrededor de un nosocomio ubicado en un lugar estratégico para la atención de la vasta zona ubicada tras las sierras en el Departamento de San Javier³⁶. Las razones que motivaron la Inspección de 1936, permiten apreciar del grado de autonomía con la que actuaban las entidades benéficas. Según se desprende de las fuentes, en el marco de un conflicto interno entre las propias Damas de la Sociedad, la Comisión Directiva electa en un proceso bastante sospechado, decide y ejecuta un contrato dejando en manos de la Municipalidad de Villa Dolores la administración del nosocomio (Ibídем; Folio 338 y 339) Las acusaciones a la Nueva Comisión, se hallaron focalizadas en que, la Comisión Directiva habría llegado a presidir la Sociedad por medios

³⁶ A partir del informe elevado por el Sub Inspector del Consejo de Higiene en 1936 se pudo apreciar que las condiciones materiales en las que funcionaba el nosocomio dejaban mucho que desear. Según expresa el Dr. Arguello Lencinas el Hospital tiene una capacidad para la atención de enfermos muy limitada (25 camas de clínica general), asimismo resaltó que las Damas que administran el lugar, solfan habilitar algunas piezas que están en muy malas condiciones de higiene y conservación, al igual que los muebles y el instrumental en general (AG; 1936: Folio 433)

irregulares, además era ineficiente y negligente para administrar el Hospital de la Villa, perjudicando así a los pobres de esta localidad (Ibíd.: Folio 440).

Lo más sustancioso de considerar fue que, desde las autoridades médicas enviadas por el Consejo de Higiene a inspeccionar el caso del Hospital de Villa Dolores, se entendió como ilegal aquella pretensión de autonomía levantada por la Sociedad al no dar cuenta al Superior Gobierno provincial de sus decisiones en relación a la administración del nosocomio, y se resaltó que esta situación era causal de la resolución del Sub Inspector de intervenir el Hospital (Ibíd.; Folio 434).

Si bien este no es el espacio para continuar abordando un proceso extenso y pleno de idas y vueltas, si resulta útil detenerse en dos cuestiones. Por un lado, aunque finalmente el Gobierno provincial decidió el traspaso del Hospital de Villa Dolores el 23 de junio de 1939, ni el gobierno, ni los sectores de la burocracia especializada en salud, sugirieron en algún momento la intervención de la Sociedad de Beneficencia de Villa Dolores. Por otro lado, enfocado desde una perspectiva de más largo plazo, el caso del Hospital de Villa resume muchos de los rasgos que caracterizaron la relación del Estado con las entidades de beneficencia y de caridad sobre todo en lo que se relaciona con las problemáticas de la financiación estatal y, ello, más allá de la administración radical. Es decir, el Estado a pesar de sus elevadas metas en los que refiere al cuidado y control de la atención de la salud de la sociedad provincial, pareció desconocer el cambio en la administración del Hospital de manos de la Sociedad de Beneficencia a la Municipalidad de Villa Dolores. Asimismo es bastante representativo del exiguo control estatal, el hecho de que las autoridades de la Provincia tardarán dos años en la concreción del traspaso de un establecimiento asistencial clave en la zona y que no podía ser sostenido ni por las Damas ni por la Municipalidad local (ibíd.: Folio 445).

La tendencia identificada alrededor de la provincialización del Hospital de Villa Dolores fue corroborada por los aquellos análisis más sistemáticos que han abordado la etapa. En este sentido el trabajo de Ortiz Bergia (2009) verifica una situación similar a la vivida entre 1936 y 1939, focalizándose en las causas que derivaron en la provincialización del Hospital San Roque entre 1941 y 1942. Para la autora las orientaciones que primaron en las políticas de provincialización hasta avanzados los años 40' estuvieron vinculadas a dificultades económicas de los establecimientos y su dependencia de las arcas públicas, siendo su traspaso a los fueros provinciales la expresión de políticas excepcionales (2009: 81).

Asimismo, de acuerdo a los análisis de Ortiz Bergia (2009: 78) el radicalismo mostró importantes limitaciones en cuanto a la posibilidad de brindar una atención médica y social

como un derecho de los ciudadanos. En realidad el acceso gratuito de los individuos estaba enfocado exclusivamente en aquellos sujetos que no podían sufragar los costos económicos de los servicios.

Aunque la tendencia marcada por Ortiz Bergia sea indudable, no se puede desconocer que el gobierno de la provincia decretó la asistencia médica gratuita en el Hospital de Niños y en el Hospital San Roque, garantizada con importantes aportes económicos, medida que se fue extendiendo a otros nosocomios (Garella; 2009: 12). Asimismo, la asistencia médica y social fue gratuita para todo niño huérfano sin amparo moral o material, o falto de medios económicos de sus padres (*Ibíd*). Para ello el gobierno sostenía en distintos puntos de la provincia establecimientos especializados denominados Casas del Niño. Además de la consulta médica, a los infantes se le otorgaban medicamentos, alimentos, vestimenta y, cuando fuera preciso instrucción elemental, pudiendo también las madres solteras, viudas o separadas internarse, aunque podían hacerlo únicamente durante el tiempo de la lactancia y debiendo donar su leche sobrante y prestando servicios requeridos por la dirección del nosocomio (*Ibíd.*: 12).

Desde otra arena de preocupaciones, el Estado provincial dispuso normas dirigidas a la vigilancia y regulación de las actividades de los médicos y distintos trabajadores de la salud, entre las medidas más avanzadas se estableció la jornada laboral de ocho horas con una extensión máxima de diez horas, un descanso durante las horas de trabajo no menor a cuarenta y cinco minutos y el registro por planilla de los horarios a cumplir (*Ibíd.*: 14).

Un estudio más detallado de la organización y el funcionamiento de la burocracia médica de la Provincia, reveló que hasta el despuntar de la década del 30', los agentes médicos que se insertaban en el aparto estatal eran por lo general Profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba, así como legisladores provinciales de distinto signo partidario. Dicho comportamiento de inclusión se relacionaba con la predominancia de representaciones sociales que identificaban con un plus del prestigio y mérito la pertenencia de los médicos como profesores de la Universidad Nacional, facilitando de esa manera, la inserción de definidos sectores de élite médica local en las arenas del Estado provincial (Rodríguez, 2005).

El criterio introducido por el radicalismo sabattinista no pareció romper con esta lógica y, aunque la elección del Decano de la Facultad de Medicina como Presidente del Consejo de Higiene, apenas asumida la primera gestión radical, fue interpretada como una

continuidad en los criterios de selección de los funcionarios anclados en el prestigio universitario, la llegada del dr. Guillermo Stuckert marcó un conjunto de rupturas importantes al interior del máximo organismo sanitario de la provincia.

En materia de normas para el cuerpo burocrático, a partir del 1936 se intentará establecer criterios de selección del personal médico con independencia de los criterios políticos de los gobiernos de turno. Según los datos consultados a partir de los primeros años de la administración radical, el Consejo de Higiene -sus agentes especializados- atravesaron un proceso de transformación intrainstitucional. Dentro de esas innovaciones se destacó la desarticulación del sistema colegiado con el que venía funcionando el Consejo desde su creación en 1881, estructurado alrededor varios vocales *ad honorem* (MG.; 1936: Folio 370).

En el marco de la nueva disposición que comenzaba a definirse, el orden jerárquico de la organización administrativa del Estado y con él del Consejo adquirió inédita centralidad. No obstante, se dieron “resistencias” al interior de la burocracia médica. En los casos documentados estos clivajes se relacionaron con las oposiciones profesionales a las regulaciones que se pretendía imponer a la práctica de los agentes médicos públicos.

Las búsquedas de autonomía de los profesionales médicos integrados a la administración provincial fueron un foco de tensiones y giraron en torno a la no admisión de los lineamientos que buscaban equiparar la labor médica a la de otros servidores del Estado. En ese sentido, las argumentaciones en contra de esta homologación, buscada desde el gobierno radical, mostraron la supervivencia entre los médicos de unas representaciones que concebían que, ello como miembros de una élite se hallaban en un lugar privilegiado frente a la sociedad y al aparato estatal.

Así por ejemplo, frente a la orden de respetar estrictamente los horarios de atención de enfermos, el Director de los Dispensarios de la Sífilis se levantó como el más cabal defensor de la autodeterminación de unos profesionales médicos, que, según su criterio, no sólo desempeñaban tareas públicas de mayor responsabilidad y jerarquía que el resto de los agentes públicos, sino que además, no podían ser puestos en un lugar que vulnerara “(...) la ética profesional de los universitarios que ocupan posiciones expectables en la vida pública (...)” (Ibídem: Folio 377). Resultó ilustrativo de la coherencia política entre las instancias del Estado radical, el hecho de que el Director fuera exonerado por el Poder Ejecutivo, de acuerdo a lo que el Fiscal de Gobierno consideró “(...) un agravio para la autoridad administrativa que dictó la orden (...)” y una falta a “(...) la subordinación jerárquica” (Ibíd.; Folio 378).

Paralelamente, como estrategia para mejorar la provisión de servicios en el desarrollo de una medicina caracterizada por una presencia central del estado, la Presidencia del Consejo reglamentó la obligatoriedad en la realización de concursos para la provisión de cargos Sub Inspectores de Higiene y Ayudantes de Laboratorio del Consejo de Higiene (ibíd.: Folio 436). Siguiendo la misma línea política dirigida a renovar los criterios de selección del personal médico especializado, en la segunda administración radical, el Poder Ejecutivo a cargo de Santiago Del Castillo, encargó la redacción de un anteproyecto de reglamento de la carrera médica hospitalaria para el Hospital más antiguo y populoso de toda Córdoba. La significación de esta disposición para el Hospital San Roque se asoció a que no existían iniciativas similares anteriores (M. G; 1942: Folio 140).

Para sistematizar y reglar la situación del personal hospitalario se propuso el régimen de concurso. Sin embargo, aunque la idea estaba orientada a “(...) dar ocasión al profesional estudiioso, a que ocupará el rango que le corresponde, de acuerdo a sus propios méritos (...) (Ibíd: Folio 143), los concursos estaban articulados de tal manera que terminaban por resguardar al cuerpo médico del Hospital, creando una situación de cierto *statu quo* en relación al ingreso de profesionales que no estaban dentro de la administración hospitalaria pública o reconocida por el estado. En ese sentido, el Art. 3 sobre las condiciones generales para ser designado en la carrera médica hospitalaria del Hospital San Roque, requería haber “(...) sido practicante rentado u honorario de algún hospital o sanatorio nacional. Provincial, municipal o particular” (Ibíd.: Folio 150). Asimismo, se proyectaba que la integración de los jurados de los concursos era una obligación de los propios profesionales del Hospital presididos por el Director del mismo (Ibíd.: Folio 153).

El proyecto -del que por otra parte no poseemos datos sobre sus posible rectificación o aprobación durante la etapa radical- no implicaba un cambio de fondo en la lógica de la selección del personal hospitalario, aunque sí introducía un espacio de ruptura al régimen de la simple antigüedad que venía imperando hasta ese momento entre los médicos del nosocomio y que venía dejando a criterio individual las cuestiones asociadas a las pruebas de mérito profesional (Ibíd.: Folio 143).

Si bien este repaso por algunas de las novedades introducidas en la administración radical no permiten conceptualizar que el Estado de la época sabattinista hay introducido una palpable ruptura con los tiempos precedentes, sin duda los análisis y las evidencias presentadas permitieron entender que dichos procesos pueden caracterizarse de acuerdo con Ortiz Bergia (2009) como propias de un período de transición. En este caso la transición se sitúa entre el Estado liberal y aquél que se construyó alrededor de la propuesta sabattinista,

más preocupado y activo en el intervencionismo social y en materia sanitaria en particular (ibídem; 163).

4. El gobierno de la Intervención militar y el peronismo local (1943-1955)

En líneas generales entre 1943 y 1955 hubo entre el nivel nacional y el provincial una coincidencia en términos de régimen político, entendido en su dimensión de conjunto de reglas formales para la participación política y el acceso a poder (Graciarena; 1984: 5 y 12). No obstante, insistir en las equivalencias entre estos dos niveles no sería de todo acertado, ya que, luego de terminada la administración militar en la Nación argentina, en la etapa del peronismo, la provincia se administra a partir de intervenciones federales entre mediados de 1947 y principios de 1949 (ello, en el marco del imperio constitucional y de un gobierno nacional democráticamente elegido) (Philp; 1998: 110).

Asimismo, en la provincia la identidad particular del partido peronista desde su misma conformación fue marcadamente distinta a la del peronismo nacional y ello se traslado al régimen político, entendido también como el conjunto de mediaciones que convierten al Estado en una sociedad política y que regulan los flujos de poder entre ésta y la sociedad civil (Graciarena; 1984: 5 y 12).

Antes de ingresar el complejo panorama de conformación y ascenso de peronismo en el plano local, es posible reconocer ciertos clivajes sociopolíticos que acompañaron los años de Intervención militar en la provincia. Uno de los rasgos que caracterizó a la primera Intervención Federal dirigida por el general Alfredo Córdoba³⁷, asumido en junio de 1943, fue el surgimiento de una relativa desconfianza entre los políticos locales al introducirse funcionarios que no eran originarios de Córdoba (Bischoff; 1995: 479).

Dicha situación de enrarecimiento de la vida política local se acentuó al declararse intervenidas las reparticiones municipales (1995: 480) y la Universidad Nacional. Muchos profesionales médicos de reconocida trayectoria dentro del radicalismo sabattinista no fueron ajenos a las persecuciones ideológicas de la época. Todo ello sucedía en el contexto de prácticas autoritarias como la disolución del Congreso, proscripción de partidos políticos y control de los medios de comunicación. Durante esta etapa como respuesta a esta situación se

³⁷ Luego del primer Interventor le siguieron en el cargo los militares Julio Salazar Collado (1943); León S. Scasso (1943); Alberto Guglielmone (1944); Juan Carlos Díaz Cisneros (1944) y, Hugo A. Oderigo (1945).

sucedieron distintas manifestaciones desde distintos ámbitos en contra de aquellos comportamientos del gobierno que lesionaban las tradiciones democráticas en la provincia y que iban en contra de la distribución territorial de competencias que definía el sistema federal de organización del poder.

Mientras se sucedía este tipo de situación, el poder de Perón en el seno del gobierno militar y frente a importantes sectores de la sociedad, sobre todo los trabajadores, continúo en aumento, hasta confluir en la generación espontánea de apoyo al militar el 17 de octubre de 1945. El poder creciente del entonces coronel terminaría en el llamado a elecciones, el 4 de noviembre de 1945.

Las elecciones provinciales y nacionales del 24 de febrero dieron el triunfo al peronismo. En el país, este triunfo catapultó a Perón-Quijano, y, en el plano provincial correspondió a la formula compuesta por el partido Laborista (Argentino S. Aucher) y partido de la Unión Cívica Radical, Junta Renovadora (Ramón Asís). Para lograr su triunfo electoral, tanto en el plano nacional como en el provincial, el peronismo se apoyó en la heterogénea alianza. En el plano nacional se destacaron los antiguos líderes sindicales de extracción socialista y sindicalista –que habían formado luego de los sucesos de octubre de 1945 el Partido Laborista-. No obstante, no todos los sectores que conformaron el peronismo eran afines a los trabajadores; en la alianza nacional también se integraron fracciones escindidas de partidos políticos preexistentes, específicamente núcleos radicales que dieron vida a la Unión Cívica Radical Junta Renovadora, grupos que se definían como independientes, así como algunos sectores conservadores (Mara Santero; 2007: 84). Asimismo, ha quedado suficientemente mostrado las estrechas relaciones entre el líder y sectores importantes del catolicismo argentino, incluso desde tiempos del régimen militar (Luis Zanatta; 1999:127).

En Córdoba, como en otras provincias del interior argentino, el surgimiento del peronismo poseyó una particularidad muy clara. La misma se asocia a por lo menos dos cuestiones centrales retomadas en este trabajo. La participación de los sectores tradicionales en la emergencia del peronismo local y, la conflictividad que sus primero tiempos en la provincia (Tcach; 2003: 26) Es que, según han mostrado Macor y Tcach, fuera de la provincia de Buenos Aires existía una debilidad pronunciada de los procesos de industrialización y por tanto una débil presencia de la clase obrera como tal (2003: 30). Para compensar la tendencia en estas latitudes, entre las que se contaba la provincia de Córdoba, Perón decidió articular una estrategia clave: buscar el respaldo de actores políticos y sociales poderosos (Ibídem).

En el caso de la provincia de Córdoba la construcción de las bases de poder y la dominación peronista se apoyó en una variada expresión político-ideológica (2003: 26 y 27). Además de la presencia del Laborismo, el peronismo surgió montado prácticamente de manera exclusiva sobre estructuras políticas previas y tradicionales resumidas en tres vertientes: un significativo sector del partido conservador local, así como de una vertiente nacionalista de la Unión Cívica Radical (2003: 27), sector escindido de la línea sabattinista del radicalismo local defensor de la vertiente más democrática de la política local de entonces. Entre los sectores que conformaron el peronismo provincial también se ha resaltado la participación de la Acción Católica de Córdoba, organismo que se ha definido como la vanguardia política de la Iglesia (Ibídem).

Si bien todas estas estructuras previas, habrían visto en el Partido Peronista una “(...) fórmula que les permitía conciliarse con el “pueblo”, obtener nuevos espacios de poder y ofrecer una respuesta conservadora a la crisis político-ideológica (...)” iniciada por los años 30’ (Ibíd.: 31) - lo cual evidencia la debilidad y la inestabilidad del peronismo local- la misma dilución del Partido Laborista les confirió a aquellas élites locales tradicionalmente conservadoras, sino más poder al interior del partido peronista, al menos más visibilidad.

Para explicar estos procesos se debe atender al contexto de la intervención Federal peronista de 1947. Como explica Tcach (1991: 125) la gestión del primer gobernador peronista en Córdoba comenzó con conflictos entre el recién estrenado oficialismo y la oposición. Luego de varias situaciones escandalosas en las que llegó a participar la policía y el Ejército, las tensiones llegaron a su cenit en abril de 1947 y en junio de ese año, luego de que se considerara llegar a realizarle un juicio político al gobernador y varios diputados de la Legislatura provincial visitaran al propio presidente Perón, éste resolvió disolver por Decreto la legislatura y unos días más tarde declarar intervenida la provincia y sus tres poderes (Ejecutivo, Legislativo y Judicial) (Ibíd: 129 a 134).

Muy pronto a esta decisión se le sumó la intervención del Partido Peronista local. Si la intervención de la provincia estaba dirigida a neutralizar el personalismo del gobernador Aucher, con la otra se eliminaba la posibilidad de un partido político democrático (Ibíd.:133). De esta forma Perón arremetió desde varios frentes contra el Partido Laborista hasta lograr la quita de su personería jurídica como expresión del personalismo ejercido por líder peronista y Presidente de la Nación (Ibíd.).

Una de las consecuencias deseadas de este proceso fue la imposición de la norma de “(...) exigir absoluta fidelidad a la figura de Perón como condición primera e inexcusable para la pertenencia al partido y al aparto del Estado” (Ibíd.).

Si bien en este contexto de centralización de poder una de las estrategias para consolidarse fue reforzamiento del Poder Ejecutivo, durante los primeros años del peronismo, que Philp identifica desde 1943 a 1949, el peronismo local no produjo nuevas instituciones, por lo menos no lo hizo en lo que refiere a la estructura institucional orientada a producir políticas sociales (1998: 108). Sin embargo, en esta “primera etapa del peronismo” en la provincia se generó la nacionalización de las importantes actividades que antes realizaba el Departamento provincial de Trabajo, perdiéndose las prerrogativas locales en manos de la delegación provincial de la Secretaría de Trabajo y Provisión dirigida por el propio Perón desde los primeros tiempos de la administración castrense (Ibídem: 117).

Otra de las consecuencias de las intervenciones que dispuso el peronismo en la provincia fue terminar de sellar la incorporación de los sectores conservadores al proyecto peronista. Como narra Tcach la oposición acérrima de los laboristas contra los (...) ‘oligarcas’, ‘estancieros coloniales’ y ‘gobierno de familias’ distaba de ser un mero recurso retórico (...)” (2003:41), con la disolución de Laborismo ya no existía una fuerza coherente dentro del peronismo local que pusiera coto a las ideas, valores y prácticas del conservadurismo.

Tan fuertes eran estos influjos conservadores que, mientras en el Congreso Nacional algunos peronistas llegaban a comparar con a los trabajadores –la expresión peronista era “desacamisados”- con los sans culottes, en la Legislatura de la provincia no se pudo rendir homenaje a la Revolución Francesa (Ibídem: 44). Aunque ejemplo de este tipo pueden darse a montones no se pude dejar de mencionar dos hechos profundamente significativos para el análisis posterior y que tiene a Lisardo Novillo Saravia y a su hijo Alberto como protagonistas.

Por un lado, se destaca la influencia que estos abanderados del conservadurismo local tuvieron en el Estado provincial. El caso de Novillo Saravia padre este cumplió un rol decisivo en el apoyo a la elección del gobernador San Martín en 1949. Es que, como confesó el interventor de partido peronista cordobés, Perón le había ordenado la fabricación de la candidatura del brigadier San Martín (Ibíd.: 52). Y, al resultar electo el nuevo gobernador se originó un polémica con la oposición ya que el militar no poseía un “cursus honorum” en la política provincial, cláusula que era exigida por el art. 94 de la Constitución provincial vigente (Gobierno de la Provincia de Córdoba; 1998: 88). En esta disputa los opositores se vieron obligados a ceder y el sector oficialista, representado por Novillo Saravia jugó un rol fundamental en ello.

Por otro lado, meses más tarde Novillo Saravia hijo, como convencional constituyente de la Reforma Constitucional de 1949 también ocupará un lugar que lo catapultaría a la historia provincial. En este caso, él fue el promotor principal de la inclusión de serie de reformas que a todas luces contrariaban los postulados liberales. Las más llamativas, aunque no las únicas, fueron la eliminación de la prohibición para que los eclesiásticos pudieran ser elegidos como diputados y senadores y, el restablecimiento del requisito de profesar el catolicismo apostólico romano, para poder ser electo gobernador de la provincia (Tcach; 2003: 45).

El apoyo de los sectores de la Iglesia tanto en el plano nacional como en el provincial no surgió de la nada o de una política instrumental de los sectores católicos ante el panorama de las elecciones. Es decir, no representa ningún dilema historiográfico las vinculaciones entre el gobierno militar (1943- 1945) y los principios de sectores importantes del catolicismo argentino (Zanatta; 1999), vinculación ésta que colabora en explicar que Perón haya podido presentarse en 1946 como el “candidato católico”. En la provincia, plantear esta dinámica histórica, permite comprender que la Iglesia local se inclinó a favor del gobierno central mucho antes de la aparición de la pastoral de Episcopado del 16 de noviembre de 1945 que interpelaba a los “católicos” a no votar a partidos que propugnaban la enseñanza laica (como lo hacia el radicalismo sabatinista) (Biscoff; 1995: 496). En ese sentido, habría importantes identificaciones entre las ideas defendidas por los sectores católicos y el gobierno militar y también por supuesto durante el peronismo, por lo menos, hasta la ruptura de la década de 1950.

Como ha mostrado el trabajo de Blanco el apoyo de la Iglesia al peronismo se vehiculizó en gran medida mediante la Acción Católica de Córdoba, importante miembros de esta asociación laica, pasaron a formar parte del peronismo como sus primeros funcionarios imponiendo una forma de hacer política en parte inspirada en las enseñanzas de la Iglesia (2006: 179). Ahora bien, aunque en un comienzo el componente conservador clerical le permitió al peronismo triunfar en la provincia fue ese mismo componente el que provocó su implosión (Tcach; 2003: 51)

Pero, mientras tanto, especialmente a partir de la sanción de la nueva Constitución, el peronismo local lograra un cambio substancial en la configuración de la estructura institucional dirigida a producir políticas sociales en la provincia (Philp; 1998: 108). La tendencia central que definió este proceso fue el predominio de las instituciones nacionales sobre las provinciales en medio de una dinámica en la que (...) predominaron mecanismos políticos que tendieron a la centralización tanto política como administrativa” (Ibídem: 150).

La sanción de la nueva Constitución le dio al oficialismo múltiples herramientas para propulsar dichos proceso. Si bien en comparación con la Constitución Provincial de 1923, el texto Constitucional de 1949 incorporó un nuevo artículo referido a los derechos del trabajador, de la familia, de la ancianidad y de la educación y la cultura, incluso en el mismo sólo se incorporaba toda la legislación de la Constitución Nacional (Ortiz, 1997: 97). En convergencia con esta tendencia se dispusieron distintos dispositivos para la centralización del acontecer político provincia con el nacional, entre ello puede contarse no sólo la coincidencia temporal en los mandatos y las elecciones nacionales y provinciales, sino sobre todo la concentración de atribuciones en el Poder Ejecutivo provincial por sobre el Poder Legislativo (Ibídem: 80).

No obstante las tensiones y oposiciones al régimen peronista fueron una constante durante todos los años de su gobierno. De acuerdo con Philp la oposición radical fue fundamental ya que el partido tuvo un predominio en el Senado hasta 1947, año de la intervención nacional a la provincia (1998: 110). Si bien el sabattinismo no logró recuperar esta mayoría, sus oposiciones a ciertas posturas centralizadoras propuesta en la Convención Constituyente fueron muy relevantes, aunque no lograron frenar las tendencias defendidas por el oficialismo. Las críticas del radicalismo sabattinista se dirigieron a los mecanismos políticos articulados por el peronismo que lesionaban la autonomía de la provincia y al personalismo presente en las nuevas instituciones creadas a partir de 1949.

Por otra parte, el conservadurismo clerical también devino en un foco de conflictos. Esta conversión no fue un proceso repentino, sino más bien una dinámica que debe entenderse a partir de considerar ciertos contenidos introducidos en la construcción del poder político peronista. Aunque la religión católica ocupó un destacado lugar en la nueva Constitución provincial de 1949 -incluso el catolicismo fue convertido en la religión oficial- la iglesia no podía tolerar ciertas tendencias presentes en la expansión del peronismo en la sociedad que no abogaban en criterios eclesiásticos (Tcach; 1991: 174).

El distanciamiento entre la Iglesia, los sectores cléricales por un lado y el peronismo por otro se objetivó, entre otros procesos, en la introducción de la enseñanza del justicialismo -nombre que adoptó el peronismo- como materia obligatoria en los colegios públicos de la provincia. Los discursos que definían a Perón como un enviado de Dios colaboraron en profundizar el disgusto de la institución religiosa (Ibídem: 224).

Por otra parte, si se comparan por ejemplo los subsidios de la época de Aucher con los del gobierno de San Martín, la disminución de fondos presupuestarios para obras de la Iglesia en el segundo gobierno mencionado fue una realidad palpable y, evidenció también “(...) la

escasa autonomía de los legisladores peronista de origen católico conservador frente al Ejecutivo provincial” (Ibíd.: 176). Además, la aparición en el terreno social de la Fundación Eva Perón como una importante competidora de los fondos provinciales alejaba la posibilidad de concretar el monopolio de la beneficencia por parte de la Iglesia y los sectores laicos.

La explicación de las causas del conflicto entre la Iglesia y el peronismo, abordada fundamentalmente desde una perspectiva nacional, ha resultado una cuestión bastante controvertida en la historiografía. Desde la postura que interesa resaltar en este trabajo, Perón no fue capaz de obtener el consentimiento o al menos la neutralidad de la Iglesia para afirmar su liderazgo sobre la sociedad (Ibíd.: 237). Las elevadas expectativas de la Iglesia se conformaron de acuerdo al elevado nivel del respaldo inicial que le había ofrecido el peronismo, y, fueron justamente estas elevadas aspiraciones –cristianizar la democracia- las que permitieron entender que “(...) la élite católica, aun gozando de posiciones de privilegio en los organismos gubernamentales (...)” rechazó el imaginario político que se estaba construyendo desde el peronismo (Ibíd.)

En el caso de Córdoba el quiebre estas relaciones desencadenó la inevitable ruptura del peronismo local y, desembocó a fines de 1954 en una estrategia católica estructurada a partir de cuatro ejes de acción (Ibíd.: 246 a 248): en primer lugar, la eliminación en el seno de la Iglesia de cualquier rastro peronista, en segundo, la creciente movilización de la Acción católica y de amplios sectores de la ciudadanía, en tercero, la profundización de las relaciones con los partidos políticos de la oposición al oficialismo, y, en cuarto y último lugar la búsqueda de identificar a las Fuerzas Armadas con los objetivos de la Iglesia.

De acuerdo con este panorama, el enfrentamiento que se produjo en Córdoba “(...) asumió características de guerra civil” (Ibíd.: 267), desencadenándose una movilización militar que convergía con los procesos de oposición y crisis del régimen peronista a nivel nacional y, que terminaron por desencadenar el Golpe de Estado de septiembre de 1955.

III. LA CONFIGURACION SANITARIA EN LA PROVINCIA: Entre procesos nacionales y locales, 1943-1949/1955

La historiográfica argentina ha analizado las transformaciones a nivel nacional de la estructura institucional orientada a producir políticas sanitarias y de salud, en la etapa definida como de presencia hegemónica del Estado nacional en el sector de la salud y la sanidad (1943-1955). En este marco, son sumamente valiosos los últimos trabajos de Karina Ramaciotti (2008 y 2009) los profundizaron en las problemáticas sanitarias y su vinculación con procesos sociopolíticos más relevantes, particularmente durante el peronismo (1946-1955).

Si bien desde una perspectiva más general Sikkink (1993: 54) insistió en que aunque con el peronismo se amplía la envergadura y las funciones del Estado, con él no se asegura la capacidad del mismo para cumplirlas ni se transforma la tendencia a elegir los agentes públicos por motivos políticos³⁸, Ramaciotti a partir de un enfoque más acotado ha mostrado desarrollos que al menos matizan esta afirmación general. Al explorar las novedades surgidas en la configuración institucional y administrativa tanto de la SSP como del posterior Ministerio de Salud Nacional y en las dinámicas de ampliación y conformación de la burocracia, la autora ha resaltado un conjunto de procesos altamente significativos para la modernización estatal. De una parte, muestra que se producen durante el gobierno peronista búsquedas de mayores facultades en la administración tanto de la gestión como del manejo de las cuentas en un marco “racional” de la acción pública, donde la planificación ocupa un lugar central (Ramaciotti; 2008: 87 a 127). De otra, subraya el intento -que la autora ubica entre 1946 y 1950- de lograr un cuerpo burocrático con mayores visos de profesionalidad, aunque, no niega que en este proceso ocupan un lugar destacado los intentos del gobierno para que la burocracia se sostenga en su lealtad al proyecto político del gobierno (Ramaciotti; 2009: 16)

Ahora bien, en un período histórico en que es tan significativo el avance del poder nacional sobre la autonomía de la provincia resultará sumamente orientativo adoptar como punto de partida e incorporar al análisis de los procesos las nociones de centralización y nacionalización. Por esta razón, estructuraremos el capítulo a partir de las tendencias identificadas por Marta Philp alrededor de los procesos de configuración en la estructura institucional dirigida a producir políticas sociales en la provincia de Córdoba. No obstante, aunque se comparte en líneas generales que recién a partir de la Reforma de la Constitución

³⁸ La autora marcó que no se registraron novedades en este sentido luego que el gobierno militar dictara el primer Reglamento de la Administración Pública en diciembre de 1943.

de 1949 se gesta una nueva estructura institucional en la provincia (Philp; 1998: 118), se espera que al profundizar los análisis en los procesos devenidos al interior de máximo organismo de salud pública y en su diseño administrativo y burocrático se puedan hallar matices dentro de la tendencia general.

Entonces, de acuerdo con un contexto histórico en que la expansión de la actividad del sector público se asocia a proyectos de gobierno que privilegian una relación verticalista entre poder nacional y provincial, se abordarán entre 1943 y 1955, las modalidades y los ritmos locales de concreción de una serie de procesos identificados al nivel en los sucesivos organismos sanitarios nacionales. En primer lugar se considerarán los cambios operados en la organización interna de la administración pública provincial, específicamente en cuanto a los organismos del Poder Ejecutivo Provincial encargados de las políticas sanitarias.

En segundo lugar, analizaremos algunas de las más importantes dinámicas de reglamentación de la selección y normas de trabajo y, profesionalización dirigidos a la burocracia sanitaria, administrativa y médica. En cuanto al cuerpo burocrático, se otorgará un destacado espacio a explorar las dinámicas de politización dispuesta a lo largo del período 1943-1955, problemática que se profundizará en el cuarto y último capítulo.

Finalmente, en tercer lugar, se complementará el análisis explorando algunos datos locales relacionados con los cambios en las prioridades sanitarias en el marco de los recortes presupuestarios introducidos en el Ministerio de Salud Pública nacional en la década de 1950 (Ramaciotti; 2009: 16). Sobre estas tensiones y desplazamientos a nivel nacional, el trabajo buscará introducirse en la exploración de algunas de las políticas estatales que darían cuenta del posible papel subsidiario del Estado provincial y de su organismo de salud pública en cuanto a la concreción de políticas sanitarias.

A esta altura resulta útil recordar que, el interés de la investigación y especialmente de este capítulo se halla restringido a los procesos que afectan a los organismos sanitarios públicos y a lo sumo a ciertas tendencias que habrían condicionado sus políticas. Sin embargo al abordar la configuración provincial por sus mismas prerrogativas locales, se hará alusión a problemáticas que se inscriben en el plano de la asistencia social de acuerdo a las prerrogativas de la institución sanitaria provincial durante los años en análisis.

1 .LA ESTRUCTURA INSTITUCIONAL ADMINISTRATIVA PARA PRODUCIR POLITICAS SANITARIAS, 1943-1949/1955

1.2 El área de la salud y sanidad provincial en tiempos de transición (1943-1949):

Al partir de las lecturas propuestas por Philp para el caso de los resultados normativos en la conformación de la estructura institucional orientada a producir políticas sociales en el Estado provincial de Córdoba, se comparte en líneas generales la caracterización global de los exiguos cambios que devinieron desde 1943 hasta la Constitución provincial en junio de 1949 (1998:110). Ahora bien, se deben considerar los límites intrínsecos -no la pertinencia- de la perspectiva analítica del trabajo de Philp. La autora aborda las instituciones “(...) como medios para la consolidación política (...)”, como (...) centros de iniciativas políticas (...)” en el momento de su constitución (...) (1998: 101) normativa. De acuerdo con ello, su trabajo se centra en los debates parlamentarios (Ibídем: 17) perdiendo en gran medida la posibilidad de acceder a otras dinámicas de construcción institucional, en una etapa (1943-1949) en que predominaron las administraciones de intervención. En el apartado que se dedicará a analizar la configuración burocrática se podrá apreciar más plenamente la significatividad que tuvo dicha realidad política a nivel local.

Aunque Philp ha mencionado algunos datos sobre la generación de instancias institucionales en el Área de la salud pública entre 1943 y 1949, poco se conoce de estas cuestiones en el plano local en un período que a nivel nacional se generan profundos cambios y espacios de autonomía para las provincias del interior. Se ha subrayado la ruptura que devino con la creación de la SSP en 1946, se crearon antes de ese año otras cristalizaciones. Desde octubre de 1943 la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública extendió la competencia del gobierno federal a todo el territorio nacional (Belmartino; 2005: 110) y, en menos de un año, en agosto de 1944, se produjo una significativa fragmentación del organismo unificador: las funciones de asistencia social pasan a depender de la Secretaría de Trabajo y Previsión (STP) (Belmartino; 2005: 111).

Unos años después, los interrogantes sobre la configuraciones surgidas en la provincia de Córdoba son más claros aún, sobre todo, cuando la transformación en 1946 de la División Nacional de la Salud Pública en Secretaría de Salud Pública trajo consigo el restablecimiento de la autonomía de los organismos de salud pública de las provincias (Andrenacci et. Al.; 2004: 104). Incluso en los primeros años de peronismo nacional el Estado tuvo ingentes dificultades para controlar las instancias provinciales de acuerdo a los costos que ello

implicaba por la extensión y heterogeneidad del país y, a las oposiciones derivadas de su organización federal. Aunque dicha tendencia se manifestó claramente al nivel del sistema sanitario asistencial, Ross resaltó que en cuanto las relaciones con otros niveles del estado, aunque la SSP creó 3 de las oficinas regionales careció de recursos para imponer su voluntad. (1988 en: Andrenacci et. Al.; 2004: 105).

Por otra parte, el plano provincial se puede identificar dos puntos fundamentales que señalan falta de innovación en la estructura institucional esta primera etapa, pero también algunas novedades. En el primer sentido, se ha resaltado que a lo largo de estos años (1943-1949) la provincia continúo rigiéndose por la antigua Ley de Ministerios, que había colocado a la máxima institución sanitaria de la provincia bajo la órbita de Ministerio de Gobierno (Philp; 1998: 117 a 119). En el segundo sentido, se ha corroborado la trasformación del Departamento Provincial de Higiene en 1948 en Dirección Provincial de Salud Pública (Ibídем: 122 y 123). Como se viene insistiendo, considerar estas cristalizaciones institucionales por sí solas, no permite acceder a reconstruir un panorama de cuestiones que pueda dar cuenta de la identidad del área sanitaria local entre 1943 y comienzos de 1949.

En el marco de las restricciones que representa esta etapa en cuanto a la producción de debates legislativos y, con el objetivo de acceder a los idearios más representativos de la etapa, se han seleccionado dos documentos elaborados por sendos presidentes del Departamento Provincial de Higiene. Uno producido en 1944 y presentado ante el segundo Interventor federal en Córdoba General de División Alberto Gugliolmone (Ministerio de Gobierno (MG); 1944: Folios 449 a 451) en tiempos de plena intervención militar, y, el otro, un anteproyecto de Ley de 1947, elevado al Ministro de Gobierno durante el interrumpido mandato del primer gobernador peronista, argentino Auchter (Ibídем; 1947: Folio 190 a 192).

A esta altura resulta significativo destacar que, como ya se adelantara de acuerdo con Philp, en el período que va desde 1943 y a 1949 no se reproduce en el Estado provincial y en su Área de la salud pública en particular, aquel panorama de transformaciones institucionales y de organización administrativa tendientes a un creciente racionalización, tecnificación y centralización identificadas al nivel nacional por Ramaciotti (2008 y 2009) en el marco de la “Nueva Argentina que pretende erigirse en el período peronista (2008: 119) Sin embargo, se identifica en el plano local que diversas muestras de que las innovaciones nacionales e internacionales de los años considerados, forman parte de los criterios y propuestas de los más altos funcionarios médicos provinciales en cuanto a el rumbo en la organización institucional que debía seguir y adoptar el Estado en materia de salud.

Si bien no se pretende soslayar que durante el período 1943-1955 “(...) la herencia institucional en el campo de las políticas sociales fue descalificada (...) por la falta de actividad e ineficiencia de las mismas (Philp; 1998: 143), ni en los documentos de julio de 1944 ni de 1947 se invalidó la estructuración de las etapas previas. En 1947 el Presidente del Departamento de Higiene sostuvo que la necesidad de cambios en la institución que él dirigía eran fruto de las transformaciones sociales del momento, y que desde 1881 –momento de creación de la institución provincial- el organismo (Consejo Provincial de Higiene y luego Departamento Provincial de Higiene) había podido “(...) cumplir acabadamente con las exigencias que se le demandaban (...)” (MG; 1947: Folio 190). No obstante, esto no niega que en ambos escritos se habló de ineficiencias a la hora de mencionar la necesidad de dotar a la institución pública de un nuevo diseño. En función de ellas se propuso un conjunto de modificaciones.

El punto más enfatizado en las nuevas propuestas del 1944 y 1947 se asoció a la necesidad de mejorar la capacidad de centralización institucional. Ya en 1944 se insistió sobre esta necesidad a fin de revertir “(...) la ineficacia en la utilización de esfuerzos y recursos (...)”; en este sentido, la problemática fundamental identificada por el dr. Bernardo Bas estaban al nivel de la desconexión entre las instancias provinciales y municipales (MG; 1944: Folio 449). A pesar de que es innegable que en los documentos tanto de 1944 como de 1947, se utilizan términos dirigidos a exaltar los altos ideales sociales en materia de salud pública de los gobiernos instituidos a partir de 1943, los diagnósticos sobre la situación previa revisten una búsqueda de objetividad. En este sentido se interpretan los comentarios sobre lo sucedido durante la administración de Gral. Gugliolmone. En 1947, el Presidente Oulton expresó que la búsqueda de una solución integral a la organización de la salud pública a partir de la centralización jurisdiccional técnica-administrativa ya había sido sugerida durante la intervención federal, refiriéndose en forma explícita a la administración del militar. Resulta plausible que hasta ese momento la centralización, de acuerdo a los criterios del funcionario médico, aún no estaba en marcha.

Si bien en ambos momentos analizados se insistió en la centralización jurisdiccional, los términos de la misma tuvieron una lógica bien distinta entre uno y otro documento. Resulta significativo resaltar que en 1947, apenas un año después del comienzo de la elección del gobernador Aucher, el dr. Oulton puso en jaque las atribuciones mismas de las municipalidades en materia de salud pública. A pesar de que en ningún momento el Doctor parece ir más allá de las problemáticas relacionadas con lo sanitario, sostiene que el régimen de autonomía municipal sancionado en la Constitución Provincial de 1923 ha sido mal

interpretado, proponiendo que “(...) se deroguen todas las ordenanzas que contradigan el fin que persigue el Poder Ejecutivo de asegurar la salud de la totalidad de la población” (MG; 1947: 190 v).

Al tratar este punto el documento permite acceder a un candente discusión política, que luego, con la Constitución de 1949 se manifestó a través del criterio de que las municipalidades eran entidades administrativas y por tanto era necesario limitar “(...) las posibilidades autonómicas de este nivel de la actividad estatal” (Ortiz; 1997:75). En 1947, luego de que durante la administración militar los municipios fueran intervenidos y puestos bajo el mando de un comisionado, el problema estaba lejos de saldarse. Este parece ser el debate abierto al que refiere el Presidente dr. Oulton entre los convencionales de la Municipalidad de la capital de Córdoba frente a un proyecto de Comisión. Sobre el particular el referido Presidente mostró su posición, por lo menos en materia de atribuciones en salud y sanidad, refiriéndose a las medidas de centralización dispuestas en la provincia de Santa Fe con la creación del Departamento Provincial de Higiene y (...) últimamente en la provincia de Salta creando el Ministerio de Salud Pública con competencia absoluta en materia de higiene y salubridad” (MG; 1947: Folio 191).

Otro de los puntos abordados fue la ampliación de los órganos tecnológicos, científicos y legales con los que contaba la institución sanitaria. En esta línea es verosímil pensar que los pedidos refieren a falencias o cuestiones abiertas y resulta sugerente que este no fuera un tema central del documento de 1947. En cambio en 1944 este renglón ocupó un lugar fundamental. En él la búsqueda de racionalización como medio (...) para luchar con eficacia en la profilaxis de los azotes sociales” se evidenció en el pedido de una Oficina Estadística y la creación de una Sección de Investigación científica (MG; 1944: Folio 450). Asimismo, a estas nociones que formaban parte de un clima de época, se le sumó el pedido, según expresó Bas ya reiterado, de terminación de la obra inconclusa destinada a los laboratorios centrales del Departamento de Higiene (Ibídem: Folio 449 v) así como de actualización de la legislación, fundamentalmente en torno a la elaboración de un Código Sanitario Provincial; una Ley de reglamentación de farmacias y, sobre la vacunación antidiftérica. Otras de las cuestiones resaltadas fue la sugerencia de implementar en la región Palúdica de la provincia de Córdoba medidas que tendieran a la educación de las poblaciones rurales en profilaxis (Ibíd.: Folio 450).

Si colocamos las nociones de los documentos considerados como parte de un proceso histórico de mediana duración, entre 1932 y 1955, se las puede definir y situar en dos sentidos complementarios. De un parte, se entiende que, tomado el período previo a 1943 -durante la

etapa del radicalismo sabattinista e incluso durante la administración anterior de signo Demócrata-, las continuidades con la etapa 1943-1949 son indudables y, en ese sentido, resulta incuestionable la escasez en la producción de instituciones que señala Philp, sobre todo si se tiene en cuenta los grandes cambios anunciados en el discurso de los gobiernos (1998: 112). Es que, ya desde la década del 30' se había intentado, sin éxito, aumentar no sólo la centralización del Consejo de Higiene, ampliando jurisdicción, sino también sus capacidades técnicas y de control y regulación (Ortiz Bergia; 2009: 128) en el contexto de los amplios objetivos que se habían trazado para la institución especialmente desde la administración radical. Sin embargo, no se puede soslayar que los conflictos sucedidos a raíz de la defensa de las autonomías municipales fueron muy distintos. Antes de 1943, dichas tensiones restringieron las posibilidades de intervención del CPH, luego de esa fecha, la intervención militar de las comunas y, el profundo “(...) reforzamiento del Poder Ejecutivo (...)” (Philp; 1998: 110) verificado en los años peronistas, diluyó el poder efectivo de los defensores de las atribuciones municipales.

En la etapa 1943-1949, aunque en el plano local las ideas y las búsquedas de racionalización, centralización y ampliación de las capacidades tecnológicas están presentes, su cristalización, identificable en el plano nacional a partir de 1946, no se produce en la provincia de Córdoba por estos años y sólo puede identificarse claramente a un nivel discursivo. Sin embargo, existen sobrados elementos en el contexto político y en las nociones vertidas por los funcionarios médicos que permiten identificar una ruptura entre los procesos de estos años y los del período precedente, convirtiendo la etapa en un momento totalmente distinto al pasado y, transicional hacia los cambios cristalizados en la siguiente.

En el próximo apartado analizaremos los cambios en la estructura institucional y en la organización administrativa a partir de 1949, intentando mostrar en qué medida y de qué manera (modalidades y ritmos) se generaron en el área de la salud pública aquellos procesos identificados por Philp como de “(...) nacionalización de las instituciones provinciales (...)” (1998: 152).

1.2 Consolidación institucional y en la organización administrativa (1949-1955)

Durante esta segunda etapa, Philp señaló que el rasgo sobresaliente fue la gestación de una nueva estructura institucional en medio de importantes debates políticos-partidarios (Philp118) El contexto político legal que trajo consigo la Constitución Nacional de 1949 ya la

posterior sanción de la Reforma Constitucional provincial sugieren una tendencia indudable a la centralización y homogenización de las estructuras estatales provinciales con las nacionales. La aparición del Ministerio de Salud y Asistencia Social de la provincia marcaría dicha orientación, la que se identificaba claramente en la sintonía de los discursos. En esta línea el oficialismo local afirmó que “(...) sólo basta decir que la salud del pueblo se constituye en uno de los objetivos que fundamentan la razón de ser del Estado” (Ibíd: 122).

En cuanto a la organización, la amplitud de funciones del Estado requería transformaciones en la estructura institucional y esta fue una de las razones que fundamentaron la creación del Ministerio de Salud Pública nacional. Los análisis que abordaron el proceso a nivel nacional mostraron que la evolución de la SSP en Ministerio de Salud transformó a la institución en el “organismo ejecutivo, coordinador, centralizador, consultivo, informativo y fiscalizador de la salubridad e higiene general y de la asistencia médica social y tratamiento de las enfermedades de todos los habitantes del país” (Ministerio de Salud, Reglamento Interno; 1950: 4 en Ramaciotti; 2008: 116). Sin embargo, como ya se ha visto esta conversión no trajo aparejado que una mejor posición para el nuevo organismo en la agenda estatal, tampoco su organización interne vario considerablemente, más bien se “(...) mantuvo la subdivisión anterior, conformada por la medicina curativa o asistencial y la sanitaria o profiláctica, y se agregó la Dirección de Delegaciones Regionales” “(...) aunque se generó una estructura aún más verticalizada y jerárquica (...)” (Ibíd: 116).

En cuanto a las provincias, una de las condiciones impuestas desde la nación fue la creación de Ministerios de Salud autorizados para establecer relaciones técnico-administrativas directas con su equivalente en el ámbito nacional (Belmartino, 2005: 114). De acuerdo con este proceso, a partir de 1949 apareció enfatizada la tendencia a la subordinación y nacionalización institucional en la que “(...) los gobiernos provinciales tenían la función de complementar las tareas realizadas por el gobierno central (...)” (Philp; 1998: 151).

En cuanto a la faz normativa, el Ministerio nacional conduciría de manera integral y absoluta la acción. Pero, de acuerdo a lo ya repasado, dada la extensión y configuración del territorio se hacía necesaria una descentralización de la acción, para lo cual se dividiría al país en unidades geográficas: la región sanitaria, las zonas sanitarias, los distritos sanitarios, etc. (Ministerio de Salud Pública de la Nación; 1952: 14 en Ivana Hirschegger; 2008: 3). Aunque, al nivel de la intervención, cada organismo dependía del área geográfica en el cual se hallaba inserto (Ibíd: 3), las estructuras se repetirían modularmente desde los organismos centrales hasta los periféricos, conservando la homologación e identificación de sus partes (Ibíd.:11).

Más allá de caso de Córdoba, ésta fue una dinámica en gran medida común a todas las instancias de administración del país. En materia de estructura institucional, durante este etapa, por tomar un caso ya estudiado, en Mendoza, también se centralizaron a nivel provincial los elementos sanitarios, se creación de diferentes departamentos y direcciones que debían tener a su cargo no sólo la labor administrativa, sino también la medicina-preventiva, medicina-curativa, medicina del trabajo, medicina legal, cultura sanitaria, lucha contra las plagas regionales y extensión y coordinación de los servicios asistenciales y hospitalarios (Ibíd.: 9).

A pesar de las similitudes o incluso identidades del proceso, a nivel de la estructura institucional no todo es identidad, vale la pena advertirlo, a diferencia de Córdoba, hacia 1953 el Ministerio de Salud Pública de Mendoza desaparece y las cuestiones relativas a la salud pasan a depender del Ministerio de Asistencia –que a su vez se separa del Ministerio de Gobierno- organizado con tres divisiones: de medicina asistencial, sanitaria y social (Ibíd.: 10).

En la provincia de Córdoba, en un marcó de creciente nacionalización de los procesos, los primeros pasos en la estructuración o mejor dicho la reestructuración estatal del área de la salud estuvieron a cargo del gobernador Brigadier Juan Ignacio de San Martín. Apenas asumido en su cargo, ya desde su primer mensaje a la Legislatura en mayo de 1949, el gobernante anunció que emprendería una modificación en la -hasta ese momento -Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social (Gobierno de la Provincia de Córdoba; 1998). En este sentido adelantó que “(...) además de sus naturales funciones específicas, su sección administrativa jugará un rol preponderante, ha de crearse un sistema de contralor de todos los movimientos hospitalarios de su dependencia a fin de asegurar una inobjetable recepción de los medicamentos y aparatos médicos auxiliares, mediante una organización práctica y racional” (Ibíd.: 103).

En su mensaje de 1950, la racionalización anunciada un año antes, ya apareció en pleno proceso de ejecución y, San Martín se refirió a la misma, haciendo alusión a la creación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -por Ley de la Legislatura y por imperio de la nueva Constitución Provincial- y su organización en tres grandes secciones. Por un parte el Ministerio, por otra, la Dirección de Salud Pública y, finalmente, la Dirección de Asistencia Social que dividía sus funciones entre Capital y Campaña provincial – de igual forma que la Dirección de Salud Pública-, y se ocupaba de la problemática de la sífilis y de los albergues infantiles, contado para ello con médicos especializados, Visitadoras, Citadoras, Niñeras y Enfermeras (Legislatura de la Provincia de Córdoba; Presupuesto de 1950) así como de la

misión específica de ayudar a los enfermos que carecen de medios para sufragar los gastos que demanda la adquisición de medicamentos, recortando definitivamente la posibilidad de que los directores de Hospitales entregaran los mismos a los enfermos (MSP y AS; 1950).

Durante casi la totalidad de los dos primeros años a contar desde la reforma Constitucional en la organización provincial aún no se contaba con las divisiones de medicina asistencial, sanitaria y social. Sin embargo, en el marco de esta organización se produjeron significativas búsquedas de racionalización en el funcionamiento de la cartera provincial. Se puede ver una muestra de aquellas búsquedas en una serie de ejemplos que tocan a cada una de las Direcciones que componen el Ministerio.

A fines de 1950, se centralizó en una sola oficina técnica la comprobación y certificación del estado de enfermedad de los empleados del Ministerio (MSP y AS; 1950). Asimismo, a comienzos del año 1951, por razones de organización y control de todas las dependencias del Departamento de Salud Pública se resolvió que la Dirección Administrativa no daría curso a ningún expediente iniciado por cualquier dependencia de este Ministerio con motivos de llamados a licitación, cuando en él no constaran el informe expedido por la Comisión Asesora de Licitaciones (MSP y AS; 23 de Abril 1951: s/f).

En materia de Asistencia Social, otras de las funciones del Ministerio, apenas comenzado el año 1951 se resolvió crear la Sección “Protección de Maternidad e Infancia”. Los fundamentos de la creación de esta Sección resultan ilustrativos de la incorporación de las ideas contenidas en el Plan Analítico de Salud Pública de 1947, donde se proponía la asistencia médica y moral integral de la madre, de la futura madre y del niño (Ramaciotti; 2008: 251). Si bien como ha mostrado la autora, Córdoba no fue un sitio elegido para la habilitación de centros maternales nacionales -entre fines de 1947 y 1952, fueron habilitados más de 50 centros maternales en diferentes partes del país³⁹. Y, apenas iniciada la década del 50' el Ministro provincial asumió las preocupaciones nacionales en relación a la lucha contra la morbilidad-mortalidad infantil, la imprescindible acción conjunta dirigida sobre el binomio madre-niño y la necesidad de encarar la problemática de una manera integral, es decir, económico, moral, legal y sanitaria (MSP y AS; 25 de enero de 1951: s/f).

Coincidiendo con la aceptación de la renuncia del Gobernador San Martín en octubre de 1951 (Gobierno de la Provincia de Córdoba; 1998: 130) comenzó una nueva etapa en la organización del Ministerio. La dimisión del gobernador y la asunción en el cargo del dr.

³⁹ Investigación contenida en la tesis doctoral de Karina Ramaciotti (2008: 251 y 252) y elaborada partir de los datos del Ministerio de Salud Pública de La Nación, Reglamento Interno. Parte Técnica General, Departamento de Talleres Gráficos, 1950, p. 265.

Atilio Antinucci no implicó ningún cambio político de importancia, ya que, el ideario peronista del mandatario saliente y su alineación con el gobierno central jamás fue puesto en duda y su alejamiento del cargo respondió a cuestiones personales. En este sentido ni siquiera el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, dr. Pedro Baggio fue removido de su cargo, en el que continuara por algunos meses más, aunque él no fue el responsable del giro que seguirá el Ministerio provincial a partir de 1952.

A partir de 1952 se inicia en el Ministerio una profunda refuncionalización de la Dirección de Salud Pública del Ministerio y una más profunda búsqueda de eficacia por medio de su racionalización de mano de los funcionarios nacionales. A comienzo de este año el nuevo Ministro dr. Verna invitó al Subsecretario Técnico del Ministerio de Salud Pública de la Nación, dr. Lorenzo García para que éste, junto al personal técnico nacional que lo acompañaba, asesorara a las instancias sanitarias provinciales en la restructuración que se proponía el nuevo funcionario sanitario (MSP y AS; 18 de Febrero de 1952: s/f).

Los términos que se utilizan el Ministro provincial son profundamente demostrativos tanto de los objetivos y criterios manejados en el plano local como de la subordinación de estos desarrollos a los procesos ya en marcha hacia años en el Ministerio Nacional. La colaboración requerida desde Córdoba para el proyecto de restructuración eran presentados como una urgencia para (...) proceder a reorganizar, ordenar, planificar los servicios, configurar cuadros de empleados y funcionarios y, determinar el giro ulterior que definitivamente debe seguir este Departamento de Estado” “(...) procurando que se siga una ordenación similar a la que posee el Ministerio de Salud Pública Nacional” (MSP y AS; 8 de Febrero de 1952: s/f).

A partir de la visita de Lorenzo García se registra un significativa transformación, y si bien el cambio más notable fue la separación de funciones específicas entre medicina asistencial, sanitaria y social, no menos relevante fue la generación y reorganización de los servicios y departamentos. En esta línea en 1952 se creó un cuerpo de Inspectores con asiento en las distintas zonas de la provincia (ibídem; 12 de mayo de 1952: s/f), el Departamento Provincial de Quemados (Ibíd.; 14 de Abril de 1952: s/f), la Dirección de Reconocimientos médicos (Ibíd.; 31 de julio de 1952: s/f); y las secciones de Asesoramiento y Planificación, Demografía Sanitaria y Bioestadística pasan a ser Departamentos (Ibíd.; 20 de agosto de 1952: s/f). Con la misma lógica de racionalización y fiscalización en materia de gestión económica financiera se organizó una comisión de Presupuesto que entienda en todo lo relativo a gastos y sueldos del departamento y sus dependencias (Ibíd.; 21 de junio de 1952: s/f).

En cuanto a los cambios que afectaron a la antigua Dirección de Asistencia Social, se ha verificado que algunas importantes dependencias y servicios que formaban parte de su jurisdicción, pasaron a formar parte de Direcciones que, por lo menos a primera vista, fueron más complejas y que parecían profundizar la idea de atención integral, ellas fueron la de Medicina Sanitaria y Social” y la de “Medicina Social Sanitaria Asistencial” (Legislatura Provincial; Presupuesto de 1950). Por otra parte, unas de las innovaciones de estos años en materia de Medicina Social fue la aparición de diversos Centros de Acción Social Materno Infantil en Córdoba capital y el Servicio Social Rural (Legislatura Provincial; Presupuesto de 1953).

En el año 1952 al igual que en los siguientes, a pesar de los cambios de los titulares de Ministerio y de los Directores de sus Direcciones, e incluso en el marco de la asunción de un nuevo gobernador -elegido al tiempo que se producía la reelección de Perón- se profundizó la formación detrás de los lineamientos nacionales. En este sentido se pueden identificar en esta instancia de la investigación al menos dos puntos que colaboran en mostrar la identidad de los procesos provinciales con los nacionales.

Primero, al igual que su homólogo nacional el Ministerio provincial reforzó el verticalismo y la jerarquía entre los funcionarios, cuestión especialmente enfatizada al momento de designarse una Comisión que se encargaría de proyectar la Reglamentación interna del Ministerio y todas sus dependencias (MSP y AS; 28 de Febrero de 1953: s/f). Como veremos en la última sección del trabajo esta dimensión se expresó acabadamente en los que refiere a los procedimientos y normas dirigidas a la burocracia médica y no médica.

En segundo lugar, se introdujeron fuertes nociones y prácticas de centralización/descentralización muy similares a las que se habían diseñado en a nivel nacional, es decir, se asumió la necesidad de abandonar aquella búsqueda de total centralización por parte del poder provincial sobre todo el territorio, considerando que “(...) con la descentralización ejecutiva se cumplimentan todas las necesidades de salud pública que afectan a nuestro territorio (...) (Ibíd.; 14 de mayo de 1953: s/f). Para llevar a la realidad este propósito se abandonó la anterior subvisión operativa entre Capital y Campaña y se dividió la provincia en nueve (9) regiones sanitarias (...) cada una de ellas con sus respectivos hospitales, dispensarios y puestos sanitarios” (Ibíd.; 14 de mayo de 1953: s/f).

Las evidencias presentadas a lo largo de este apartado muestran que esta segunda etapa iniciada en 1949, el área provincial de la salud pública travesó un profundo proceso de reorganización. Aunque en líneas generales se vivió una profunda homogeneización en la organización de la estructura institucional –y organizacional- orientada a producir políticas de

salud y sanitarias, específicamente en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, los ritmos en las concreciones se dieron con unos años de retraso en comparación con las cristalizaciones observadas al nivel nacional. No obstante, este desplazamiento no pone en duda la lógica de nacionalización que tuvo el proceso “(...) durante la conformación del ‘Estado de Bienestar’ en Argentina” (Philp; 1998: 152).

No obstante, como veremos a continuación, la singularidad local no se produce al nivel de las estructuras institucionales para producir políticas entendidas a un nivel meramente normativo, sino más bien alrededor de dos problemáticas convergentes en su proceso de configuración. Una, que será abordada a continuación alrededor de las dinámicas que Ramaciotti (2008 y 2009) identificó en la generación de políticas de creación de un cuerpo burocrático profesionalizado y alineado con el proyecto político oficialista. Dicha especificidad se relaciona con los contenidos y modalidades de este proceso que convierten al Estado en una arena de conflicto (Philp, 1998: 148) reproduciendo un proceso de politización que para la etapa 1943-1949, pone en juego estrategias de consolidación que no han sido rastradas al nivel de los conflictos políticos-partidarios devenidos en Legislatura. Otra cuestión, que será analizada en el último apartado de este capítulo, está orientada a mostrar cómo se incorporan en el Ministerio provincial las nuevas prioridades en materia sanitaria nacional, devenidas luego de la crisis de 1949 y, cómo se vivieron en el plano local los recortes presupuestarios profundizados a partir de Plan Económico de 1952.

2. LA CONFIGURACION DE UNA BUROCRACIA ESPECIALIZADA LOCAL

2.1 La burocracia médica como una instancia intervenida (1943-1949)

Tras la caída del radicalismo, el dr. Guillermo Stuckert fue remplazado por su colega, el dr. Bernardo Bas. Con ello se interrumpió la continuidad en el cargo de más de seis años del Presidente primero del Consejo, luego del Departamento de Higiene. A ello se sumó el comienzo de una práctica muy extendida en los próximos años y que se sintetizó en el permanente ofrecimiento de la renuncia ante el cambio de autoridades de la Intervención Federal para dar “(...) libertad de acción (...)”, ya que, según señaló el dr. Bas en febrero de 1944 frente a la llegada de Alberto Guglielmone, “(...) el Presidente del departamento Provincial de Higiene amerita la más absoluta confianza del gobernante (...)” (MG; 1944: Folio 225). Aunque en rigor el ofrecimiento de la renuncia pude verse como una estrategia corriente entre los funcionarios, dirigida a aumentar los márgenes de acción dentro del área estatal, llama la atención que el dr. Bas, a quien se le rechazó finalmente la dimisión, refiere a que en su momento aceptó el nombramiento del Interventor Alfredo Córdoba y la confirmación de Loen Scasso (...) confundido con los ideales patrióticos de la Revolución (...)” de 1943 (Ibídem).

Si bien Bernardo Bas no profundiza en la cuestión, continúa en el cargo por varios meses más y los datos sugirieren su total apoyo y fidelidad al gobierno, resulta plausible conjeturar que el funcionario se mostraba contrario puntualmente a ciertas situaciones que venían definiendo la vida profesional de élite médica inserta en las instancias estatales. En este sentido se debe referir a las persecuciones ideológicas en el seno de la Faculta de Medicina y en el mismo Departamento Provincial de Higiene, así como las intervenciones administrativas y políticas importante establecimientos hospitalarios de la ciudad de Córdoba, como el Hospital San Roque y Rawson. Posiblemente, la continuidad de la esta situación para mediados de 1947 haya sido también el disparador de la renuncia presentada por el Presidente Oulton (MG; 22 de julio de 1947: s/f).

Sobre la primera situación se puede mencionar también la exposición de simpatía con los ideales del la Revolución del 4 de junio de 1943, que debió hacer el Director médico del Dispensario de Lactantes ante el presidente Bas, en respuesta a las denuncias contra él, por haberse referido, supuestamente, en forma despectiva contra los militares (MG; 18 de Julio de 1944: s/f). En cuanto a la segunda tendencia señalada, se menciona a fines de 1943 que Alfredo Martínez Carreras, pone nuevamente en posesión del cargo al Interventor titular del

Hospital San Roque, dr. Vicente Bertola que había regresado en ese entonces de su licencia (MG; 27 de Diciembre de 1943; s/f).

Por otra parte, la renovación de criterios de esta primera etapa, se evidenció fundamentalmente en el proyecto orientado al régimen de concursos para la selección de profesionales médicos en el populoso Hospital provincial San Roque. El Proyecto de Carrera Hospitalaria, presentada por el Director Interventor de Hospital, en marzo de 1945, dr. Juan Álvarez, sintetizó algunas de las más importantes tendencias del período (MG; 1945: Folios 74 a 133). En esta línea confluyeron en él intentos de dotar de mayor profesionalidad al régimen de ingreso al hospital, como otros objetivos relacionados al control de los criterios de admisión y de permanencia de los profesionales en el nosocomio. Es de destacar que el proyecto asumió como antecedente la política de la Municipalidad de la Capital Federal sobre carrera hospitalaria, sin hacer siquiera alusión a las iniciativas proyectadas apenas 3 años antes por el radicalismo (ibídem: Folio 75). Posiblemente esta omisión formó parte de aquella negación del peronismo de la herencia dejada por el radicalismo sabattinista, que ha sido subrayada en el trabajo de Marta Philp (1998).

Por otro lado se pueden observar en el Proyecto dos problemáticas que fueron un límite del proyecto que el radicalismo sabattinista había intentado unos años antes. Por un lado, se identificó la creciente presencia de profesionales ad honorem en los servicios del Hospital, por otro, la “necesidad” de permitir el ingreso a los concursos de aquellos médicos aún no integrados al sistema de atención sanitaria de Córdoba. Como se ha mencionado el proyecto del gobierno radical limitaba la posibilidad de concursar sólo a los médicos que venían ejerciendo en la administración pública. De manera convergente, se destacó que sólo el 25 % del personal médico hospitalario recibía sueldo, a la vez que se admitió que la carrera médica no sería remunerada por el momento (MG; 1945: Folio 74).

Estos puntos, que a primera vista podrían ser interpretados como diagnósticos para la mejora del sistema sanitario local, se hallaron subsumidos en cristalizaciones centralizadoras y corporativistas dirigidas a “sanear” al personal médico existente así como a incorporar discernimientos políticos ideológicos en la selección de los nuevos agentes. En esta línea se reglamentó la incorporación obligatoria de los médicos con cargo en el nosocomio en la Asociación Médica del Hospital (Ibídem: Folio 117). No obstante, algunos de los puntos más álgidos en la propuesta de Álvarez fueron suprimidos por la Sección de Asistencia Médico Social del Departamento de Higiene en el mes de agosto, inmediatamente antes de darle curso al Fiscal de Estado (MG; 1945: Folio 136 a 138).

Estas rectificaciones, aunque marcan puntos eliminados del proyecto original, permiten observar la orientación de las propuestas del Interventor. En primer lugar, se suprimieron las condiciones que restringían el acceso como médico del Hospital San Roque a todos aquellos sujetos que no habían sido practicantes rentados u honorarios de alguna institución sanitaria reconocida por el Estado provincial. En ese sentido, el argumento para introducir la modificación, sostenía que, la cantidad de puestos de practicantes era mucho menor al de profesionales médicos que se recibían, lo que además justificaba que no se diera lugar al “concurso cerrado”, es decir entre los mismos profesionales del Hospital (Ibíd: Folio 137).

No obstante, otros puntos del documento de Álvarez, así como los acontecimientos posteriores, no entraron en discusión, develando una trama que mostró la intención manifiesta de renovar el personal médico del Hospital de acuerdo a cuestiones politicoideológicas. A propósito de ello, la Sección de Asistencia Médico Social del Departamento de Higiene respaldó que debía ser el P.E (ese año aún intervenido) quien se encargara de designar los miembros de jurado, aprobar sus actuaciones en los concursos y nombrar a los médicos de acuerdo a lo propuesto por aquellos. En el mismo sentido, se proponía al P. E, y ya no a la Comisión Técnica Administradora del Hospital, como la instancia encargada de la suspensión y la expulsión de los médicos que hubiera incurridos en faltas de conducta pública de acuerdo a su cargo público (Ibíd.: Folio 136).

Los Interventores posteriores del San Roque, ya en época en que la provincia había elegido gobernador en elecciones abiertas, se mostraron tanto o más interesados que en los tiempos de Álvarez por controlar y renovar a los profesionales que formaban parte del Hospital. En esta línea las modalidades del ejercicio del poder durante el gobierno de la Intervención Federal durante la administración militar y en los primeros años de peronismo, poseyeron una notable similitud.

El Hospital San Roque, por ser uno de los más tradicionales e importante nosocomios de Córdoba albergaba entre su personal a un importante conjunto de médicos de renombrada trayectoria -muchos de los cuales no tenían una relación armoniosa con los gobiernos provinciales-fue un espacio privilegiado para acceder a estas dinámicas, las que a partir de 1946 responden a la dicotomía peronismo-antiperonismo. Estas situaciones adquirieron mayor conflictividad luego de la profunda politización que vivieron los profesionales médicos insertos y no insertos en la arena estatal en los meses previos a la elección de, presidente Perón y del gobernador Aucher.

En relación con este contexto, a fines de 1947 se evidenciaron dos procesos asociados profundamente representativos. En un sentido, comenzaron a confeccionarse memorándums producidos por el Director de Hospital San Roque y destinados al Ministro de Gobierno e Instrucción Pública donde se registraban los antecedentes políticos de los empleados nombrados en el nosocomio. En ellos predominaron la formula: “Plenamente identificado con el Gobierno”, “de filiación peronista” (MG; 15 de diciembre de 1947: Folio 72 a 76). Aunque este tipo de “controles” solo fueron hallados para el caso de enfermeros y enfermeras, los médicos, como profundizaremos en el último capítulo, vivieron álgidas persecuciones.

En otro sentido, estos fueron los años en que predominaron las acusaciones cruzadas entre distintos practicantes, empleados y funcionarios, fundadas éstas en la sospecha de traición al gobierno nacional peronista. Por dar algunos casos representativos hallamos la resolución de suspender en octubre de 1947 a dos practicantes médicos por causa de las denuncias de una enfermera que aseguró que los mismos hablaban mal de Perón y Eva (MG; 13 Octubre de 1947: s/f). Otro fue el caso en el que se juntaron firmas en la Contaduría de la Dirección de la Dirección Provincial de Salud Pública y las enviaron a las autoridades nacionales peticionando la destitución de las autoridades actuales de esta repartición. Cuando el Director pidió explicaciones y entrevistó a los empleados involucrados en la elaboración del pedido, se explicó que se creía que el Roberto Villafaña Centeno había renunciado y con la Nota se respaldaba el nombramiento del dr. Bernardo Bas como reemplazante, “(...) uno de los pocos médicos cordobeses que antes del 24 de Febrero de 1946 siguieron la Bandera de Perón” (Ibídем, 27 de Abril de 1948: s/f). Nótese que el apoyo estaba dirigido al gobierno nacional, ya que ni siquiera se hacía alusión al provincial, aunque no se puede ignorar la profunda identificación entre ambos.

En definitiva durante los años repasados no existió una preocupación y ocupación visible en la profesionalización técnica de los funcionarios, más bien, las políticas se hallaron concentradas en generar canales para manejar al cuerpo burocrático, especialmente el médico. Estos procesos serán profundizados en el últimos capítulo procurando mostrar que durante la administración de la intervención militar y en los primeros años del gobierno peronista se tomaron decisiones políticas fundamentales, que definieron las orientaciones de la vida de la burocracia médica hasta el final de gobierno peronista.

2.2 La burocracia entre la capacitación y la fidelidad (1949-1955)

Finalmente, los últimos reglamentos del Hospital fueron derogados (MG; 1948) y dos años después se hizo lo mismo con todos los reglamentos de los hospitales dependientes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. En este último caso la intención de dotarlos de una reglamentación acorde con las directivas del “bien público” se inscribía en aquella etapa de reorganización y racionalización emprendida durante el gobierno de San Martín. De acuerdo con este objetivo y considerando que por el Decreto de 9 de Enero de 1950 fueron derogados los reglamentos existentes, el Ministro dr. Baggio resuelve autorizar a la Dirección de salud Pública para llamar a concurso de títulos en el San Roque, los que serían juzgados por un tribunal de especialistas de mismo Hospital y designados luego por el P.E de la provincia (MSP y AS; 16 de Octubre de 1950: s/f).

La respuesta a esta situación coyuntural no ocultó que ya estaba en marcha la elaboración de la Reglamentación General de Servicio en manos de una Comisión designada a tal fin y aunque no se ha hallado el documento emanado de ella, a la misma, se le dio por cumplida la misión en septiembre del año siguiente al elaborar un régimen de concurso y carrera hospitalaria (MSP y AS; 17 de septiembre de 1951: s/f). También al personal administrativo del Ministerio local se vio impelido a demostrar sus conocimientos específicos de sus funciones, así, a partir de 14 de Julio de 1952 quedó instituido el inicio de los exámenes de este personal, mencionando que en la prueba serían integradas ejercicios de dactilografía, redacción, ortografía y caligrafía (MSP y AS; 26 de junio de 1952: s/f).

No obstante, como señaló Sikkink (1993: 545) no hay porque suponer que una característica definitoria de la burocracia sea el pasaje desde el clientelismo a la meritocracia, es decir, ambas tendencias pueden y de hecho conviven asociadas. En esta etapa iniciada en la década del 50' las evidencias de los procesos de captación política de la burocracia fueron tan notables como lo eran años antes, aunque esta vez no se recurrieron a intervenciones de los establecimientos sanitarios, ni a las persecuciones seguidas o no de destitución de personal. De manera verosímil se puede pensar que esta etapa había concluido con resultados altamente favorables a los intereses de los gobiernos.

Dos situaciones muestran la tendencia de estos últimos años. Por ejemplo se puede hacer alusión a que en el Centro de Practicantes del Hospital San Roque se instituye un premio al mejor trabajo por parte de un practicante interno del Hospital, pero a la vez se controla y se restringe la participación en el certamen sólo a los socio activos del centro de practicantes del nosocomio (Ibídem; 12 de Abril de 1951: s/f). Lo observado, como se verá en

el capítulo cuatro responde a un proceso de alineamiento de los practicantes del San Roque con el proyecto nacional. De hecho en 1953 todos los estudiantes de medicina que se desempeñaban como practicantes en los hospitales públicos de la provincia fueron invitados por el Ministro al acto organizado por la Comisión Directiva de la Asociación Gremial de Estudiantes de Ciencias Médicas (...) en apoyo a la causa de Perón y para jurar la Constitución de 1949" (MSP y AS; 15 de julio de 1953: s/f).

Asimismo dicha invitación, se había hecho extensiva sólo unos meses antes a todo el personal del Ministerio al acto que estaba organizando la Confederación Gremial de Trabajadores (...) para testimoniar su adhesión a Perón. De manera evidente dichas movilizaciones en general y los exhortos a la fidelidad de la burocracia sanitaria en particular, respondían, como se ha mostrado en el capítulo anterior, a reforzar la legitimidad del peronismo frente a una ofensiva en Córdoba en contra el gobierno (Tcach; 1991: 223 y 224).

Más allá de estas dinámicas que en un plano estrictamente político anuncianaban el fin del peronismo nacional y local, durante estos años, se produjeron ingentes esfuerzos hacia la normativización de los procedimientos que rigieron la vida burocrática en la provincia. Los Hospitales fueron espacios privilegiados para acceder a estos procesos. En esta dirección, el Director del Hospital Córdoba, fue el primero autorizado a practicar el examen médico de ingreso a todo su personal (MSP y AS; 20 de noviembre de 1950: s/f). Varios meses después esta normativa se hizo extensiva a todos los hospitales de la capital de Córdoba, debiéndose remitir los exámenes a la sección Clínica Médica y Medicina Legal de la Dirección de Salud Pública (ibídem; 20 de febrero de 1951: s/f).

A mediados de 1952 se procuró determinar la relación entre una y otra repartición, oficina o sección de Ministerio, asignando a cada funcionario o empleado los deberes y atribuciones que le competen. En este caso el Director de Hospital Eva Perón fue facultado, junto con al Director Administrativo del Ministerio para reorganizar la labor administrativa del nosocomio (MSP y AS; 2 de julio de 1952: s/f).

Desde 1950 comenzó a cristalizar una serie de normas dirigidos a reglar y controlar los procedimientos de contratación y distintas cuestiones asociadas a la reglamentación en la prestación de los servicios de la burocracia. Esta situación venía de la mano de un aumento considerable en la cantidad de personal que desempeñaba funciones administrativas, profesionales y auxiliares en el Ministerio. Para ofrecer una idea de los importante que fue el incremento de cargos en el Ministerio basta decir que para 1950 se disponían 2319 cargos (Debate Legislativo; 1950: 2230, en Philp; 1998: 123) mientras que sólo dos años después ese

número se incrementó en más del 50%, llegando a tener 4153 cargos en todo el Ministerio (Legislatura de la Provincia de Córdoba; Presupuesto de 1952).

En relación los empleados auxiliares, a partir del año 1950, se incrementaron los empleados supernumerarios, es decir aquellos sujetos designados por un término de tiempo delimitado. El aumento de este tipo de formulas de contratación, ya fuera transitorio o jornalizado, se tornó más corriente que en los meses en que la provincia atravesó un situación económica critica, en 1947. Asimismo a partir de 1952 es posible identificar, como en la época anterior al Golpe de 1943, médicos trabajando ad-honorem en relevantes puestos de la administración sanitaria provincial, como ser el de Medico Inspector de Zona (MSP y AS; 12 de Marzo de 1952: s/f). Pero a diferencia de aquella época, durante el peronismo, se solicitará a los Directores de establecimiento asistenciales realicen un trámite para pedir la autorización de los servicios prestados ad-honorem (MSP y AS; 3 de febrero de 1953: s/f). La vinculación de este tipo de prácticas de contratación con la crisis económica de estos años es una cuestión que aun no ha quedado evidenciada.

Si se sigue una lógica cronológica en las disposiciones y resoluciones orientadas a la burocracia, médica y no médica, el primer punto considerado por las autoridades, fue la necesidad de comprobación y certificación del estado de enfermedad que se invoca. En este sentido se introdujo una distinción entre Capital e interior de la provincia, seguramente a causa de falta de personal en la Campaña cordobesa. Para acreditar la causal de la enfermedad o accidente, en las solicitudes de licencia del personal de la Capital, sólo se aceptaría la certificación médica expedida por los facultativos autorizados a tal fin (MSP y AS; 9 de diciembre de 1950: s/f).

En 1952, las restricciones a los nombramientos de personal estuvieron a tono con las restricciones económicas que se identificaron en el Ministerio de Salud Nacional. En el caso provincial ello se evidenció en que los nuevos nombramientos sólo podrían ser realizados por el Ministro si no superaban una suma de dinero estipulada, de caso contrario la situación debería sería gestionada por el PE. Provincial con intervención previa del Tribunal de Cuentas (MSP y AS; 26 de marzo de 1952; s/f). De manera convergente, en este año se introdujeron restricciones a los anticipos de sueldo – a partir de entonces sólo cuatro anticipos por año- (Ibidem; 18 de Marzo de 1952; s/f), al pedido de licencias (ibid.; 21 de Marzo de 1952; s/f) y a la posibilidad de los funcionarios desarrolle funciones privadas (Ibidem; 26 de junio).

Cabe señalar que dichas disposiciones no estaban orientadas sólo al Ministerio de Salud y Asistencia Social sino a todas las dependencias del PE. Provincial. En el contexto de la crisis económica que agitaba a todo el país, en 1954 se les encargó a los médicos de los

hospitales dependientes del Ministerio que prescriban exclusivamente medicamentos “(...) con lo que cuenta el establecimiento”, poniendo a disposición de los profesionales una “(...) nomina de los existentes, la que será permanentemente actualizada” (MSP y AS; 30 de enero de 1954; s/f).

Otras normativas estuvieron orientadas a reglar el funcionamiento de la burocracia del área. Una de las cuestiones problematizadas fue la del horario de trabajo, aunque alrededor de este ya se habían realizado importantes progresos durante la administración de signo sanattinista. A partir de junio de 1952, se les exigió a los médicos cumplir sin excepción (...) un mínimo de 3 horas de labor (...)” en sus respectivos, consultorios, secciones, etc. El control de dicha disposición paso a estar en manos de los Directores de las Reparticiones, Hospitales y Dispensarios, a los que se comprometió a “(...) informar a la Subsecretaría cualquier transgresión” a la norma (Ibíd.; 21 de junio de 1952) y, esto no se quedó sólo en el papel, ya que se produjeron constantes sanciones disciplinarias.

Con la misma orientación se prohibió a los médicos desplazarse “(...) de un servicio a otros diferentes del para el que fueron nombrados”. En este caso la responsabilidad de controlar la situación no se halló en los Directores Médicos, ya que a ellos se les advierte que no podrán disponer trasladados de personal (MSP; 23 de enero de 1954; s/f). A pesar de que no se estipula si los desplazamientos de personal estarían a cargo de otras instancias del Ministerio, por lo menos antes de 1954, los trasladados de personal médico por parte del propio Ministro no fueron una excepción.

Ha resultado significativo corroborar que a principios de 1952 el Ministro expresó la necesidad de que los funcionarios y empleados “(...) colaboren en el nuevo giro y orientación que se le quiere imprimir a este Departamento” (MSP y AS; 21 de Marzo de 1952; s/f). Como ha observado (Ramaciotti; 2008) en el caso de SSP y el Ministerio Nacional, también en la provincia de Córdoba, los profesionales médicos formaron parte del engranaje que permitió la modernización y la racionalización introducidas en la institución sanitaria. En términos estrictos, aunque antes de 1950 los galenos locales fueron respaldados y estimulados en su perfeccionamiento profesional, fue a partir de esa fecha que estas políticas de perfeccionamiento técnico y científico se incrementaron exponencialmente.

A grandes rasgos estas instancias de capacitación se pueden dividir en dos grandes grupos, diferenciados por su vinculación más o menos estrecha con los cambios efectivamente introducidos en la organización y complejización de los servicios prestados por la provincia. En los dos primeros conjuntos de casos, sobresalen de manera notoria las invitaciones a Congresos y Jornadas desde diferentes puntos de país, incluso Buenos Aires, y

en menor medida desde Chile, Uruguay y Brasil⁴⁰, así otros espacios organizados localmente. En el tercer grupo de áreas de formación profesional, se cuentan las invitaciones cursadas desde el Ministerio de Salud Pública de Nación, las invitaciones desde el plano local a funcionarios y especialistas nacionales y, las misiones encomendadas por el Ministro provincial para estudios e investigaciones en otras instituciones de salud fuera de la provincia.

Las especialidades médicas que convocan desde las provincias y desde fuera del país estuvieron fundamentalmente orientadas hacia el abordaje de enfermedades crónicas o modernas, aunque no desparecieron en modo alguno las preocupaciones por las enfermedades transmisibles e infecto contagiosas. A saber, estas especialidades médicas fueron, Patología (MSP y AS; 22 de agosto de 1950); Hematología y Hemoterapia (ibíd; 6 de Septiembre de 1950); Medicina Clínica (ibíd.; 8 de enero de 1951); Radiología (ibíd.; 6 de Septiembre de 1950); Tisiología (ibíd.; 28 de agosto de 1951); Obstetricia y Ginecología (ibíd.; 1 de septiembre de 1951); Ortopedia y Traumatología (Ibíd.; 17 de octubre de 1951); Cirugía (ibíd.; 22 de septiembre de 1951); Anestesiología (Ibíd.; 20 de octubre de 1951); Pediatría (Ibíd.; 29 de noviembre de 1951); Oncología (Ibíd.; 15 de septiembre de 1951); Leprología (Ibíd.; 10 de diciembre de 1951)⁴¹.

En relación con estas últimas instancias, se observaron dos tendencias, una, verificada a partir de 1951 en la cual las ayudas económicas que el Ministerio provincial prestaba a los médicos que iban a las reuniones científicas se restringió únicamente a aquellos profesionales radicados en el interior de la provincia. Otra cuestión, fue que la profusión de este tipo de eventos nacionales e internacionales mermó considerablemente a fines de este año, al menos en el registro documental consultado (MSP y AS; 23 de febrero de 1952).

En cambio, las reuniones y cursos organizados en Córdoba aunque son menos en cantidad, resultan muy significativas, no sólo porque muestran un esfuerzo organizativo local, sino también porque en ellas se verifican relaciones entre el área sanitaria y la Universidad Nacional de Córdoba, específicamente su Facultad de Medicina⁴². De acuerdo a los datos que se poseen, en Córdoba se organizó el Segundo Curso de Brucelosis para graduados en el

40 En el caso de la provincia de Córdoba las reuniones fuera del espacio nacional no superaban los límites de los países vecinos. La excepción fue el Congreso de Educación Sanitaria organizado en la ciudad de Santa Fe, en el marco de la Unión Internacional para la educación popular con sede en París, Francia (MSP y AS; 23 de febrero de 1952).

41 Cabe resaltar que las fechas indicadas no corresponden a la realización de los eventos, sino a la fecha en que la invitación es comunicada oficialmente por el Ministerio.

42 La vinculación entre los galenos insertos en las filas del Estado y los espacios universitarios fue fundamental a lo largo de toda la historia local de profesionalización de la élite médica moderna (Rodríguez; 2005)

Servicio de Enfermedades Infecto Contagiosas del Hospital Rawson (Ibíd.; 16 de mayo de 1951); el V Curso de Perfeccionamiento en Tisiología en el Instituto y Cátedra de Tisiología de la Facultad de Ciencias Médicas (Ibíd.; 12 de junio de 1951); el Curso de Perfeccionamiento en enfermedades venéreas y lepra programado por el titular de la cátedra Clínica de Dermatosifilografía de la Universidad Nacional de Córdoba (Ibíd.; 23 de junio de 1951) y, las Jornadas de Tocoginecología del Instituto de la Maternidad de la ciudad de Córdoba (Ibíd.; 20 de febrero de 1952). También a fines de febrero de este año se actualizó el comité de redacción de la Revista de Salud Pública que editaba el Ministerio (Ibíd.; 29 de febrero de 1952).

En el segundo gran grupo que se ha definido, las únicas reuniones halladas en los documentos que fueron al menos proyectadas a partir de las invitaciones propuestas por el Ministerio de Salud Nacional y, donde se habrían enviado representantes del Ministerio provincial, fueron el Primer Congreso de Patología en la ciudad de la Plata, provincia de Buenos Aires (MSP y AS; 22 de Agosto de 1950) y dos años después la Conferencia sobre Medicina Legal (MSP y AS; 23 de febrero de 1952).

Si bien en todos los espacios mencionados hasta el momento, repercutieron de una u otra forma en la formación, perfeccionamiento y actualización de los médicos locales y, convergentemente en sus funciones en las Comisiones formadas por el Ministerio para proyectar mejoras puntuales en las organización de las Direcciones de Medicina Sanitaria, Asistencial y Social, las misiones encomendadas por el Ministro provincial, para estudios e investigaciones específicas en distintas instituciones fuera de la provincia, así como las invitaciones a funcionarios nacionales, se hallaron más claramente interrelaciones con las evoluciones en marcha.

Algunas de estos escenarios pueden identificarse alrededor de distintos coyunturas. En 1950 esta tendencia se plasmó cuando se observó la necesidad de ampliar la atención asistencial del Dispensario Antituberculoso y, “(...) para introducir en él los adelantos de la ciencia (...)” se envió un médico a conocer el Centro de Vías Respiratorias de la ciudad de la Plata, en la provincia de Buenos Aires (MSP y AS; 16 de octubre de 1950: s/f). Al año siguiente, dicha orientación se plasmó en relación a la organización de un Servicio de Oncología en el Hospital Córdoba, al mismo tiempo que el Ministro provincial solicitaba y firmaba un convenio de coordinación para la lucha anticancerosa con el Ministerio Nacional (MSP y AS; 19 de Septiembre de 1951). Finalmente, al año siguiente en el contexto de los proyectos de fabricación de la vacuna BCG, el Ministerio comisionó a un profesional para

conocer los últimos adelantos en el Instituto Malbrán dependiente de MSP nacional (MSP y AS; 22 de Marzo de 1952: s/f).

En materia de Medicina Social sólo se ha identificado el envío en comisión de un medico agregado del Hospital Córdoba para que vaya a Buenos Aires y estudie la organización de los institutos de Psicopedagogía (MSP y AS; 1 de diciembre de 1950: s/f), y, la autorización de una Asistente Social para realizar su entrenamiento práctico en el Fichero Central de Asistidos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de la provincia de Santa Fe (MSP y AS; 31 de enero de 1953: s/f).

No hay duda de que el envío de la burocracia especializada local a instituciones que representaban para la época la vanguardia médica en el sector público mostraba el importante papel dado a los profesionales locales, los que serían luego el alma mater de las transformaciones del Ministerio provincial. No obstante, dicho voto de confianza no implicó que los procesos de reorganización y modernización estuvieran exclusivamente en manos de los funcionarios locales. Al contrario, desde el Ministerio local se manifestó rotundamente la excelencia de los criterios y la importante experiencia de los funcionarios nacionales que visitaban la provincia, mostrando así otras dimensiones del proceso de nacionalización en marcha por esos años.

Ello pudo observarse no sólo alrededor la invitación y recibimiento del Director del Servicio Nacional de Quemados del Ministerio Nacional para realizar conferencias organizadas para junio de 1951, que unos meses después terminó en la organización del Departamento Provincial de Quemados en abril de 1952. También fue claramente explicitado por el Ministro provincial cuando encomendó la restructuración de la Dirección de Salud Pública a Lorenzo García. El funcionario local sintetizó la situación significativamente al explicar que aunque en el “(...) elenco de funcionarios técnicos existentes en este Ministerio se destacan valores probados (...)” la gran experiencia de García en el manejo y dirección del organismo sanitario nacional lo convertían en una referencia para guiar la restructuración del Ministerio provincial (MSP y AS; 18 de Febrero de 1952: s/f).

3. DESPLAZAMIENTOS Y PILARES DE LEGITIMIDAD EN EL MINISTERIO PROVINCIAL (1949-1955)

Como se ha venido observando hasta aquí muchas de las tendencias presentes en los procesos de modernización y racionalización de la SSP y luego de MSP Nacional, cristalizaron de manera muy similar en el plano local, aunque, no se puede dejar de mencionar algunas limitaciones en cuanto a la celeridad, amplitud y profundidad de los procesos. Sin embargo, alrededor de otros puntos profundamente significativos las variantes provinciales no fueron menores.

En ámbito de cuestiones, por un lado se hará alusión a cómo algunas de las “nuevas” prioridades sanitarias introducidas en el Ministerio Nacional a partir de 1949 se desarrollaron en el seno de Ministerio provincial, por otro, se mostrará que los desplazamientos y restricciones presupuestarias iniciadas en aquel año y profundizadas a partir de Plan Económico de 1952 (Ramaciotti; 2008) no tienen impacto real en los Presupuesto provinciales. Lo cual, según plantearemos trajo aparejado que, por lo menos en hasta los primeros años de la década del 50’ la construcción de hospitales continuara siendo una política de legitimización en el plano local.

En el primer sentido, se consideran los intentos de mejorar la organización de la lucha y el control de la información en torno a las enfermedades transmisibles y, de optimizar la producción farmacéutica local. Alrededor de la problemática de las enfermedades transmisibles se expresó desde la provincia que “(...) cumpliendo con las directivas marcadas por el segundo plan quinquenal nacional y el Plan quinquenal provincial (...)” se organizó una división de Zoonosis para el estudio, asesoramiento y profilaxis de las enfermedades de los animales transmisibles al hombre⁴³. De esta manera, explicó el Ministro, se armonizarían las exigencias de la higiene, con las necesidades del comercio de ganados y de los productos y subproductos de su industrialización y se combinaría la acción de otros organismos nacionales, provinciales y municipales (MSP y AS; Febrero de 1953, s/f). Alrededor de estas problemática, se insistió especialmente en la recopilación de datos, en el marco de una refuncionalización más amplia del Departamento de Demología y Bioestadística, el que a

43 De manera convergente con la importancia, no nueva pero si renovada⁴³, dada a este tipo de enfermedades, en mayo de 1953 se crea el consejo de Sanidad provincial (MSP y AS; 1953) y unos meses más tarde se busca unificar en un sólo Departamento las distintas divisiones especializadas en la investigación, profilaxis y tratamiento de enfermedades transmisibles (división Dermatología, Zoonosis, Oftalmología, Tuberculosis, control epidemiológico y terapéutico de las enfermedades, y la división de lucha contra las enfermedades transmisibles) creándose el Departamento de Epiendemias, el Cuerpo de Desinfección, Practicantes, Vacunadores, así como la Policía Sanitaria (MSP y AS; 12 de junio de 1953; s/f).

partir de octubre de 1953 tendría la obligación de confeccionar un legajo para cada establecimiento sanitario existente, compilando los datos sobre las actividades asistenciales sanitarias y sociales desarrolladas en el mismo. A partir de estas compilaciones el Departamento no sólo debía elaborar un parte mensual del movimiento asistencial, planilla de enfermedades transmisibles, de consultorios externos y de internados, sino también someter el mismo ante el Departamento de Inspección General de la Provincia para un control periódico de la exactitud de las estadísticas y los datos por parte del (MSP y AS; 3 de octubre de 1953: s/f).

La problemática de la producción farmacéutica estatal, ocupó un espacio central en la preocupación y reestructuraciones del último gobierno peronista en la provincia. A diferencia de su par nacional el meollo no pareció girar alrededor del abastecimiento con carácter de urgencia de drogas y medicamentos esenciales (Ramaciotti; 2008: 117) sino más bien en mantener y mejorar lo que parecía ser una situación bastante favorable y de relativa autonomía de la provincia por lo menos en lo que refiere a algunos productos farmacéuticos. Según se dijo la Sección Farmacia, como una organización industrial, (...) había resuelto ya prácticamente el problema de la provisión de comprimidos, habiendo emprendido con éxito la preparación de inyectables (...)” (MSP y AS; 23 de junio de 1953: s/f). Puntualmente se trataba de una empresa conjunta del Ministerio y la Universidad Nacional de Córdoba que en 1952 proyectaba crear la popular vacuna BCG (MSP y AS; 22 de Marzo de 1952: s/f). No obstante, más allá de los discursos no se debe exagerar la independencia de la provincia en cuanto a los insumos de medicamentos, ya que apenas unos meses antes se el Ministro había autorizado la compra de suero antitetánico en el Instituto Malbrán dependiente del MSP de la Nación (ibídem; 22 de abril de 1952: s/f). No obstante, en la dirección de otorgarle más relevancia dentro de la agenda estatal a la producción de medicamentos, en junio de 1953 se crea una Comisión dirigida para estudiar y aconsejar la organización, funcionamiento y producción de un Departamento de Industrias Farmacéuticas (MSP y AS; 23 de junio de 1953), el que para 1955 fue convertido en Departamento General de Drogas y Medicamentos (Legislatura de la Provincia de Córdoba; Presupuesto de 1955).

En el segundo sentido, los datos muestran que las campañas sanitarias no reemplazaron las políticas de construcción de establecimientos asistenciales en la provincia. El presupuesto de 1949 el número de habilitación, construcción y reparaciones de estos instancias asistenciales es realmente importantísimo, superando sin duda todas las iniciativas que en este sentido se llevaron adelante años anteriores. En 1949 la provincia contaba con 137 dispensarios asistenciales, 9 hospitalares y 2 maternidades (Mensaje del Gobernador San Martín

en Gobierno de la Provincia de Córdoba; 1998: 103). Y, para 1950 se inauguran otros nuevos dispensarios y se proyectan 50 más, así como 6 hospitales en el marco del desarrollo de Plan de Obras Públicas afectado a 1 Ministerio de Salud y Asistencia Social (Ibíd: 108).

No es de extrañar semejante expansión si para este último año se contaba con presupuesto que representaba el 8,50% del presupuesto total de la provincia (Philp; 1998; 123). En los próximos años el comportamiento presupuestario no variara la tendencia creciente (Legislatura de la Provincia de Córdoba, Presupuestos desde 1950 a 1954). En este sentido, para el año 1951 y el 1952 se le asignaron \$ 46. 884.065 a la salud pública de cada lapso, sobre un total anual de \$296. 416. 379; para 1953 se distribuyeron en el área \$ 65.647.966 frente a un total presupuestario de 369.978.966, y, para 1954 y 1955 se fijó un presupuesto anual en salud pública de \$76. 095.800 al lado de un total de \$413. 020.182.

Si bien no ha sido el interés de este trabajo abordar la cuestión hospitalaria, las cifras expuestas no pretender negar que varios espacios asistenciales dependían del poder nacional. Se han hallado evidencias de que el Director General de Sanidad del Centro, dr. Miguel Angel Locos y el Médico Inspector de aquel Departamento de Estado nacional, dr. Ricardo Porfirio Zaldarriaga, inspeccionaron, según se dijo, sólo título informativo y como colaboración, aquellos establecimientos sanitarios dependientes del Ministerio Nacional (MSP y AS; 18 de Febrero de 1952: s/f).

Volviendo a la problemática presupuestaria, resulta importante advertir que en la Provincia no existía una “competencia” por los recursos públicos, como sí sucedía entre el Ministerio nacional y la Fundación Eva Perón. Si bien como sostiene Philp que la FEP tuvo una fuerte presencia en la construcción institucional a través de la cual se implementaron las políticas sociales en la provincia (1998: 125) y se han observado en las fuentes exenciones impositivas, donaciones y algún otro que otro tipo de mecanismo por el cual las arcas públicas de la provincia “colaboraron” con la Fundación, no se considera que ésta haya disputado las atribuciones del Ministerio de Salud y Asistencia Social, aunque la situación, como vio en el capítulo anterior, no se puede afirmar lo mismo con respecto a la Iglesia. Incluso, cuando luego de 1948 la Dirección Nacional de Asistencia Social, y principalmente la FEP, quedaron como las principales instituciones encargadas de cubrir las demandas sanitarias y asistenciales de las madres y sus hijos (Ramaciotti; 2008: 281) en la provincia se creaban distintos establecimientos orientados a la infancia y la maternidad. Por ejemplo, para 1953 dependiendo de la Dirección de Medicina Social de la provincia no sólo funcionaban las Gotas de Leche, sino también varios Centros de Acción Social Materno Infantil y el Hogar Infantil 24 de febrero (Legislatura de la Provincia de Córdoba; Presupuesto de 1953).

Ahora bien, todos estos argumentos y evidencias no implican afirmar que el estado provincial no haya pasado a cumplir una función subsidiaria. Aunque no se ha incursionado en la problemática de las intervenciones a las Sociedades de Beneficencia, existen suficientes datos que permiten afirmar que las mismas se realizaron preferentemente a partir de 1951 y que la demora de las mismas no se asoció exclusivamente a problemas económicos del Estado. No obstante, se ha profundizado en otras problemáticas que muestran acabadamente el rol subsidiario del estado provincial. Para se hará alusión a las sanciones, por una parte, de la reglamentación de Sanatorios particulares en 1952 y, por otra, de la Reglamentación de las “S.A.S” en agosto de 1955.

En el caso de la primera legislación, se trató de una reglamentación a la que debían ajustarse los Sanatorios instalados en la provincia por agentes particulares con el objeto de prestar asistencia médica (MSP y AS; 1952: Folio 75). Si consideramos que la existencia de esta reglamentación mostraba el creciente interés de las arenas estatales de la provincia por estimular y reglar las iniciativas particulares dedicadas a satisfacer las necesidades sanitarias, se revela como necesidad analítica poner bajo nuevo foco la situación económica de la provincia. Si bien, en esta investigación no se ha logrado llegar a esta dilucidación, la aparición del segundo estatuto que complementaba al primero, no deja ninguna duda sobre la perentoria necesidad del Estado por crear las bases para que las iniciativas sanitarias surgidas de la sociedad complementen la intervención estatal.

El régimen de 1955 establecía un marco legal para el funcionamiento de establecimientos sanitarios, asistenciales y sociales y, de acuerdo con él, los establecimientos dependerían del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la Provincia y completados por unas sociedades cooperadoras “(...) integrada [s] por representantes del pueblo y vecinos con amplio espíritu de colaboración e identificados con la Doctrina Nacional” (MSP y AS; 1955: Folio 1 y 2).

Los propósitos que se les atribuía a estas Sociedades Cooperadoras, su carencia de fines de lucro, así como su subvención por parte del Estado, convertían a estas organizaciones en la base de un sistema mixto público-privado, muy similar al de las sociedades de beneficencia y caridad subvencionadas por tanto tiempo por los poderes públicos. Pero en esta nueva versión, aparecían dos elementos nuevos. Por un lado, el férreo control estatal que se proponía ejercer sobre las Cooperadoras. Por otro, los amplios deberes que se les atribuían, estos iban desde “contribuir a la creación de fondos (...) hasta procurar la elevación cultural de pueblo en materia de medicina sanitaria, asistencial y social por medio

de conferencias, audiciones radiales, publicaciones, actuación que se seguirá siguiendo las directivas impartidas por el Ministerio de Salud Pública” (Ibídем: Folio 2).

A partir de esta instancia, se bosquejó en Córdoba, apenas un mes antes de la Revolución Libertadora una iniciativa estatal que superaba ampliamente la tendencia a generar iniciativas privadas. En realidad con el Reglamento de 1955, parecía que se buscaba poner en manos de la sociedad la concreción de los más altos ideales en Salud Pública. En relación a ello, el Estado aparecía como una herramienta de control y dirección, pero no como el exclusivo hacedor del bienestar en la provincia en materia de salud y sanidad.

IV. LA ELITE MÉDICA Y RELACIONES DE PODER EN MOMENTOS COYUNTURALES

Han sido tan significativas las transformaciones introducidas en el organismo sanitario nacional y en la formación de su cuerpo burocrático a partir de la llegada a la administración pública del que fue el primer Ministro en Salud del peronismo -el dr. Ramón Carrillo- que la influencia de su proyecto sobre la realidad provincial parecía un ineludible punto de referencia. No obstante, un conjunto de trabajos sobre la realidad de la provincia de Córdoba, permitieron entender que los procesos que afectaron al área sanitaria y específicamente a las políticas dirigidas a su cuerpo burocrático respondían a problemáticas y temporalidades particulares. En este sentido, una primera cuestión ha considerar fue la presencia desde 1943 de dinámicas de centralización del poder nacional sobre la autonomía de la provincia. Otro de los puntos centrales estuvo asociado a la identificación de herencias provinciales y, de especificidades en la vida política provincial en el período 1943-1955, especialmente en la etapa peronista.

Como se ha mostrado en el capítulo anterior, los procesos de centralización nacional no sólo se produjeron a nivel de la estructura institucional orientada a producir políticas sanitarias y de salud en general. A partir de la Intervención Federal de la provincia en 1943, se generó una dinámica jalonada por continuas intervenciones a distintos establecimientos asistenciales públicos y a la Universidad de Córdoba (y con ella a su Facultad Medicina) y se produjo casi inmediatamente un proceso de renovación del personal y de los funcionarios médicos, en el marco de un proceso de depuración ideológica de aquellos profesionales que no eran adeptos al nuevo gobierno. Con el advenimiento de la democracia y durante los primeros años de gobierno del peronismo, aquellas tendencias presentes durante la administración militar en la provincia no cesarían.

A partir de los análisis realizados en el capítulo III se ha definido en que los años que fueron desde 1943 a 1947 la dirección que tomaron en la provincia las políticas dirigidas al cuerpo burocrático del máximo organismo sanitario fueron cruciales para la configuración para entender la relación entre el gobierno de los próximos años y la elite médica. Si bien hasta el momento sólo se han observado las problemáticas al nivel del cuerpo burocrático, existentes múltiples indicios que permiten sospechar que en estos años se produjeron procesos fundamentales en otras dimensiones que afectaban la configuración sanitaria pública.

De acuerdo con la significatividad de los procesos identificados entre 1943 y 1947, en este capítulo se profundizará en esta breve etapa, enfatizando en una perspectiva de análisis

relacional que permita colocar en perspectiva las acciones del Estado específicamente de sus actores de gobierno. De manera convergente con la perspectiva propuesta por la “nueva historia social de la salud pública” se tendrá en consideración las dinámicas que involucran los profesionales médicos. En relación a este enfoque, también se buscará recuperar las herencias sociopolíticas de la provincia y su cristalización en la vida política desde 1943 a 1947, para ello se prestará especial atención a los actores de beneficencia.

En todo momento del análisis, se pretenderá reconstruir las relaciones entre estos actores, sus intereses, objetivos, capacidades y recursos a partir de considerar las lógicas de históricas de sus coaliciones y conflictos en el marco del contexto sociopolítico nacional y provincial de los años considerados. Para ello se dividirá el capítulo en tres apartados asociados. En el primero de ellos se considerarán los procesos devenidos en torno a las estrategias de centralización de poder dispuestas por el gobierno militar (1943-1946) en relación a la UNC y la élite médica local, así como el rol que esta asumió en la etapa y, de manera particular, frente al clima preelectoral de ascenso del peronismo.

En un segundo apartado se pondrá en perspectiva el conflicto surgido entre ciertos profesionales médicos y la Asociación de beneficencia Tránsito Cáceres de Allende. En esta sección del trabajo se partirá de la hipótesis de que si bien el conflicto se define en distintas dimensiones, será crucial la del plano político partidario, caracterizado por un contexto de fuerte conflicto político electoral que deja al descubierto las alianzas políticas del peronismo.

Finalmente, en un último punto se incursionará en las dinámicas de politización devenidas en el cuerpo burocrático sanitario a partir de profundizar en los conflictos que tuvieron como escenario principal al Hospital provincial San Roque. Esta sección de la exposición permitirá escudriñar el proceso por el cual el peronismo local, en sus primeros años de gobierno, instrumenta dispositivos institucionales orientados a desarticular las oposiciones que los funcionarios médicos pudieran representar frente el proyecto nacional dentro del espacio estatal, completando así un proceso iniciado durante la intervención de 1943-1946.

1. La élite médica local: procesos de centralización y oposición democrática (1943-1945)

El gobierno inaugurado en 1943 no sólo suspendió el imperio de la Constitución y dio comienzo a un proceso de centralización del poder, sino también fue creando condiciones para aumentar en todo el país el clima de enrarecimiento político general que se vivía en amplios e influyentes sectores desde el golpe militar. En Córdoba a dicho descontento de ciertos sectores, se le sumaba que en la provincia las autoridades suplantadas por el gobierno militar habían sido elegidas en un regular y transparente proceso democrático.

El campo universitario fue un escenario de fundamental de las primeras disputas. A mediados de 1943 se intervinieron las universidades nacionales⁴⁴. El caso de la Universidad Nacional del Litoral constituyó un ejemplo paradigmático de los procesos más generales que vivía el país por aquellos momentos. En esta institución de educación superior se nombró interventor a Giordano Bruno Genta. Genta, reconocido por sus ideas profundamente antiliberales, a poco de asumir creó una profunda commoción incluso entre algunos grupos de respaldaban a los militares cuando sostuvo que el país necesitaba crear “(...) una aristocracia de la inteligencia, nutrida de la estirpe romana e hispánica” (Ferrero; 1976: 265).

En este contexto, se sucedieron movilizaciones callejeras de grupos de estudiantes de la Federación Universitaria de Córdoba en adhesión a sus compañeros del litoral (Bischoff; 1995: 480). No obstante, en líneas generales las mismas corrieron una suerte parecida a la del litoral. Mientras en la provincia los universitarios fueron dispersados por la fuerza policial mientras gritaban vivas a la (...) Universidad del litoral, a la libertad y a la democracia y a la vez daban mueras a la dictaduras” (La Voz del Interior; 30 se septiembre de 1943) las protestas de la Federación Universitaria del Litoral a la intervención de Genta fueron contestadas con la detención de su secretario general y con la expulsión de los estudiantes y profesores que manifestaron la oposición (Ibídem).

Estos sucesos no fueron los más críticos de aquel año. Según consta en los periódicos locales la firma de dos Manifiestos contra el gobierno nacional detonaría una serie de situaciones de profunda repercusión entre los estudiantes y dentro de las filas de la élite médica nacional y local. Como veremos más adelante, el escenario creado en 1943 permitirá comprender otras dinámicas creadas varios años después en la provincia.

⁴⁴ Hasta ese momento La Universidad argentina se regía por los principios de la Reforma Universitaria de 1918 que estableció la autonomía universitaria, la participación de los estudiantes en el gobierno universitario y la libertad de cátedra.

Ambos Manifiestos tuvieron repercusión local, no obstante las consecuencias de cada uno de ellos fue ampliamente distinta. El primero de ellos de septiembre de 1943 y supuestamente originado en la Federación Universitaria de Córdoba consistió en una incitación a la huelga. De acuerdo a los datos que se poseen, el mismo sólo habría estimulado el clima de descontento local y hasta donde se pudo verificar sólo generó que el Consejo Universitario de la UNC, aun no intervenido por Novillo Saravia, resolviera que las (...) sanciones personales se efectivizaran al volver a suceder un altercado que afecte el normal desenvolvimiento de la vida universitaria (...) (LVI; 10 de septiembre).

En cambio el segundo Manifiesto trajo aparejada una serie de consecuencias fundamentales en la vida del país y en la provincia de Córdoba. El 14 de octubre de 1943 un grupo de 150 personalidades políticas y culturales encabezadas por el científico Bernardo Houssay firmaron una “Declaración sobre democracia efectiva y solidaridad Latinoamericana”, pidiendo la convocatoria a elecciones y el ingreso del país a la guerra mundial y su reposicionamiento contra las potencias del Eje (La Prensa y La Nación, 15 de octubre de 1943).

En respuesta a estas declaraciones hubo dos niveles de respuestas por parte de las autoridades nacionales. Por un lado en los comunicados oficiales que aparecieron publicados en los periódicos cordobeses el gobierno militar descalificó a los autores del manifiesto diciendo que varios de los que suscribieron a él eran extranjeros y personas vinculadas a las ideologías de extrema izquierda “(...) con antecedentes antisociales y antiargentinos (...)” (LVI; 16 de octubre de 1943). De manera convergente, desde el PE. Nacional se “(...) avisó que no toleraría intromisiones ni imposiciones (...) y ordenó la cesantía de todos los firmantes que tuvieran “(...) empleos o funciones oficiales sean estas rentadas u honorarias o de cualquier naturaleza” (LVI; 17 de octubre de 1943).

En Córdoba la decisión nacional generó dos tipos de resultados asociados. El primero de ellos fue la separación de un conjunto de destacados profesionales médicos profesores de la Facultad de medicina de la UNC, ello sucedió apenas unos días después de producida la decisión del P.E. nacional de alejar a los responsables del Manifiesto. El proceso de separaciones de los responsables locales fue gestando el segundo tipo de resultados referidos. Este fue la conformación de un proceso de poder en que ciertos nombres se fueron convirtiendo en abanderados de la oposición al gobierno militar. Luego, serán estos mismos sujetos, muchos de ellos, médicos importantes del medio local los que se organizarán para tomar un mango de la bandera antiperonista en la provincia. Las formas en que produjeron

las separaciones de los profesores fueron estimulando que en el plano local éstos no pasaran desapercibidos como propulsores de una alternativa, por el momento trunca, al poder nacional y al ascenso del peronismo.

En la coyuntura hubo los múltiples disturbios entre los estudiantes y la policía cuando el Rector dispuso la clausura de tres Facultades, la de Ingeniería, la de Derecho y la de Medicina, así como la Escuela de Ciencias Económicas y el por entonces Instituto de Humanidades (LVI; 20 de Octubre). También intervino la policía local en el Hospital Universitario de la ciudad. Cuando fue el turno de dos profesores que además de su plaza docente, tenían empleos públicos en el estado provincial, la cesantía estuvo a cargo del mismo Interventor de Córdoba (Ibídem).

Las separaciones de importantes figuras del medio científico médico nacional, muchos de ellos con alcance internacional desencadenaron disturbios y corridas entre los estudiantes y las fuerzas policiales. Fuera del escenario provincial pasaron a formar parte de los renglones más nefastos de la historia nacional la cesantía de los profesores doctores en medicina Houssay; Romano, Castex y Ceballos (Ibíd.). En Córdoba, se alejó con la medida a otros profesionales igualmente consagrados en la ciencia médica argentina como el fisiólogo Oscar Orías. Aunque fueron numerosos los médicos destituidos, se puede confeccionar una lista provisional a partir de los profesionales que asistieron al homenaje que se realizó cuando Agustín Caeiro, director del Dispensario Antituberculosos Central, dejó el cargo. En esta ocasión según consta en las fuentes consultadas estuvieron (...) presentes los profesores separados de la Universidad por igual causa, dr Gurmensisdo Sayago, casi todos los médicos del Hospital Rawson y Tránsito Cáceres de Allende, el dr. José Pérez presidente de la Sociedad de Tisiología, el dr. Oscar Orias, el dr. Antonio Navarro y el dr. José C. Nuñez (...)" (LVI; 21 de octubre de 1943).

Es de destacar que solo unos días más tarde luego de las cesantías la Facultad de Medicina de Montevideo, Uruguay, invitó a todos los profesores alejados de sus funciones para que dictaran cursos y conferencias en la vecina universidad de esta ciudad (LVI; 23 de Octubre). También en Córdoba se sucedieron importantes demostraciones de apoyo a los profesionales destituidos. Fundamentalmente se puede referir a las renuncias voluntarias de colegas que demostraban solidaridad con la situación de los médicos alejados del cargo; incluso renunció el Rector de la UNC y el decano de la Facultad de Medicina, dr. Morra le secundó en la decisión. En este ultimo sentido, al frente de la Facultad el dr. Carlos A. Revol como decano de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales (LVI; 27 de octubre del 1943).

Por aquellos días turbulentos la UNC fue intervenida y se designó interventor a Lisardo Novillo Saravia, futuro político del peronismo local, quien junto con otras destaca figuras de la Acción Católica que desempañaron números cargos docentes (Tcach; 1991: 86) pusieron su tono de color a la vida universitaria con más de 200 cesantías e innumerables renuncias de profesores entre 1943 y 1945 (Tcach, 2003: 44).

Si bien la situación de excepcionalidad terminó formalmente con el Decreto del 10 de Febrero de 1945 y se normalizaron las Universidades, después de estos sucesos se desarrollaron dos dinámicas que tendrían más larga vida y que definirían los procesos a los que se vieron supeditados los miembros de la burocracia sanitaria provincial. Por un lado, a nivel nacional tanto como provincial, la restauración de los profesores cesanteados en sus cátedras y la posterior aceptación por parte de las nuevas autoridades universitarias de la ilegalidad de las medidas, no terminaron con los conflictos y se produjo un endurecimiento de la actitud del gobierno en la vida universitaria (Mangone y Warley; 1984).

Por otro lado, los profesionales médicos locales tomaron un actitud activa frente a las prácticas de persecución del oficialismo y, además se agruparon en una entidad que agrupaba profesionales y buscaba ser un foco político de oposición al peronismo en las elecciones de 1946. Si bien la Junta Sanitaria de Acción Democrática, nombre que recibió la entidad, canalizaba entre los profesionales de la salud (sus integrantes eran médicos; odontólogos, bioquímicos y farmacéuticos) participaba de un movimiento político ideológico mayor que se nucleaba a nivel de toda la argentina contra el ascenso del peronismo, su significatividad en el plano locales fue fundamental.

A nivel nacional el antiperonismo tomó como suya la bandera de la democracia y criticaba duramente las actitudes antidemocráticas de sus adversarios. En este contexto se creó una Junta de Coordinación Democrática, presidida por el radical Ricardo Garbellini, e integrada por Justiniano Allende Posse (Centro Argentino de Ingenieros), Germán López (Federación Universitaria Argentina), Bernardo Houssay (científico), José Santos Gollán (rector de la Universidad Nacional del Litoral), Alejandro Lastra, Joaquín de Anchorena (Sociedad Rural Argentina), Laureano Landaburu (PDN), Juan José Díaz Arana (Partido Demócrata Progresista), los radicales antipersonalistas José M. Cantilo y Diógenes Taboada, los socialistas Nicolás Repetto y Alfredo Palacios, el radical Gabriel Oddone, Carlos E. Díaz Cisneros y Gregorio Aráoz Alfaro (Russo; 1976: 132).

Aunque no hay registros de que la Junta Sanitaria de Córdoba formara parte de aquella Coordinadora Democrática, las relaciones parecen claras y, la Junta local comunicó a través del dr. Sayago que consideraba un

“(...) deber ineludible de patriotismo depositar el voto en las elecciones del 24 del corriente por la formula de la Constitución y la Democracia, que integran los ciudadanos Dres. Tamaborini y Mosca y en el orden local o provincial por los candidatos de los partidos políticos de reconocida ideología democrática” (LVI; 20 de febrero de 1946).

Las propuestas de la Junta no quedaron en disertaciones reducidas a sus integrantes. Al contrario será una constante en estos días de febrero las exhortaciones “(...) a los afiliados y simpatizantes a votar por la formula de la unidad Democrática (...) (Ibídем). Como resulta evidente, la aparición en el periódico local de este tipo de manifestaciones a favor de la alianza electoral que a nivel nacional disputaría la presidencia con Perón, significaba una estrategia política que colocaba a estos profesionales en la vereda del frente al peronismo nacional y local.

Según se considerará en este trabajo, las respuestas a la opción política tomada por estos profesionales no demoraron mucho en llegar. En esta dirección, a continuación se abordará un conflicto sucedido en el Instituto de Tisiología de la Universidad Nacional de Córdoba y que muestra a este espacio no sólo como un campo de batalla entre instituciones que disputaron las posiciones de dirección del mismo, sino también un conjunto de dinámicas que evidenciarán la batalla política entre dos modelos: el del gobierno y el de la oposición, dejando traslucir el tipo de coaliciones que prefería resguardar el gobierno de la intervención militar y la ascendiente coalición local que se aglutinó en el peronismo de Córdoba.

2. El Instituto de Tisiología: entre la Universidad y la Beneficencia

Los orígenes y primeros tiempos de la Institución:

Adrián Carbonetti (2003a) ha mostrado que en cuanto a la atención de enfermos tuberculosos en la ciudad de Córdoba se emplazaron dos instituciones que estaban dirigidos por sendas sociedades de beneficencia: la Sociedad Tránsito Cáceres de Allende que dirigía el Sanatorio del mismo nombre y la Sociedad de Beneficencia que dirigía el Hospital de Nuestra Señora de la Misericordia. Ambas instituciones se construyeron a principios de la década de 1920, en medio de conflictos, entre los cuales nació la tisiología, una disciplina de la medicina encargada de estudiar la enfermedad de la tuberculosis. Como se viene sosteniendo este surgimiento se desarrolló enmarcado en un clima de conflictos, generados especialmente por la pugna que las instituciones, en su objetivo por alojar uno de los factores fundamentales para el desarrollo de la especialidad: el Instituto de Tisiología de Córdoba. Dicha institución fue creada por la Facultad de Ciencias Médicas y la Universidad Nacional de Córdoba para complementar, mediante la investigación, la cátedra de la Facultad de Medicina de la UNC que llevaría el mismo nombre (Carbonetti; 2003b).

Posteriormente a las negociaciones llevadas a cabo, sustentadas en la influencia de algunos médicos que ejercían sus actividades en la Facultad de Ciencias Médicas y en el Sanatorio Tránsito Cáceres de Allende, el Instituto de Tisiología se instaló en terrenos que poseía éste último, cercano al edificio del hospital. La institucionalización de este campo se completó con la aparición de una revista: “Temas de tisiología” que sería editada desde el mismo Instituto de Tisiología (Ibidem).

Luego de su creación, a principios y mediados de la década de 1930 hasta 1943, estuvo al frente del Instituto el Dr. Gumersindo Sayago, considerado el fundador de la Tisiología en la provincia de Córdoba y un referente de la misma en el interior del país. Desde estas dos instituciones este médico fue creando un sinnúmero de redes sociales que contribuyeron a conformar a la tisiología como un verdadero campo científico (Carbonetti; 2003a).

No obstante el carácter público de la institución universitaria no debe soslayar que la institución que lo contenía, el Sanatorio y el Hospital Transito Cáceres de Allende, aunque contaban con aportes públicos, constituían instituciones de una entidad de beneficencia. Como se ha mencionado oportunamente este tipo de iniciativas constituían el corazón del sistema asistencial de la provincia y de su ciudad capital. Si bien entre 1932 y 1943 hubo un

significativo aumento en las subvenciones públicas a las instituciones de beneficencia (Oriz Bergia; 2009:71) las atribuciones de las mismas como instancias no provinciales no eran siquiera un tema de discusión sistemático. Tanto así que en 1941 se produjeron algunos desencuentros entre el poder político provincial y las Damas, en este caso respaldadas por el médico católico Ramón Brandán.

Como sintetizó Ortiz Bergia (Ibídem: 81) el problema surgió porque el Consejo Provincial de Higiene se propuso que el Hospital Transito Cáceres de Allende pusiera a disposición de la Provincia 10 camas. En respuesta a ello la Sociedad de Damas del mismo nombre que el hospital, se opuso a la medida y el dr. Ramón Brandán, como director del Hospital, señaló que esto no era posible porque implicaba la injerencia de una autoridad ajena a la sociedad de beneficencia, la que no poseía relaciones de dependencia (Ibíd.).

Volviendo la atención al Instituto de Tisiología, se debe señalar que como ya se ha visto, hacia principios de 1943 Gumersindo Sayago fue despedido de la Universidad, como consecuencia de haber firmado una solicitada, junto a otros científicos. Esto también motivó que una importante cantidad de colegas y discípulos renunciaran a sus cargos, tanto en el Instituto de Tisiología como en la cátedra correspondiente.

En el marco de las profundas transformaciones internas que atraviesa el gobierno de facto en la etapa final del régimen, se permitió el regreso de muchos médicos que habían sido despedidos de la universidad a causa de las ideas que sostenían. Entre ellos regresaba para hacerse cargo de la cátedra y el Instituto de Tisiología Gumersindo Sayago, junto a todo el grupo de profesionales que se había ido con él. El regreso de éstos médicos a las instituciones encargadas de enseñar e investigar la tisiología generó un fuerte conflicto entre la Universidad, los médicos y la sociedad Tránsito Cáceres de Allende.

No obstante, a principios de 1945 el poder militar comenzó a ensayar políticas de apertura y a partir de ellas generó cambios en las universidades. Es conveniente considerar que, aunque podamos referirnos “al Estado” construido en el período 1943-1946; desde una trama más íntima se pueden rastrear grandes virajes políticos especialmente a nivel del gobierno (Campione; 2007). Aunque no se ha integrado a este trabajo la profundización de dichos cambios, asociados primordialmente a las luchas de tendencias, desplazamientos y crisis que sufrió el gobierno militar entre 1943 y 1946, resulta interesante relacionar la intervención de la Universidad y la cesantía de Sayago y otros opositores al régimen con una primera etapa donde predominan las políticas prohibiciones y las represiones por parte del régimen (Ibídem: 33). En esta misma línea, se puede vincular provisionalmente el desplazamiento de Ramírez a principios de 1944 y la posterior salida de los últimos

nacionalistas del gabinete a nivel nacional, con un nuevo tono del gobierno nacional, el que muestra claros signos de buscar una alianza social con miras a las elecciones de 1946 (ibíd.: 33 y 34).

La cuestión central a considerar es que los científicos cesanteados se reincorporar a sus lugares de trabajo y las universidades, con ella la UNC, se normalizan. En ese contexto, el Dr. Sayago fue repuesto en su cargo por los decretos del Poder Ejecutivo Nacional N° 3157 y 4826 (A.H.UNC; 1944-1947: Folio 310). No obstante, las problemática disto de estar cerrada. Sayago aspiraba a que todos aquellos que habían renunciado en solidaridad con su persona, fueran restablecidos en los diferentes cargos dentro de la Cátedra y el Instituto de Tisiología. En una carta que enviaba al Rector de la Universidad el 15 de septiembre de 1945 exponía:

Por ello al informar hoy al señor Rector que he decidido hacer efectiva mi reincorporación a la Cátedra y dirección del Instituto, me permito manifestarle a la vez, que tan luego el señor Rector me comunique que todos los colaboradores que me acompañaron han sido también reincorporados a sus respectivos cargos, tendré de nuevo la satisfacción de reiniciar mis actividades en la Cátedra y en el Instituto (A.H. UNC; 15 de septiembre de 1945: Folio 294).

Dicha solicitud fue inmediatamente canalizada por la Universidad de Córdoba, que envió una nota a la Comisión Directiva de la Asociación Tránsito Cáceres de Allende planteando las causas por las cuáles el Dr. Sayago había sido cesanteado. Pretendían además explicar la renuncia de sus colaboradores presentadas al Instituto, la cátedra y el Hospital y solicitar el inmediato reintegro de todos los colaboradores.

Me es grato dirigirme a la señora Presidenta para interesarme muy especialmente porque la Institución de su digna presidencia considere, ante la conveniencia para el Instituto y para la cátedra la posibilidad de restituir a los médicos a los cargos que ocupaban (...) a fin de hacer posible a la mayor brevedad posible la reintegración del doctor Sayago a sus tareas del instituto (Ibíd: Folio 295).

Ahora bien, aunque las resoluciones amparaban en última instancias las pretensiones de Sayago, las condiciones asociadas al abierto respaldo del gobierno militar a los sectores ligados a la Iglesia y los sectores conservadores cléricales sumado al clima preelectoral en el que el tisiólogo se venía afirmando como acérrimo opositor al peronismo, no colaboraban en hacer de la reincorporación exigida un mero trámite.

En cuanto a los elementos que permiten pensar en que las relaciones entre el gobierno y las Damas eran cercanas, vale la pena mencionar que en el acta de fundación de la Asociación Tránsito Cáceres de Allende figuran destacadas mujeres de la sociedad cordobesa: María de Garzón Macea, Laudelina Carranza, Eugenia de García Montaño, Eloísa Pruneda, Paulina de Soria, Luisa de Funes Lastra, María Funes Posse, Felisa de Núñez, María E. Fragueiro (Carbonetti; 2003a: 225). Además resulta interesante destacar que la sociedad fue fundada en honor de la Señora que llevaba ese ilustre nombre, muerta en el año 1916, y que, aquella Dama, había sido presidenta por tres veces de la Sociedad de Beneficencia y cofundadora de las Conferencias de San Vicente de Paul, otra sociedad con a fines filantrópicos de profunda significatividad en el ámbito local. Es decir a las conexiones de las señoritas que fundaron la sociedad se le sumaba el “cursus honrum” de la Sra. de Allende que acercaba su nombre a los círculos de la Acción Católica. Es que, aunque la Sociedad considerada no poseía una adscripción religiosa (Ortiz Bergia; 2009: 60) el hecho de que su inspiradora haya sido cofundadora de una asociación de apostolado externo de la iglesia que hacia mediados de 1932 había adherido a la ACA (Blanco; 2006: 91) debió al menos facilitar las conexiones e influencias entre la Asociación y los sectores encumbrados en la Iglesia de Córdoba y con ellos al ascendiente peronismo local.

La gestación del conflicto: las alianzas con el conservadurismo clerical:

Los cambios de personal no fueron bien recibidos por la Sociedad Tránsito Cáceres de Allende Pro tuberculosos que administraba el hospital del mismo nombre y que obviamente tenía una fuerte influencia sobre la dirección del Hospital y el Instituto. El Consejo directivo de la Sociedad de Beneficencia enviaba una nota fechada un día antes, el 14 de septiembre de 1945, en la cual hacía referencia a la conversación sostenida por la directora de dicha entidad, Aurelia López de Fernández, el Rector de la Universidad: ingeniero Rodolfo Martínez y el Dr. Sayago. En dicho mensaje el Consejo de la Sociedad se oponía al reintegro en sus funciones de Sayago y sus colaboradores, sin que antes se realizara una reforma en las funciones que debían cumplir tanto el director del Instituto, como los médicos que dependieran de él y los propios médicos del sanatorio (A.H. UNC; 14 de septiembre de 1945: Folio 297).

En esa nota se hacían algunas apreciaciones que dan a entender que existían otros elementos de juicio por los cuales las señoritas de la beneficencia cordobesa se oponían al reintegro tanto de Sayago como de sus colaboradores. Entre ellas figuraba la recriminación

por la renuncia de los médicos que se fueron con Sayago: “(...) el olvido consciente que de nuestros ideales y de nuestros esfuerzos en pro de su propia formación profesional hicieron nuestros médicos” (Ibídem). También recordaban las protestas de algunos médicos en momentos que era reemplazado Sayago por otro director, el 6 de noviembre de 1943 (Ibíd.).

A fin de no permitir que Sayago retomara a sus funciones en el Instituto, la Comisión rechazaba la renuncia que presentaron la mayoría de los médicos, que hasta ese momento venían trabajando en dicha institución y que presentaban sus dimisiones a fin de solucionar el conflicto (Ibíd.: 16 de septiembre de 1945: Folio 299).

El 20 de septiembre de ese año, nuevamente la presidenta de la Sociedad Tránsito Cáceres de Allende insistía con los impedimentos para el reintegro del Dr. Sayago poniendo como excusa la imposibilidad de eliminar a los médicos que habían trabajado hasta ese momento en el Instituto y Sanatorio. En esa nota se volvía a recriminar la actitud de los médicos que acompañaron a Sayago en su alejamiento de 1943 y reivindicaba la tarea que llevaron a cabo aquellos otros profesionales que los reemplazaron, remarcando lealtad que la Asociación les debía a éstos (Ibíd.; 20 de septiembre de 1945: Folio 304).

Por otra parte, más allá de las pretensiones de las Damas, según el contrato que suscribiera la Universidad con la Asociación Tránsito Cáceres de Allende, la primera se haría cargo de los gastos que “correspondan a la enseñanza e investigación científica” (Ibíd. 14 de septiembre de 1945: Folio 300r) así como en cuanto al salario del personal técnico y administrativo y, este personal prestaría servicios ad honorem en el establecimiento del sanatorio. Por lo tanto y dado que el personal del instituto pertenecía a la Universidad de Córdoba, se trataba de una injerencia apreciable de la Asociación en el ámbito de la Universidad.

Si bien en este ámbito del asunto, el problema se suscitaba como consecuencia de que muchos de los médicos que habían actuado en el Instituto habían sido también contratados por la Sociedad, como se adelantó en párrafos anteriores, se trataba de una medida de carácter político, a través de la que se pretendía que el Dr. Sayago, mal visto por su oposición al poder de turno, no asumiera la dirección del Instituto y de la cátedra que funcionaba en aquél.

De acuerdo a la interpretación que se pretende presentar, el arraigado tradicionalismo de las élites de Córdoba y el importante peso específico de la Iglesia Católica en el sistema político local, contribuyen a explicar que no se hay dado en el plano local aquellos procesos que Campione señaló como el final de tradicionalismo católico bajo la dirección más retrógrados de las FF.AA. y de la Iglesia a nivel nacional (2007: 33).

En este sentido, importantes análisis de la vida política de los regímenes subnacionales, señalan las particulares tendencias de las provincias del interior del país a conservar rasgos patrimonialistas o no democráticos, incluso mientras el Estado nacional muestra avances de institucionalización democrática (Oszlak; julio-agosto de 2007).

De acuerdo con este contexto, la política que llevaba a cabo la Sociedad se explica por su relación orgánica con la Iglesia Católica de Córdoba y los sectores más conservadores de la élite dirigente local, y, su alineación en una relación complaciente con el poder político provincial y nacional, los que además proveían los fondos necesarios para el funcionamiento del Sanatorio. A modo de ejemplo, las fuentes indican que en el año 1945 los aportes tanto de la provincia como de la nación, representaban aproximadamente el 59% del total del presupuesto con que contaba el Hospital Tránsito Cáceres de Allende (Carbonetti; 2004: 180). Aquella hipótesis sobre las vinculaciones entre Sociedad y poder político tiende a confirmarse en relación a la continuidad del conflicto que siguieron sosteniendo estas dos instituciones.

El problema, que comenzó a mediados de septiembre de 1945, atraviesa una fase de calma para finalmente reanudarse a principios del año 1946. El 2 de enero de ese año la comisión de Vigilancia del Consejo Superior de la Universidad trataba el conflicto que había acontecido en septiembre del año anterior entre esa institución y la Asociación Tránsito Cáceres de Allende, poniendo el acento en los impedimentos señalados por dicha asociación respecto de la reasunción de Sayago a la dirección del Instituto de Tisiología, puntualmente la delimitación de funciones del Director del Hospital y el Director del Instituto.

(...) la comisión resolvió, no obstante entender que el contrato vigente es claro y preciso en sus disposiciones, en lo que se refiere a las atribuciones del Director del Instituto de Tisiología y las del Director del Hospital, pedir a la señora Presidente que haga conocer cuáles serían las bases previas que la Sociedad (...) piensa establecer para una armónica delimitación de las funciones propias de ambos Directores (A.H. UNC; 2 de enero de 1946: Folio 306).

El acta se extendía también sobre las diferenciaciones que proponía la Asociación en referencia a los médicos jefes de sala y a los del instituto. A su vez el Vicerrector de la Universidad de Córdoba Dr. León S. Morra, a cargo del rectorado por renuncia del Rector Martínez, enviaba una nota a la Comisión Directiva de la Sociedad el día 19 de enero de 1946, en la que informaba sobre la necesidad que tenía la Universidad de reponer en su cargo al Dr. Sayago. Basaba su pedido en la obligación que le generaban a la institución los decretos de reposición, así como en la necesidad apremiante de comenzar el ciclo lectivo (Ibídem; 19 de enero de 1946: Folio 308). A esto se sumaba la renuncia presentada por el Dr. Sosa al

cargo de director interino del Instituto por lo que, de no atenderse su reclamo, se generaría una acefalia en dicha institución.

En dicha nota el Vicerrector insistía en que el Dr. Sayago asumiría la dirección técnica del hospital, lo que significaba:

(...) la atención y asistencia de los pacientes, lo que hace indispensable que cuente con el núcleo de colaboradores que esté también en su concepto plenamente capacitado para arribar al éxito científico que se busca en el tratamiento eficiente de los enfermos (Ibíd.; 19 de enero de 1946: Folio 308).

En la contestación formulada por las señoras de la beneficencia, el día 22 de enero se insistía en la necesidad de delimitar las funciones del director del instituto y sus colaboradores de la de los médicos del hospital. El origen de la propuesta se basaba en evitar los conflictos que podrían generarse entre los médicos de ambas instituciones, cuya consecuencia sería la eliminación de los médicos que en ese momento se encontraban trabajando para la Asociación. A la vez, la Sociedad de Beneficencia acusaba al Dr. Sayago de discriminar a aquellos tisiólogos que no se encontraban bajo sus órdenes.

En segundo término, luego de reconocer en el escrito una parte importante de la formación científica de Sayago y de su escuela, nuevamente se recriminaba, tanto a él como a los médicos que lo acompañaron, haber abandonado a sus enfermos, con el agravante de los hechos que se suscitaron en momento de ser sustituido por el Dr. Verna en 1943. Por esta causa es que proponían la diferenciación de funciones (Ibíd.; 22 de enero de 1946: Folio 313).

A esto sumaba la necesidad que tenía la Asociación de formar su propio personal, razón por la que proponía modificar parte del articulado del contrato firmado en 1933. Entre las modificaciones que pretendían introducir se encontraban: el artículo 3 donde se disponía que el director del instituto debería mantenerse en contacto o ponerse de acuerdo con el Director del hospital y dispensario “(...) que se proponga emplear para el lleno de las funciones integrales, a fin de no complicar o perturbar (...) la marcha de estos (el hospital y dispensario) y también respecto del desempeño del personal, médico o no de uno y otros organismos” (Ibíd.: Folio 314).

En este mismo escrito la Asociación pretendía un aumento considerable de sus atribuciones, procurando que el desarrollo de las investigaciones y la enseñanza llevadas a cabo por el Instituto, debían ser informadas tanto a la universidad como a la asociación con una periodicidad anual y “(...) con las observaciones que le merezcan” (Ibíd.: Folio 315). En el mismo sentido, en el artículo 4 de dicho contrato la Sociedad se arrogaba el recurso de

separación de aquellas personas que, trabajando en el Instituto, “(...) afecten la moral o la disciplina de los citados establecimientos” y aún la suspensión de las actividades del mismo instituto en caso de creerlo pertinente (Ibíd.).

La incorporación de estas cláusulas al contrato que se había fijado en 1933, dejaba bajo la tutela del director del hospital y de la comisión de la asociación, prácticamente todas las actividades del mismo. Se trataba de una acción de carácter claramente político, fundada en los acontecimientos de 1943, pero que en última instancia tenía como objetivo no permitir el ingreso de Sayago y sus colaboradores, considerando la personalidad principista y autónoma de aquel médico (Carbonetti; 2007).

La comisión pretendía también que los médicos que ingresaran al instituto tuvieran el consentimiento de la misma para hacerlo. Las damas de la beneficencia sostenían esa posición desde un enfoque supuestamente apolítico y desideologizado, visión que decían se asentaba sobre el “*hacer para atender*” (a los tuberculosos), desde la filantropía.

Ya que de otra manera corremos el riesgo de mantener en nuestro seno a quienes por ideología o intereses ajenos a los nuestros y olvidando los lugares en que actúan, pueden crearnos conflictos molestos e insalvables (Ibíd.: Folio 254).

En el mismo sentido, solicitaban que los médicos que habían provocado los disturbios de 1943 se excusaran ante la sociedad, sumando la exigencia de que no podrían reintegrarse aquellos profesionales que en esa ocasión habían expresado juicios en contra de la Sociedad de Beneficencia.

Por último, solicitaban al Vicerrector que, como consecuencia de que era imposible la reunión del Consejo Superior para tratar todas estas exigencias, -que las damas sabían era imposible fueran aprobadas o por lo menos requerirían un amplio tratamiento y una posterior y duradera negociación - no se dispusiera el reintegro de Sayago a la dirección del instituto de Tisiología.

De esta forma se buscaba de varias maneras, aplazar hasta el último momento el reintegro de Sayago, e incluso si fuera posible, tratar de impedirlo. El campo de la disciplina era atravesado por intereses que generaban fuertes contradicciones.

La nota de la beneficencia era nuevamente contestada por el vicerrector a cargo del rectorado, esta vez con una carta del día 29 de enero del mismo año. En esa nota el rector respondía a todos los puntos que requería la sociedad Tránsito Cáceres de Allende. Respecto al primero observaba que nunca, en los años de vigencia del contrato entre ambas entidades,

habían llegado a la Universidad quejas acerca de la acción de los médicos que trabajaban en el Instituto (Ibíd.; 29 de enero de 1946: Folio 320). En referencia al segundo de los puntos, es decir los choques que podrían generarse entre los médicos del hospital y el instituto, el vicerrector aseguraba que la universidad tomaría las medidas necesarias ante cualquier conflicto. Por último la nota se extendía sobre la imposibilidad de cumplir con todos los tiempos que solicitaba la Asociación y la necesidad de reincorporar al Dr. Sayago debido a que el Consejo Superior, cuerpo encargado de analizar los cambios en el contrato, se encontraba en receso. Entendiendo el Vicerrector acerca de las necesidades de dar continuidad a la tarea docente, respondía que repondría en su cargo al Dr. Sayago el día 31 enero, dejando para cuando el Consejo se pudiera reunir, el análisis y las negociaciones acerca de las modificaciones que pretendía realizar la asociación (Ibíd.).

El desenlace del conflicto: Democracia vs. Totalitarismo:

La prensa comenzaba a hacer pública la gravedad de la situación: el diario Córdoba el 28 de enero, bajo el título de “*El Hospital Tránsito Cáceres de Allende, ¿se producirá un conflicto?*” daba cuenta de la crisis que había venido desarrollándose y suministraba información acerca de la negativa del dr. Morra a acceder a los cambios que proponía la sociedad de beneficencia, decisión que sin embargo, no constaba en las notas que intercambiaban ambas entidades (Diario Córdoba; 28 de enero de 1946). El día 29 del mismo mes el periódico “La Voz del Interior”, un diario de la UCR exponía:

Existe si se quiere, una enconada oposición de la comisión administradora, ya que el cuerpo de médicos y el propio director que se designó en ese entonces en sustitución de los separados han renunciado (LVI; 29 de enero de 1946).

El análisis de las epístolas que intercambiaban las dos entidades y las noticias que exponía el segundo de los diarios citados, permite inferir que la comisión directiva pretendía extender los plazos al máximo, impidiendo de esta forma la reincorporación de Sayago, aun cuando con ésta medida se pusiera en riesgo la vigencia del contrato que había fijado el Instituto de Tisiología en el Hospital Tránsito Cáceres de Allende.

Este tipo de conductas puede ser explicada como una decisión política de la Sociedad, la que se acercaba al gobierno provincial y al nacional, de los cuáles el Dr. Sayago era un

vehemente opositor. No debemos olvidar que en estos momentos se desarrollaba la campaña electoral que derivaría en las elecciones por las cuales el laborismo, luego peronismo, llegarían al gobierno nacional y provincial. Dicho proceso estuvo enmarcado en una fuerte antinomia entre el partido conformado por Perón y la Unión Democrática y el dr. Sayago era un militante ferviente de esta coalición. En tanto la iglesia -que tenía una fuerte influencia sobre la sociedad de Beneficencia- así como los sectores conservadores católicos dentro de los cuales se ubicaban las señoras de la beneficencia, también apoyaba al “partido de los trabajadores”.

En asociación con el nuevo panorama político que estaba insinuándose tanto a nivel nacional como provincial, no se puede soslayar que en el plano local las señales eran favorables a los actores más conservadores, ya que como se ha mostrado el peronismo en las provincias del interior surgió montado sobre estructuras políticas previas y tradicionales, tales como, la Iglesia Católica, el Ejército, sectores políticos conservadores y fracciones oligárquicas provinciales (Macor y Tcah; 2003: 31).

Los análisis de toda la documentación disponible permiten corroborar la interpretación de que el conflicto estaba cruzado por la campaña política y con un fuerte cuño ideológico. En ese sentido, la nota por la cual la Sociedad de Beneficencia contestaba al dr. Morra el día 30 de enero de 1946 permite apreciar uno de los ribetes más caldeados del asunto. En esa nota la presidenta de la sociedad se negaba terminantemente a dar posesión del cargo al Dr. Sayago

En mis funciones de Presidenta de la Comisión Directiva Central de la Sociedad “Tránsito Cáceres de Allende” pro tuberculosos, vengo a manifestar que la entidad que presido no podrá por su parte, dar, y no dará posesión al Dr. Gumersindo Sayago de la dirección técnica de *sus* citados establecimientos de asistencia social, en tanto no se atienda la denuncia de los términos del contrato vigente con esa Universidad (A.H. UNC; 30 de enero de 1946; Folio 325)

El mismo día en que el vicerrector de la Universidad emitía una resolución por la cual reincorporaba a Sayago y a todos sus colaboradores en el Instituto de Tisiología, la Sociedad de Beneficencia clausuraba el dispensario donde cumplía sus funciones el Instituto de Tisiología (Diario Los Principios; 31 de enero de 1946) y disponía la custodia de ese edificio por parte de la policía provincial.

En el contexto que se ha venido definiendo desde los comienzos del capítulo, no llama la atención que el gobierno de la provincia accediera rápidamente a que la fuerza bajo su mando no permitiera el ingreso del Vicedecano de la Facultad de Ciencias Médicas y del Dr.

Sayago, quien acudía al Sanatorio Tránsito Cáceres de Allende a poner en posesión de su cargo médico, suplantando al vicerrector a cargo del rectorado, quien se encontraba de licencia por luto.

La prohibición del ingreso de Sayago al Instituto de Tisiología desencadenó el previsible final del conflicto que terminó con la ruptura por parte de la Universidad, del contrato por el cual el Instituto funcionaba en el Sanatorio Tránsito Cáceres de Allende. En efecto, el 12 de febrero de 1946 una comisión especial del Consejo Superior de la Universidad trataba el tema y declaraba caduco el convenio de 1933, por el cual se instalaba el Instituto en terrenos de la sociedad de beneficencia, solicitando a un juez federal

(...) su intervención para que ordene se dé la posesión del instituto de Tisiología al señor Director titular doctor Gumersindo Sayago por el plazo mínimo de tres meses (...) a los fines de la realización total de la separación" y nombrar una comisión integrada por el "Decano de la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Juan Martín Allende y Gumersindo Sayago para que proyecten la readaptación, modificación, o nueva estructuración del Instituto de Tisiología (A.H.UNC; 12 de febrero de 1946; Folio 335).

Los sucesos del 31 de enero generaron el repudio de gran parte de la comunidad médica cordobesa, incluso del Colegio Médico de Córdoba, que en un comunicado publicado en el periódico Córdoba del 7 de febrero resolvía declarar que el conflicto promovido por la Sociedad T.C. Allende era un agravio a la Universidad, a la Facultad de Medicina y a todos los médicos cordobeses. Observaban además que este hecho no podía considerarse accidental, sino como parte de una política sectaria, seudo social y de índole reaccionaria. Por estas razones, solicitaba al cuerpo médico la no ocupación de los cargos vacantes en el hospital Tránsito Cáceres de Allende "(...) declarando a los que aceptaran fuera de toda consideración profesional y social (...) (Diario Córdoba; 7 de febrero de 1946). Asimismo se ponía a disposición de los enfermos del hospital un cuerpo médico formado por grupos técnicos, y se expresaba el anhelo de que los gobiernos provinciales y nacionales asumieran la dirección de todo el sistema sanitario en el territorio nacional (Ibídem).

Sin embargo esta no sería la única derivación de la crisis entre ambas instituciones. Se evidenciaba cada vez más la fuerte pugna entre los médicos que trabajaban o habían trabajado en el Sanatorio y el director del mismo, el Dr. Ramón Brandán. El mismo día que la policía impedía el acceso del Dr. Sayago al Instituto de Tisiología, el Dr. Sosa, hasta ese momento director interino del mismo, enviaba una nota al Vicerrector de la Universidad en la que describía los hechos y donde implicaba al Dr. Brandán en las órdenes que habían sido dadas a la policía (A.H.UNC; 31 de enero de 1946: Folio 331). Esto era confirmado también por el Dr

Julio González Warcalde, discípulo de Sayago y Jefe de la sección Anatomía Patológica en el Instituto de Tisiología, quien informaba el 1 de febrero que no asistiría a trabajar debido a que se le había impedido el acceso a Sayago y al Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, observando que el director del Hospital era quien había dictado esa orden (Ibíd: Folio 332).

Por su parte, el vicerrector de la Universidad enviaba una nota al Dr. Brandán solicitando aclaraciones sobre su actuación en referencia a los hechos del 31 de enero (Ibíd.; 1 de febrero de 1946: Folio 333). El escrito fue contestado por el director del Hospital en la misma fecha, deslindando todo tipo de responsabilidad y donde observaba que por estatuto quien dirigía el hospital no tomaba parte de las deliberaciones del Consejo Directivo. En cambio, vinculaba a la Universidad en el hecho de que no habían informado ni al Decano de la Facultad de Ciencias Médicas ni al Dr. Sayago de que la policía intervendría (A.G. UNC; 1 de febrero de 1946, Folio 334). No obstante, la conducta de Brandán fue analizada por el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas donde hubo “(...) expresiones condenando la conducta del doctor Brandán” (Ibídem).

El Dr. Navarro, consejero, expresaba que el “Dr. Brandán no debía haber permitido con su presencia semejante agravio” (Los hechos que habían sucedido el 31 de enero de 1946 derivaban en un conflicto de carácter ideológico. Sayago hacía declaraciones el día 2 de febrero de ese año en las cuales vinculaba a la Sociedad de Beneficencia con la dictadura que se había instalado tres años antes:

Puedo afirmar una vez más que los satélites de la dictadura quieren seguirme castigando por mi comportamiento insospechable a favor de las libertades públicas y de la dignidad universitaria (LVI; 2 de febrero de 1946).

En ese conflicto que tomaba un cariz ideológico iban a chocar el Dr. Brandán y un grupo de médicos que habían trabajado en el instituto de tisiología, quienes publicaban documentos en el diario *La Voz del Interior*, acusando tanto a la comisión directiva de la sociedad de beneficencia, como al Dr. Brandán de reaccionarios y retrógrados y de mentalidad sectaria (LVI; 3 de febrero de 1946). Sin embargo solamente cargaban las tintas sobre éste último cuando hacían referencia a sus renuncias en 1943 como consecuencia de su solidaridad con Sayago:

Desde el día de nuestro alejamiento de la institución (...) una campaña de intrigas era dirigida por el director en contra nuestra dentro y fuera del hospital; una acción de desconocimiento y destrucción de la obra realizada

(...) nutrita los actos de un director fanático de conducta seudo religiosa y escasa calidad técnica (Ibídem).

Las acusaciones continuaban en términos de endilgar a Brandán el haber reclutado médicos entre los sectores antidemocráticos con el objetivo de suplir a los renunciantes. Los firmantes de la nota justificaban su publicación en la lucha que llevaban a cabo contra de los “hechos de carácter totalitario” que habían ocurrido hacia tres días, de los que hacían responsable a la comisión directiva de la sociedad y al Dr. Brandán. En ese sentido tomaban partido por la defensa de la libertad y las prácticas democráticas (Ibídem).

De esta forma el conflicto era delimitado ideológicamente como una disputa que implicaba por un lado a los agentes del totalitarismo representados por Brandán y a las señoras de la beneficencia y, por otro lado, los sectores democráticos representados por aquellos que habían renunciado en 1943 y que defendían la posición de la Universidad en el conflicto entre las instituciones. Esto desencadenó una serie de notas que fueron publicadas por los diarios cordobeses a lo largo de siete días y en el cual Brandán trató de defenderse de esas acusaciones y de afrentar a quienes lo habían acusado, mientras que los segundos trataban por todos los medios de vincular al director del hospital con ideas fascistas.

En una extensa nota enviada a varios periódicos cordobeses y que fue resumida tanto por el diario “Córdoba” como por la “Voz del Interior” y, publicado en forma completa por el diario católico “Los Principios”, el director del Tránsito Cáceres de Allende, Dr. Brandán, se defendía de las acusaciones con argumentos predominantemente retóricos. Por un lado, ponía como prueba de su no adhesión a ideas naci-fascistas una encuesta que había realizado él mismo en 1942, instancia en la que ya había sido acusado de sostener esas ideas, y en la cual los sondeados “declararan por escrito si alguna vez, dentro o fuera de la Universidad (lo) habían oído profesor o propalar ideas favorables al totalitarismo naci fascista” (Diario Los Principios; 5 de febrero de 1946). Mediante la publicación de alguna de las respuestas que había recibido, pretendía mostrar que ninguno de los médicos que contestaron a su encuesta observaba en él conductas favorables a ideas totalitarias. A esas palabras agregaba, sin embargo, algunas otras que rozaban el antisemitismo al acusar a varios médicos de origen judío por haberle endilgado de falsa religiosidad y en lo referido a “su vida profesional decadente”. Incluso, citaba varias cartas que le habían enviado varios de aquellos que lo acusaban y en las cuales, según el autor de la nota, elogian su ejercicio profesional (Ibídem).

La nota luego se extendía sobre varios aspectos que se referían al conflicto suscitado entre la Universidad y la Sociedad Tránsito Cáceres de Allende responsabilizando al rectorado y a Sayago de dicha crisis

(...) el actual conflicto fue creado por el rectorado de la universidad, al pedir por nota, (...) a la Sociedad, la separación de todos los médicos que le pertenecen y que ella paga, los mismos que la salvaron de situación tan angustiosa en 1943 para dar lugar a los médicos que la abandonaron con sus enfermos tal como lo exigía el doctor Sayago" (Ibíd.).

En términos generales el discurso del Dr. Brandán no se alejaba demasiado del que habían construido las mujeres de la Sociedad de Beneficencia, culpabilizando al rectorado y al Dr. Sayago y haciendo hincapié en la escasa ética de los médicos que habían renunciado en 1943. Paralelamente, sus dichos se dirigían a insistir en negar todo tipo de acercamiento a la ideología naci fascista.

La nota de Brandán suscitó una avalancha de contestaciones por parte de la mayoría de los médicos que se sintieron agraviados por sus dichos. El primero en contestar fue el Dr. José Pérez, uno de los colaboradores más cercanos de Sayago y quien luego de la muerte de éste lo suplantaría en la cátedra de tisiología. En una carta dirigida a Brandán el médico se expresaba en duros términos, dudando de que la encuesta que había realizado aquel en 1942, de ser verídica, diera los mismos resultados en 1946, acusándolo de manipular en aquel momento a los sectores democráticos de la universidad, de mancillar la imagen de los médicos que habían renunciado en 1943 haciéndolos ver como médicos sin conciencia que abandonaban a los enfermos, "(...) cuando bien sabe y le consta que paulatinamente va desapareciendo una obra que costó muchos años de paciente y tesonera labor y a la cual Ud. contribuyó con muy poco esfuerzo" (Diario Córdoba; 6 de febrero de 1946). Finalmente, el Dr. Pérez lo acusaba de estar veinte años en su puesto cobrando su salario y recibiendo órdenes de las mujeres de la Sociedad de Beneficencia.

En otro párrafo lo vinculaba directamente con los sectores antidemocráticos que pretendían convertir a la Universidad en un reducto de fascistas y, que para llevar adelante dicho plan era necesario "(...) combatir y destruir a todos aquellos que mantienen una posición de lucha contra la situación imperante en el país: situación que constituye una verdadera vergüenza nacional" (Ibídem).

Nuevamente, y esta vez mediante el accionar del Dr. Pérez, en su rol de íntimo colaborador de Sayago, se contribuía a exacerbar aun más el enfrenamiento entre ambos grupos de médicos, planteando una antinomia irreconciliable entre el espacio del totalitarismo,

representado por Brandán, y los sectores que defendían a la democracia y la libertad. Estas eran divisiones que se habían declarado inicialmente en el ámbito nacional entre totalitarismo y democracia, pero que se volcaban irremediablemente en el campo de la medicina y el sub campo de la tisiología.

La lucha ideológica que se había planteando en el ámbito político partidario de la nación y la provincia había derivado en una crisis de dos instituciones que también representativas de ambas corrientes ideológicas, y a su vez había repercutido en la formación de grupos totalmente contrapuestos.

A unos días de las elecciones del 24 de febrero el panorama parecía crear las condiciones propicias para que los discursos de uno y otro lado de la disputa dejaran traslucir las posiciones de cada quien. Estas eran dependientes no sólo del contexto provincial y nacional, sino también del gestado internacionalmente por el clima ideológico de la Posguerra.

En una nueva carta firmada por varios de los médicos que se habían sentido agredidos por Brandán, se completaban las acusaciones que había llevado a cabo el Dr. Pérez. En dicha nota lo acusaban de alabar a Francisco Franco (e inclusive de tener un retrato del caudillo en su consultorio particular), de antisemitismo y de haber colaborado con el gobierno que impuso en la UNC al interventor Novillo Saravia. A esto agregaban las preferencias electorales por el peronismo, movimiento al cual vinculaban con los sectores totalitarios (LVI; 7 de febrero de 1946). Junto a estos, también contestaban a Brandán, el dr. Tomás de Villafaña Lastra, dr. Julio Escarguel Malbran, y el dr. Agustín Caeiro; siendo este último quien, se acercó más a explicitar la situación, aunque en términos antinómicos: “Es gravísimo el error de considerar que el pleito del T. C. de Allende no tiene proyecciones políticas y sólo es una cuestión universitaria y doméstica” (Ibídem).

Días antes el dr. Brandán definía los contornos de la democracia según él y los sectores asociados a él la entendían y la ejercerían durante parte del gobierno peronista local, expresando que “(...) conseguirán echarme de mi cátedra e eliminar de un concurso. Para eso están de luna de miel con la democracia. Nosotros, los que estuvimos con la democracia verdadera que es la que define la Iglesia Católica y no con la Democracia Soviética estamos tranquilos” (Diarios Los Principios, 5 de febrero de 1946).

3. La burocracia médica durante los primeros tiempos peronistas: de la politización de la UNC a la del área estatal

Desde 1943 comienza a gestarse un proceso que tendrá larga vida en la política nacional en general y, de Córdoba en particular. El mismo cristalizará con rasgos particulares durante la etapa del peronismo local. A partir de las elecciones constitucionales del 24 de febrero 1946 que llevaron a Juan Domingo Perón a la presidencia de la Nación y a Argentino Aucher a la gobernación provincial, la tendencia descripta en las universidades durante el gobierno militar tomará características críticas.

Unas de las marcas de identidad de la política nacional del peronismo, se produce con el nombramiento en el Ministerio de Educación de Ivanocevich, funcionario que da un nuevo impulso a la reestructuración ideológica en las Universidades llevando adelante una política de suspensión y expulsión de estudiantes y profesores, muchos de ellos en el marco de la promulgación de una nueva Ley universitaria y la jubilación de oficio de numerosos docentes universitarios (Mangone y Warley; 1984)

Esta estrategia tuvo gran impacto en la burocracia médica de la provincia de Córdoba. Como se verá, la intervención de la Universidad de Córdoba fue una política dirigida a trastocar la construcción de los períodos precedentes, a alejar a ciertos médicos que estaban alineados en la oposición al régimen nacional, en definitiva a crear las bases para una reestructuración ideológica en el cuerpo de profesionales del Área de la Salud Pública local. De acuerdo a lo que se marcó en el capítulo anterior las modalidades del ejercicio del poder durante el gobierno de la Intervención Federal de la administración militar y durante los primeros años de peronismo, poseyeron notables similitudes. En estos años se generará el camino para que la burocracia sanitaria provincial se politice como nunca antes lo había hecho por lo menos a nivel de las arenas interestatales de la provincia.

En este sentido el término politización merece una aclaración asociada con el contexto en análisis. En esta dirección retomamos una discusión abierta por Sebastián Barros (2008) frente a la noción de politización, en términos de injerencia partidaria, como marca el autor, bastante generalizada en la literatura sobre peronismo en la Patagonia austral⁴⁵. Si bien estamos completamente de acuerdo con Barros en marcar que los discursos y las prácticas dirigidas a extender lealtades se encontraban también en los gobiernos precedentes a 1943 y, que, la relevancia y particularidad de la politización peronista, su ruptura como refirió el

45 Sobre estos trabajos Barros menciona de manera particular los estudios de Hudson (2007) Bona y Vilaboa (2007^a); Pierini (2007); Bona y Vilaboa (2007b).

autor, se halló a nivel del campo de significados con el que se que logró tornar predominante a que todos aquellos que no tenían título para gobernar⁴⁶, estas cuestiones no pueden negar la politización de las instituciones estatales (2008: 25).

No obstante, en este trabajo no se considera la politización devenida durante el gobierno militar y el peronismo como un fenómeno introducido por el partido peronista, sino más bien como una extensión y penetración en el cuerpo burocrático sanitario de aquellas dinámicas conflictivas y fuertemente ideologizadas que caracterizaban la vida sociopolítica del país y de la provincia en particular. Sin embargo, como se mostrará, el peronismo, como partido, pero más bien en su rol de gobierno, incentivó este proceso utilizando los resortes que el control del Estado le confería.

A nivel nacional el inicial acercamiento entre el gremio médico, representado en la Confederación Médica de la República Argentina y Perón, a través de la STP, terminó poco tiempo después con una avalancha de cuestionamientos hacia el líder a medida que avanzaba el año 1945 (Belmartino; 2005; 111). Si bien las relaciones entre el gobierno nacional y el gremio médico se vieron facilitadas en un primer momento por la unificación de los círculos y asociaciones médicas existentes, primero en federaciones provinciales y luego en la COMRA (Ibídem), el distanciamiento de ésta con Perón dejará un escenario gremial escindido. En él, durante los años del gobierno peronista la COMRA enfrenta con éxito en cuanto a la captación de adherentes a otras agrupaciones gremiales que parecen contar con el apoyo de gobierno (Ibíd.: 139). De acuerdo con el estudio de Belmartino (2005: 140 a 142) de un lado se encuentra la Confederación Médica de la República Argentina, del otro, cercano al proyecto peronista se identifica a la Federación Argentina de Médicos, la Confederación General de Profesionales, y, la Corporación de Médicos de la República Argentina de reconocida filiación peronista.

Aunque la inserción de los médicos en el estado provincial no tiene porque reflejar esta división gremial, el gobierno local parece tener claramente identificados aquellos profesionales que no apoyan el proyecto peronista. Asimismo, cuando comienza a desatarse el conflicto por la nueva Ley universitaria y por la disposición dirigida a jubilar compulsivamente a números profesores será la Federación Universitaria de Córdoba la que planteará resistencia a las medidas (LVI; 4 de noviembre de 1946). En un panorama donde la UNC y la Facultad de Medicina aparecen intervenidas se producen una vez más, como en 1943, numerosas cesantías y renuncias en muestra de solidaridad (Ibídem; 9 de noviembre de

46 Esto es una paráfrasis de Rancière (1996). Aclaración de Barros (2008: 14)

1946). Según se informa La Voz de Interior en estos días de noviembre fueron separados 16 profesores universitarios debido a su defensa de la autonomía universitaria (Ibíd.; 8 de noviembre de 1946).

Enrarecía aun más el panorama la presencia de comisionados interventores en la Municipalidad de la ciudad de Córdoba (Ibíd.; 9 de noviembre de 1946) y la puesta en consideración del mantenimiento de la enseñanza laica. Sobre este último tema se movilizaron múltiples actores locales, destacándose la agrupación de Maestros radicales (UCR) que invitaba a “(...) todos los adherentes y en general a todos los maestros democráticos y liberales a concurrir a la Asamblea para la organización de una campaña en defensa de los principios consagrados en la Ley 1420” (Ibíd.; 5 de noviembre de 1946), refiriéndose a la Ley de educación vigente. En el caso de los maestros también se habían decretado numerosas cesantías y según se expresaba desde la Federación de Maestros de la provincia de Misiones, esto había sido resuelto “(...) sin causa ni sumario y, en algunos casos por cuestiones políticas (...) (Ibíd.; 6 de noviembre de 1946).

No obstante, lo que más movilizó a la élite médica local fueron las medidas tomadas en el orden universitario. Como años atrás llenaron las páginas de aquellos días las nociones asociadas a defensa de la autonomía avasallada y al repudio a las cesantías de los profesores. No obstante, los términos en que se refirió el dr. Guillermo Stuckert fueron distintos y altamente demostrativos de que se estaba cristalizando una peligrosa maniobra para los médicos que están solidarizándose con sus colegas cesanteados en Córdoba:

Estas dimisiones, que a la vez son de repudio a la actividad de la Intervención a la Universidad, tienden a facilitar la acción de ella, a fin de que coloque en las cátedras no a los más capaces y dignos sino a los agentes de su afinidad ideológica (Ibíd.; 9 de noviembre de 1946).

Como se puede apreciar en los periódicos de ese día, aunque en un primer momento los profesionales médicos se hayan movilizado y organizado, si cabe el término, de manera autónoma a cualquier organización, bien pronto distintas entidades se encargaron de estimular este tipo de estrategias de apoyo a los profesores separados. El mismo día en que Stuckert expresaba su preocupación por los remplazos que interpondría la Intervención ante las renuncias de los profesores, el Colegio Médico de la provincia de Córdoba publicaba su decisión no sólo de hacer “(...) público su repudio a la resolución del Interventor de la UNC” (Ibíd.) sino también de

Requerir de todas las entidades médicas de la provincia, de los profesores universitarios, de sus colaboradores y de todos los profesionales, la expresión de su más amplia, inmediata y efectiva solidaridad con esta pública manifestación de repudio y protesta (Ibíd.).

A pesar de que el Colegio Médico no se refiere explícitamente a la articulación de un plan de renuncias masivas, resulta bastante claro que al hablar de efectiva solidaridad estaba abriendo y legitimando la adopción de tal postura. Otros factores también colaboraban en que los médicos de Córdoba, al menos aquellos que no estaban alineados con el gobierno, se sintieran aun más conmovidos y movilizados por la situación. Por un lado, a ello debió contribuir la noticia de los atentados ejecutados contra los frentes de las casas de “(...) prestigiosos hombres de Córdoba que destacaron valientemente en defensa de la democracia, la libertad y la autonomía universitaria (...)” (Ibíd.). Los nombres de los dignificados son altamente representativos del clima que vivía Córdoba: el ex Rector de la UNC: Ing. Rodolfo Martínez, el dr. Gumersindo Sayago y, el jefe del organismo sanitario en tiempos del radicalismo e importante funcionario universitario durante la etapa en estudio, dr. Guillermo Stuckert (Ibíd.).

Por otro lado, a partir de la normalización institucional de la vida democrática que se concretó en febrero de 1946, el Hospital San Roque seguía intervenido. Como se verá a continuación dicho establecimiento fue el escenario de uno de los episodios más conflictivos que atravesaron los médicos insertos en el área de la salud pública provincial.

A pesar de que no es la intención del trabajo dar cuenta cada una de las separaciones de los cargos que tuvieron como protagonistas a profesionales del San Roque, ni cada unas de las renuncias que muchos otros presentaron ante el segundo Director Interventor de Hospital, dr. Hugo De Sanctis, un repaso general por éstas revelará no sólo que el conflicto originado en la UNC penetra en las filas de los galenos insertos en el estado provincial, sino también que en aquel establecimiento asistencial se desarrollaba un proceso particular orientado a alejar a ciertos agentes sanitarios de la función pública.

La crisis en el personal de la planta de Hospital pareció estallar en los últimos meses de 1946, cuando fueron separados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba algunos de los más prestigiosos y antiguos profesionales locales. Esta situación desencadenó en el San Roque los profesionales directamente afectados renunciaron a sus puestos en el Hospital y, luego, de noviembre a diciembre de ese año, que más de 30 colegas suyos declinaron a sus puestos por solidaridad. En este contexto conflictivo algunas de las múltiples renuncias presentadas a De Sanctis permitieron apreciar la lectura de la situación por parte de

los médicos comprometidos. Los conceptos que predominaron en los discursos fueron en una primera instancia muestras de indignación frente a la vulneración de las normas básicas de la jerarquía y el orden entre el personal médico. Asociado con dichas apreciaciones, los profesionales marcaban la existencia de un tiempo precedente que interpretaban como ideal:

Nosotros estábamos acostumbrados a trabajar tranquilos en el San Roque, éramos todos unidos, amigos y mientras estábamos dentro del hospital nos olvidábamos de la política para trabajar y atender nuestros enfermos (...)" (MG; 23 de noviembre de 1946: Folio 187).

Este tipo de expresiones no sólo se correspondían con el ambiente que creaban las dimisiones voluntariamente presentadas al Interventor. Como había advertido a principios de noviembre Guillermo Stuckert para la situación de la UNC, las renuncias constituían un arma de doble filo, ya que a ellas se siguieron por parte de De Sanctis las acepciones y los remplazos por otros profesionales médicos. En esta dirección los afectados sostenían que con la Intervención del San Roque se inauguraba de un tiempo en que “(...) los serviles e ineptos llegan a las altas posiciones (...)" (Ibíd: Folio 186).

En este nuevo tiempo que se divisaba desde la perspectiva de los médicos, no fueron sólo ellos los que solidariamente se alejaban de sus cargos. La Intervención también articuló una política activa para separar o exonerar a algunos profesionales de la institucional sanitaria. Esta situación no fue excepcional y causó mucha indignación en las filas de los galenos del san Roque. De manera evidente lo que irritaba eran las separaciones, pero aun más las maneras en que ellas se habían concretado:

Motiva mi actitud (renuncia) la manera brutal con que se despojan de sus cargos a distinguidos colegas que han colaborado en forma desinteresada durante años. Que han hecho méritos para llegar a los cargos que hasta entonces ocupaban para que un buen día se los separe o exonere, prohibiéndoles a algunos la entrada al hospital como si fueran delincuentes del los peores (...)" (Ibíd.).

Pero, ¿quiénes eran los ineptos y serviles que llegaban al San Roque? Evidentemente, De Sanctis era el más repudiado y aunque no nombraron otros personajes, fue claro que ya en el Hospital *no eran todos amigos que se olvidaban de la política*. En relación al interventor fueron muy numerosas las notas dirigidas a él que desestimaban su figura como médico y como Director (interventor). Es que, además, el mismo De Sanctis ocupa espacios “vacantes” entre el plantel médico del San Roque. En estos términos se dirigió un médico del Servicio de Cirugía al presentar su renuncia:

(Estoy) En todo de acuerdo con la posición de los Doctores Amuchástegui y Oddone, tan injustamente separados de este Hospital y solidarios en absoluto con la conducta de los Jefes de Servicio (...) usted (De Sanctis) ha sido nombrado Jefe del Servicio al que pertenezco, lo que representa un grave atentado a la integridad física de los cientos de pacientes que concurren a dicho Servicio (Ibíd.; 22 de noviembre de 1946: Folio 187).

Si confiamos en la veracidad de los contenidos expresados en las notas elevadas al Interventor, éste no reunía las condiciones necesarias y reglamentarias para ser el Director del Hospital:

(...) carece Usted de título universitario máximo, no pertenece al personal médico superior y no tiene una antigüedad máxima de diez años en el ejercicio de la profesión, requisitos todos, exigidos por el artículo dieciocho (Ibíd.; 25 de noviembre de 1946: Folio 174).

Retornando a lo más significativo de la situación que se vivía el San Roque, cabe preguntar a qué o a quién eran serviles los serviles?, o al menos lo era De Sanctis. La vinculación del funcionario con el gobierno peronista no era un secreto para los médicos locales, así lo manifestó en dos de las renuncias más esclarecedoras que se presentaron al Director Interventor:

Usted ha llegado tal vez sin pensarlo, a la función que ejerce. Ocupa así el más alto sitio en la primera institución hospitalaria oficial de Córdoba, conocida en el país y fuera de él por la obra tesonera de sus hombres, entre los cuales usted nunca figuró. Ha recibido usted un presente y sólo por una vinculación política del momento (Ibídem).

En este párrafo se puede observar que, mientras el peronismo enfatizaba el deber que asumiría el Estado en garantizar la salud como un derecho social fundamental y comenzaba a articular en el ámbito nacional algunas acciones orientadas a profesionalizar la burocracia médica, algunos de los más notables galenos de Córdoba identifican la llegada del peronismo con la supresión de los criterios anclados en el mérito y la idoneidad. En ese ambiente autoritario también se identificaron algunas señales de ruptura en el seno de la élite médica. Si bien estas divisiones no fueron verificadas entre los médicos propiamente dichos, si fue posible observar una quiebre entre los practicantes médicos del Hospital. Por un lado, estaban aquellos practicantes llegados al San Roque por concurso y que De Sanctis exageró “(...) en la forma más irregular, sin motivos, todo por qué? porque no pensaban como igual (que él)

después del 24 de febrero (Ibíd.: Folio 188). Por otro lado, en junio del año siguiente, un conjunto de practicantes del Hospital demostraba abiertamente sus simpatías con el gobierno nacional. De acuerdo con esta actitud solicitaron al Ministro de Gobierno que

(...) para llenar las 31 vacantes de practicantes del corriente año, todos los aspirantes llenen las fichas “proposición de empleo” dejando saber con claridad si cuentan con la lealtad necesaria para colaborar como argentinos (...) con el Plan Quinquenal, estructurado por nuestro presidente (...)” (M.G.; 1947: Folio 142).

Mediante estas prácticas, los miembros menos encumbrados de la élite médica local se situaron en la vereda política opuesta no sólo a la de muchos profesionales prestigiosos de Córdoba, sino también frente a la posición sostenida en el ámbito provincial por el Colegio Médico de la provincial y en el nacional por la COMRA. No obstante, no fueron únicamente estos sectores marginales o aspirantes de la élite médica mediterránea los que se integraron a la maquinaria peronista provincial. En ese sentido, a los criterios propuestos por los practicantes, se le agregó la aceptación de los cargos que se proponían por De Santis para remplazar a los dimitentes o separados en 1946.

Pocos meses después del episodio central vivido en el San Roque, la crisis del peronismo provincial encontró su momento culminante y, en junio de 1947 Perón decidió la intervención del gobierno local enviando un Comisionado Nacional (Bischoff; 1974: 499). Ante esta intervención federal los médicos solicitaron que el Ministro interceda para arbitrar las medidas indispensables para devolver al San Roque la normalidad de su régimen administrativo, de conformidad con las leyes y los reglamentos vigentes (MG; Julio de 1947). No obstante, recién en mayo del año siguiente, el nuevo Director Interino de Hospital, el dr. Revol, derogó los decretos de De Santis reconociendo que el médico no reunía las condiciones reglamentarias (MG; Mayo de 1948).

Si bien puede entenderse este episodio como un triunfo de la élite médica, en realidad la victoria fue francamente parcial, ya que en Córdoba, luego de los episodios relatados, al igual que a nivel nacional, el gremialismo médico travesó un ostracismo autoimpuesto bajo en gobierno peronista (Belmartino; 2005: 248). Y, a nivel de subsistema de salud público provincial se tornó moneda corriente el recambio de Presidentes del Departamento, luego Dirección de Higiene y, también se volvieron comunes no sólo las fichas de personal en las que ocupaba un lugar central el criterio de la filiación política partidaria, sino también que los funcionarios esgrimieran como valor fundamental para sostenerse en los cargos su apoyo al ascenso del peronismo al gobierno.

Conclusiones:

Este trabajo ha dado cuenta exclusivamente de procesos que afectaron la constitución del área de la salud pública, la que fue delimitada en el marco de procesos más generales de fragmentación devenidos en el plano nacional. En la provincia también surgieron años antes del período 1943-1955, propuestas de centralización sanitaria como parte de un clima de época. En este caso, se planteaban entre otras cuestiones, que la atención de salud de todo el territorio provincial pasara a constituir sólo una prerrogativa estatal, que se eliminaran o corrigieran la superposición de instituciones que cumplían las mismas funciones pero pertenecían a distintas jurisdicciones y que se aumentara el control de las acciones desarrolladas por las iniciativas articuladas por las asociaciones de beneficencia.

Si bien hasta la década del 20' estos objetivos sostenidos por distintos médicos y políticos no cuajaron en debates sistemáticos, en la década del 30', pero más decididamente en la época de los gobiernos del radicalismo sabattinista, se comenzaron a dar pasos para firmes en esta dirección. En estos años, se implementaron cambios orientados a mejorar la eficiencia y la organización del máximo organismo sanitario de la provincia y a ampliar el sistema asistencial local. Fueron estas cristalizaciones las que llevaron a Ortiz Bergia a definir esta etapa como una transición en la provincia de un Estado Liberal, a otro más activo y preocupado por las problemáticas ligadas a la “cuestión social”. Sin embargo, como ha insistido la autora y también Marta Philp a pesar de las altas aspiraciones de los gobiernos de la etapa radical, las concreciones fueron al menos muy incompletas. Sin soslayar la exigua inversión presupuestaria del estado de estos años, ni el sostenimiento de un sistema asistencial sanitario y de acción social mixto entre el poder público y las iniciativas de la beneficencia, también se puede considerar que las conflictivas relaciones entre los gobiernos provinciales y nacionales no debieron contribuir al impulso de las políticas en el área. Asimismo, no se puede ignorar que uno de los principales escollos que tuvo el Estado provincial fue el significativo peso de las organizaciones de beneficencia, respaldadas abiertamente por los sectores conservadores de la política local y nacional así como por la Iglesia.

Así como a nivel nacional la organización federal del país, que daba prerrogativas a las provincias y a los municipios sobre la salud, era un obstáculo a las iniciativas estatales que apuntaban a centralizar los cuidados de la misma en un organismo superior, en la provincia de Córdoba dicha configuración constitucional generaba un espacio de autonomía relativa. Desde él se produjo la consecución de procesos al nivel de ciertas políticas de salud pública y de ciertas trasformaciones a nivel de máximo organismo sanitario de la provincia. Si bien la

preservación de este lugar de autonomía fue unos de los principales objetivos que persiguió el radicalismo, aunque con limitados resultados, luego del Golpe de Estado de 1943 tal política de defensa de la autonomía de la provincia pasó a ocupar el último renglón de los gobiernos locales.

Fue alrededor de estos procesos de centralización nacional y de defensa de la autonomía desde la oposición legislativa al peronismo que Marta Philp abordó los procesos de construcción normativa de la estructura institucional orientada a producir políticas sociales en la provincia. Claramente se puede sostener con la autora que entre 1943 y 1955 se generó un creciente proceso de centralización del poder y, que ello terminó, luego de 1949, en un importante proceso de nacionalización de las instituciones.

No obstante, el análisis realizado en esta investigación ha mostrado que se debe ser cauto al considerar las periodizaciones por etapas que propone Philp en relación a los cambios substanciales en la construcción institucional de la provincia. Es decir, una mayor profundización en el estudio de las transformaciones en el organismo sanitario ha mostrado que, si bien durante la etapa 1943-1949, no se sucedieron profundas trasformaciones institucionales en el plano normativo, sí se produjeron profundos cambios en el diseño institucional definido como reglas de juego formales e informales. Ello fue fundamental a nivel del cuerpo burocrático. En la generación de estas dinámicas, hasta donde se ha verificado, el poder legislativo no jugó un rol importante y se entendió que fue justamente el poder de discrecionalidad que poseía el gobierno de la intervención militar y luego las particularidades del peronismo local, lo que permitió convertir a la burocracia local, especialmente médica, en un cuerpo intervenido.

En otros términos más detallados, se puede decir que el panorama reseñado hasta aquí ha mostrado el relevante espacio que ocuparon los procesos devenidos durante la etapa identificada entre 1943 y 1949 para poder comprender los desarrollos posteriores. En este sentido, aunque no se soslaya la importancia de las propuestas de reorganización por parte de los funcionarios médicos, identificadas de manera particular en los años 1944 y 1947 -ya que ambas pueden ser pensadas como una muestra de los contenidos que cuajarán con los profundos cambios que se producen a partir de la sanción de la Constitución provincial- la sola presencia de estas ideas y proyectos de racionalización y centralización no se consideró altamente significativa. Es que, este tipo de objetivos estaba presente desde muchas décadas antes en las voces de los funcionarios médicos tanto a nivel nacional como provincial.

En cambio, se considera que el valor particular de los conceptos identificados entre 1943 y los primeros años del gobierno peronista (en realidad no se han hallado evidencias de

estos procesos más allá del año 1947) se vincularon con que, en los mismos, se articularon propuestas políticas que tendían a reducir al mínimo las atribuciones municipales en materia de salud, de manera coincidente con las políticas de intervención de las comunas articuladas desde la administración militar por esos años. Ello ha llevado a definir la etapa iniciada en 1943 como un lapso de transición en cuanto a las búsquedas de racionalización y refuncionalización del organismo sanitario. Es decir, de cara al pasado, los funcionarios médicos recogen elementos del pasado, incluso del radical, pero los impregnán de contenidos propios de la vida política del contexto, totalmente distinto con el pasado predominantemente democrático y respetuoso de las instituciones públicas. De cara al futuro, estas ideas serán plasmadas en la realidad provincial después del 1949, especialmente en la década del 50'.

A pesar de las innegables identidades entre los procesos de modernización de los máximos organismos de salud pública nacional y provincial que se verificaron en el capítulo III, en cuanto a la nacionalización en la conformación institucional de la provincia también se han evidenciado rasgos particulares en el proceso local. Por una parte, se puede mencionar que, aunque la provincia no escapó a los procesos más generales de cambio en materia de salud pública que se venían produciendo en Europa, Estados Unidos y América Latina, la presencia de estas influencias apenas se nota en las referencias explícitas de los funcionarios provinciales. Posiblemente, en las arenas sanitarias provinciales dichos influjos llegaron mediatizados por el poder nacional, que pareció apropiarse de tales nociones en nombre del gobierno nacional, de cara a los funcionarios provinciales.

Por otra parte, la especificidad de los procesos locales debe buscarse sin duda los ritmos de las concreciones. Ello se hizo evidente en las dinámicas de reorganización y refuncionalización del espacio público de la salud, emprendido fundamentalmente a partir de 1950 y profundizado a partir de 1952, cuando a un nivel nacional estos cambios, ya habían comenzado para la década del 40'.

Por lo menos en una primera instancia de análisis, no se registraron restricciones presupuestarias para el Ministerio provincial a partir de la crisis abierta en 1949 y profundizaba en 1952. Si bien muchas de las nuevas prioridades en materia sanitaria introducidas en el organismo de salud nacional, fueron tomadas como banderas en el plano local, ello no pareció dirigido a compensar una falta de políticas dirigidas a aumentar el número de establecimientos asistenciales públicos, fundamentalmente hospitalares y dispensarios. Tampoco se han hallado evidencias que avalen que la Fundación Eva Perón pretendiera, y mucho menos lograra, ampliar sus atribuciones a costa de ocuparse de funciones propias del Ministerio de Salud y Asistencia Social de Córdoba; el que, por otra

parte, mantuvo entre 1943 y 1955 atribuciones en materia de acción social hacia los enfermos pero también hacia la infancia y madres, como venía siendo desde tiempos precedentes al Golpe de Estado.

Ahora bien, aunque la problemática del papel subsidiario del Estado provincial sea una cuestión sumamente compleja de abordar, las iniciativas proyectadas en agosto de 1955 para la concreción de un Sistema de Asistencia Sanitaria (S.A.S) basado en la participación de la ciudadanía, mostró al menos una distancia de aquellos ideales de centralización y estatización que el peronismo local, así como el nacional, hicieron suyos desde sus primeros momentos en el poder.

En cuanto a las políticas dirigidas al cuerpo burocrático sanitario, durante los años de la intervención militar en Córdoba, se inició una tendencia profundizada en los primeros años del peronismo en la provincia, en tiempos anteriores a la intervención federal del gobierno local por decisión del presidente Perón. De acuerdo a lo observado entre 1943 y 1947 se identificó un lapso de años en que la dirección dada a las políticas dirigidas a la burocracia médica y a la élite médica en su conjunto, sufrió un cambio significativo en relación al pasado y que sentaría las bases para los tiempos venideros.

Aunque se hayan realizado elecciones en 1946, se registraron un conjunto de prácticas dirigidas abiertamente a reemplazar al personal existente en el sector para remplazarlo por otro fiel al proyecto político nacional. En dicho proceso el Estado democrático apeló a instrumentos de poder que estaban en sus manos, dándoles una dirección y una intención abiertamente ideologizada y discrecional. En respuesta a ello, y también posiblemente espoleando reacciones en las autoridades locales y nacionales, la élite médica se lanzó de lleno al conflicto político y, los médicos que formaban parte de la burocracia estatal no pudieron o no quisieron sustraerse a tal comportamiento.

A partir de ese momento, coincidiendo con la etapa marcada por Philp a partir de 1949 si bien las exigencias de fidelidad al proyecto nacional y al oficialismo local no desaparecieron, estas dinámicas fueron menos virulentas, y los esfuerzos de los Ministros, se inclinaron más a incentivar la capacitación y especialización de la burocracia, lo que coincidió con los tiempos de nacionalización y reorganización institucional de la década del 50'.

Al igual que en la arena nacional, la idoneidad técnica de la burocracia, especialmente de los médicos, así como la profusión de normas que regulaban los procedimientos de los empleados y funcionarios profesionales o no, constituyó una empresa en la que ingresaron los distintos responsables de la máxima institución sanitaria de la provincia. Y, como ha verificado Ramaciotti (2008) para el caso de la SSP y el posterior Ministerio de Salud, en

también en la provincia se generaron e incentivaron instancias de perfeccionamiento profesional. En este marco de profesionalización, los médicos locales fueron requeridos a fin de mejorar la organización de los servicios y organizaciones desde los que se formulaban e instrumentaban políticas. En este aspecto resaltaron también la importancia dada a las visitas encomendadas a los profesionales locales para que “aprendieran” de los adelantos científicos y organizativos de desatacadas instituciones públicas del país, aunque a diferencia de los que sucedía a nivel nacional, estas instancias o misiones, siempre se quedaron dentro de los límites nacionales. En las Jornadas y los Congresos también hubo una predominancia de reuniones nacionales y, a lo sumo organizadas en países vecinos. Por otra parte, de acuerdo a la relación jerárquica del Ministerio Provincial con el Nacional y, en el contexto de la coincidencia entre los ideales de salud pública entre los funcionarios de ambos niveles, se otorgó un lugar desatulado a las visitas y colaboraciones de experimentados médicos insertos en las arenas públicas de la salud y la sanidad nacional.

Antes de finalizar se quiere insistir en la enorme potencialidad analítica del enfoque historicista elegido para este trabajo. Esta perspectiva ha sido sumamente útil para develar las particularidades y ritmos que poseyó el proceso de conformación atravesado por el área sanitaria y sus profesionales a nivel del estado provincial y, ha sido especialmente valioso al momento de articular un análisis relacional. A partir de ello, el abordaje centrado en los conflictos entre los actores de beneficencia y los profesionales médicos ha permitido integrar una visión dinámica de las opciones y coaliciones del gobierno peronismo local. A pesar de que las relaciones y las políticas estatales orientadas al sector de la beneficencia, durante el período en análisis, constituye aún un capítulo a profundizar, se ha podido mostrar que las alianzas sociopolíticas que permitieron el triunfo del peronismo en la provincia fueron un factor central para que el mismo gobierno protegiera a la Asociación Tránsito Cáceres de Allende a pesar de existir resoluciones legales que no avalaban su accionar.

Como se plantó desde un comienzo, reconocer la especificidad asociada a los actores, a las herencias y a las particularidades del vida política local no avala una extrapolación del caso de Córdoba hacia otras situaciones, por más similares que éstas puedan parecer. Pero sin duda, esta investigación plantea que es posible y necesario analíticamente abordar los procesos del interior de la argentina partiendo de poner en una nueva perspectiva lo investigado para el caso del Estado nacional o para la realidad de la Capital Federal dudando que estos procesos puedan ser extrapolados como “realidad nacional”.

Bibliografía consultada y citada:

- ABREU, Laurinda (2005) “Un destin exceptionnel: les enfants abandonnés au travail (Évora 1650-1837)”, VARIA, *Annales de Demographie Historique*, nº 02, p. 165-183, Société de Demographie Historique, [s.l].
- AGUIAR DE ZAPIOLA, Liliana (2004): “La formación de maestros en contexto de reformas. Procesos histórico-políticos en la Jurisdicción de Córdoba”, en: “Pensar Córdoba: Reflexiones Preliminares”, Córdoba : Estudios, Revista del Centro de Estudios Avanzados, Nro. 15, CEA. UNC-
- AGULLA, Juan Carlos (1968): *Eclipse de una aristocracia, Una investigación sobre las élites dirigentes de la ciudad de Córdoba*. Buenos Aires: Ediciones Libera, 1968
- ALBARRACÍN Godoy, María Inés (2001) “Sistematización municipal en Córdoba a las postimerías del siglo XIX”, en: Revista del Archivo Histórico de la Municipalidad de Córdoba, Córdoba, Argentina. Centro Histórico Municipal. Ejemplar Nro. 2.
- ANDRENUCCI, Luciano, FALAPPA, Fernando y LVOVICH (2004): “Acerca del Estado de Bienestar en el peronismo clásico (1943-1955)”, en BERTRANOU, Julián, et. Al.; *En el país del no me acuerdo. (Des) memoria institucional e historia de política social en la Argentina*, Prometo, Buenos Aires.
- ANGUEIRA, María del Carmen (1988): *Transformaciones de la Ciudad de Córdoba: factores operativos (1880-1914)*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina
- ANSALDI, Waldo: *Industria y urbanización, Córdoba, 1880-1913*, Universidad Nacional de Córdoba, Mimeo, Tesis Doctoral, Córdoba, Argentina.
- ALONSO; Guillermo (2007): “Elementos para el análisis de capacidades estatales. En ALONSO, Guillermo (editor): *Capacidades estatales, instituciones y política social*, Prometeo Libros, Buenos Aires.
- ALVAREZ, Adriana (2006): *El desarrollo, la erradicación y la reemergencia del paludismo, y su vinculación con la consolidación de las Políticas Públicas de sanidad rural en la Argentina, entre finales del Siglo XIX y mediados del XX*. Tesis de Doctorado. UNICEN- UNMdP, Tandil, en: (2009): Boletín Electrónico del Programa Buenos Aires de Historia Política del siglo XX. <http://historiapolitica.com/boletin/>
- ALVAREZ, Adriana, MOLINARI, Irene y REYNOSO, Daniel (editores) (2004), *Historia de enfermedades, salud y medicina en la Argentina del siglo XIX y XX*, Mar del Plata Univ. Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires
- ARMUS, Diego., (2000): “La enfermedad en la historiografía de América Latina”. En Cuadernos de Historia Serie Economía y Sociedad. N° 3; Córdoba, Argentina, Área de Historia. CIFFYH- UNC.
- ARMUS, Diego y BELMARTINO, Susana (2001): “Enfermedades, Médicos y cultura higiénica” en CATTARUZZA, Alejandro (Director) (2001): *Crisis económica, avance del Estado e incertidumbre política (1930-1943)*, Buenos Aires, Sudamericana.
- _____, (1981): “Los médicos, profesiones, poder y prestigio”, Cuadernos de Historia, Popular Argentina, Buenos Aires, CEAL.
- _____;(comp.)(2005): *Avatares de la medicalización en América Latina 1870- 1970*, Buenos Aires, Lugar.
- ALZUGARAY, Rodolfo A. (2008): *Ramón Carillo el fundador del sanitarismo nacional*, Buenos Aires, Ediciones Colihue.
- BLANCO, Jessica (2006): *Modernidad conservadora y cultura política: Acción Católica de Córdoba (1931-1941)*, Tesis de Licenciatura de la Escuela de Historia de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba (mimeo); Córdoba, Argentina.

- BARRANCOS, Dora y VILCA MENDES, Eugenio, (1992): *Memoria de planificadores: otra Historia de la Planificación de salud en América Latina*, Washington, Organización Panamericana de la Salud.
- BARROS, Sebastián (2008): “Peronismo y politización. Identidades políticas en la emergencia del peronismo en la Patagonia Central”, Este trabajo forma parte de los resultados obtenidos en el Proyecto PICT Redes 285-2003, UNPSJB-UNPA-CONICET, presentado en las 3as Jornadas de Historia de la Patagonia, Universidad Nacional del Comahue, Bariloche, 6-8 de noviembre de 2008.
- BEATO, Guillermo (1993): *Grupos Sociales Dominantes. México y Argentina* (siglos XIX y XX) Córdoba: Dirección General de publicaciones de la Universidad Nacional de Córdoba.
- BELMARTINO, Susana y BLOCH, Carlos (1980): “La política sanitaria argentina y las estrategias de desarrollo”, Cuadernos Médicos Sociales, Nº 14, CEEs: Rosario; Argentina.
- _____ (1995): “Evolución histórica del sector salud en Argentina” Cuadernos Médico Sociales, Nº 70, pp. 5-19.; CEEs: Rosario, Argentina.
- _____ [et.al.] (1991): “Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud”, Publicación Nº 27, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud.
- _____ (1992): “Políticas de salud: ¿FORMULACIÓN DE UNA TEORÍA O CONSTRUCCIÓN DE UN PROBLEMA POR INVESTIGAR?”, en: FLEURY TEIXEIRA, Sonia (Organizadora). *Estado y políticas Sociales en América Latina*, Universidad Autónoma Metropolitana: México DF.
- _____ (2005a): *La atención médica Argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Siglo XXI editores, Buenos Aires
- _____ (2005b): “Servicios de salud y sistema político: Argentina, Brasil y Chile entre 1920 y 1970”, en ARMUS, Diego (compilador): *Avatares de la medicalización en América Latina, 1870-1970*, Lugar editorial, Buenos Aires
- _____ (2007) “Coyuntura crítica y Cambio Institucional en Salud: Argentina en los años 40”, en, Revista Salud Colectiva, Volumen 3, Numero 2, Buenos Aires
- _____ (2008): “Contribución al debate metodológico en salud”, En Salud Colectiva, Volumen 4, Numero 2, Buenos Aires
- BLOCH, Marc. (1953): *The Historian's Craft*. New York: Vintage Books
- BISCHOFF, Efrain (1995): *Historia de Córdoba*, Editorial Plus Ultra, Buenos Aires.
- BONA, Aixa y VILABOA, Juan (2007a): “El peronismo en los Territorios Nacionales de la patagónicos. Una aproximación al análisis comparativo”, Las formas de la política en la Patagonia. El primer peronismo en los Territorios Nacionales, Buenos Aires, Biblos.
- _____ (2007b): “La conformación de los elencos políticos en el Territorio de Santa Cruz (1932-1958)”, en Bona, Aixa y Vilaboa, Juan, *Las formas de la política en la Patagonia. El primer peronismo en los Territorios Nacionales*, Buenos Aires, Biblos.
- CAIMARI, Lila (1994): Perón y la Iglesia Católica. Religión, Estado y Sociedad en la Argentina (1943-1955), Buenos Aires, Ariel.
- CARBONETTI, Adrián (2003 a): *POLÍTICAS DE SALUD Y REPRESENTACIONES DE LA ENFERMEDAD EN LA TRANSICIÓN DE LA MORTALIDAD EN ARGENTINA: El caso de la tuberculosis en la ciudad de Córdoba. 1895-1947*, Tesis de Doctorado, Universidad Nacional de Córdoba, Mimeo; Córdoba, Argentina.
- _____ (2003b): “La formación de la tisiología como especialidad médica en Córdoba (Argentina). 1920-1950”. En Revista Horizontes, Programa de Estudos Pós – graduados em Educação da Universidade São Francisco, Vol. 21, Janeiro / Dezembro, Brasil.

- _____ (2004) “Beneficencia y tuberculosis. Tensiones y conflictos en torno a la formación del sistema asistencial en la ciudad de Córdoba. 1915-1947”. En Alvarez Adriana, Reynoso Daniel, Molinari Irene, *Médicos, enfermedades e instituciones. Siglos XIX y XX*. Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata, Argentina.
- _____ (2005); “El sistema sanitario en la Provincia de Córdoba, 1880-1926”, en: *Dynamis*, Granada, Espeña, vol. 25.
- _____ (2007): “Gumersindo Sayago Una Vida en la formación de la Tisiología del interior del país”. En Adriana Álvarez y Adrián Carbonetti (comp.): *Saberes y prácticas médicas en Argentina. Un recorrido por historias de vida*. Editorial de la UNMP.
- _____ (2008): “Instituciones y conflictos en el ámbito de la enseñanza de la tisiología en Córdoba 1920-1955” en: *Revista Ciêncie & Saúde Coletiva, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*.
- CAMPIONE, Daniel (1996): *El aparato del Estado. Sus transformaciones-1943-1946*, en: Serie INAP-AAG DNEYD-CEPAS.
- CANDELARESI Ana María (1999): *Entre lo dicho y lo hecho. Los inmigrantes italianos en la provincia de Córdoba a fines del siglo XIX*. Córdoba: Azzurra Edición Especial.
- CAO Horacio (2007) (Coord.): *Introducción a la administración pública Argentina. Nación, Provincias y Municipios*, Editorial Biblos, Buenos Aires.
- _____ (2007): *Orígenes estatales del peronismo*, Miño y Dávila editores, Buenos Aires.
- CARRANZA, Elsa May; POCA Guillermo (1983): “Índice de Autoridades de la Municipalidad de la Municipalidad de Córdoba”, Córdoba: Archivo Histórico Municipal, 1983.
- CATTARUZZA, Alejandro (Director) (2001): *Crisis económica, avance del Estado e incertidumbre política (1930-1943)*, Buenos Aires, Sudamericana.
- CASTEL, Robert (1997): *Las metamorfosis de la Cuestión Social. Una crónica del Salargado*, Buenos Aires: Paidós.
- CELADE (1973): *Temas de Población de la Argentina* Aspectos demográficos, Santiago de Chile.
- CELTON, Dora (1995): “La Declinación de la Mortalidad en la Argentina”. En *II Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Senado de la Nación. Buenos Aires.
- _____ (1997): “Mortalidad de Crisis en Córdoba entre los siglos XVI y XVIII”. En Otero Hernán y Velázquez Guillermo (comp.) *Poblaciones argentinas. Estudios de demografía diferencial*. PROPIEP. Facultad de Ciencias Humanas U.C.P.B.A. Tandil.
- _____ (1992): “La mortalidad en la ciudad de Córdoba (Argentina) entre 1869 y 1990”. En *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*. X, 1.
- CUETO, Marcos (1997): *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Ediciones Instituto de Estudios Peruanos. Lima.
- _____ (comp.) (1996): *Salud, cultura y sociedad en América Latina, nuevas perspectivas históricas*. Edit IEP. Lima.
- _____ (2004): *El Valor de la Salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud*, Washington, Organización Panamericana de la Salud.
- DI STAFANO, Roberto y ZANATTA, Loris (2000): *Historia de la Iglesia Católica. Desde la Conquista hasta finales del siglo XX*, Sudamericana; Buenos Aires.
- ESPING-ANDERESEN, Gøsta (1993): *Los tres mundos del Estado de Bienestar*, Valencia, Alfons el Magnánim.
- FERRERO, Roberto A. (1976). *Del fraude a la soberanía popular*. Buenos Aires: La Bastilla.
- FOUCAULT, Michel (1977): “Historia de la medicalización”, *Revista Educación Médica y Salud*. Vol. 11 Nº 1.

- GRACIARENA, Jorge (1984): “El Estado latinoamericano en perspectiva. Figuras, crisis, prospectiva”, en Pensamiento Iberoamericano, Revista de Economía Política, Nro. 5, pp. 39-74.
- GARELLA, Irma (2009): “La progresiva construcción del estado social. La cuestión sanitaria en Córdoba en la década del treinta”, Ponencia presentado en las SEGUNDAS JORNADAS NACIONALES DE HISTORIA SOCIAL 13, 14 y 15 de mayo de 2009 en La Falda, Córdoba – Argentina.
- GERCHUNOFF, Pablo y LLACH, Lucas (1998): *El ciclo de la ilusión y el desencanto. Un siglo de políticas económicas argentinas*, Buenos Aires, Ariel.
- GERCHUNOFF, Pablo (1998): “Política económica peronista: 1946-1955” (inédito); Buenos Aires, Instituto Torcuato Di Tella.
- GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CORDOBA (1998): *Aproximaciones al Gobernador San Martín*, Colección Gobernadores de Córdoba, Secretaría General de la Gobernación, Córdoba, Argentina.
- GOLBERT, Laura (2004): “Los olvidados de la política social”, Mimeo.
- _____ (2004): “Notas sobre la situación de la historiografía sobre la política social en Argentina”, en BERTRANOU, Julián, et. Al.; *En el país del no me acuerdo. (Des) memoria institucional e historia de política social en la Argentina*, Prometo, Buenos Aires.
- GOMEZ ARIAS, Rubén Darío (2003): “La Noción de Enfermedad”, Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- GONZÁLEZ LEANDRI (1999): Ricardo, *Curar, Persuadir, Gobernar. La Construcción Histórica de la Profesión Médica en Buenos Aires, 1852-1886*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- _____ (1999): *Las profesiones: entre la vocación y el interés corporativo. Fundamentos para su estudio histórico*. Editorial Catriel. Buenos Aires.
- GUY, Donna (2000): “La verdadera historia de la sociedad de Beneficencia”. En Moreno José Luis. (comp.) *La política social antes de la políticas social (Caridad, beneficencia y política social en Buenos Aires. siglos XVII a XX)* Editorial Trama/ Prometeo Libros. Buenos Aires.
- HALPERIN DONGHI, Túlio (2004): “El resurgimiento de la historia política: problemas y perspectivas”, en BRAGONI, Beatriz: *Microanálisis*, Prometeo, Buenos Aires.
- HIRSCHEGGER, Ivana, (2008): “Políticas de desarrollo y su impacto en los municipios en Mendoza (1947-1952) durante el peronismo” Ponencia presentada en Primer Congreso de estudios sobre el peronismo: la primera década, Buenos Aires.
- HUDSON, Mirna (2007) “El Primer Peronismo: mecanismos de control, centralización y politización del aparato institucional del estado santacruceño”, en Bona, Aixa y Vilaboa, Juan, *Las formas de la política en la Patagonia. El primer peronismo en los Territorios Nacionales*, Buenos Aires, Biblos.
- IPARRAGUIRRE, Hilda (1970): “Notas para el estudio de la demográfica de la ciudad de Córdoba en el período 1869-1914”, en: Homenaje al Dr. Ceferino Garzón Maceda, Córdoba: Instituto Americanista. UNC, Córdoba, Argentina
- ISUANI Ernesto y MERCIER, Hugo (1988): *La fragmentación institucional del sector salud: ¿pluralismo o irracionalidad?*, Buenos Aires, CEAL.
- JAMES, Daniel (1980): *Resistencia e Integración. El peronismo y la clase trabajadora argentina 1946-1976*, Buenos Aires, Sudamericana.
- JOSÍN, Favio, (2004): “La salud en los años 50: Una mirada desde la experiencia de los sujetos sociales”, en ÁLVAREZ Adriana et. al *Historia de enfermedades, salud y*

- medicina en la Argentina del siglo XIX-XX*, Mar del Plata, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- LOBATO, Mirta; (comp.) (1998): *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina*, Buenos Aires, Biblos.
- LOBATO, Mirta (ed.) (2000): *El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*, Buenos Aires, Sudamericana.
- LVOVICH, Daniel; SURIANO, Juan, (2006): “Introducción”, en: LVOVICH, Daniel; SURIANO, Juan (eds.), *Las políticas sociales en perspectiva histórica. Argentina 1870 - 1952*, Buenos Aires, Prometeo.
- MAGNONE Carlos y WARLEY Carlos (1984): *Universidad y Peronismo*, Centro Editor de América Latina, Bueno Aires.
- MARSHALL, Adriana (1988): *Políticas sociales: El modelo neoliberal*, Buenos Aires, Legasa.
- MESA LAGO, Carmelo y BERTRANOU, Julián (1998): *Manual de Economía de la Seguridad Social*, Montevideo, CLAEH.
- MANN, Michel (1997): *Las fuentes del poder social II. El Desarrollo de las clases y los Estados nacionales, 1760 y 1914*, Editorial Alianza, Madrid
- MORENO, Luís et, al. (2001): “La «vía media» española del modelo de bienestar, Mediterráneo”, Papers
- MORENO, Luís (1992). *The Spanish «Via Media» to the Development of the Welfare State. Working Paper 92-13*. Madrid: Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA).
- MORENO, Luís (1993). «Génesis y desarrollo del Estado de bienestar en España». *Revista Internacional de Sociología*, 6 (diciembre), p. 27-69.
- MORENO, José Luís (2009): *Éramos tan pobres*, Editorial Sudamérica, Buenos Aires
- MORENO, José Luís (comp.) (2000): *La política social antes de la políticas social (Caridad, beneficencia y política social en Buenos Aires. siglos XVII a XX)* Editorial Trama/ Prometeo Libros. Buenos Aires.
- MOREYRA, Beatriz (2000) “Crecimiento económico y desajustes sociales en Córdoba” (1900-1930), en MOREYRA, Beatriz, CONVERSO, Felix, et. Al.; Estado, Mercado y Sociedad. Córdoba, 1820-1950 I, Centro de Estudios Históricos “Profesor Carlos A. Segreti”, Córdoba, Argentina.
- MOREYRA, Beatriz (2009): *Cuestión social y políticas sociales en Argentina. La modernidad periférica. Córdoba 1900-1930*, Bernal, Universidad Nacional de Quilmes.
- MURMIS, Miguel y PORTANTIERO, Juan Carlos; *Estudios sobre los orígenes del peronismo*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1969.
- ORTIZ, Esteban (1997): *La Reforma peronista de la Constitución de Córdoba de 1949*; Centro de Investigaciones Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba, Buenos Aires.
- ORTIZ BERGIA, María José (2009): *De caridades y Derechos. La construcción de Políticas Sociales en el Interior Argentino. Córdoba (1930-1943)*, Centro de Estudios Históricos “Profesor Carlos A. Segreti”; Córdoba, Argentina.
- OZSLAK, Oscar y O'DONNELL, Guillermo (1984): “Estado y Políticas Estatales en América Latina. Hacia una estrategia de investigación” en: KLIKSBERG, B. y SULBRANDT, J. (Comp.) *Para investigar la Administración Pública*. INAP: Madrid.
- OZSLAK, Oscar (1997): *La formación del Estado Argentino. Orden, Progreso y Organización nacional*. Buenos Aires: Planeta.
- _____ (1977) “Notas críticas para un teoría de la burocracia estatal”, en: Documentos CEDES/GE CLACSO/Nº 8, Buenos Aires, Argentina.

- _____(1984): “Políticas públicas y regímenes políticos: reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas”, Buenos Aires, CEDES,
- _____(2007): “El Estado democrático en América Latina. Hacia el desarrollo de líneas de investigación,” en Revista Nueva Sociedad Nro 210, julio-agosto.
- PAQUY, Lucie (2004): *European Social Protection Systems in Perspective*, by the Compostela Group of Universities and the PHEONIX TN.;Blansko, Czech Republic
- PHILP, Marta, (1998): *En nombre de Córdoba. Sabattinista y peronistas. Estrategias en la construcción del Estado*. Ferreira: Córdoba.
- PERSELLO; Virginia (2004): *El Partido Radical. Gobierno y Oposición, 1916-1943*, Colección Historia y Cultura, Editorial Siglo XXI editores argentina, Buenos Aires.
- PIERNI, María de los Milagros (2007) “Peronismo, educación e Iglesia: los salesianos en Santa Cruz”, en Bona, Aixa y Vilaboa, Juan, *Las formas de la política en la Patagonia. El primer peronismo en los Territorios Nacionales*, Buenos Aires, Biblos.
- PLOTKIN, Mariano (1994): *Mañana es San Perón. Propaganda, rituales políticos y educación en el régimen peronista*, Buenos Aires, Ariel.
- POTASH; Robert A. (1981). *El ejército y la política en la Argentina; 1928-1945*. Buenos Aires: Sudamericana.
- RANCIÈRE, Jacques (1996) *El desacuerdo. Política y filosofía*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- RAMACCIOTTI, Karina y KOHN LONCARICA, Alfredo (2003): “Una aproximación a las conexiones ideológicas del primer Ministro de Salud de la Argentina”, en: Revista Horizontes, vol. 21, Brasil.
- RAMACCIOTTI, Karina (2005): “Una mirada sobre el estudio de la política social en la Argentina”, en: Nuevo Topo. Revista de historia y pensamiento crítico, N° 1, Buenos Aires.
- _____(2008): *Las políticas sanitarias del primer peronismo: ideas, tensiones y prácticas*. Tesis defendida en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (inédita)
- _____(2009): *La política sanitaria del peronismo*, Editorial Biblos Historia, Buenos Aires.
- RECALDE, Héctor (1991): *Beneficencia, Asistencialismo estatal y Previsión social*, Buenos Aires, CEAL.
- _____(1988): *La Higiene y el Trabajo (1870-1930)*. vol 1 y 2. Editorial Centro Editor de América Latina. Buenos Aires..
- _____(1994): *Vida Popular y salud en Buenos Aires (1900-1930)/1*. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires.
- _____(1997) *La salud de los trabajadores en Buenos Aires. 1870-1910 a través de las fuentes médicas*, Buenos Aires, Grupo Editor Universitario, 1997.
- RODRÍGUEZ, María Laura (2005): *PERSPECTIVAS EN TORNO A LA CONSOLIDACIÓN DE LA ELITE MEDICA DE CÓRDOBA, EPIDEMIAS Y ESTADO.1878-1923*, Universidad Nacional de Córdoba, Trabajo Final de Licenciatura: (Mimeo), Córdoba, Argentina.
- ROGGIO, Patricia, (1997): “CONDICIONES DE VIDA MATERIAL DE LOS TRABAJADORES EN CORDOBA: LA PROBLEMÁTICA DE LA SALUD- 1930-1946” En: MOREYRA, Beatriz y SOLVEYRA, Beatriz (Compiladoras): *Estado, Economía y Sociedad 1880-1950, Los procesos, los Hombres, las Vivencias*; Córdoba, Argentina, Centro de Estudios Históricos.
- ROMERO, Luis Alberto y ROMERO, José Luis (1983): *Historia de cuatro siglos*, Buenos Aires, Abril.
- ROMERO, Luis Alberto (1994): *Breve Historia Contemporánea de la Argentina*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

- ROSA, José María (1979). *Historia Argentina (Tomo 13)*, Buenos Aires: Oriente.
- ROSEN, George (1974) "From Medical Police to Social Medicine: Essays on the History of Health Care" "What is Social Medicine? A Genetic Analysis on the Concept."
- ROSS Peter (1988): *Policy Formation and Implementacion of Social Welfare in Peronist Argentina, 1943-1955*, Tesis de Doctorado, Sydney, University of New South Wales (trabajo inédito).
- RUSSO, Carlos (1976): *La Unión Democrática. Historia integral argentina; El peronismo en el poder*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, pp.119-140.
- SABATO, Hilda (2007) "La política argentina en el siglo XIX: notas sobre una historia renovada", en Guillermo PALACIOS (coord.): *Ensayos sobre la nueva historia política de América Latina, s. XIX*. El Colegio de México, México.
- SIDICARO, Ricardo (2002): *Los tres peronismos. Estado y poder económico 1946-55/ 1973-76/ 1989-99*. Siglo XIX Editores, Buenos Aires.
- SIKKNIK, Kathryn (1993): "Las capacidades y la autonomías del Estado en Brasil y la Argentina. Un enfoque neoinstitucionalista", en Desarrollo Económico, N° 128, vol. 32, enero-marzo.
- SKOPOL, Theda (1990): "El Estado regresa al primer plano: estrategias de análisis en la investigación actual" en TORRES RIVAS (comp.), *Política, Teoría y Métodos*, EDUCA-FACSO, San José de Costa Rica.
- SURIANO, Juan (2000): *La cuestión social en Argentina, 1870-1943*, Buenos Aires, La Colmena.
- SURIANO, Juan y LVOVICH, Daniel, (comps.) (2006): *Las políticas sociales en perspectiva histórica*, Buenos Aires, Prometeo/UNGS.
- SZRETER Simon, (1997); "Economic Growth, Disruption, Deprivation, Disease, and Death: on the importance of the politics of public health", en: *Population & Development Review*, 23, pp. 693-728
- TCACH, César y Macor, Darío (ed.) (2003) "El enigma peronista", *La invención del peronismo en el interior del país*, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina.
- TCACH, César, (1991), *Sabattinismo y peronismo. Partidos políticos en Córdoba 1943-1955*, Sudamericana: Buenos Aires.
- _____ (2003): "Obreros rebeldes, sexo y religión en el origen del peronismo cordobés", en TCACH, César y Macor, Darío (ed.) (2003) "El enigma peronista", *La invención del peronismo en el interior del país*, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina.
- _____ (2004): "Pensar Córdoba: Reflexiones Preliminares", en Revista Estudios, Centro de Estudios Avanzados de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina,
- TRINDADE, Hélgio (1986): "La construcción del Estado nacional en Argentina y Brasil (1810-1900)", en Revista Mexicana de Sociología, Vol. XLVIII, México DF, enero-marzo, pp. 137-166.
- TOBARES, Pedro Javier (2006): *La Construcción del pueblo en el discurso político. Córdoba, 1935-1955*. Tesis de Licenciatura de la Escuela de Historia de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba (mimeo); Córdoba, Argentina.
- TORRADO, Susana (1994): *Estructura social de la Argentina, 1945-1983*, Buenos Aires, Ediciones de la Flor.
- TORRES, Juan Carlos (1989): "Interpretando una vez los orígenes del Peronismo", en: *Desarrollo Económico*, v.28, N° 112.
- _____ (2002): *Los años peronistas (1943-1955)*, Buenos Aires, Sudamericana.

- VAGLIENTE, Pablo y VIDAL, Gardenia (2003): “Catolicismo y ciudadanía política: notas sobre su desarrollo durante el capitalismo liberal”, ponencia presentada en las III Jornadas de Ciencias Sociales y Religion, CEIL. PIETTE, Buenos Aires, 6 y 7 de noviembre.
- VEYNE, P. (1972) [1971]: *Cómo se escribe la historia. Ensayo de epistemología*. Fragua, Madrid.
- ZANATTA, Loris (1996): *Del Estado liberal a la Nación Católica*, Quilmes, Universidad Nacional de Quilmes.
- _____ (1999): *El Mito de la Nación Católica*, Buenos Aires, Sudamericana.

Fuentes:

Documentos Varios del Archivo Histórico de la Universidad Nacional de Córdoba. 1944-1947.

Documentos del Ministerio de Gobierno de la provincia de Córdoba (1943-1949)

Documentos del Ministerio de Salud Pública y Asistencial Social de la provincia de Córdoba (1949-1955)

Presupuestos de la provincia de Córdoba desde 1950 a 1955.

Publicaciones periódicas:

La Voz de Interior, años 1943-1948

Los Principios, años 1943-1948

Diario Córdoba, años 1943-1948