

Primer Congreso de estudios sobre el peronismo: la primera década.

Eje temático sugerido: Estado y políticas públicas

Título del trabajo: “Políticas de desarrollo y su impacto en los municipios durante el peronismo en Mendoza (1947-1952)”.

Nombre y pertenencia institucional del o los autores (máximo dos): Ivana Hirschegger.

CONICET

Dirección electrónica: ivanah@lab.cricyt.edu.ar

Ivana Hirschegger
CONICET
ivanah@lab.cricyt.edu.ar

Introducción

En la presente investigación nos proponemos estudiar las políticas de desarrollo¹ diseñadas por el gobierno peronista, con especial referencia a la salud, y su incidencia en un departamento ubicado al sur de la provincia de Mendoza, San Rafael, partiendo del hecho de que el cuidado y la preservación de la salud física y moral de la población fue una de las principales metas del gobierno de Juan Domingo Perón. El recorte temporal está centrado en las dos primeras gobernaciones peronistas (1947-1952) que coincidieron a nivel nacional con la sanción del Primer Plan Quinquenal, la reforma de la Constitución Nacional y la creación del Ministerio de Salud Pública. En el ámbito provincial, se destacan los Planes Trienales de Obras y Servicios Públicos, la reforma de la Constitución Provincial y la creación del Ministerio de Salud Pública. Nuestro trabajo pretende analizar no sólo los aspectos discursivos y el diseño de las políticas sanitarias nacionales, provinciales y municipales del gobierno peronista, sino avanzar en su implementación y en el conocimiento de los logros y resultados obtenidos a partir de la nueva organización sanitaria ideada por éste.

¹Teniendo en cuenta que la noción del desarrollo no se agota en lo económico, sino concilia los objetivos económicos de crecimiento y con los sociales. Esta mirada se ve reflejada en la elaboración de indicadores de desarrollo que evidencian el grado de integración social, como el nivel educativo, sanitario, tasa de ocupación, calidad de infraestructura habitacional, indicadores que pueden ser utilizados también para conjeturar sobre la matriz social y cultural en la que actuaban esos procesos y los efectos que las políticas económicas provocaban (Rofman, Suárez, Polo: 2002).

1. La nueva organización sanitaria: principios fundamentales

Tanto las políticas sanitarias como las instituciones del primer peronismo han sido analizadas en el marco de estudios globales; no tratadas sistemáticamente y sólo desarrolladas de manera fragmentaria. Estos estudios enfatizan dos cuestiones: la perspectiva de tales políticas en términos de la población global, y la materialización de las medidas como mera cuantificación”². Karina Ramacciotti, en su estudio de la política social a partir de la producción historiográfica, señala que “la llamada historia de la salud y la enfermedad retoma las líneas inauguradas en los años ochenta, esto es sobre las políticas de salud, la conformación y consolidación de grupos profesionales, la complejidad institucional en el ámbito sanitario y las representaciones socioculturales asociadas a las enfermedades”. Los aportes existentes se centran en Buenos Aires, Rosario, Córdoba, La Pampa y Tucumán. Además, la autora sostiene que si bien “pareciera ser que en esta área de estudio las problemáticas del interior están siendo objeto de análisis, predominan los esquemas descriptivos centrados en lo local que no permiten explorar las relaciones conflictivas entre los distintos niveles jurisdiccionales y los asimétricos vínculos de poder político económico”³.

Si bien hasta los años cuarenta la organización de la medicina fue bastante simple⁴, con la creación de la Secretaría de Salud Pública –SSP- en 1946⁵, transformada en Ministerio en 1949, se tendió a la ampliación, profundización y centralización de las competencias y actividades estatales en materia sanitaria. Desde su creación, la Secretaría estuvo dirigida por Ramón Carillo, quien sentaría las bases del nuevo sistema de salud argentino.

El nuevo sistema se basaba en tres principios fundamentales: unidad de conducción, unificación de normas y directivas y descentralización de la acción sobre un ámbito preestablecido⁶. Esto último significaba que el área de acción correspondía al ámbito fijado como espacio para cada una de las estructuras: central, regional, zonal, distrital y local. Es decir el Ministerio conduciría de manera integral y absoluta la acción sanitaria, lo que le correspondía prevalentemente en el ámbito nacional y en sus relaciones con los estados provinciales, autoridades municipales y entidades privadas. Pero dada la extensión y configuración del

² Ramacciotti y Valobra, 2003: 21.

³ Ramacciotti, 2005: 129. Aquí la autora menciona los trabajos de Lobato (1996) y Alvarez, et al (2004).

⁴ La clase media y alta era atendida por el sector privado, mientras que los grupos de bajos recursos se encontraban a cargo del estado y de las sociedades de beneficencia. Además, existían servicios mutuales de origen étnico inmigratorio (principalmente europeo) y los organismos mutuales de carácter gremial que brindaba servicios a los obreros y empleados ferroviarios (Neri, 1983: 99).

⁵ Por decreto N° 14.807 del 23 de mayo de 1946 (Anales de la Legislación Argentina, 1947: 71).

⁶ Ministerio de Salud Pública de la Nación, Subsecretaría Técnica, *Organización Sanitaria Argentina, Principios, Normas y Reglamentos de Orden Interno*, Buenos Aires, 1952, p. 14.

territorio se hacía necesaria una descentralización de la acción, para lo cual se dividiría al país en unidades geográficas como eran la región sanitaria, zonas sanitarias, distritos sanitarios⁷ y una unidad menor que correspondía al área local⁸. Los diferentes organismos de cada una de estas unidades geográficas tendrían a su cargo la ejecución de las distintas políticas y la conducción normativa pero a nivel regional, zonal, distrital o local. Las estructuras se repiten modularmente desde los organismos centrales hasta los periféricos, conservando la homologación e identificación de sus partes.

Dado que se trata de una organización piramidal, el tipo de intervención de cada organismo dependía del área geográfica en el cual se hallaba inserto. Por ejemplo, en los organismos regionales se efectuaría la adecuación regional de los planes de gobierno, se fijarían los medios precisos de lucha y las campañas periódicas o aperiódicas a desarrollar por la jefatura de zona. Al distrito no llegarían los grandes planeamientos de las luchas, sino los programas de acción inmediata, es decir, las campañas eventuales o circunstanciales, en las cuales tendría que intervenir. El jefe del distrito recibiría ese programa inmediato y contaría para la ejecución directa con los oficiales sanitarios. Estos (por ejemplo los médicos), conducirían las tareas en el ámbito local, munido de planes, programas de luchas y campañas fijados por la superioridad, a través de órganos directos de ejecución⁹ que efectivicen la acción comunal, municipal o local¹⁰.

Con este nuevo sistema se pretendía centralizar en el Estado la atención médica y la asistencia social que abarcara el cuidado médico, curativo, preventivo y social y que ejerciera jurisdicción sobre todas aquellas actividades que incidían en la salud de la población (alimentación, vivienda, trabajo, salario, higiene laboral).

“La concepción médica definida por Carrillo hizo hincapié en lo social como nueva área sobre la que debía incidir el Estado. Fijados los tres tipos de medicina (asistencial –que se ocupa del sujeto individual, cuando ya el mal existe-; sanitaria –que se aboca al medio físico y

⁷ Para actuar mejor, se dividirían las zonas sanitarias en áreas más reducidas, en general siguiendo los departamentos de las provincias o los partidos, para aprovechar todo aquel aparato administrativo-jurídico que ya tienen las estructuras políticas de nuestros estados federales. El jefe del distrito, efectuará la conducción de la sanidad distrital y se asesorará a través de las secretarías técnicas (Ibídem).

⁸ Se delimita la acción local a cumplirse a través de la oficina de sanidad, por el oficial sanitario, agente encargado de velar por la salud de las poblaciones más pequeñas y alejadas de los grandes centros, ejecutando tareas mínimas que carecen de personal responsable (Ibídem).

⁹ Las oficinas de sanidad, con técnicos honorarios y adscriptos, las cooperativas de salud, los organismos paraestatales y estatales (Ibídem).

¹⁰ Los jefes distritales tendrían la función de recabar toda la información necesaria sobre la salud del distrito. Podrán dirigir tareas rutinarias de información, relevamiento constante y acción sanitaria, aunque limitada, y de adoctrinamiento de los oficiales sanitarios, para que éstos orienten y coordinen la acción municipal o comunal o de las comisiones de fomento (Ibídem).

bacteriológico- y social –que se centra en los factores del medio sociocultural y las condiciones de vida), la elección prioritaria era por ésta última”. Sin descartar las anteriores, se consideró que la medicina social “es abarcadora y superior, pues busca y logra las verdaderas causas de los males”. Pero además, “es eminentemente preventiva...”. El programa sanitario del Estado incluyó una serie de reformas sociales, educativas y culturales, de modo de incidir permanentemente en el medio social, económico y cultural, a fin de combatir sus males y problemas¹¹.

Las ideas expuestas pasaron a formar parte de los postulados del Primer Plan Quinquenal (1947-1951), en el cual fueron presentados dos proyectos de ley. El primero, se trataba de la *Organización de la Sanidad Pública* y creaba un Código Sanitario, que dispuso como principio general la necesidad de brindar asistencia médica a todos los habitantes del país, promoviendo la unificación paulatina de la asistencia médica y social. El segundo proyecto consistía en un *Plan de construcciones, habilitación y funcionamiento de los servicios de salud* y se dividía en dos partes. La primera, denominada “Asistencia Social”, estableció la distribución en todo el país, por provincias y territorios, de hospitales generales y centros de salud urbanos y rurales, centros urbanos de asistencia especializada, unidades sanitarias y hospitales obreros, centros de traumatología y accidentes de trabajo, etc. Incluía también, los aspectos de maternidad e infancia, alienación mental, neuropsiquiatría, endocrinología, toxicomanía y crónicos, tuberculosis y lepra y semisocialización de la medicina (institución del médico de familia y sistema asistencial abierto)¹². La segunda parte del proyecto se trataba de una lista de los “Institutos de Investigación y Tratamiento”, algo que constituía una prueba más de la intención del gobierno de extender su actuación hacia otras áreas, como la medicina escolar, laboral, etc.¹³. Este proyecto integrador se evidenció asimismo en los cincuenta y nueve incisos que establecían las bases de la acción nacional, a través de la Secretaría de Salud Pública¹⁴.

¹¹ Di Lisia y Rodríguez, 2004: 68.

¹² Andrenacci, et al, 2004:105.

¹³ Algunos ejemplos son: Instituto de Higiene y Salud Pública; Instituto de Higiene Industrial y Medicina del Trabajo; Instituto de Farmacología y Contralor Farmacéutico; Plantas Industriales Médico- Farmacéuticas; Droguería Central; Instituto de Higiene Social (y dependencias en provincias y territorios); Institutos de Higiene y Medicina Escolar; Edificio de Salud Pública; Hospitales y Estaciones Sanitarias; Escuela Técnica de Salud Pública; Construcción, Instalación y habilitación de 23 edificios para sedes de delegaciones e inspecciones seccionales en las provincias y territorios; entre otras (Presidencia de la Nación, 1946:110-111).

¹⁴ Incluyendo el estudio, promoción, organización y fiscalización tanto de las cuestiones sanitarias como de la asistencia social de la población. También comprende medidas de higiene y medicina preventiva, tratamiento de enfermedades, investigación, sanidad animal, educación sanitaria, organización estadística, sanidad en el tránsito y medios de transporte, agua potable, alimentación, viviendas urbanas y rurales, obras de saneamiento urbano y rural de las aguas, higiene en establecimientos, comercios; maternidad, niñez y adolescencia; higiene y medicina escolar, del trabajo de menores, y de la infancia; higiene laboral, asistencia médica y quirúrgica, obstétrica, odontológica y

Sin embargo, la mayoría de los autores ha sostenido que el sistema centralizado y unificado de salud pública nunca llegó a concretarse¹⁵. Los argumentos acerca del fracaso del proyecto peronista estuvieron basados en factores internos y externos a la política sanitaria, entre ellos problemas de recursos (económicos, técnicos y políticos), el peso que ejercieron los sindicatos, la presencia de la Fundación Eva Perón, y la acción ejercida por las provincias y los municipios¹⁶. Sobre esta última cuestión se ha dicho que “si bien el gobierno nacional instaló y administró centralizadamente sus establecimientos, lo hizo en paralelo y con escasa relación a la similar actividad realizada por las provincias y principales municipios”¹⁷. En este sentido, se ha destacado el peso que tuvieron las autoridades provinciales y municipales en la viabilidad de la política nacional, ya que si bien la SSP creó tres oficinas regionales, la insuficiencia de recursos le impidió imponer su voluntad. Esta afirmación, sumado al hecho de que la provisión de los servicios hospitalarios fueron prestados por las provincias, según señalan algunos autores¹⁸, y que como hemos visto, la organización sanitaria ideada por el peronismo combinó la centralización normativa con la descentralización y la autonomía municipal y provincial en materia de ejecución”¹⁹, puede ser un indicio de que en la realidad, los gobiernos provinciales -y aún municipales- fueron los principales promotores del desarrollo sanitario de sus respectivos territorios.

No obstante ello, también se han señalado los logros obtenidos por el Ministerio. Por ejemplo, la realización de obras de infraestructura (la extensión de los desagües cloacales, la

farmacéutica; construcción, ampliación y reforma de establecimientos públicos con fines sanitarios o asistenciales, desarrollo de iniciativas públicas o privadas, formación profesional; cultura física y mental en establecimientos recreativos, entre otras (Art. 3° del proyecto de ley sobre la Organización del Salud Pública, *Ibíd*em:104-109). Según el art. 4° se creaba un fondo nacional de salud y asistencia social a los efectos de financiar las instituciones que cumplieran con las finalidades de la ley (*Ibíd*em: 150-109).

¹⁵ Andrenacci, et al, 2004:103. Susana Belmartino sostiene que el principio unificador sólo se afirmó progresivamente en la ampliación de las atribuciones del estado nacional y que la centralización así entendida no eliminó particularismos ni operó sobre la fragmentación (Belmartino, 2005: 127).

¹⁶ Ramacciotti a través de las “voces disidentes”, trata de demostrar cómo en el desenvolvimiento de esta política existieron cuestionamientos y limitaciones de origen interno. Entre ellas menciona la incorporación lenta de los servicios que se iban agregando al sistema sanitario (radiología, cardiología, transfusiones, laboratorios, servicios de oftalmología) y el defasaje existente entre la atención sanitaria brindada en la Capital Federal y en el interior del país (Ramacciotti, 2005:132).

¹⁷ Neri, 1983:100.

¹⁸ De las 66.300 camas disponibles en el año 1946 se pasó a 130.180 en el año 1953. De las 63.880 nuevas camas, 9.660 correspondieron al Ministerio de Salud Pública, 18.328 a otros ministerios nacionales, 3.966 a la Fundación Eva Perón, 3.587 al sector municipal, 151 al sector privado, y 29.295 al sector provincial (Andrenacci, et al, 2004:105).

¹⁹ Ramacciotti, 2006: 123.

construcción de acueductos y la provisión de agua potable)²⁰, expansión y modernización del sistema de servicios en aquellas zonas más postergadas del interior del país²¹. Además, puso en funcionamiento 104 centros de salud y 53 instituciones médico-asistenciales, todas de servicio social y gratuito. Creó los Institutos del Quemado, Hematología, Enfermedades Alérgicas, Dermatología, Climatoterapia, y redimensionó el de Gastroenterología, todos con el agregado de actividades docentes y de investigación²².

En cuanto a otros problemas solucionados (muchos de los cuales habían estado presentes en el diagnóstico de Carrillo)²³, hubo una mejora de la oferta de personal médico (pasando de 8.310 en 1934 a 22.412 en 1954)²⁴. Esta gestión hizo descender morbilidad venérea del 58 al 25 por mil, la mortalidad por tuberculosis del 73 al 52 por mil, la mortalidad infantil del 80 al 68 por mil, la mortalidad general del 18,8 al 8,8 por mil, y la difteria y el paludismo prácticamente a cero²⁵.

2. Provincia y municipio. Nueva estructura sanitaria.

Como tantos otros aspectos que hacen al desarrollo económico-social, el tema de la salud pública en la provincia de Mendoza durante el gobierno peronista no ha sido estudiado. Por lo tanto, nuestro objetivo ha sido indagar las características que dicho gobierno le imprimió a su sistema de salud, lo que implica no sólo el conocimiento de sus bases generales sino también de la acción oficial y los efectos que la misma produjo en las condiciones sanitarias de la población.

Las ideas de integración y centralización de todos los aspectos de la práctica asistencial – médico-ambulatoria, médico-sanitaria y médico social- y la extensión de la jurisdicción sobre todas aquellas actividades que pudieran influir en la salud de la población (alimentación,

²⁰ Aunque los progresos fueron lentos. En 1942 aproximadamente 6.500.000 de habitantes tenían agua corriente y un poco más de 4.000.000 servicios cloacales. Para el año 1955 los números aumentaron a 10.000.000 y 5.500.000 respectivamente (Torres y Pastoriza, 2002: 292).

²¹ En seis años se duplicó el número de camas disponibles sin descuidar el desarrollo de los servicios ambulatorios y el fortalecimiento de la actividad de investigación. Un análisis global de la oferta de atención médica indica que ésta casi se duplicó en el período 1946-1954, ya que el número de camas en hospitales se incrementó en un 98,3%. Esto permitió que la cantidad de camas por cada 1.000 habitantes se elevara de 4 a 7 en 1954 (Ibídem: 292-293).

²² www.saludciudad.com.ar/index.php, fecha de consulta 11-11-2007.

²³ Entre los cuales se encontraba el déficit de camas de hospital, la existencia de enfermedades infecciosas (tuberculosis, malaria, lepra, brucelosis, parasitismo, enfermedades venéreas, etc.), la alta mortalidad infantil, la falta de nutrición adecuada en el interior, los altos costos de la atención médica y de los medicamentos, la falta de coordinación de la higiene pública, un sector privado de caridad demasiado grande, la falta de estadísticas confiables, las condiciones deficitarias de trabajo, la falta de medicina preventiva, y la inequidad en la distribución geográfica de la profesión médica (Andrenacci, et al, 2004: 104).

²⁴ Entre ambas fechas se pasó de un médico cada 1.250 habitantes a 850 habitantes.

²⁵ www.saludciudad.com.ar/index.php, fecha de consulta 11-11-2007.

vivienda, higiene laboral, etc.), propiciadas por el ministro Carrillo, fueron los principios adoptados por el gobierno de Mendoza. A través de los discursos del gobernador y de las disposiciones de la nueva Constitución Provincial (1949), puede deducirse que el diseño institucional se caracterizó más por la adhesión y complementación de los principios nacionales que por la innovación y el respeto de la autonomía provincial²⁶. Esto resulta lógico desde que el gobernador de Mendoza entre 1949 y 1952 –el Tte., Coronel Blas Brisoli-, fue designado por el Consejo Superior del Partido Peronista para presidir la fórmula gubernativa (tal como ocurría con los gobernadores de todas las provincias) a lo que se sumaba su estrecha relación personal con el Presidente (por haber sido su Secretario Privado)²⁷. Estos factores, permiten suponer el mantenimiento de ciertas lealtades a la hora de diseñar las políticas a seguir. Según sostuvo su Ministro de Economía, Obras Públicas y Riego de la provincia de Mendoza, el ingeniero Ignacio González Arroyo, “Brisoli fue un hombre de gran capacidad pero no tenía partido político porque el partido político al que pertenecía era el peronismo, pero el peronismo de Buenos Aires. El no viene con un partido, sino viene impuesto por Perón. Los gobernadores llegaron impuestos por Perón”²⁸. Estuvieron presentes también las órdenes directas o los condicionamientos impuestos por el Presidente. Bacolla ha sostenido, en este sentido, que las semejanzas entre los diseños institucionales nacional y provincial no fueron fortuitas sino que obedecieron a las directivas expresas del Poder Ejecutivo Nacional –por medio de las Conferencias Anuales de Ministros- y que, en algunos casos, como el de la salud, fueron pre-requisitos para que las provincias se beneficiaran con los subsidios nacionales²⁹. Además, sostiene Ramacciotti que “las lealtades políticas entre los funcionarios locales y nacionales habrían influido en la conformación de la agenda pública en torno a las decisiones en materia de obras sanitarias”. [...]. “Las debilidades en materia estadística sanitaria oficial permitieron que las decisiones en el área se tomaran en función de la búsqueda de apoyos políticos locales. Esta práctica parece evidenciarse en la relación de ciertas zonas en materia de construcción hospitalaria, así como el cierre o la intervención de determinadas instituciones”³⁰.

²⁶ Esta situación también puede verse en los cambios institucionales producidos en la provincia de Córdoba. Marta Philp explica que si bien la creación de instituciones estatales aumentó la participación del Estado, subordinó el gobierno provincial al nacional (Ver Philp, 2003: 57-84).

²⁷ González Arroyo, 1996: 188.

²⁸ *Ibidem*:196.

²⁹ La trayectoria del primer peronismo en la provincia despliega una parábola que si bien comienza con una manifiesta intención de construir un programa con relativa autonomía culmina, como en otras provincias, incorporándose a la monocromía política nacional (Bacolla, 2003:120 y 127).

³⁰ Ramacciotti, 2005:180.

Con respecto a la labor que debía realizar el gobierno de la provincia, el gobernador decía:

“La acción sanitaria abarcaría la medicina preventiva y curativa y que su lucha estaría centrada contra las enfermedades regionales y las de trabajo; se ampliaría la legislación especial contra el bocio, se ampliarían los hospitales existentes y se incorporaría otros en la medida de las posibilidades financieras del gobierno, en todo lo cual éste marcaría en armonía con la Secretaría de Salud Pública de la Nación, tanto para evitar la superposición de establecimientos sanitarios similares, como para lograr la más pronta realización de las numerosas iniciativas que el plan de dicho organismo nacional contiene para la jurisdicción mendocina”³¹.

“La acción sanitaria se llevará con mayor intensidad hacia los centros de población más alejados, a los cuales llega dificultosamente y en medida muy escasa o tardía, la actuación sanitaria”³².

Como vemos, el último párrafo no es más que una réplica del discurso nacional, que propiciaba que los planes y programas de salud incluyeran y llegaran hasta los lugares más olvidados del territorio³³. En definitiva, esta idea estaba en consonancia con la postura de que el desarrollo debía llegar también a los pueblos que no fueran cabecera de departamento, tal como había sido propuesto en las discusiones de la convención constituyente que habría dado origen a Constitución Provincial de 1949³⁴.

Si bien el PPQ no fue claro en cuanto a las funciones que le correspondían a las provincias³⁵, en el caso de Mendoza la nueva carta introdujo un capítulo especial dedicado a la “Salud Pública”³⁶, con lo cual se ampliaban las áreas de intervención del Estado Provincial, entre ellas la asistencia médico-social. Así, dispuso que la Provincia “asegura a todos sus habitantes el derecho de ser protegidos en su salud...” (art. 222°). “La asistencia médico-social estará a cargo de un organismo autárquico, siempre que nos se le atribuyera a un ministerio, el cual tendrá a su cargo la dirección y control de la higiene pública, previsión y profilaxis de las enfermedades y asistencia médico-social...” (art. 223°). Si bien se fijaban nuevos ámbitos específicos de

³¹ Diario *Los Andes*, Mendoza, 21-03-1949: 4.

³² *Ibíd.*

³³ Ramacciotti y Valobra, 2003: 29.

³⁴ Hirschegger, 2005: 1-14.

³⁵ Establecía solo los lugares en donde el poder central las ejercería y en materia referente a la prevención y erradicación de las endemias regionales, enfermedades cuarentenales o de grave peligro para la sociedad, y de toda otra susceptible de asumir esos caracteres; a la asistencia e higiene de la maternidad y de la infancia; y a la asistencia social. Sin embargo, disponía que, a través de convenios, las provincias podían desarrollar aquellas actividades que no correspondían al gobierno nacional (*Ibíd.*, pp. 103-104).

³⁶ “Sección Octava, Capítulo Único, Régimen de la Salud Pública” (Constitución de la Provincia de Mendoza, 1949: 2500-2501).

actuación (educación sanitaria, alimentación, medicina e higiene laboral, etc.), esto se hacía en función de una futura ley orgánica³⁷.

Esta amplitud de funciones requería transformaciones en la estructura institucional³⁸, de allí que a partir de las directivas del gobierno nacional y por decreto N° 448/50 se creara el Ministerio de Salud Pública Provincial. De esta forma, la organización del sistema se volvió más compleja, por la 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 hospitalarios³⁹. Se centralizaban a nivel provincial los elementos sanitarios⁴⁰, tal como se había establecido en la nueva organización sanitaria. Sin embargo, hacia 1953 el Ministerio de Salud Pública 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 social⁴¹.

³⁷ Que debía establecer, “con carácter obligatorio, la medicina preventiva en todo el territorio de la Provincia, coordinándola con los servicios análogos de orden nacional (inc. 1°); la asistencia médica preventiva y curativa en igualdad de condiciones para todos los habitantes de la Provincia (inc. 2°); dictar las medidas y normas para la intervención y control de los establecimientos destinados a la prevención, tratamiento o asistencia médico-social cualquiera sea la naturaleza de aquellos (inc. 3°), conferir a la autoridad sanitaria la facultad de dictar disposiciones especiales, toda vez que circunstancias de insalubridad o la presencia de enfermedades infecto-contagiosas, epizootias o calamidades lo requiera (inc. 8°, a); intervenir y fiscalizar (...) todos los establecimientos destinados a la prevención, tratamiento o asistencia médico-social, cualquiera sea la naturaleza de estos establecimientos (e); dictar normas generales sobre alimentación y ejercer su policía, aplicando las reglas que contengan el Código Bromatológico y demás disposiciones pertinentes (d); entender en todos los problemas vinculados a la medicina e higiene del trabajo (f); fiscalizar desde el punto de vista higiénico-sanitario, la construcción de viviendas urbanas y rurales. Promover y disponer las medidas o realizar las obras de saneamiento urbano y rural, especialmente de las aguas potables (g); orientar, organizar y establecer las normas tendientes a solucionar en sus aspectos médico, higiénico y social, los problemas inherentes a la maternidad, la niñez y la incapacidad física o mental, y supervisar y organizar las áreas de la educación física, bioclimatología y terminalismo, la lucha contra el cáncer, la tuberculosis, el bocio, las enfermedades venéreas, la brucelosis, el etilismo y las toxicomanías, entre otras (h); organizar y fiscalizar la educación sanitaria de la población y difundir el conocimiento de las medidas de higiene (j); organizar y fiscalizar el servicio sanitario de transporte aéreo y terrestre; y crear servicios especiales destinados a la lucha contra las enfermedades (l). (Ibídem: 2500-2501).

³⁸ Hasta el año 1949 las cuestiones relacionadas con la salud de la población se encontraban a cargo de la Dirección de Salubridad dependiente del Ministerio de Gobierno y Asistencia Social (*Ley N° 1.568*, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos (1946); Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos (1947); *Ley N° 1.695*, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos (1948); *Ley N° 1.796*, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos (1949).

³⁹ Las nuevas dependencias creadas fueron las direcciones de Asistencia Médica, Cultura Sanitaria, Medicina Tecnológica, Medicina Preventiva y Social, Departamento de Medicina del Deporte, Higiene y Sanidad Escolar, Centro de Higiene Materna e Infantil, Dirección de Estadística, Medicina Legal y Fiscal, Instituto de Nutrición, Ingeniería Sanitaria, Hemoterapia y Transfusión de Sangre y la Dirección de Readaptación. (Anexo 9° de la *Ley N° 1.872*, Reajuste del presupuesto de gastos para el ejercicio 1950, en Boletín Oficial, 1954: 65-69).

⁴⁰ Mensaje del Gobernador a la Legislatura, 1-5-1949: 27.

⁴¹ Anexo N° 7 de la *Ley N° 2.126*, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos, 1953: 132-137.

A las reformas mencionadas, se le sumó el programa de obras a realizar por la provincia en función del Primer Plan Quinquenal. Estas se encontraban en los planes de obras públicas e incluían la construcción, ampliación y refacción de establecimientos sanitarios (hospitales y salas de primeros auxilios), así como la extensión del servicio de agua potable⁴².

Por último, junto a estas disposiciones, se encontraban las obras proyectadas por la Nación que incluían principalmente, la realización de unidades materno infantiles y hospitales polivalentes⁴³ a lo que se debe agregar los trabajos para proveer de agua potable a la población de la provincia⁴⁴.

En cuanto al gobierno comunal debe tenerse en cuenta la base legislativa dada al régimen municipal. La Constitución vigente hasta 1949 –sancionada el año 1916- sólo establecía que las municipalidades tendrían a su cargo la “salubridad”⁴⁵ del municipio, siendo la ley orgánica –del año 1934- la que especificaba los ámbitos de actuación⁴⁶. Si embargo, la Carta provincial de 1949 se explayaba un poco más al establecer que “incumbe a la municipalidad, (...), la higiene (...) las funciones de control sobre la higiene y seguridad en el trabajo en forma compatible y concurrente con los organismos especializados del orden nacional y provincial...”. Además, que “bajo la inspección de las autoridades provinciales correspondientes pueden habilitar, sostener o subvencionar (...) hospitales y otros establecimientos sanitarios...”⁴⁷. Un proyecto de ley orgánica de municipalidades fue presentando en 1953 con motivo del V Congreso de Municipalidades, y aunque este introduciría algunas reformas, sobre todo en lo referido a la asistencia social, pero nunca llegó a sancionarse⁴⁸.

Al igual que en los otros niveles de gobierno, en el ámbito municipal también se produjo una reestructuración institucional. Un análisis de las ordenanzas municipales del departamento de San Rafael nos permitió comprobar que el gobierno local centralizó las funciones en materia

⁴² Leyes N° 1.617/47, 1.795/49 y su modificatoria N° 1.900/50.

⁴³ Plan Analítico del Plan Quinquenal. Secretaría de Salud Pública (Diario *Los Andes*, 28-05-1948: 6).

⁴⁴ *Ibíd.*, 09-03-1947: 10.

⁴⁵ Art. 200°, inc. 3° (Constitución de la Provincia de Mendoza, 1916).

⁴⁶ Establecía las facultades sobre higiene y salubridad general disponiendo que el gobierno local debía velar por la higiene del municipio, lo que incluía limpieza; desinfección del aire, de las aguas, de las habitaciones y parajes malsanos; inspección de sustancias alimenticias, secuestrando e inutilizando, sin perjuicio de las demás penas que correspondan, aquellas que por su calidad y condiciones fuesen perjudiciales a la salud; vigilancia, reglamentación e inspección de los prostíbulos y demás establecimientos análogos, pudiendo ordenar la clausura, según el caso, para prevenir el desarrollo de enfermedades contagiosas; aseo y mejora de los mercados, tambos, caballerizas, mataderos y corrales, la conservación y reglamentación de los cementerios; y en general, la adopción de todas las medidas tendientes a evitar las epidemias, disminuir sus estragos y remover las causas que las produzcan o las mantengan y todas las demás medidas que concurren a asegurar la salud y el bienestar de la población (Ley Orgánica de Municipalidades N° 1079, 1934).

⁴⁷ Art. 216°, inc. 25 (Constitución de la Provincia de Mendoza, 1949:2500).

⁴⁸ Sobre este tema puede verse Hirschegger, 2005: 113-137.

sanitaria. En el año 1951 -por ordenanza N° 998/51- fue creada la Dirección de Salubridad y Asistencia Social, con el objetivo de agrupar en un solo organismo todo lo referido a la higiene en el ámbito del municipio, esto es, lo relacionado al expendio y control de alimentos (leche, carne, pescados, etc.), y al faenamiento de animales de consumo. Además, se incorporan a la Dirección los servicios de odontología, de parteras a domicilio y el Dispensario Municipal gratuito de ayuda a la Maternidad e Infancia⁴⁹.

Lo dicho hasta ahora permite visualizar el cumplimiento de uno de los principios de la nueva organización sanitaria, es decir, aquel que disponía que “las estructuras se repiten modularmente desde los organismos centrales hasta los periféricos...”. Sin embargo, hasta aquí nos hemos referido al plano de lo puramente normativo, por lo que queda por evaluar la acción sanitaria oficial nacional, provincial y municipal y los efectos de la misma en el departamento citado.

3. La acción sanitaria “intramural” y “extramural” en el municipio de San Rafael

Según el nuevo sistema existían dos tipos de acción sanitaria. Por un lado, la acción institucional o “intramural” que se desarrolla través de establecimientos o servicios y en cumplimiento de los planes ordinarios. Por otro, la acción de campo o “extramural” en cumplimiento de luchas, programas y campañas sanitarias. Ambos tipos de acciones integran las tres ramas de la medicina: asistencial (que se ocupa del sujeto individual, cuando ya el mal existe), sanitaria (que se aboca al medio físico y bacteriológico) y social (que se centra en los factores del medio sociocultural y las condiciones de vida)⁵⁰.

El hecho de que se haya sostenido que las provincias brindaron gran parte de los servicios sanitarios y que algunos municipios del país realizaron una acción paralela a la del gobierno nacional en materia de salud⁵¹, nos lleva a indagar -a través del estudio de casos- acerca de las características de la gestión oficial nacional, provincial y municipal.

Las características geográficas de Mendoza, ubicada en la diagonal árida sudamericana, determinan un territorio organizado en oasis de regadío, donde se concentra el 96% de la población en un 3% de la superficie total. Está dividido en departamentos, que coinciden con la jurisdicción municipal, de modo que cada unidad político-administrativa reúne en su jurisdicción

⁴⁹ Según ordenanzas N° 255, 611 y 878/47 (*Acta N° 128* del 11 de junio de 1951, Libro de Actas del Honorable Concejo Deliberante de la Municipalidad de San Rafael).

⁵⁰ Di Lisia y Rodríguez, 2004: 68.

⁵¹ Neri, 1983: 100.

espacios-oasis (urbanos y rurales) con actividades concentradas y espacios del secano semidesierto (llano o mantaña), con actividades económicas extractivas y pecuarias muy extensivas (ganadería bovina de cría, ganadería caprina) y hábitat muy disperso. Estas condiciones implican para Mendoza una serie de problemas para la organización de los servicios, en este caso los de salud, porque las estructuras prestadoras deben responder a dos realidades. La primera, con redes urbanas y actividades rurales concentradas en micro espacios obliga a densificar y complejidad los servicios; la segunda, con macro-espacios cuya población, extensa en número pero muy dispersa (3,8 habitantes por Km² en el año 1947), también debe ser atendido, pero con otros criterios, por ejemplo, las escuelas con internado o centros de atención médica elemental.

En este contexto, nuestro análisis hemos tomado un departamento del sur de Mendoza, San Rafael, cuya ciudad cabecera se halla a 240 Km de la capital. Hasta 1950 tuvo una extensión territorial de 72.863 km²⁵², representando casi la mitad del territorio provincial (48%). Estaba dividido en los distritos de Ciudad, Cañada Seca, Ballofet, Cuadro Benegas, Cuadro Nacional, El Cerrito, Goudge, La Llave, Las Malvinas, Las Paredes, Monte Comán, Pueblo Diamante, Rama Caída, Real del Padre, 25 de Mayo, El Toledano, Villa Atuel, Malargüe, El Manzano y Zona no irrigada⁵³. Según el Censo Nacional de 1947 la población total del departamento alcanzaba 97.053 habitantes, con lo que constituía la zona más poblada del Sur mendocino y la segunda después de la capital de la provincia, representando aproximadamente el 16% de la población total (588.231 habitantes). A su vez, la población del departamento se hallaba distribuida en dos áreas: la urbana, con 35.655 habitantes (12% del total de la provincia), y la rural, con 61.398 habitantes (21% de la población rural total)⁵⁴.

La acción institucional o “intramural”: Construcción, refacción o ampliación de los establecimientos sanitarios y hospitalarios y sus servicios

Dentro de la medicina asistencial son varios los factores a tener en cuenta. Por un lado, tanto la disponibilidad de recursos materiales (drogas, medicamentos, equipamiento, elementos de curación, etc.) y humanos (médicos, enfermeros, etc.) y, por otro, la capacidad de infraestructura,

⁵² Superficie que quedó reducida por Ley N° 1.937 del 22 de noviembre de 1950 a 31.963 Km². Esto se debió a la separación del distrito Malargüe del departamento de San Rafael (Guibourdenche de Cabezas, 1956).

⁵³ Entre los distritos con mayor cantidad de habitantes podemos citar al de ciudad con 32.663 habitantes, Cañada Seca, 5.681 habitantes; Cuadro Benegas, 2.273; Cuadro Nacional, 5.965; Goudge, 2.368; La Llave, 3.787; Las Malvinas, 1.799; Las Paredes, 3.220; Monte Comán, 3.598; Rama Caída, 4261; Real de Padre, 4.450; 25 de Mayo, 947; Villa Atuel, 10.322; Malargüe, 10.227; y otros, 3124 habitantes (Boletín Informativo, 1947: 5).

⁵⁴ IV° Censo Nacional de Población, 1947: 301.

es decir, lo referido a los establecimientos asistenciales y sus respectivos servicios. En el presente trabajo solo nos limitaremos al estudio de esto último.

Según informó la prensa, en el año 1947, por intermedio de la delegación regional de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, se programó la construcción de una red de hospitales en diversas zonas de nuestra provincia, entre las cuales se encontraba el departamento de San Rafael⁵⁵. Esta noticia nos llevó a investigar cuáles fueron los establecimientos construidos por la nación, algo que nos daría la pauta del efectivo cumplimiento de algunas disposiciones del Primer Plan Quinquenal.

En función de éste, tal como hemos señalado anteriormente, fue sancionado un plan de *construcciones, habilitación y funcionamiento de los servicios de salud*. Una de sus partes, “Asistencia Social”- establecía la distribución en todo el país, por provincias y territorios, de hospitales generales y centros de salud urbanos y rurales, centros asistenciales o médicos especializados, unidades sanitarias, hospitales obreros, centros de traumatología y accidentes de trabajo, etc.⁵⁶. Por otra parte, también es importante la labor realizada por el gobierno provincial, teniendo en cuenta que las construcciones sanitarias figuraban en la agenda pública oficial a través de los Planes Trienales. En este sentido, las leyes que conformaron el Segundo Plan Trienal (1949-1951), establecieron como regla general la construcción, reparación y ampliación de hospitales y Salas de Primeros Auxilios⁵⁷. Si bien en la provincia de Mendoza existieron dos planes trienales, el primero de ellos (1947-1949) correspondió a la primera administración peronista, cuyo estudio escapa a este trabajo. No obstante ello, hay que tener en cuenta que muchas de las obras incluidas en el segundo plan trienal, en realidad, fueron proyectadas durante ese gobierno, motivo por el cual puede observarse cierta continuidad en algunas obras.

Retomando el accionar del gobierno nacional, en el Plan Analítico del PPQ se proyectaron para la provincia Mendoza dos estaciones sanitarias, cuatro hospitales locales, un hospital materno infantil, doce establecimientos de maternidad integral, cuatro centros materno-infantiles, siete centros ambulatorios y un hospital regional⁵⁸. Si bien esta información no especifica la distribución geográfica de las obras, el recorrido por las fuentes nos ha permitido constatar cuáles fueron las que correspondieron al departamento de San Rafael en el período estudiado.

⁵⁵ A esto contribuyeron las visitas realizadas por el delegado a varios departamentos, entre los cuales figuraban: General Alvear, San Carlos, Tunuyán y parte de Lavalle. Complementaría sus estudios con visitas a establecimientos de la Capital y zonas de Chacras de Coria (Luján), Junín, La Paz, Rivadavia, El Algarrobal (Las Heras), San Miguel de Lavalle, Godoy Cruz, Santa Rosa, Tupungato, y otras localidades (Diario *Los Andes*, Mendoza, 15-03-1947: 4)

⁵⁶ Presidencia de la Nación, 1947: 110-111.

⁵⁷ Ley N° 1.900/50 modificatoria de la ley N° 1.795/49, (Provincia de Mendoza, 1950:1-2).

⁵⁸ Plan Analítico del Plan Quinquenal. Secretaría de Salud Pública (Diario *Los Andes*, Mendoza, 28-05-1948: 6).

Siguiendo las disposiciones nacionales que establecían la construcción en las provincias de hospitales obreros, el único ejemplo que hemos encontrado en San Rafael lo constituyó la habilitación, en el año 1950, del Hospital Ferroviario Regional y consultorios externos en el distrito Monte Comán, trabajo que venía gestionándose desde el año 1948⁵⁹. Según la prensa, con esta obra la Dirección General de Asistencia Social para ferroviarios atendería en forma integral el problema médico-asistencial de trabajadores del riel del Sur de Mendoza, ya que con una capacidad de 50 camas, centralizaría la atención sanitaria de toda la zona (San Rafael y General Alvear), cubriendo las necesidades de aproximadamente 8.000 usuarios directos y sus familias⁶⁰. Si bien no podemos determinar si estos objetivos fueron cumplidos, la sola construcción del hospital constituye una pequeña muestra del cumplimiento de las disposiciones del plan.

Otro de los establecimientos a cargo de la nación fueron los “Centros de Salud”. Según el pensamiento sanitario de la época, su importancia radicaba en que en ellos se producía la integración de los diferentes aspectos de la práctica asistencial. Aún cuando se ha señalado que hacia el año 1952 sólo se había avanzado en la construcción de centros de salud⁶¹ y que bajo la dirección de Carrillo la Secretaría de Salud Pública logró poner en funcionamiento 104 centros en todo el país⁶², autores como Belmartino sostienen que el concepto de organización del sistema de servicios, tal como fue descrito, “nunca llegó a tener aplicación generalizada efectiva”⁶³.

Si bien la Ciudad de San Rafael ya contaba con un centro de salud, no fue hasta el Segundo Plan Quinquenal (1953-1957), que el Ministerio de Salud Pública de la Nación proyectó darle un edificio más moderno al establecimiento para que brindara en forma integral todos los servicios (asistenciales, sanitarios y sociales)⁶⁴. Por último, tenemos registro de la existencia de otro centro de salud en el distrito Jaime Prats, del que si bien desconocemos la fecha de fundación, la prensa destaca que “era uno de los establecimientos más modernos y completos con que contaba la provincia”⁶⁵. Sin embargo, no se verifican otras reformas referidas a los Centros de Salud, quedando como un objetivo pendiente estudiar la etapa que correspondió al Segundo Plan Quinquenal.

⁵⁹ El mencionado hospital estaba formado sobre la base de la adquisición del Sanatorio Policlínico del Sud, contando con un moderno instrumental e instalaciones adecuadas (provisto de rayos X, electricidad médica, laboratorio, ambulancia, sala de cirugía, y otras dependencias). Un ejemplo de las gestiones fue la nota enviada por el Presidente y Secretario de las Seccionales de la “Unión Ferroviaria” y “La Fraternidad”, respectivamente, al director general de Asistencia Social y Previsión para Ferroviarios, Tte. Coronel Blas Brisoli. (Ibídem, 23-06-1948: 10).

⁶⁰ Ibídem, 20-08-1950: 6.

⁶¹ Ramacciotti, 2005:180.

⁶² En www.saludciudad.com.ar/index.php.

⁶³ Belmartino, 2005: 113-115.

⁶⁴ Diario *Los Andes*, Mendoza, 9- 12- 1951: 6).

⁶⁵ Ibídem, 28-3-1950: 3.

En cuanto al distrito de Malargüe, a raíz de las deficiencias que mostraba la asistencia hospitalaria, un legislador provincial, a través de un proyecto de resolución, solicitó al Poder Ejecutivo de la Nación la adopción de todas las medidas correspondientes para la construcción de un hospital⁶⁶. Señalaba que era una obra incluida en el Plan Quinquenal y que debía tener 80 camas, un centro materno infantil (con 50 camas), y otras dependencias sanitarias⁶⁷. No obstante la demanda, no se constata la construcción de dicho hospital durante el período 1949-1952.

Estos son los únicos ejemplos que hemos encontrado acerca de las obras a cargo de la Nación en el departamento. En cuanto a la contribución del gobierno nacional de la infraestructura necesaria para la provisión de agua potable, cuestión que incide directamente en la higiene y salud de la población, será objeto de futuros trabajos.

Cabe ahora observar el aporte del gobierno provincial en la construcción, ampliación y refacciones de los establecimientos asistenciales.

Como ya se ha señalado, fueron delineados en la Provincia de Mendoza dos planes trienales de obras públicas. El primero correspondía al período 1947-1949 y el segundo al de 1949-1951. En ambos se hallaban presentes los objetivos de preservar la higiene pública y prestar asistencia médica a toda la población. Estas metas se cumplirían a través de la construcción provisión de agua potable y la construcción, reparación y ampliación de hospitales y salas de primeros auxilios⁶⁸.

Con respecto a esto último, las principales obras incluidas en el programa del gobierno fueron: ampliaciones y refacciones en el Hospital Schestakow, construcción de un hospital Central, de Salas de Primeros Auxilios en diferentes lugares del departamento y de un Instituto de Maternidad e Infancia⁶⁹.

Ahora bien, veamos cómo fueron cumpliéndose estas disposiciones. Durante la gobernación de Faustino Picallo (1947-1949) fueron proyectadas dos obras en el Hospital

⁶⁶ Entre los fundamentos se destaca la situación geográfica del distrito, el número de habitantes (12.000 aproximadamente), el número de trabajadores formado en virtud del incremento de industrias agropecuarias y mineras y, sobre todo, las dificultades para la atención de los enfermos y accidentados en la sala de primeros auxilios existente. Esta carecía de comodidades y se encontraba a cargo de un solo médico, que a su vez desempeñaba el cargo de facultativo oficial y prestaba servicios tanto a zonas rurales y urbanas (Diario *El Comercio*, Mendoza, 8-9-1949: 4; 10-9-1949:4).

⁶⁷ *Ibidem*.

⁶⁸ Ley N° 1.900/50 modificatoria de la ley N° 1795/49 (Provincia de Mendoza, 1950: 1-2).

⁶⁹ Ley N° 1.610/46 (Provincia de Mendoza, 1946:1-2).

Teodoro Schestakow⁷⁰: la ampliación de la sala de maternidad y la construcción de un pabellón de infecciosos⁷¹. Estas serían inauguradas en el año 1949.

La prensa destaca que estas mejoras no llenarían las exigencias del número creciente de enfermos que poseía San Rafael, “no porque sea bajo el nivel sanitario...”, sino por el aumento constante que se observa en el departamento⁷². Un dato que resulta importante a la hora de evaluar las condiciones sanitarias del hospital lo proporciona la prensa, que informa acerca de la intervención en el año 1949 de la subdirección de salubridad del sur y la dirección del hospital citado por la falta de higiene del mismo⁷³. Por otra parte, en el año 1950, el diario local del departamento, *El Comercio*, destaca que “El servicio hospitalario en San Rafael no será eficiente mientras no se hagan ciertas obras y se aumente el personal”. Entre los aspectos que señala el periódico se encuentran el déficit de camas (contando sólo con 240), problemas en la organización interna debido a la falta de personal (como consecuencia de la carencia de nuevas partidas para el pago de sueldos), y deficiencias en la asistencia pública (aparatos de rayos X, medios de movilidad, etc.). Pero la prensa también informa acerca de la situación de los servicios de una de las obras recientemente realizadas, como fue la ampliación de la sala de maternidad. Ante la insuficiencia de camas y de las comodidades indispensables para atender a los internados, *El Comercio* planteó la necesidad de crear un Instituto Materno-Infantil. La situación del hospital local se debía a su limitada fuente de recursos, situación que se venía produciendo en todos los establecimientos de la provincia⁷⁴.

Entre 1948 y 1952 el aumento de los servicios prestados por dicho establecimiento superó el 100%⁷⁵, siendo el que más prestaciones hizo después del Hospital Central (ubicado en la Capital)⁷⁶. Este hecho, sumado al descenso de la población total del departamento hacia 1951 como consecuencia de la separación del distrito de Malargüe⁷⁷, nos lleva a pensar que los

⁷⁰ Diario *Los Andes*, Mendoza, 10-8-1947: 5; 12-8-1947: 6; *El Comercio*, Mendoza, 12-8-1947:4; 18-3-1948:4; 31-5-948: 5.

⁷¹ Diario *Los Andes*, Mendoza, 18-3-1949: 4.

⁷² Según la prensa, para que el establecimiento estuviera en condiciones de prestar amplios y eficientes servicios debían realizarse obras de mejoras. La más importante era un pabellón de cirugía, no solo por las deficiencias materiales sino por las garantías que ofrecía al paciente y las escasas comodidades de que disponía el personal técnico. También, era preciso dotarlo de instrumentos utilizados por los clínicos y cirujanos, proporcionar ropa a los enfermos y al personal administrativo (Diario *El Comercio*, Mendoza, 12-8-1947: 4).

⁷³ Diario *Los Andes*, Mendoza, 07-4-1949: 4.

⁷⁴ Diario *El Comercio*, Mendoza, 01-01-1950: 4.

⁷⁵ De 250791 a 513.639. Los tipos de servicios eran: Policlínicos, maternidad, cirugía, tuberculosis, infecciosos, mentales. En realidad, el aumento del departamento siguió la tendencia provincial (Anuario Estadístico de la Provincia de Mendoza, 1954: 51).

⁷⁶ *Ibíd.*

⁷⁷ Que tenía aproximadamente 10.000 habitantes.

servicios hospitalarios cubrirían a una mayor cantidad de personas⁷⁸. Con respecto al número de camas, los datos que brinda la prensa hacen referencia a un total de 240 camas en el año 1951. Comparando esta cifra con la de 1952, podemos ver una disminución del número de camas, ya que sólo dispone de un total de 229. Los datos correspondientes al año 1954 indican que no hubo una evolución importante en dicho establecimiento puesto que por un lado, mantenía el mismo número de camas (a pesar de que la población aumentara casi un 13%) y, por otro, el aumento total de servicios no fue significativo –si se lo compara con otros períodos-, porque sólo se prestaban 42.400 servicios más⁷⁹ con respecto a 1952.

Otro tipo de establecimientos que se comprometió a construir el gobierno de la provincia fueron las salas de primeros auxilios. Desde comienzos de la administración peronista la prensa fue uno de los principales demandantes tanto de la corrección de las deficiencias de las salas existentes, como de la construcción de otras nuevas en aquellos lugares en que por el aumento de la población o por su lejanía con respecto a la ciudad requerían este tipo de obras⁸⁰. A partir de esto, podemos decir que hubo cierta respuesta por parte del gobierno provincial a estas demandas, ya que existió una relación entre las salas que se solicitaban, las incluidas en el programa de gobierno y las que efectivamente se construyeron. Así, el programa incluía la construcción de una Sala en las Malvinas, 25 de Mayo y Malargüe⁸¹, ampliaciones y refacciones en las salas de El Sosneado, Agua del Toro y en la del distrito Villa Atuel⁸². La prensa y los mensajes del gobernador confirmarían la efectiva concreción de las obras proyectadas, mencionemos además, que se construyó una Sala en Real del Padre y se refaccionó la de Goudge⁸³. La ausencia información acerca de la construcción de salas en 25 de Mayo y Agua del Toro hace pensar sobre el cumplimiento parcial del plan proyectado, aunque cabe estudiar si estas obras fueron concretadas en los años posteriores.

Hemos observado a grandes rasgos la acción del gobierno nacional y provincial en la dotación de nuevos establecimientos sanitarios al departamento. Acerca de la cantidad de servicios prestados por el conjunto de estos centros asistenciales nacionales y provinciales en el departamento solo tenemos datos a partir de 1953, a excepción del hospital Schestakow, que fue

⁷⁸ También podría pensarse en una sobreprestación de los servicios.

⁷⁹ *Ibidem*:51-52.

⁸⁰ *Diario El Comercio*, Mendoza, 04-08-1947: 4; *Diario Los Andes*, Mendoza, 29-07-1948:6; 05-08-1948:6; 10-05-1949: 6; 31-07-1949:12; 13-03-1952:4; 14-03-1952:3.

⁸¹ Obra proyectada durante el gobierno anterior (*El Comercio*, Mendoza, 31-05-1948:5)

⁸² Ley N° 1.610/46 (Provincia de Mendoza, 1946); Mensaje del Gobernador da la Legislatura, 1948; Mensaje del Gobernador a la Legislatura, Mendoza, 1949:74; Oficina de Prensa e informaciones del Poder Ejecutivo, 1951: 27-123.

⁸³ Gobierno de Mendoza, 1952:129-130; *Diario El Comercio*, Mendoza, 22-11-1949: 4; 24-11-1949: 4.

mencionado anteriormente. Pero si realizamos un análisis global de los servicios prestados por los establecimientos asistenciales nacionales y provinciales existentes en Mendoza, se verifica que, en este aspecto, hubo un mayor aporte del gobierno provincial al cuidado o preservación de la salud. En el año 1950, el mayor porcentaje de servicios fue prestado por el gobierno provincial, llegando a un 99%. En el año 1952, hubo un aumento de los servicios prestados, y junto a ello, la provincia siguió brindando el mayor porcentaje (97%)⁸⁴.

Si bien esta es una conclusión que corresponde a la provincia, puede ser trasladada al departamento de San Rafael desde el momento en que dentro del conjunto de establecimientos analizados, el Hospital Schestakow (a cargo del gobierno provincial) fue el que más servicios prestó después de los hospitales Central y Emilio Civit ubicados en la ciudad de Mendoza⁸⁵.

La acción de campo o “extramural”. Las campañas sanitarias

Durante el gobierno peronista se realizaron numerosas campañas sanitarias de alcance nacional para prevenir o remediar enfermedades endémicas. En dichas campañas se tenía por objetivo, entre otras cosas, transmitir a la población los principios de higiene y salud mediante la publicidad y las instituciones educativas⁸⁶. Resulta interesante conocer entonces si este tipo de acción sanitaria (de campo o extramural) fue llevada a cabo en la provincia de Mendoza.

La política social peronista estuvo destinada a erradicar aquellas enfermedades denominadas “sociales”. En el mes de setiembre de 1949 diferentes voces advirtieron sobre la existencia de un brote de viruela en la Argentina. Por lo tanto, las autoridades sanitarias anunciaron la urgente necesidad de vacunar y revacunar a la población de todo el país dada la existencia de un brote de viruela en la Capital Federal, en Jujuy, Mendoza y San Juan⁸⁷.

En la provincia de Mendoza, la situación fue descrita por el gobernador. Según informó, fue a causa de la presencia de la *viruela alastrim*⁸⁸ en países limítrofes, con repercusión en provincias cercanas a Mendoza, que se realizaron campañas de vacunación y revacunación. Según los datos que brindó, con esa campaña se vacunaron 300.000 personas, señalando que “se

⁸⁴ Anuario Estadístico de la Provincia de Mendoza, 1954: 46.

⁸⁵ *Ibídem*:45

⁸⁶ Estas medidas estuvieron respaldadas por la ley nacional N° 13.039 sancionada en el año 1947, que declaraba obligatoria la difusión y enseñanza de los principios de la higiene en los medios civiles, militares, escolares, industriales (por ejemplo los establecimientos mineros en Mendoza) y comerciales del país, creando la Dirección de Política y Cultura Sanitaria.

⁸⁷ Ramacciotti, 2006:124.

⁸⁸ Según el pensamiento de la época, el “alastrim” era considerado como una forma clínica de viruela, que se caracterizaba por su escasa mortalidad. Sus síntomas eran fiebre, dolores de cabeza y espalda, vómitos, constipación y erupciones cutáneas. Investigaciones del Instituto Bacteriológico Malbrán sostenían que la dificultad en hacer desaparecer la llamada “viruela menor” se debía a los defectos en la conservación de la vacuna (*Ibídem*: 127).

ha logrado que el flagelo de la viruela no hiciera estragos en Mendoza”⁸⁹. Lo cierto es que la prensa –diarios Diario Los Andes y El Comercio- rara vez menciona casos de esta enfermedad en la provincia; y cuando lo hacen, es con el objetivo de alentar o llamar la atención de la población para que tome las medidas preventivas necesarias y destacar la labor realizada por el gobierno. Por ejemplo, el periódico de San Rafael -*El Comercio*-, informa acerca de la habilitación de un consultorio externo –en el hospital Teodoro Schestakow- para la vacunación antivariólica⁹⁰. Cinco días más tarde de publicada esa noticia señalaba que ya habían sido inmunizadas 10.000 personas y que la campaña continuaría hasta cubrir la totalidad de los habitantes del departamento⁹¹. Aunque no deja de mencionar ciertas deficiencias en la campaña (como por ejemplo la carencia de suero inmunizante en el hospital de la ciudad)⁹², también informa cuando el problema había sido resuelto⁹³.

También fueron realizadas en la provincia las campañas antirrábicas⁹⁴, que contaron con la colaboración de las municipalidades. El medio más utilizado para prevenir este tipo de enfermedades fue la vacunación masiva de perros, realizada por el departamento de Epidemiología y Profilaxis, alcanzando a 20.000 animales⁹⁵. Por otra parte, se creó un consultorio para la profilaxis antirrábica humana y se instaló un caneocomio a cargo de un veterinario del Ministerio de Salud Pública. “Podemos considerar prácticamente desaparecida la rabia”, sostuvo el gobernador.

Por otra parte, se realizaron en la Provincia las *campañas antitíficas*. La fiebre tifoidea, era una enfermedad predominante en aquellas zonas cuya población utilizaba el agua procedente del sistema de riego (canales, acequias) o de pozos contaminados. Si bien el gobernador señaló que esta enfermedad no había adquirido caracteres de epidemia, aconsejó la intensificación de la vacunación en todo el territorio provincial y, principalmente, en aquellas zonas donde “la epidemia pareciera adquirir caracteres alarmantes”. Además de las acciones profilácticas y la dotación de drogas antibióticas, el gobierno se propuso la implantación sistemática en todo núcleo poblado de plantas de beneficio para el agua y una distribución adecuada y correcta de la red cloacal, y de las ampliaciones y modernización de los servicios sanitarios⁹⁶. Tanto desde la

⁸⁹ Mensaje del Gobernador a la Legislatura, 1950: 79.

⁹⁰ Diario *El Comercio*, Mendoza, 20-08-1949: 4.

⁹¹ *Ibidem*, 25-08-1949: 4.

⁹² *Ibidem*, 13-09-1949: 4.

⁹³ *Ibidem*, 16-09-1949: 4.

⁹⁴ A partir de octubre de 1950.

⁹⁵ Mensaje del Gobernador a la Legislatura, 1950: 80.

⁹⁶ Mensaje del Gobernador a la Legislatura, 1952:176.

prensa como de los discursos del Poder Ejecutivo se registra que el departamento más afectado por esta enfermedad fue el de Lavalle. Sin embargo, mientras el gobernador habla de endemia⁹⁷, un artículo periodístico referido a esta enfermedad se titula “Peligrosa epidemia de tifus se registran en el departamento de Lavalle”⁹⁸. No obstante, la prensa sigue elogiando la labor del gobierno destinada a remediar este mal⁹⁹.

La tuberculosis, que según el gobernador era la enfermedad infectocontagiosa que encabezaba la lista, se producía principalmente por la mala y precaria alimentación, el trabajo insalubre, la falta de práctica higiénica, el pauperismo, etc. Por lo tanto, en colaboración con la Dirección General de Sanidad de Cuyo y del Ministerio de Salud Pública de la Nación, se procedió a la lucha antituberculosa por medio de la BCG. En este sentido, el gobernador destacó que gracias a las obras asistenciales (de carácter preventivo y social), y a la moderna medicación aplicada, hubo un descenso de las cifras de morbilidad y de mortalidad vinculadas a la afección citada¹⁰⁰. Observando los datos estadísticos, podemos corroborar esta afirmación ya que el número de defunciones y las tasas de morbilidad que entre los 1949 y 1952 disminuyeron, pasando de 193 a 138 y del 31 al 20,7 por mil¹⁰¹ respectivamente. Esto da muestra de los resultados positivos logrados por la política sanitaria oficial. Por otra parte, las cifras correspondientes al año 1955 muestran que había pasado al tercer lugar (luego del Coqueluche y la Verminosis)¹⁰².

Otro medio de prevención fue la educación sanitaria. Así, la Dirección de Cultura Sanitaria fue el organismo encargado de realizar diferentes actos sanitarios culturales en casi todos los departamentos de la provincia y de este modo educar a la población en la defensa contra las enfermedades infectocontagiosas, trazando un plan de trabajos que abarcó a todas las escuelas de la provincia sobre el tema: “Profilaxis de las enfermedades infectocontagiosas y accidentes”¹⁰³.

Señaladas de modo general las campañas sanitarias del gobierno en la provincia, cabe centrarnos en aquellas que correspondieron al departamento de San Rafael. En el período que estamos estudiando, pudimos observar que fueron realizadas cuatro visitas de las autoridades al departamento (por el Director de Salubridad Provincial -Dr. Fernando Cicchitti-), tres en el año 1949 y una en 1950. Según lo informó la prensa, en la primera de ellas, realizada en abril de

⁹⁷ *Ibídem*:80.

⁹⁸ *Diario Los Andes*, Mendoza, 25-5-1949: 5.

⁹⁹ *Ibídem*, 02-6-1949:7; 17-6-1949: 5.

¹⁰⁰ Mensaje del Gobernador a la Legislatura, 1952: 176.

¹⁰¹ Anuario Estadístico de la Provincia de Mendoza, 1954: 42.

¹⁰² Guibourdenche de Cabezas, 1956.

¹⁰³ Mensaje del Gobernador a la Legislatura, 1952: 176.

1949, se estudió la situación sanitaria del departamento y se inspeccionó el funcionamiento de los distintos servicios médicos sociales dependientes de esta repartición¹⁰⁴. Durante la segunda gira (agosto de 1949), “la gestión del titular abarcó el extenso sur mendocino, en especial sectores alejados de los dos principales núcleos poblados”. Dicha gira incluyó lugares aislados como Agua Escondida y Agua del Toro, además de los centros sanitarios de San Rafael. Este viaje también comprendió el departamento de General Alvear. Se inspeccionaron además las distintas dependencias del hospital Schestakow y la Villa 25 de Mayo¹⁰⁵. En la tercera (en el mes de noviembre), se visitaron distritos del departamento (Las Malvinas, Villa Atuel, Real del Padre, La Llave, entre otros) continuando con la inspección sanitaria e inaugurando salas de primeros auxilios¹⁰⁶. En realidad, las visitas a los departamentos fue la forma más utilizada para conocer las necesidades y condiciones de las poblaciones y, de esta manera, construir el programa de gobierno.

Esto se complementó con las medidas preventivas y curativas que mencionamos anteriormente (como la vacunación), realizadas con el apoyo nacional.

Fue con motivo de la realización de la *campana al sur mendocino* que se realizó la cuarta visita—en el año 1950—, y cuando también se realizaron acciones concretas. Esta campaña, que abarcó los departamentos de San Rafael, Malargüe y General Alvear¹⁰⁷, tuvo por finalidad cumplir con los objetivos de medicina preventiva y social definidos por el orden nacional, principios que, como sabemos, se encontraban plasmados en el plan quinquenal. Fue una de las más importante realizadas en la provincia de Mendoza y, según lo destacó el gobernador, el punto de partida para la realización de campañas en otros departamentos como por ejemplo Lavalle, San Carlos, Guaymallén y Luján¹⁰⁸. Esta campaña se caracterizó por su larga duración (de un mes aproximadamente), y el tipo de acción realizada (preventiva, social, tecnológica y curativa). También tuvo la particularidad de los organismos intervinientes, ya que contó con la presencia del Ministerio de Salud Pública Provincial (a través de la Dirección de Medicina Preventiva Provincial y la Dirección de Medicina Tecnológica), una delegación del Ministerio de Salud

¹⁰⁴ Diario *Los Andes*, Mendoza, 13-4-1949: 4; 18-4-1949: 4

¹⁰⁵ *Ibíd.*, 28-8-1949: 4.

¹⁰⁶ Diario *El Comercio*, Mendoza, 22-11-1949; 4; 23-11-1949: 3 y 24-11-1949: 4 .

¹⁰⁷ Las visitas y giras fueron al Sosneado, Malargüe, Minacar y zonas aledañas, Bardas Blancas, Ranquil Norte, Ranquil- C6, Costa del Río Barrancas, Calmuco, Mechen-Huil, entre otras (Mensaje del Gobernador a la Legislatura, 1952: 189).

¹⁰⁸ *Ibíd.*

Pública de la Nación y la Dirección General de Sanidad de Cuyo -compuesta por representantes nacionales y provinciales-¹⁰⁹.

Durante esta campaña el Ministerio de Salud Pública y el Director de Medicina Tecnológica junto a un grupo de dietistas, visitadores, vacunadores, y personal auxiliar recorrieron las minas en explotación, realizando estudios sobre higiene y sanidad. Se inspeccionaron los yacimientos del Sosneado, Volcán, Minacar y la Valenciana en el departamento de General Perón (actual departamento de Malargüe)¹¹⁰, que hasta el año 1950 perteneció al departamento de San Rafael¹¹¹. Si bien no podemos determinar acerca de la eficacia de esta labor, y aunque este sea el único ejemplo con que contamos, vemos cómo se fue cumpliendo con uno de los objetivos del Ministerio en materia de medicina del trabajo, y que en definitiva era algo que obedecía al pensamiento de Carrillo¹¹².

Otra de las acciones llevadas a cabo –según el diario *Los Andes*- fue la desinfección de un “gran número” de viviendas y la realización de propagandas por medio de carteles acerca del cuidado de la salud¹¹³. Aunque la prensa informa acerca de un “gran número” de viviendas, desconocemos su cantidad, algo que no nos permite afirmar si dicha acción fue importante. Lo mismo sucede con la difusión sanitaria, ya que no se especifica qué tipo de propaganda se realizó y en qué zonas del departamento. Por último, se mencionan obras tendientes a suministrar agua potable a la población como la instalación de tanques, decantadores, cañerías, perforaciones, etc. en Villa Atuel, Monte Comán, Cañada Seca y Malargüe; pozos para agua potable en Colonia Bombal, 25 de Mayo, Villa Atuel, Salto de las Rosas, Monte Comán y Cuadro Nacional¹¹⁴.

Tras una breve descripción de las medidas llevadas a cabo en las campañas sanitarias, las cifras correspondientes a las enfermedades infectocontagiosas pueden ayudarnos a conocer los efectos de la gestión del gobierno en este sentido, aunque consideramos que no es el único factor que pudo haber incidido en la salud de la población, ya que cabe tener en cuenta otro tipo de políticas como por ejemplo la creación de nuevos centros asistenciales, el aumento de los servicios, etc.

¹⁰⁹ Mensaje del Gobernador a la Legislatura, 1950: 80

¹¹⁰ Mensaje del Gobernador a la Legislatura, 1950:79-81.

¹¹¹ Ver Hirschegger, 2006.

¹¹² Ramacciotti, 2005:185.

¹¹³ Diario *Los Andes*, Mendoza, 8-4-1950: 4.

¹¹⁴ Mensaje del Gobernador a la Legislatura, 1949:78-79; Mensaje del Gobernador a la Legislatura, 1950:65; Oficina de Prensa e Informaciones del Poder Ejecutivo, 1951:27-123.

Primero que nada hay que destacar el lugar que ocupaba este tipo de afecciones¹¹⁵ en la provincia, algo que ni la prensa ni las autoridades gubernamentales resaltan. En el año 1949¹¹⁶ el número de enfermos en la provincia fue de 30.500, de los cuales el 24% correspondía a San Rafael, es decir, alrededor de 7.300 casos. A su vez, en el departamento, de los enfermos existentes, el 71% padecía alguna de estas enfermedades. Sin embargo, las cifras revelan una disminución general de la morbilidad hacia 1952 que de 7.300 pasó a 2.272, es decir, a sólo el 22% de los enfermos¹¹⁷.

3.1. Una aproximación a la acción municipal

Hasta el momento hemos observado la gestión de la nación y la provincia en el cuidado y preservación de la salud del departamento, por lo que realizamos ahora una aproximación a la gestión del gobierno comunal en la materia.

Además de la creación de la Dirección de Salubridad y Asistencia Social -mencionada anteriormente-, fue creada la “Caja Municipal de Asistencia a la Maternidad e Infancia”, en el año 1949. Con ello, la municipalidad incorporaría a su plan de gobierno algunos principios plasmados en el PPQ y en las Constituciones Nacional y Provincial, los cuales fomentaban la asistencia e higiene a la maternidad e infancia¹¹⁸. Ley Orgánica de Municipalidades sólo establecía en el Capítulo “Asistencia Social y Moralidad Pública”, que correspondía al Concejo Deliberante la asistencia maternal a domicilio y la protección a la infancia¹¹⁹. Pero lo novedoso aquí es que – a través de la Caja- la Municipalidad ejercería una acción integral, que abarcaba el servicio médico¹²⁰, obstétrico¹²¹ y de asistencia sanitaria y social¹²². Además, el proyecto de ley

¹¹⁵ Se puede incluir dentro de este tipo de enfermedades a la tuberculosis, sífilis, tifoidea, brucelosis, difteria, coqueluche, amebiasis, poliomielitis, entre otras.

¹¹⁶ Año en que se produce el mayor porcentaje de enfermos

¹¹⁷ Ministerio de Asistencia (Anuario Estadístico de la Provincia de Mendoza, 1954: 46 y Guibourdenche, 1956). A partir de 1951 se han excluido los enfermos correspondientes a Malargüe.

¹¹⁸ Presidencia de la Nación, 1946: 104. Dentro de la política sanitaria peronista fue central el servicio de la “Maternidad Integral” que (...) suponía un nuevo abordaje tanto técnico como social. El primero que permitiera una prestación médica de calidad, y el segundo, que garantizara la protección tanto de la madre como del niño en todas sus etapas (preconcepcional, prenatal, intranatal y postnatal, hasta la edad preescolar inclusive). (Di Lisia, 2004:69).

¹¹⁹ Art. 82° inc. 1° (*Ley Orgánica de Municipalidades N° 1.079*, 4 de enero de 1934).

¹²⁰ Incluía el control del recién nacido; consultorio de lactantes y niños en edad preescolar; consulta de madres y policía sanitaria de la familia; gota de leche; lactario para distribución gratuita de leche y venta al público; defensa del niño contra el contagio tuberculoso e individualización, vigilancia y protección de niños infectados; registro y control de niños colocados fuera del hogar; asesoramiento en el régimen de producción, higienización y distribución de leche que se expende en la Municipalidad; intervención y denuncias en las infracciones a las leyes y ordenanzas municipales que protegen el trabajo, cuando pueden afectar la salud del niño o de la madre; consultorio odontológico infantil; y análisis y rayos X (Art. 2° inc. a de la Ordenanza N° 878 de 1949, Honorable Concejo Deliberante de la Municipalidad de San Rafael, 1949).

orgánica presentado en el año 1953, aunque nunca tuvo sanción definitiva, ampliaba el ámbito de actuación de la Municipalidad, estableciendo que correspondía al Concejo “dictar ordenanzas de amparo y asistencia a la maternidad y a la primera infancia...”¹²³, no limitándolo a lo exclusivamente domiciliario.

Si bien en los presupuestos municipales de 1950 y 1951 se asignaron montos para el funcionamiento de la Caja¹²⁴, dichas asignaciones no figuran a partir del año 1952, lo cual nos hace sospechar acerca de la desaparición del organismo, al menos en la forma como había sido creado. No obstante, sigue estando, en la vía formal, la función de la municipalidad en este ámbito, ya que en el mismo año fue inaugurado el Instituto Materno-Infantil “Eva Perón”. Esta organización sanitaria fue creada por la Municipalidad a cuyo cargo estaría su funcionamiento. Por las funciones que se les asigna¹²⁵ creemos que el mencionado instituto vendría a cumplir el papel que tenía la Caja. Junto con el Instituto mencionado, y como complemento de los servicios sanitarios para la madre y el niño, la municipalidad inauguraba también la Oficina Bromatológica¹²⁶. A raíz de esto nos preguntamos si con la creación del Instituto se pretendía cubrir los servicios asistenciales que el hospital Schestakow no estaba en condiciones de prestar o lo hacía en forma deficiente. Si bien dicho instituto fue creado a través de ordenanza municipal, lo encontramos como una de las obras proyectadas dentro del cronograma del gobierno provincial, lo que nos lleva a pensar que en la elaboración de su agenda pública, la municipalidad estuvo supeditada a las directivas y decisiones de aquel nivel de gobierno.

Aunque no disponemos de ejemplos concretos que indiquen la actuación de la municipalidad hacia este sector, las altas tasas de mortinatalidad (45,32 y 40,13) y mortalidad infantil (84,14 y 85,35) entre 1949-1952, nos llevan a conjeturar acerca de la insuficiente

¹²¹ Incluía la consulta pre-concepcional; higiene de embarazo y profilaxis pre-natal; consulta obstétrica; atención de partos en los domicilios; control de la aplicación de leyes y ordenanzas de protección al embarazo y puerperio; profilaxis de la fatiga doméstica y en el pre y post parto o de la desatención de los hogares numerosos o pobres (inc. b, *Ibidem*).

¹²² Demografía médica, fichero y encuesta sanitaria y social; educación sanitaria; control de vacunación antivariólica, antidiftérica, antitífica, antitetánica, antituberculosa, BCG; baños para embarazadas, madres y niños; control sanitario de alojamiento familiar; visitas domiciliarias e instrucciones sobre atención de niños enfermos; desinfección de ropas (inc. c, *Ibidem*).

¹²³ Art. 36°, inc. 1° del proyecto de ley orgánica de Municipalidades (Ministerio de Gobierno de la Provincia de Mendoza, 1953: 36).

¹²⁴ Item “Asistencia Social” del Presupuesto Municipal para el ejercicio 1950 (Ordenanza N° 894, Honorable Concejo Deliberante de la Municipalidad de San Rafael, 31 de diciembre de 1949) y Presupuesto Municipal para el ejercicio 1951 (Ordenanza N° 987, Honorable Concejo Deliberante de la Municipalidad de San Rafael, 1950).

¹²⁵ Este organismo municipal estaba destinado a prestar una atención sanitaria y social al alcance de todas las mujeres incluyendo un servicio de parteras a domicilio, gratuidad de la asistencia profesional y todos los elementos indispensables para atender primeramente a la madre, y luego a los recién nacidos (*Diario Los Andes*, Mendoza, 13-01-1952: 4).

¹²⁶ *Ibidem*.

atención pre-natal e infantil en el departamento, aunque no puede dejar de mencionarse que hubo altos índices de natalidad en estos años (33,78 y 31,10)¹²⁷. En cierta medida, podemos atribuir esta situación a la propia gestión del organismo municipal (en caso de haber funcionado), debido a su corta duración (aproximadamente tres años) y a la escasez de sus recursos, ya que en los pocos años en que la caja figuró en el presupuesto, se mantuvieron los mismos montos para su funcionamiento (\$60.000)¹²⁸. Además, si bien no podemos especificar cuánto asignaba la provincia para el departamento de San Rafael ya que el presupuesto provincial no lo detalla, el hecho de que el Concejo Deliberante –en el año 1950- sancionara una Minuta de Comunicación al Departamento Ejecutivo para que procediera a gestionar ante las autoridades provinciales un aumento de las partidas en el rubro referente a Salud Pública y a los servicios asistenciales del departamento, debido a las deficiencias en los mismos¹²⁹, es un indicio de la necesidad de recursos para mejorar el sistema de salud departamental. En este sentido, también sería importante evaluar la participación de gobierno provincial en la asistencia a la madre y el niño, ya sea a través de la provisión de recursos, o de la propia labor realizada por sus dependencias en el departamento, como por ejemplo los servicios materno-infantiles prestados por el hospital Schestakow. Otros factores a tener en cuenta son las grandes distancias hasta los centros asistenciales, la escasez de personal sanitario, el consumo de aguas no potables y la falta de conocimientos esenciales principalmente en la campaña (alimentación, profilaxis de las enfermedades más comunes).

Más allá de su efectivo cumplimiento, o de los resultados positivos o negativos sobre la salud de la madre y el niño, el hecho de que una ordenanza municipal le atribuyera a la municipalidad la capacidad atender en forma “integral” a un determinado sector de la sociedad, es un ejemplo más de la extensión del ámbito de actuación del Estado hacia un objetivo de índole social, tal como lo venía propiciando el peronismo.

Los ejemplos de gestión que pudo haber ejercido la municipalidad en materia sanitaria han sido difíciles de detectar. Por un lado, los discursos del gobierno y de la prensa rara vez destacan la actuación o participación de la municipalidad en pro de la salud del departamento. Sin embargo, en el período estudiado hemos verificado una intensa actividad del Concejo Deliberante –que incluyó debates y ordenanzas-. Salvo la creación de la Caja y del Instituto

¹²⁷ Guibourdenche de Cabezas, 1956.

¹²⁸ Ordenanza N° 894 (Presupuesto Municipal, 1950) y Ordenanza N° 987 (Presupuesto Municipal, 1951)

¹²⁹ Diario *Los Andes*, Mendoza, 11-10-1950: 4 y Acta N° 108 del 30-07-50 (Libro de Actas del Honorable Concejo Deliberante de la Municipalidad de San Rafael, 1950: 96).

Materno-Infantil “Eva Perón”, la producción legislativa del Concejo Deliberante estuvo relacionada con las funciones tradicionales del municipio¹³⁰. Los temas más recurrentes referidos a la salud fueron aquellos relacionados con la vigilancia de la elaboración y expendio de sustancias alimenticias; la reglamentación de establecimientos o industrias incómodas o insalubres¹³¹; el control y la inspección de ferias, mercados, mataderos, plazas de matanza¹³²; la adopción de medidas para evitar las epidemias, profilaxis de las enfermedades venéreas e infecciosas¹³³; y la provisión de servicios públicos¹³⁴.

Aunque cabe corroborar acerca de su efectivo cumplimiento, podemos decir que el gobierno municipal intentó contribuir al mejoramiento de la salud pública en el departamento, ya sea diseñando medidas preventivas (Comisión Sanitaria de vacunación antivariólica a los distritos), solicitando al gobierno provincial la adopción de medidas para los establecimientos asistenciales (como la provisión de medicamentos para la Sala de Primeros Auxilios del distrito de Villa Atuel)¹³⁵ y, en algunos casos, aportando recursos propios para el funcionamiento de dichos establecimientos.

A modo de síntesis

Las construcciones hospitalarias, el aumento y participación en la prestación de servicios asistenciales y las medidas de carácter preventivo realizadas en las campañas y giras sanitarias, son prueba del mayor aporte del gobierno provincial en el cuidado de la salud del departamento. Además, en algunos casos estas medidas produjeron resultados positivos, los cuales fueron evidenciados a través de la disminución del número de personas que padecían enfermedades infectocontagiosas y de su participación en el total provincial y departamental. Sin embargo, en la presente investigación se han observado también ciertas deficiencias en los servicios asistenciales, falta de concreción de algunas obras previstas en los planes, y escasez de recursos en algunos establecimientos provinciales.

Nuestro análisis no debe agotarse en los factores estudiados, sino que deben tenerse en cuenta otras que también tienen incidencia en la salud de la población, como la prestación de servicios públicos (agua potable, redes cloacales), el personal médico y técnico, la disponibilidad

¹³⁰ Acta N° 106 del 30-06-1950 (Ibídem: 65).

¹³¹ Acta N° 107 del 10-06-1950, (Ibídem, p. 71), Acta N° 112 del 29-08-1950 (Ibídem:16-117).

¹³² Ibídem: Acta N° 115 del 20-09-1950 (Ibídem:133).

¹³³ Acta N° 88 del 30-09-1949 (Ibídem).

¹³⁴ Acta N° 115 del 20-09-1950 (Ibídem:133).

¹³⁵ Ibídem: 64.

de elementos medicinales, etc. Además, consideramos que no sólo es importante analizar la labor realizada por los organismos de gobierno, sino también la incidencia que pudo haber tenido el sector privado como por ejemplo a través de la Fundación Eva Perón, ya que muchas de las obras de carácter social realizadas en la provincia fueron fruto de su labor.

En el Segundo Plan Quinquenal de Gobierno (1953-1957) hubo ciertos elementos de continuidad con respecto al primero, ya que al igual que éste, fijó como objetivo general la asistencia médica integral a toda la población¹³⁶. Es por ello que queda por investigar el tema de la salud en el departamento de San Rafael durante la segunda etapa de la planificación, de modo de poder realizar un análisis comparativo entre ambos períodos y, de esta forma, verificar el efectivo cumplimiento y los efectos de las políticas de salud durante todo el gobierno peronista.

FUENTES

Actas del Honorable Concejo Deliberante de la Municipalidad de San Rafael, Mendoza, (1949-1951).

Anuarios Estadísticos de la Provincia de Mendoza, 1952-1958.

Constitución de la Provincia de Mendoza de 1949, *Anales de la Legislación Argentina*
Gobierno de Mendoza, Secretaría de Informaciones, *Agua, Vivienda y Salud. Tres años de labor Justicialista*, Mendoza, 1952.

Guibourdenche de Cabezas, Martha (1956) “San Rafael visto a través de la estadística”, *Separata de la Revista de la Facultad de Ciencias económicas de la Universidad Nacional de Cuyo*, Mendoza.

Historia Contemporánea de Mendoza a través de sus gobernaciones, T I (1932-1966), Junta de Estudios Históricos, Mendoza, 1996.

Leyes Provinciales (1946-1953).

Mensajes del Gobernador a la Legislatura (1949.1953).

Ministerio de Salud Pública de la Nación, Subsecretaría Técnica, *Organización Sanitaria Argentina, Principios, Normas y Reglamentos de Orden Interno*, Buenos Aires, 1952.

Oficina de Prensa e informaciones del Poder Ejecutivo, *Agua, Vivienda y Salud*, Mendoza, 1951.
Ordenanzas municipales: N° 894/50 y 897/51.

Presidencia de la Nación, Secretaría Técnica. *Plan de Gobierno, 1947-1951*, T. I, Buenos Aires, 1946.

Presidencia de la Nación, Subsecretaría de la Presidencia, *Segundo Plan Quinquenal*, Buenos Aires.

Periódicos provinciales: Diario Los Andes y El Comercio (San Rafael).

IV° Censo Nacional de Población, T I, Vol. I, Buenos Aires, 1947

BIBLIOGRAFÍA

Andrennacci, Luciano, et al., “Acerca del Estado de Bienestar en el Peronismo Clásico (1943-1955)”, en Bertranou, Julián, et al. compiladores, *El país del no me acuerdo. (Des)memoria institucional e historia de la política social en Argentina*, Buenos Aires, Prometeo Libros, 2004.

¹³⁶ Presidencia de la Nación:81-82.

- Bacolla**, Natalia (2003). Política, administración y gestión en el peronismo santafecino, 1946-1955. En Macor Darío y Tcach César, editores, *La invención del peronismo en el interior del país*, Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral, pp.111-161.
- Belmartino**, Susana, *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*: Buenos Aires, Siglo Veintiuno Ediciones, 2005.
- Di Lisia**, María Herminia y Rodríguez, Ana, “El cuerpo de la mujer en el marco del Estado de Bienestar en la Argentina. La legislación peronista (1946-1955)”, en *Boletín Americanista* N° 54, Barcelona: Universidad de Barcelona, Facultad de Geografía e Historia, 2005.
- Hirschegger**, Ivana, “La legislación municipal mendocina durante los gobiernos peronistas 1949-1953”, en *Res Gesta* N° 43, Santa Fe, Pontificia Universidad Católica Argentina, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales del Rosario, Instituto de Historia, 2005.
- Hirschegger**, Ivana, “Jurisdicción y autonomía municipal durante los gobiernos peronistas en Mendoza”, en *Separara del Decimotercer Congreso Nacional y Regional de Historia Argentina*, Academia Nacional de la Historia, Buenos Aires, 2005.
- Lvovich**, Daniel y Suriano, Juan (editores), *Las políticas sociales en perspectiva histórica, Argentina, 1970-1952*, Buenos Aires, Prometeo Libros, 2005.
- Neri**, Aldo, *Salud y Política Social*, Buenos Aires, Hachette, 1983.
- Philp**, Marta, “La invención del Estado en el imaginario político peronista. El caso Cordobés”, en Macor, Darío y Tcach César (editores), *La invención del peronismo en el interior del país*, Santa Fe, Universidad Nacional del Litoral, 2003.
- Ramacciotti**, Karina, Valobra, Adriana, “Relaciones de género en la campaña sanitaria de la Secretaría de Salud Pública de la Argentina (1946-1949)”, en Ramacciotti, Karina, Valobra, Adriana (comp.), *Generando el peronismo. Estudios de cultura, política y género (1946-1955)*, Buenos Aires, Proyecto Editorial, 2003.
- Ramacciotti**, Karina, “Una mirada sobre el estudio de la política social en la Argentina, en *Nuevo Tomo, Revista de Historia y Pensamiento Crítico*, N° 1, 2005.
- Ramacciotti**, Karina, “Las voces que cuestionaron la política sanitaria del peronismo (1946-1949)”, en Lvovich, Daniel y Suriano, Juan (editores), *Las políticas sociales en perspectiva histórica, Argentina, 1970-1952*, Buenos Aires, Prometeo Libros, 2005.
- Ramacciotti**, Karina, “Las sombras de la política sanitaria durante el peronismo: los brotes epidémicos en Buenos Aires”, en *Asclepio, Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Vol. LVIII, N° 2, Universidad de Buenos Aires, 2006.
- Rofman**, Adriana, Francisco Suárez y Patricia Polo, “Perspectivas, políticas y estrategias de desarrollo local en áreas metropolitanas”, en *IV Seminario Nacional de RedMuni, Articulaciones Interinstitucionales para el Desarrollo Local*, Córdoba, 2002.
- Suriano**, Juan, “Los historiadores y el proceso de construcción del Estado Social”, en Bertranou, Julián, Palacio, Juan Manuel, y Serrano, Gerardo (compiladores), *El país del no me acuerdo. (Des)memoria institucional e historia de la política social en Argentina*, Buenos Aires, Prometeo Libros, 2004.
- Torres**, Juan Carlos y Pastoriza, Elisa, “La democratización del bienestar”, en Torres, Juan Carlos, *Nueva Historia Argentina, Los Años Peronistas (1943-1955)*, T. VIII, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 2002.