

Trabajos y Comunicaciones, 2da. Época, N° 44, e020, septiembre 2016. ISSN 2346-8971
 Universidad Nacional de La Plata.
 Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
 Departamento de Historia

Dossier: *Nación, provincias y municipios en la centralización del sistema sanitario argentino, 1900-1955*

Carolina Biernat * y Karina Inés Ramacciotti**

* Centro de Estudios en Historia, Cultura y Memoria – Universidad Nacional de Quilmes – CONICET, Argentina | cbiernat@yahoo.com

** Insitituto de Investigación de Estudios de Género – Facultad de Filosofía y Letras - Universidad Nacional de Buenos Aires - CONICET y Universidad Nacional de Quilmes, Argentina | karinaramacciotti@gmail.com

Este dossier, titulado *Nación, provincias y municipios en la centralización del sistema sanitario argentino, 1900-1955*, surge del desafío de reflexionar sobre diferentes aspectos de la conformación del Estado desde una clave que no se encuentre posicionada exclusivamente en el relato nacional. En ese sentido resultaron inspiradoras las sugerencias realizadas por Ernesto Bohoslavsky y Germán Soprano (2010) sobre la relevancia de quitarle al Estado el lugar central que ha tenido en el análisis de la política y la sociedad, rastreándolo en sus instituciones provinciales o locales, en su heterogeneidad de agencias y funcionarios, cada uno con sus lógicas y prácticas sociales específicas. En esta línea María José Ortiz Bergia (2015) ha subrayado la importancia que han adquirido los trabajos sobre el Estado en el interior del país en el marco de una preocupación más consistente por visibilizar la complejidad de la realidad estatal y su carácter plural. Según la autora, el relevamiento de las singularidades de los contextos provinciales y territorianos en la construcción del orden estatal, permiten nuevas conceptualizaciones, explicaciones y temporalidades de los procesos históricos en el país, alternativos a los construidos a partir de los espacios metropolitanos.

Cita sugerida: Biernat, C. y Ramacciotti, K. I.(2016). Casamientos católicos de funcionarios y militares en Buenos Aires eHispanoamérica. Intrínseca constitución de algunos de sus matrimonios secretos, de conciencia u ocultos. Siglos XVIII-XIX. *Trabajos y Comunicaciones* (44), e020. Recuperado de: <http://www.trabajosycomunicaciones.fahce.unlp.edu.ar/article/view/TyCe020>



Esta obra está bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es_AR

Los análisis históricos de largo plazo de las diversas configuraciones de las agencias sanitarias nacionales y de las sucesivas transformaciones (efectivas y fracasadas) del sector salud apuntaron a marcar características generales estructurales, inherentes a la conformación del sistema y a las relacionadas con su propia tradición histórica, institucional y de los actores involucrados directa e indirectamente en el campo de las políticas sanitarias (Belmartino, 2005; Ramacciotti, 2009; Cetrángolo *et all.*, 2011). No obstante ello, no se han adentrado en las particularidades regionales de estos procesos, a fin de desentrañar sus características peculiares en cada unidad provincial, las relaciones con la administración nacional y sus aportes a la reconfiguración del sistema de salud. Tal como nos advierte Beatriz Moreyra (2009: 15), si bien es necesario evitar el peligro de un provincialismo descontextualizado, creemos que es un desafío pendiente incorporar miradas alternativas de nuestro pasado provincial, con el objeto de conformar una visión más plural y diversa y, por ende, más nacional de la cuestión social y de la gestación y la evolución de las políticas sociales en Argentina.

Haciéndose eco de esta vacancia, surgió el proyecto de poner en diálogo las investigaciones que se están realizando sobre el proceso de centralización administrativa de los sistemas sanitarios nacional y de algunas provincias como Córdoba, Tucumán, Jujuy, Mendoza y Santa Fe, durante la primera mitad del siglo XX. El objetivo de este esfuerzo colectivo es desentrañar las demandas y proyectos que dieron origen al proceso, sus singularidades en el orden nacional y en cada ámbito provincial, las tensiones y/o colaboración entre los distintos niveles de gobierno y las organizaciones de la sociedad civil, los diferentes actores involucrados y los resultados obtenidos.

Los artículos que conforman este dossier suponen el análisis simultáneo de procesos políticos generales y de agencias estatales y políticas sanitarias en el orden nacional, provincial y municipal. De allí que se entrecruzan en los trabajos distintas temporalidades que no están necesariamente ligadas a los ciclos electorales y que refieren a la inercia de las reparticiones y sus funcionarios y a la complicada relación entre los distintos niveles de gobierno. Ejemplo de ello son la continuidad de funcionarios en las reparticiones sanitarias más allá de los recambios gubernamentales, como lo prueba la investigación de Jerez para la provincia de Jujuy; o los avances y retrocesos en el proceso de centralización administrativa nacional, que de ningún modo puede ser pensado como lineal y evolutivo en el tiempo, como lo sugiere el artículo de Biernat. Más aún si, como lo muestra el trabajo de Ortiz Bergia, las intenciones centralizadoras en la órbita nacional, terminaron acentuando las capacidades administrativas de ciertas provincias, lo que contribuyó a forjar el proceso de descentralización de las políticas de salud nacional durante la segunda mitad del siglo XX. Estas conclusiones surgidas de los escritos que integran este dossier nos obligan a repensar las periodizaciones clásicas, ligadas a los cortes políticos de la historia argentina; a proponer nuevas temporalidades y a aceptar el desafío de estudiar los procesos de más largo plazo.

Entre los temas que vertebran los distintos trabajos y, consideramos, se convierten en un valioso aporte para continuar investigando los procesos de centralización y descentralización administrativa del sistema sanitario encontramos, en primer lugar, las trabas del régimen federal, en un contexto de extrema heterogeneidad provincial. Según la Constitución Nacional de 1853, las provincias son responsables de toda área de actuación no delegada en el Estado nacional. Esto llevó, como lo señala Natacha Bacolla en este dossier, a una difusa definición jurisdiccional, en la que si bien la

asistencia sanitaria podía ser reclamada por los diversos niveles de gobierno, en la práctica cristalizó en una preferencia por la gestión local. En consecuencia, la repartición nacional conservó las jurisdicciones de la Capital Federal y los territorios nacionales y las atribuciones de contralor de diversos aspectos sanitarios, de la programación de políticas de salubridad y de intervención en momentos críticos como las epidemias o endemias, dejando a las provincias la puesta en práctica de las políticas de higiene.

Sin embargo, a lo largo de este dossier se analiza cómo la centralización administrativa del sistema de salud no fue el resultado automático de las atribuciones constitucionales que instituyeron la forma de Estado federal. Por el contrario, han sido más bien el producto de un proceso complejo de más de medio siglo en el que se fueron instituyendo cambios en las competencias, en las estructuras estatales y en las relaciones interjurisdiccionales. Frente a este proceso se produjeron tensiones en torno a cuestiones como la defensa de la autonomía de las autoridades sanitarias locales (no solo las provinciales, sino también las municipales), las dificultades en la delimitación de atribuciones y la distribución de los recursos. La combinación de estos procesos influyó en la conformación de un sistema fragmentado en el cual, retomando la idea de Laura Pautassi (2015), dio lugar a una “brecha federal” en la provisión de bienestar y en las coberturas existentes.

Los trabajos reunidos aquí muestran un gran abanico de estrategias de los distintos niveles de gobierno, cambiantes en el tiempo, en la acomodación al intrincado diseño del sistema sanitario. Prerrogativa exclusiva de la repartición nacional para intervenir en los niveles locales ante brotes epidémicos o para comprar y distribuir medicamentos para la cura de dolencias venéreas. Provincias con pocos recursos, como Jujuy, donde conviven organismos de dependencia nacional y provincial sin conflicto y compartiendo los mismos funcionarios. Provincias con muchos recursos, como Córdoba y Santa Fe, que negocian las intervenciones nacionales en función de sus propias conveniencias. Reparticiones como la de Mendoza y Tucumán que provincializan sus sistemas sanitarios en detrimento de las gestiones municipales, a través de la expropiación de sus fuentes de recaudación.

Un segundo tema que estructura los artículos del dossier es el de la conformación de las burocracias estatales. Minuciosas reconstrucciones en los niveles nacional y provinciales nos permiten conocer las características de la administración pública, los sistemas de reclutamiento de sus funcionarios, el peso de los antecedentes políticos, académicos y de las relaciones personales para acceder a los cargos en el Estado, las especificidades de las remuneraciones, inexistentes en las primeras décadas del siglo XX, y los mecanismos para permanecer en la carrera sanitaria. Todas ellas cruzadas por el impacto que la profesionalización de la medicina tuvo en la administración de la salud pública. Por otro lado, nos ofrecen la posibilidad de reflexionar sobre la relación que se establece entre ciencia, técnica, política y administración en la organización del entramado burocrático. En otras palabras, el peso que poseen los técnicos en la configuración y gestión administrativas; cómo transforma la intervención de los profesionales en la política a las propias disciplinas de pertenencia; la relación existente entre legitimidad, autoridad y eficiencia pública a la hora de reclutar funcionarios y evaluar su desempeño; cómo se organizan las distintas reparticiones en relación a su personal (precedente, nuevo, técnico, político, idóneo, experimentado), a la vinculación con el ministerio de tutela y al presupuesto asignado y el impacto que tiene la configuración de la burocracia

administrativa y las alianzas que se establecen en su interior en el resultado de las políticas. Por último, nos permiten romper con la clásica dicotomía entre “técnicos” y “políticos” en la medida que, a través de las trayectorias de algunos funcionarios, podemos seguir, como en el caso de Jujuy y la administración nacional, a determinados funcionarios, en el inicio sanitaristas, que utilizan su gestión en las reparticiones como terraplén para impulsarse a la carrera política nacional. Asimismo, los trabajos iluminan sobre cómo los diferentes actores políticos participan en diferentes ámbitos institucionales, en redes de relaciones personalizadas y de una trama de favores y reciprocidades ligadas a procesos de la política nacional, provincial y municipal.

En tercer lugar, los artículos del dossier dan cuenta de las intensas vinculaciones entre el aparato estatal y la sociedad civil. Por un lado, las demandas de centralización administrativa surgen de determinados sectores de la opinión pública que se expresan a través de la prensa periódica; de la corporación médica nucleada en organizaciones, con sus revistas especializadas, y que establece acuerdos en los congresos científicos; y de los organismos internacionales, como la Organización Panamericana de la Salud, que presionan para que se lleve a cabo lo que en la época se entiende como modernización sanitaria. Por otro lado, otras instituciones de la sociedad civil, como las sociedades de beneficencia o los empresarios que tienen a su cargo los servicios de salud de sus trabajadores, se resisten al control de los organismos estatales y/o a la expropiación de sus funciones asistenciales, al tiempo que permanecen en el entramado de oferta asistencial porque las reparticiones sanitarias carecen de recursos para cumplir por ellas mismas con este objetivo. En este sentido Mariela Fernández y Marisa Rosales analizan minuciosamente la fuerte presencia de los empresarios ligados a la economía azucarera en la provisión de asistencia sanitaria a sus trabajadores pero, en virtud de ello, su fuerte autonomía a la hora de resistir un proyecto de ley provincial del año 1925 que los obliga a cumplir con esta asistencia.

Finalmente, nos interesa marcar tres temas que, si bien son abordados en algunos de los trabajos, creemos que deberían ser profundizados en futuras investigaciones. En primer lugar, la incidencia del proceso de centralización administrativa de los sistemas sanitarios en los ámbitos rurales que, en muchos casos, forman la mayor parte del territorio de las provincias o municipios. En otras palabras, repensar si este proceso generó cambios en la asistencia médica de los pueblos rurales y, en todo caso, si colaboró a mejorarla o la perjudicó en la medida que centró su accionar en las ciudades.

En segundo lugar, la importancia de analizar los presupuestos de los distintos niveles de gobierno para auscultar el alcance de las políticas sanitarias centralizadas. En ese sentido, el trabajo de Ivana Hirschegger estudia el presupuesto de la repartición provincial y concluye que, en los años del gobierno peronista, más de la mitad del dinero recaudado se empleó en pagar salarios -en virtud de del incentivo del ingreso de profesionales de la salud al sistema público, del aumento de dependencias y de los compromisos políticos- y, del resto la mayor parte se destinó a la construcción y mantenimiento de hospitales urbanos, en detrimento de los de campaña y de las salas de primeros auxilios.

Por último, alentamos a los estudios que se animen a explorar la vinculación entre estos procesos de centralización administrativa, legislativa y fiscal y los cambios producidos en la salud de la población. Esto es, en qué medida las transformaciones institucionales influyeron en el

mejoramiento del bienestar de las personas, fundamentalmente en el período del primer peronismo en el que este objetivo se constituyó en justificación del proceso de reorganización administrativa.

Así pues este dossier está formado por seis artículos que aportan al estudio de cómo el Estado, en sus diferentes escalas de análisis, intentó resolver las demandas sanitarias de las poblaciones. En dicho proceso se pusieron en disputa modelos de asistencia sanitaria, intereses políticos de diferentes actores sociales e ideas en torno a cómo concebir la salud pública y los derechos ciudadanos. Dicho de otra forma, nos permiten reconocer al Estado como una institución compleja en constante construcción.

Carolina Biernat en “Continuidades y rupturas en el proceso de centralización de la administración sanitaria argentina (1880-1945)” analiza los límites que debió afrontar el Departamento Nacional de Higiene desde el momento de su creación, en 1880, para avanzar en sus intenciones centralizadoras. Entre ellos se encuentran su escasa autonomía administrativa, las superposiciones jurisdiccionales con otras dependencias del Estado, las indefiniciones respecto de su supremacía jerárquica, la resistencia de las provincias, los municipios fuertes y las asociaciones benéficas y los conflictos de proyectos al interior mismo de la repartición. De todos modos, la ampliación de atribuciones del Departamento Nacional de Higiene en aspectos novedosos de la política sanitaria, fue generando una suerte de legitimidad científica y administrativa de la repartición que se constituyeron como indispensables, una década más tarde, para centralizar su acción por sobre la de las provincias y las organizaciones civiles de asistencia. Por otro lado, también fueron fundamentales en este proceso el apoyo brindado por los legisladores a través de la presentación de proyectos parlamentarios, que no llegaron a convertirse en ley pero que situaron en el debate público la racionalidad de la centralización administrativa y, conforme avanzó la década del treinta, la necesidad de la “unidad de comando” de la asistencia sanitaria y la social. En suma, la sustanciación de los pactos de gobernabilidad y funcional pero, principalmente, del distributivo, generaron intensos conflictos a lo largo de un siglo que fueron resueltos, recién, durante los años del primer peronismo. La reorganización del Estado a través de nuevos intentos de fortalecimiento de su administración federal y de racionalización de su burocracia, en la cual la estructura administrativa sanitaria se vio comprometida, respondió a un nuevo pacto de gobernabilidad.

María José Ortiz Bergia en “Los límites de la centralización estatal en la Argentina y la provincialización del sistema de salud público cordobés en la primera mitad del siglo XX” analiza cómo las trayectorias de las jurisdicciones subnacionales permiten explicar en parte la conformación de un sistema de salud descentralizado administrativamente en los estados provinciales. Según la autora, la descentralización del sistema de salud no fue el resultado automático de las atribuciones constitucionales que instituyeron la forma de Estado federal; por el contrario, han sido más bien el producto de un proceso complejo de más de medio siglo en el que se fueron implementando cambios en las competencias, en las estructuras estatales y en las relaciones interjurisdiccionales. En la generación de ese proceso subyacieron diferentes factores, como los usos políticos de las adhesiones sociales producidas por los servicios sanitarios, los intereses de las burocracias y expertos estatales favorables a la estatización de los servicios, las dificultades de las agencias nacionales para penetrar el territorio y la expansión de una demanda pública que presionaba sobre la agenda estatal y las modalidades de inversión. Estos fenómenos se desarrollaron

en un contexto global en el que se estaban generando transformaciones en las prácticas médicas que imponían nuevas demandas sobre los diferentes actores civiles y estatales, complejizando sus prestaciones en términos técnicos, financieros y administrativos.

Natacha Bacolla en “Nuevas capacidades estatales para una sociedad transformada. Instituciones y políticas sanitarias en la provincia de Santa Fe primera mitad del siglo XX” profundiza en las transformaciones institucionales en el área de la salud pública en Santa Fe y presta atención no sólo a la relación que se plantea con la Nación sino también con las jurisdicciones subprovinciales; deteniéndose en los actores y las condiciones de posibilidad de las reformas implementadas. Su trabajo analiza tres coyunturas: la del contexto previo y la sanción de la ley de sanidad provincial en 1932, la de los cambios sostenidos durante la segunda mitad de la década de 1930 que darán lugar a la creación del Ministerio de Salud y Trabajo en 1941 y la de las innovaciones proyectadas desde la intervención de 1943 y los posteriores gobiernos peronistas. El estudio de caso santafesino le permite plantear un conjunto de variables explicativas que dan cuenta de factores que no sólo pasan por las capacidades económicas para sostener la expansión de herramientas de intervención y equipamiento sanitario, sino que involucran otras condiciones de posibilidad. En primer lugar, la conformación de un consenso social y político que asimila, lentamente, que el bienestar colectivo es parte de los derechos de ciudadanía y condición de modernización material. En segundo lugar, la formación de cuadros de expertos necesarios para llevar adelante estas nuevas visiones de la gestión y la administración sanitaria y su relativa continuidad en las agencias estatales involucradas. En tercer lugar, la compleja ingeniería institucional de coordinación de las políticas de asistencia médica y social en la coyuntura de mediados de siglo.

En el artículo “Trayectorias locales y proyecciones nacionales en el proceso de centralización sanitaria en Tucumán (1900-1950)” de María Estela Fernández y María del Carmen Rosales se examina el proceso de centralización sanitaria en la provincia de Tucumán durante la primera mitad del siglo XX. Se detienen en el estudio de sus particularidades y en las vinculaciones con la administración sanitaria nacional que según ellas, dotó de mayor eficiencia al sistema de salud de la provincia, a través de la conformación de organismos específicos y la dotación de un marco legal que sustentara las acciones, y con propuestas para unificar y centralizar los servicios. En Tucumán el financiamiento público fue complementado con contribuciones privadas y en las primeras décadas del siglo XX los gobernantes en general fueron proclives a una mayor intervención en los problemas sociales. Las autoras articulan su aporte marcando diferencias con otras realidades provinciales. Destacan variaciones entre Tucumán y Córdoba ya que sostienen que en la provincia mediterránea el sistema sanitario no fue incumbencia del Estado provincial sino de la beneficencia, los municipios y el Estado Nacional. En cambio, en Tucumán, intervino la Sociedad de Beneficencia y la Asistencia Pública y el panorama institucional reveló una mayor incidencia del Estado provincial y de interacciones entre actores locales. Entre 1900 y 1943 no hubo prácticamente proyección del gobierno nacional en la creación de hospitales y fueron los organismos locales quienes mostraron mayor solidez y ejercieron un papel más activo en el conjunto de las iniciativas. En la relación con los organismos nacionales primó el envío de recursos y subsidios para hospitales, paliativos para situaciones de emergencia sanitaria y de directivas para enfrentar patologías endémicas como el paludismo.

Marcelo Jerez, en “La política sanitaria del peronismo en Jujuy (1946-1952). Emilio Navea y la transformación del sistema de salud pública”, elige como estrategia argumentativa seguir la trayectoria administrativa y política del responsable provincial del sistema sanitario jujeño desde el año 1942 para marcar las continuidades y las transformaciones de las intervenciones sanitarias públicas jujeñas durante los gobiernos peronistas. Entre las primeras resalta la escasez de recursos y personal, fundamentalmente en las zonas rurales; la inexistencia de tensiones entre los municipios y la provincia, en virtud de la baja concentración de la población y la dependencia financiera de los primeros; la autonomía de los empresarios del azúcar en la provisión de asistencia sanitaria a sus empleados (característica compartida con la provincia de Tucumán); la colaboración entre los organismos nacionales y provinciales y la discreta participación de las sociedades de beneficencia en el terreno social, dócilmente intervenidas en la década del 40. Entre los cambios oficiados durante el ciclo peronista presenta la centralización administrativa de la cartera sanitaria, el diseño de un programa de políticas de salud preventivas, el impulso de nuevas construcciones de establecimientos sanitarios y la producción local de vacunas BCG a través del laboratorio ERESTA. En suma, nos permite reflexionar acerca de la interdependencia entre construcciones administrativas, burocráticas y políticas.

Por último, el artículo de Ivana Hirschegger “La Salud Pública frente a un Estado centralizado: establecimientos y servicios asistenciales en la provincia de Mendoza durante el primer peronismo”, rastrea los elementos esenciales del proceso de centralización sanitaria de la provincia de Mendoza durante el gobierno peronista, a través de un análisis minucioso de los presupuestos nacionales, provinciales y municipales. A partir de esta reconstrucción prueba cómo la complejización estatal, que también se produjo a nivel municipal, encontró sus límites para desplegar la atención sanitaria a nivel local, en el monopolio de la prerrogativa de recaudación y de asignación del presupuesto por parte del gobierno provincial. Por otro lado, la asignación de recursos a la construcción y mantenimiento de los grandes hospitales urbanos, fue en detrimento del sostenimiento de los servicios sanitarios rurales, especialmente las salas de primeros auxilios. Por otro lado, a diferencia de la provincia de Jujuy, los aportes del gobierno nacional, destinados a solventar los gastos de los hospitales, representaron muy bajos porcentajes con respecto al total de recursos previstos.

En suma, el conjunto de trabajos que se ofrece en este dossier constituye una primera sistematización para comprender las tensiones producidas en los procesos de centralización administrativa en los espacios provinciales. Nuestra aspiración es que este esfuerzo inicial inaugure a otros investigadores a buscar archivos locales y a reflexionar sobre las realidades sanitarias desde la clave local, pero en diálogo con la realidad nacional y con los influjos internacionales.

Bibliografía

Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Bohoslavsky, E. & Soprano, G. (2010). Una evaluación y propuestas para el estudio del Estado en la Argentina. En Ernesto Bohoslavsky & Germán Soprano (Eds.) *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 hasta la actualidad)*. Buenos Aires: Prometeo Libros-Universidad Nacional de General Sarmiento.

Cetrángolo, O. *et all.* (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Buenos Aires: OMS.

Moreyra, Beatriz. (2009). *Cuestión social y políticas sociales en la Argentina. La modernidad periférica. Córdoba, 1900- 1930*, Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

Ortiz Bergia, M. J. (2015). El Estado en el interior nacional en la primera mitad del siglo XX. Aproximaciones historiográficas a un objeto en constante revisión. *Estudios Sociales del Estado*, 1, (1), pp. 59-85.

Pautassi, L. (2015). “Situando el bienestar, identificando brechas”. En Pautassi, L. & Gamallo, Gustavo (editores) *El bienestar en brechas. Las políticas sociales en la Argentina de la postconvertibilidad*. Buenos Aires: Biblos, pp.15-29.

Ramacciotti, K. (2009). *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires: Biblos.