

Trabajos y Comunicaciones, 2da. Época, N° 44, e026, septiembre 2016. ISSN 2346-8971
 Universidad Nacional de La Plata.
 Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
 Departamento de Historia

La Salud Pública frente a un Estado centralizado: establecimientos y servicios asistenciales en la provincia de Mendoza durante el primer peronismo

Public health against a centralized state: institutions and welfare services in the province of Mendoza during the first Peronism

Ivana Hirschegger*

* CONICET – INCIHUSA-CONICET-Mendoza, Argentina | ivanah@mendoza-conicet.gov.ar

PALABRAS CLAVE

Centralización Estatal
 Salud Pública
 Mendoza
 Municipios

RESUMEN

La presente investigación analiza la acción del Estado en materia de salud pública durante el primer peronismo e incursiona sobre algunos factores que condicionaron el éxito o fracaso de las políticas a nivel provincial. El trabajo remite además, a través de algunos ejemplos concretos, a unidades territoriales más reducidas como son los municipios, en tanto ámbitos de aplicación de las políticas públicas o bien ejecutores de las mismas. Algunas de las preguntas que se intentaron responder fueron ¿En qué medida los nuevos cambios en la estructura del Estado fueron acompañados de acciones concretas que incidieran en las condiciones de vida de la población? ¿Qué obstáculos limitaron la acción gubernamental? Se incluirá en este análisis la realización de obra pública por parte del Estado, personal a cargo, como así también las inversiones en otros recursos necesarios para una adecuada atención médica.

KEYWORDS

State Centralization
 Public health
 Mendoza
 Municipalities

ABSTRACT

This research analyzes the state action in public health during the first Peronism and engages on some factors that determined the success or failure of policies at provincial level. The work also refers, through concrete examples, to smaller territorial units such as municipalities, while application areas of public policy or executors of them. Some of the questions that were attempted to answer what extent the new changes in the state structure were accompanied by concrete actions that have a bearing on the living conditions of the population? What obstacles limited government action? the realization of public works will be included in this analysis by the state, staff in charge, as well as investments in other resources necessary for adequate medical care.

Recibido: 30 de octubre de 2015 | Aceptado: 29 de agosto de 2016 | Publicado: 15 de septiembre de 2016

Cita sugerida: Hirschegger, I. (2016). La Salud Pública frente a un Estado centralizado: establecimientos y servicios asistenciales en la provincia de Mendoza durante el primer peronismo. *Trabajos y Comunicaciones* (44), e026. Recuperado de: <http://www.trabajosycomunicaciones.fahce.unlp.edu.ar/article/view/TyCe026>



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

Introducción

En América Latina, los debates acerca de la centralización estatal en materia de salud y las primeras acciones concretas surgieron en la última década del siglo XIX, a fin de controlar enfermedades endémicas y epidémicas. En la Argentina en particular, en 1880 se creó el Departamento Nacional de Higiene y tres años más tarde la Oficina Sanitaria. Desde 1920 aparecieron distintos proyectos que apuntaban a la centralización de la salud pública. En 1938 surgió una propuesta de creación de un Ministerio de Salud; en 1943 se creó la División Nacional de Salud Pública y Asistencia Social que, aunque de corta duración, tenía como misión coordinar y unificar todos los servicios en esta materia. La inmediata creación de la Secretaría de Trabajo y Previsión le quitó a aquella repartición las tareas de asistencia social y jurisdicción sobre la salud de los trabajadores, por lo tanto, con su nueva denominación, la Dirección Nacional de Salud Pública –dependiente del Ministerio del Interior– solo tendría injerencia en lo relativo a la asistencia hospitalaria, la sanidad y la higiene, dotándose de una matriz administrativa cuya finalidad era la cura y la prevención de enfermedades de todo el territorio nacional. Las iniciativas previas a favor de la centralización cobraron mayor empuje en 1946, al transformarse el organismo en la Secretaría de Salud Pública, a cargo del neurocirujano Ramón Carrillo y convertido en Ministerio en 1949. Estas transformaciones a nivel institucional apuntaban a profundizar aun más el proceso de centralización, jerarquización y relativa modernización del área de la salud pública mediante un sistema unificado de salud, que abarcara el cuidado médico, curativo, preventivo y social y ejercer jurisdicción sobre todas aquellas actividades que incidían en la salud de la población (alimentación, vivienda, trabajo, salario, higiene laboral).

Los cambios en la estructura del Estado también se produjeron a nivel provincial y municipal. En Mendoza, desde fines del siglo XIX en adelante el sistema de salud pública fue experimentando, con avances y retrocesos, un proceso de transformación que, paulatinamente, apuntaba a ampliar las competencias y actividades del Estado. Sin desconocer estos antecedentes, el objetivo de la presente investigación es analizar la acción del Estado en materia de salud a mediados del siglo XX, es decir, en un momento en que el sistema de salud pública adquirió un cariz particular con cambios institucionales que, con mayor ímpetu, estaban orientados a la centralización y complejización del aparato estatal. Los nuevos ámbitos de actuación del Estado provincial fueron acompañados de una nueva estructura sanitaria, creándose en 1950 y por mandato del gobierno nacional, el Ministerio de Salud Pública Provincial. Su creación subordinaba las autoridades sanitarias locales al gobierno de la nación y cumplía con el principio de la centralización normativa que se propiciaba. Al igual que a nivel nacional, la organización del sistema en la provincia se volvió más compleja, creándose diferentes departamentos y direcciones que debían tener a su cargo no sólo la labor administrativa, sino también la medicina-preventiva, curativa, medicina trabajo, legal, cultura sanitaria, lucha contra las plagas regionales y las extensión y coordinación de los servicios asistenciales y hospitalarios, de esta manera poder cumplir con el principio de descentralización ejecutiva.¹ Por lo tanto, observar si esta nueva organización fue acompañada de acciones concretas que apuntaban a mejorar las condiciones de vida a la población de Mendoza, es una de las cuestiones en las que se centra nuestro trabajo.

Las altas tasas de mortalidad, mortalidad infantil y el porcentaje de enfermos infectocontagiosos existente en la provincia indicaban la necesidad de gestión del Estado en varias cuestiones de su incumbencia, ya fuera en lo asociado con el ambiente biofísico (clima, temperatura, gérmenes y

parásitos), socio-ambiental (vivienda antihigiénica, ignorancia de la higiene, alimentación irracional e insuficiente, trabajo insalubre), o médico asistencial y curativo, es decir, aquello que debía brindarse a través de establecimientos. No desconocemos que verificar el éxito o fracaso de la nueva organización sanitaria requiere de un estudio integral de todos los aspectos señalados, como así también de la intervención de otros organismos -públicos o privados-. Sin embargo, a través de un estudio parcial y tomando como eje la medicina asistencial o curativa, pretendemos aproximarnos a las posibilidades de concreción de las políticas y de acceso de la población a los servicios de salud. En relación con esto nos preguntamos ¿en qué medida el Estado logró expandir su acción a través de los establecimientos sanitarios (hospitales, salas, centros de salud) y la prestación de servicios? ¿Qué diferencia hubo entre la acción estatal en los centros urbanos y las zonas rurales? En términos generales, se ha afirmado que si bien el gobierno logró una mejora en las condiciones de vida de la población y que el ámbito de cobertura de bienestar se incrementó notablemente, logrando una mayor “democratización del bienestar”, el gobierno sólo llegó a soluciones de alcance parcial y no logró universalizar la política social (Ross, 1993; Torre y Pastoriza 2002, Andrenacci, 2004; Ramacciotti, 2009).

Se incluirá en este análisis la realización de obra pública por parte del Estado, personal a cargo, como así también las inversiones del Estado en otros recursos necesarios para una adecuada atención médica. El hecho de que la falta de medicamentos, equipos y médicos producto de las limitaciones presupuestarias tuviera repercusión a nivel regional (Ramacciotti, 2005: 177), nos lleva a analizar la situación en nuestra provincia y detectar posibles escollos a la acción gubernamental. Por lo tanto, además de las características de los planes provinciales que reflejan la dirección a seguir en materia de obra pública, el análisis de los presupuestos nos resulta un instrumento válido para observar las transformaciones producidas, para entender la gestión gubernamental y sus limitaciones, como así también los resultados de las políticas públicas (Ortiz Bergia, 2012: 231). En este sentido, cabe analizar si los organismos sanitarios sufrieron recortes presupuestarios que afectaron su funcionamiento, es decir, si “el ideal planificador estuvo acompañado con un armazón institucional y presupuestario” que permitiera resultados positivos en la salud de la población (Ramacciotti, 2010: 183).

Si bien no perderemos de vista realidades más amplias como es la provincia tomada en su conjunto, no dejaremos de remitirnos, a través de algunos ejemplos concretos, a unidades territoriales más reducidas como son los municipios (Mapa N° 1), en tanto ámbitos de aplicación de las políticas provinciales o bien ejecutores de las mismas². A partir de un análisis micro buscamos observar particularidades distintivas respecto de otros campos (Fernández y Dalla Corte, 2001; Hespanha, 2002), en este caso el provincial, y dar cuenta además de las características que tuvo la aplicación territorial de la política sanitaria en una provincia que, históricamente, se ha caracterizado por desigualdades subregiones en cuanto a las condiciones de vida su población (Cerdá, 2011). Se persigue también encontrar indicios de la relación provincia-municipio, y de ciertas tensiones entre los distintos niveles jurisdiccionales (Ramacciotti, 2005: 129). Por último, intentaremos verificar si los municipios sufrieron también transformaciones en su estructura de gobierno en busca de la centralización de la atención médica y sanitaria, y en qué medida pudo en la práctica ampliar su ámbito de actuación.

1. La organización sanitaria en Mendoza desde fines del siglo XIX hasta mediados del siglo XX

El Consejo Provincial de Higiene y la Dirección General de Salubridad

En el país, el camino hacia la centralización del Estado en materia de salud comenzó a gestarse a fines del siglo XIX. Tanto desde el debate como desde la creación de ciertas instituciones se apuntó a un proceso de transformación tendiente a una nueva organización sanitaria. En 1891, se creó en Mendoza el *Consejo Provincial de Higiene*, organismo que dirigía la política sanitaria, la profilaxis y el tratamiento de las epidemias, la estadística sanitaria, la reglamentación y el control del ejercicio de todas las profesiones relacionadas con el "arte de curar", el control bromatológico y de saneamiento, como así también del asesoramiento a las autoridades en los diferentes aspectos de carácter sanitario y de la salud. El Consejo era un órgano colegiado integrado por representantes de los diferentes sectores y ramos relacionados con la salubridad en Mendoza. La existencia de este organismo fue muy breve debido a falencias en su funcionamiento y a la falta de recursos, quedando suprimido 1894 de las partidas del presupuesto provincial.

El gobierno de la Provincia, ante las epidemias de viruela, cólera y de difteria que habían incrementado las tasas de mortalidad, contrató, en 1896, al Dr. Emilio Ramón Coni, higienista argentino de reconocida trayectoria y conocimientos que habría elaborado un proyecto cuyos resultados fueron publicados en su obra "Saneamiento de la Provincia de Mendoza". Este contenía las principales ideas y se convertiría en un verdadero plan de salud para aplicar en la provincia³. El proyecto de Coni sobre sanidad e higiene se plasmó en la Ley N° 34 de 1898 que creaba la *Dirección General de Salubridad*, a la que le correspondía todo lo relativo a la administración de la salud pública e higiene en el ámbito provincial, se reorganizaba la administración sanitaria, se reglamentaba el ejercicio de las profesiones sanitarias y se estatúan medidas de higiene y profilaxis frente a las enfermedades infectocontagiosas⁴. Si bien esta política sanitaria y de salubridad quedó interrumpida, ya que en 1898 se derogó la Ley N° 34 e instaló nuevamente el *Consejo Provincial de Higiene*, en 1907 el gobernador Emilio Civit reinstaló en forma permanente la *Dirección General de Salubridad*⁵⁶.

Con la llegada del lencinismo (1917-1930), la *Dirección General de Salubridad* continuó al frente de la salud pública provincial. Este gobierno se propuso extender y mejorar los servicios de asistencia médica a los sectores populares, efectivizando la descentralización geográfica iniciada por los gobiernos conservadores a través de la extensión de los servicios sociales a los departamentos de Mendoza. Avanzó en la creación y ampliación de servicios médico-asistenciales y el diseño de una planificación de la atención de la salud para los sectores populares y de asistencia alimentaria para madres y niños. Fue importante también la construcción y ampliación de redes de agua y cloacas en materia de obras sanitarias (Richard-Jorba, 2011). Hubo además cambios legislativos importantes que otorgaban nuevas funciones al organismo sanitario. Así, la ley N° 926 de 1926 –que derogaba la N° 34 de 1898- ampliaba la órbita de actuación de la *Dirección General de Salubridad* –dependiente del Ministerio de Industrias y Obras Públicas-, siendo sus funciones y servicios la asistencia hospitalaria, hospitales generales y regionales, casas de primeros auxilios, colonias y asilos; la asistencia pública; el Instituto Pasteur; la profilaxis de enfermedades infectocontagiosas y epidemias; la protección a la primera infancia; la asistencia maternal a

domicilio, inspección técnica de higiene, vacuna sanitaria, policía sanitaria, la escuela de enfermeros y masajistas, droguería central, provisión de hospitales y dependencias, inspecciones sanitarias y desinfección⁷.

A pesar de los avances, la situación de la asistencia médica a la población continuó siendo precaria y la infraestructura insuficiente, no logrando modificar sustancialmente las condiciones de vida de los sectores populares en relación con el período conservador (Richard-Jorba, 2011: 56).

La estructura y organización sanitaria se mantendría durante los gobiernos demócratas (1932-1943). Algunos estudios destacan que las partidas presupuestarias y las obras construidas para satisfacer la creciente demanda de asistencia social en las áreas de salud y otras ramas comenzaron a aumentar en Mendoza en los años 30. El Estado, comenzó a ocuparse más ampliamente de las distintas instancias que afectaban a la salud física y al amparo de los “desprotegidos”, asumiendo una posición “progresista” en relación a lo social. Los planes sanitarios realizaron mejoras en las instalaciones hospitalarias como así también se crearon hospitales y centros de salud en diferentes departamentos que cumplían con la atención primaria de los enfermos, extendiendo, al igual que en otras provincias (Ortiz Bergia, 2012: 229), el sistema de salud en todo el territorio, incluyendo áreas rurales (Raffa, 2014). No obstante estas aseveraciones, se trata de un período escasamente estudiado por la historiografía, por lo tanto, no tenemos conocimiento acerca del funcionamiento real del sistema sanitario en la provincia. Esto deja abierta la posibilidad de estudiar, como se ha hecho en otros espacios provinciales, la relación entre las políticas sociales y las reparticiones, el personal especializado, los instrumentos técnicos y los recursos económicos (Ortiz Bergia, 2012), de manera tal de realizar análisis comparativos entre la década de 1930 y el período peronista en nuestra provincia.

En definitivas, desde fines del siglo XIX el sistema de salud pública en la provincia fue experimentando transformaciones que, no exentas de dificultades, ampliaron paulatinamente y sobre todo a partir de la década del 20, las áreas de intervención estatal. Con el peronismo se arribaría a una nueva etapa: la de la medicina social. La vieja higiene que buscaba evitar la enfermedad es complementada con el fomento de la salud (Carrillo, 1974: 143). Siguiendo a Ramacciotti, si bien durante el peronismo los objetivos en el ámbito sanitario retomaron ideas y prácticas previas, la planificación estatal dejó de ser sólo una respuesta a condiciones excepcionales y se constituyó en una modalidad que ofrecía soluciones a las diferentes problemáticas sanitarias regionales (2010: 183).

La reforma institucional en la década de 1940: la creación del Ministerio de Salud Pública

La preservación y el cuidado de la salud física y moral del trabajador y de los ancianos, y la atención y asistencia a la madre y al niño, fueron parte de los derechos sociales contemplados por la Constitución Nacional de 1949.⁸ En la provincia de Mendoza, la reforma constitucional realizada durante la gobernación Tte. Coronel Blas Brisoli, introdujo un capítulo especial denominado “Régimen de la salud pública”. En él se detallaban las funciones que una futura ley orgánica debía establecer para este nivel de gobierno, algunas de las cuales ya habían sido fijadas en las décadas previas. En definitiva, la ley provincial debía establecer la promoción, fiscalización y coordinación de la defensa de la salud individual y colectiva y la asistencia social y debía fijar, con carácter

obligatorio, la medicina preventiva y curativa; dictar normas para la intervención y el control de los establecimientos de salud; promover la investigación; organizar la carrera técnica y administrativa médico-social; reglamentar el ejercicio de las profesiones; entender en todo lo referido a la medicina e higiene del trabajo; fiscalizar la construcción de viviendas urbanas y rurales; solucionar (en sus aspectos médicos, higiénicos y sociales) los problemas vinculados con la maternidad, la niñez, la adolescencia, la invalidez y la incapacidad física o mental, la lucha contra el cáncer, la tuberculosis, las enfermedades venéreas, entre otras; difundir conocimientos de higiene; crear servicios especiales destinados a la lucha contra las enfermedades, etc.⁹

En 1950, la ley provincial N° 1.850 estableció cuatro ministerios: Gobierno y Asistencia Social; Finanzas; Economía, Obras Públicas y Riego, y Salud Pública. En ese mismo año, y en virtud del decreto N° 448, se creó finalmente el Ministerio de Salud Pública provincial,¹⁰ produciéndose con ello reformas sustanciales en el mapa administrativo. Así, la *Dirección General de Salubridad* -dependiente en ese entonces del Ministerio de Gobierno y Asistencia Social-,¹¹ adquirió una nueva estructura técnico-administrativa con la creación de diferentes departamentos y direcciones con diversas funciones administrativas, pero que concentraban también la de medicina preventiva, curativa, del trabajo, legal, de cultura sanitaria y de extensión y coordinación de los servicios asistenciales y hospitalarios. Para llevar a cabo estas tareas se crearon dependencias como la Dirección de Cultura Sanitaria, Medicina Tecnológica, Medicina Preventiva y Social, el Departamento de Medicina del Deporte, de Higiene y Sanidad Escolar, el Centro de Higiene Materna e Infantil, la Dirección de Estadística, de Medicina Legal y Fiscal, el Instituto de Nutrición, Ingeniería Sanitaria, Hemoterapia y Transfusión de Sangre y la Dirección de Readaptación.

Es decir, el rango ministerial logrado, al igual que en otras provincias como Córdoba (Ortiz Bergia, 2012: 231), implicaron transformaciones en las agencias sanitarias existentes, adquiriendo el organismo mayor jerarquía, un organigrama más complejo y diversificado. Por otra parte, hubo cambios en cuanto a la administración de sus recursos, obteniendo mayor autonomía a la hora de tomar decisiones, manejar sus empleados y disponer de su vida administrativa. Anteriormente, los recursos económicos con los que contaba la *Dirección General de Salubridad* eran acordados por el organismo del cual dependía –Ministerio de Industrias y Obras Públicas primero y de Asistencia Social después-, lo que implicaba escasa autonomía en materia económica y, seguramente, de capacidad de decisión en cuanto a las políticas a realizar. Sólo podía administrar y recaudar algunos recursos provenientes de ventas, multas, y donaciones.¹²

Como hemos señalado, el proceso de centralización estatal encuentra su raíz a fines del XIX, sin embargo, las reformas institucionales de la década de 1940 partían de un nuevo concepto, unidad de conducción, unificación de normas y directivas y descentralización de la acción sobre un ámbito preestablecido,¹³ y según la cual, las estructuras debían repetirse desde los organismos centrales hasta los periféricos. Debe destacarse que la centralización de actividades en las instituciones estatales provinciales no fue proceso exclusivo de Mendoza, sino que también se produjo en otras provincias argentinas (Ortiz Bergia, 2012: 231; Bacolla, 2003: 123).

La Ley Orgánica de Ministerios fue derogada en el año 1952 por la Ley N° 2.115, durante la gobernación de Carlos Evans (1952-1955), que estableció la existencia de cuatro Ministerios –

Gobierno, Hacienda, Economía y Asistencia- desapareciendo el Ministerio de Salud Pública, con lo cual las cuestiones bajo su jurisdicción pasaron a depender del Ministerio de Asistencia,¹⁴ aunque la salud se continuó organizando en tres divisiones: la medicina asistencial, sanitaria y social.¹⁵

2. Construcciones hospitalarias y prestación de servicios

Según el Ministro de Salud Ramón Carrillo, uno de los tipos de medicina era la *asistencial o curativa* (Carrillo, 1974: 361, 362 y 365), que consideraba a la enfermedad como “un hecho consumado, generado y desarrollado dentro del ámbito biológico del individuo, sin la influencia de otros ámbitos u orígenes”. Este tipo de medicina se relacionaba con el número de camas por hospital y con los demás servicios prestados por centros asistenciales. Para llevar a cabo esta política el Primer Plan Quinquenal (1947-1951) estableció un *Plan de construcciones, habilitación y funcionamiento de los servicios de salud*, disponiendo la distribución en las provincias 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. Dicho plan de construcciones incluía también obras relacionadas con la maternidad e infancia, la alienación mental, neuropsiquiatría, endocrinología, toxicomanía y crónicos, tuberculosis y lepra.¹⁶

Si bien la construcción de grandes obras (ciudades hospitales y centros sanitarios) en los núcleos más poblados del interior del país eran de competencia nacional, correspondía a las autoridades provinciales realizar aquellas de menor envergadura en los pueblos o zonas que necesitasen hospitales o servicios más reducidos. Además, las provincias debían elaborar un plan regulador de los establecimientos ya existentes para repararlos, aumentar su capacidad, ampliarlos y complementarlos con nuevos servicios (Carrillo, 1974: 233-234).

En la provincia de Mendoza, este plan debía estar adecuado a un diagnóstico en el que si bien las tasas de mortalidad no eran elevadas (10 por mil) y se registraban altas tasas de natalidad (30 por mil), las cifras de mortinatalidad y mortalidad infantil (34 y 86 por mil respectivamente), indicaban la necesidad de ampliar algunos servicios y extender la atención médica y sanitaria hacia ciertos territorios que superaban la media provincial.¹⁷

En relación con los enfermos y tal como se observa en el Cuadro N° 1, si bien sólo el 5% de la población total padecía alguna enfermedad infectocontagiosa, la situación se tornaba más grave si reducimos la escala de observación, ya que el porcentaje en algunos municipios fue mayor. Tal es el ejemplo de Lavalle, La Paz, Tupungato, Tunuyán, San Carlos y Santa Rosa (Ver Mapa N° 1).¹⁸ Estos municipios, de menor población, tenían como característica común poseer sólo zona rural, en la cual la mayoría de los habitantes se encontraban dispersos y con escasas posibilidades de acceder a los servicios sociales básicos. En cambio, existían otros departamentos que además de su zona rural, estaban integrados por centros poblacionales con cierto grado de desarrollo. Se advierte en la provincia un aumento considerable de la población urbana (230%), a partir del surgimiento de centros poblados en municipios pertenecientes al Gran Mendoza (Capital, Las Heras, Guaymallén, Godoy Cruz, Maipú, Luján), a la zona Sur (San Rafael y General Alvear) y Este (San Martín y Rivadavia), llegando en la década de 1940 a superar la población del campo (50,5% y 49,5%,

respectivamente).

Cuadro N° 1: Provincia de Mendoza: Morbilidad Infectocontagiosa. Porcentajes de enfermos en relación con la población total. 1948.

Departamentos	Población total	N° de Enfermos	%
Luján	30.225	675	2
Godoy Cruz	50.686	1.334	2,5
Maipú	47.338	1.768	3
Guaymallén	62.737	2.583	4
San Carlos	15.933	615	4
San Martín	37.464	1.528	4
General Alvear	28.181	1.260	4,5
Capital	111.633	5.627	5
Tunuyán	17.256	874	5
Las Heras	25.548	1.678	6
Rivadavia	24.907	1.452	6
Lavalle	14.126	1.056	7,5
La Paz	6.731	549	8
San Rafael	97.585	7.349	7,5
Tupungato	7.426	632	8,5
Junín	19.304	1.768	9
Santa Rosa	7.978	917	11,5
Total	605.058	30.706	5

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los datos extraídos de *Series Estadísticas de la Provincia de Mendoza*, Número Especial del Boletín Informativo (N°4), Instituto de Investigaciones Económicas y Tecnológicas, 1949, p. 8.

Durante la gobernación de Faustino Picallo (1947-1949), fue sancionado el Primer Plan Trienal destinado a obras y prestación servicios públicos. El segundo plan, de iguales connotaciones, fue sancionado durante la administración del Tte. Coronel Blas Brisoli (1949-1952). Enmarcado en el segundo plan nacional, durante la gobernación de Carlos Evans (1952-1955), fue sancionado el Segundo Plan Quinquenal Provincial que tenía por objetivo redistribuir los servicios hospitalarios en los lugares donde no existieran, poniendo especial énfasis en las áreas rurales.¹⁹ Concretamente, los planes provinciales giraron en torno a tres ejes principales: los hospitales urbanos, los hospitales regionales que brindaban servicios complejos y permitían la internación de los habitantes de su zona de influencia; y la construcción de salas de primeros auxilios en la campaña, de manera tal de expandir los servicios de salud hacia las áreas rurales y llevar el auxilio médico a los habitantes que no podían trasladarse hasta los centros urbanos (ya fuera por distancia, por cuestiones de salud, o por los limitados recursos).²⁰ ¿En qué medida el Estado estuvo presente en estos territorios? Hasta

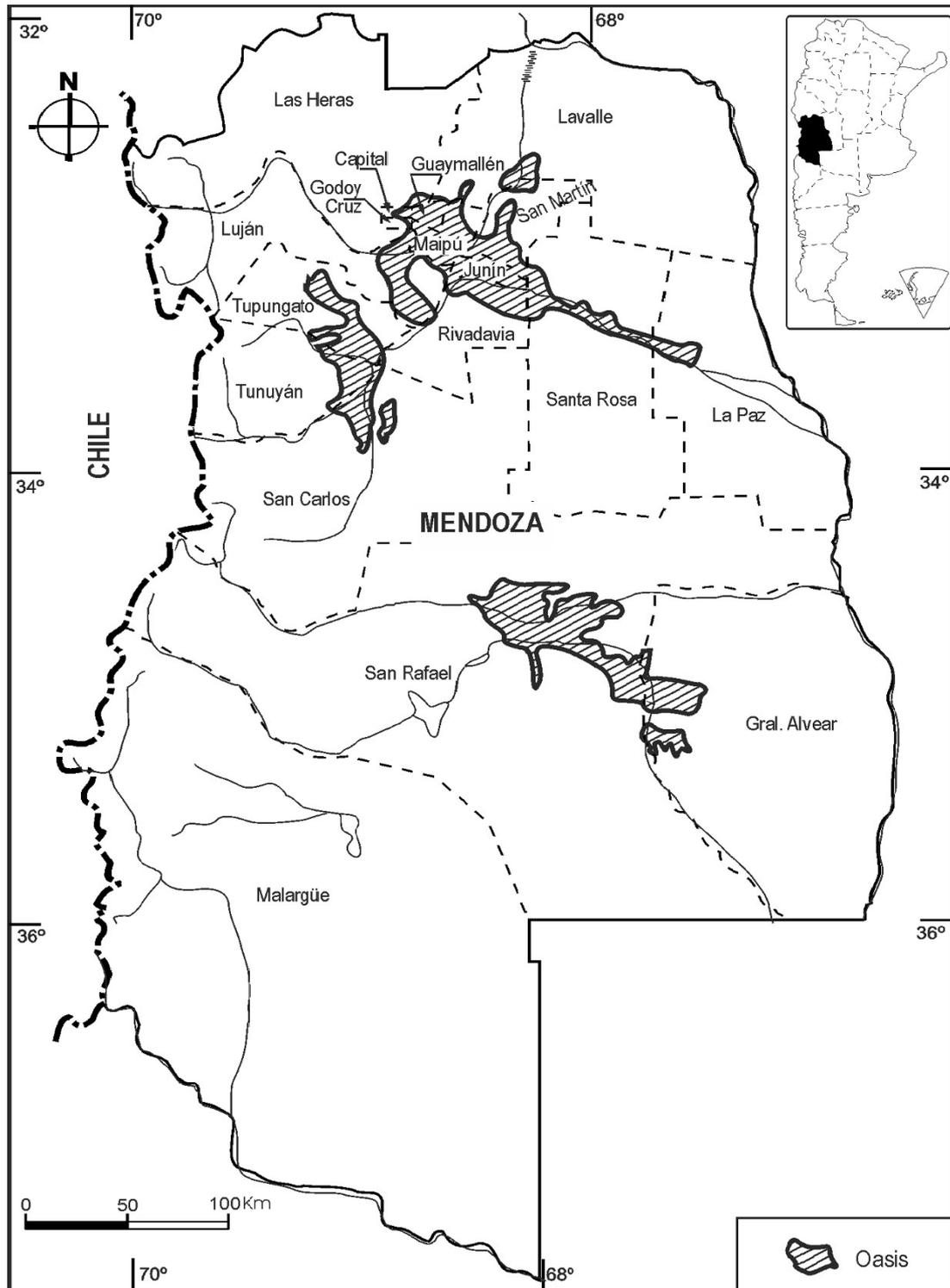
la llegada del peronismo, el funcionamiento y administración de las salas existentes en la provincia eran de jurisdicción municipal,²¹ traspasándose en la década de 1940 al gobierno de la provincia. Esto se produjo, según el gobernador,²² con el fin de unificar el “comando sanitario” y poner en práctica la centralización de los servicios de atención médica, de manera de lograr un régimen uniforme y eficaz en calidad y cantidad de servicios. Se producía así, la misma tendencia que en otras provincias, como por ejemplo Córdoba, en la cual se transfirieron a las provincias establecimientos que hasta entonces estaban bajo la órbita del municipio (Ortiz Bergia, 2012: 229).

Los primeros años de la década de 1950 fueron claves para los diferentes departamentos de la provincia en materia de trabajos públicos, ya que se hallaban terminadas, en ejecución o bien contratadas varias obras. En relación con los hospitales urbanos se creó al oeste de la ciudad de Mendoza un moderno hospital de Infectocontagiosos denominado “Presidente Perón” (actual Lagomaggiore). Además, se realizaron ampliaciones en hospitales provinciales ya existentes como el Néstor Lencinas y el Emilio Civit, éste último con diferentes especialidades. También en materia hospitalaria fueron favorecidos con obras aquellos municipios que forman parte del Oasis sur como San Rafael (ampliaciones en el Hospital Teodoro Schestakow, por ejemplo), General Alvear (ampliaciones en el Hospital Regional) y General Perón (construcción del Micro hospital Eva Perón). También fue ampliado el hospital Regional de Rivadavia, que centralizaba la atención de los enfermos del Este de la provincia (Rivadavia, Junín y San Martín).²³

La dispersión de la población mendocina en un vasto territorio rural, en donde los establecimientos sanitarios se hallan generalmente a gran distancia entre sí, generaban problemas vinculados a la atención médica. La misión de las salas de primeros auxilios era por lo tanto prestar servicios a la población rural comprendida en un radio de acción y en las que se preveía, inclusive, la posibilidad de tener un pequeño número de enfermos internados cuando su gravedad impidiera el traslado a un hospital o cuando el médico no considerara necesario su derivación hacia los establecimientos de mayor complejidad. 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 que por el aumento de la población o por su lejanía con respecto a la ciudad requerían este tipo de obras.²⁴ En respuesta a estas demandas, se planeó la construcción de las salas de primeros auxilios que debían poseer un consultorio externo, una sala de internación con capacidad para cuatro camas, una sala de curaciones y un depósito para materiales, lavandería y baños. Estas previsiones fueron acompañadas de la construcción de 20 salas nuevas en diferentes departamentos,²⁵ como así también obras de reparación y ampliación de algunas ya existentes²⁶. Se produjo así un avance de obras públicas en aquellos municipios eminentemente rurales como Lavalle, Junín, La Paz, Tupungato, San Carlos y Santa Rosa. Sin embargo, la acción del Estado en materia de infraestructura no llegó a todas las poblaciones éstos, observándose tanto desigualdades intra-departamentales como inter-departamentales. Con respecto al primer caso, Lavalle fue un departamento que se caracterizó por políticas de obra pública que posibilitaron la asistencia médica de sólo una parte de sus habitantes. Si bien los planes provinciales pautaron instalar salas de primeros auxilios en lugares donde no existían, estas nunca llegaron a construirse. Es así como en 1955 existían la misma cantidad de salas que en 1946, continuando la mayoría de los distritos desprovistos de las mismas.²⁷ En la localidad de Tres de Mayo, por ejemplo, los

vecinos iniciaron la construcción de un establecimiento de éste tipo, indicador de la ausencia del Estado ante la necesidad de atención médica en la zona. A pesar de los posteriores reclamos realizados al gobierno provincial por la Comisión de Fomento del lugar y de la propia Municipalidad para la finalización de la obra,²⁸ la misma no fue terminada en el período. Debemos destacar que, en Lavalle, tampoco contribuyó el gobierno de la provincia a resolver el problema hospitalario y evitar que la población continuara sin servicios de internación o bien tuviera que trasladarse a la Capital de Mendoza, algo prácticamente imposible para los enfermos del extremo norte del departamento.²⁹ El segundo aspecto a destacar en materia de política de obra pública fue la diferencia entre departamentos, ya que la brecha entre lo planificado y lo concretado fue relativamente menor en aquellos de mayor desarrollo. El gobierno provincial respondió a las demandas de obra pública de los centros poblacionales más importantes de la provincia, como los que estaban ubicados en departamentos del Gran Mendoza o del Sur como San Rafael. En éstos, aunque también con algunos inconvenientes, logró ampliarse considerablemente la dotación de infraestructura, tal como lo indica la construcción de hospitales arriba mencionados. Por el contrario, la falta de previsión o bien el incumplimiento de ciertas obras (que en un principio fueron incluidas en el plan del gobierno) fue una práctica común en departamentos relativamente pobres y totalmente rurales. Se puede citar el ejemplo de hospitales regionales proyectados para La Paz y Lavalle los cuales no fueron construidos durante el período analizado.³⁰ Como veremos más adelante, las posibilidades presupuestarias probablemente determinaron un orden de prioridades que beneficiaron a aquellos territorios que, por su densidad demográfica, ameritaban este tipo de establecimientos.

Mapa N° 1: Departamentos de la provincia (estimación aproximada), 1950.



Fuente: Magraf (INCIHUSA, CONICET-Mendoza.)

A través de algunos servicios prestados por los establecimientos dependientes del Ministerio de Salud Pública (oftalmología, laboratorio, cardiología, radiología, etc.) pueden observarse también los avances o retrocesos en medicina asistencial. Como puede verse en el Cuadro N° 2, el movimiento interno de los establecimientos de la provincia no fue homogéneo. De los hospitales existentes, la mayoría aumentó sus servicios y se observa una mejora en la salud de la población, tal como lo demuestra la disminución de los enfermos infectocontagiosos entre 1950 y 1954 (36%).³¹

La tuberculosis pulmonar, una de las principales causas de muerte en la provincia, pasó de 26 por mil a 11 por mil en ese período, y la sífilis, de 7 por mil a 3 por mil. En estos descensos seguramente contribuyó la construcción de un Hospital de Infecciosos en la ciudad y las ampliaciones realizadas en otros hospitales departamentales. Por ejemplo, en San Rafael, se construyó un pabellón de infecciosos,³² teniendo en cuenta que éstos representaban casi el 70% del total de enfermos del departamento, y el 23% de las personas infectadas en toda la provincia. A finales del período sólo el 15% de los enfermos poseía alguna de estas enfermedades.³³

Cuadro N° 2: Servicios prestados en hospitales y consultorios externos (1950-1954)

Establecimientos	1950	1954	% Variación relativa
Hospital Central (ciudad)	1.382.392	1.603.343	16%
Hospital Emilio Civit (ciudad)	1.100.624	950.942	-13
Hospitales para infecciosos (ciudad)	353.028	420.747	19
Carlos Ponce (Tunuyán)	123.106	216.533	76
Hospital Regional Rivadavia	103.726	147.930	42
Regional General Alvear	182.995	254.293	39
Diego Paroissien (Maipú)	109.810	171.826	56
T. J. Schestakow (San Rafael)	514.245	533.041	3,5
Hospital Gral. San Martín	196.751	198.825	1
Hospital Presidente Perón (Malargüe)	-	23.174	
Hospital Fray Luis Beltrán (Guaymallén)	-	27.000	
Instituto Neuro Psiquiátrico	29.122	189.361	550
Instituto de la Nutrición	81.405	(incluido en el hospital central a partir de este año. Tener en cuenta en el aumento de servicios en ese hospital)	
Medicina de Urgencia	75.639	79.854	5,5
Centro de Alergia	-	7.767	
Salas de Primeros Auxilios	382.417	364.592	-4,5

Fuente: *Anuario, Síntesis Estadística de la Provincia de Mendoza*, p. 45.

En definitiva, el cuadro muestra una situación dispar en cuanto a la prestación de servicios. Por un lado, más ventajosa para ciertas zonas, principalmente urbanas, allí donde los establecimientos hospitalarios aumentaron sus servicios. Otros, en cambio, tuvieron un crecimiento más lento; mientras se observa una situación perjudicial para las zonas rurales, cuyas salas de primeros auxilios disminuyeron sus prestaciones. Probablemente, en este contexto, las nuevas salas construidas no tuvieron efectivo funcionamiento.

2.a. Las asignaciones presupuestarias: incidencia en la disponibilidad de recursos humanos y materiales para prestar servicios

Mayores partidas para gastos en sueldos y creación de nuevos cargos

Si bien para la atención de la salud pública además de las rentas generales que se asignaban en el presupuesto general y las subvenciones correspondientes, se formaría un fondo permanente integrado con una suma igual al 5% del presupuesto de salud y otros recursos especiales,³⁴ en esta oportunidad trataremos sólo los gastos del presupuesto provincial. De esta manera, pretendemos observar el destino de los fondos y la participación del gobierno provincial en la provisión de elementos humanos y materiales para una asistencia médica eficaz. Cabe aclarar que se trata sólo de gastos “previstos”, dado que no poseemos información acerca de la ejecución real del presupuesto. Además, se trata de gastos corrientes para el funcionamiento de las instituciones, ya que los presupuestos sólo en algunos casos suministraron fondos para la construcción de obras públicas.³⁵

Entre los años 1949-1951 se produjo el mayor aumento del presupuesto destinado a “Salud”, llegando a casi el 85% (de \$19.000.000 a \$35.000.000), frente al 57% producido en el período 1946-1948. Sin descartar el proceso inflacionario, en este aumento incidió la complejidad adquirida por la estructura sanitaria que demandaba nuevas dependencias y mayores asignaciones para cubrir los gastos propios de la administración. Sin embargo, a diferencias de otras provincias que duplicaron los gastos en salud con respecto al presupuesto total, tal el caso de Córdoba (Ortiz Bergia, 2012: 231), en Mendoza se produjo un descenso del porcentaje en relación con las partidas globales (pasando del 14,5% en 1949 al 9% en 1951). Fue una tenencia que se dio en un contexto nacional y provincial de constricción del gasto (Ramacciotti, 2010: 202), incluyendo aquellos servicios técnico-administrativos de los ministerios y sus reparticiones. Esto estuvo vinculado con la crisis económica de finales de la década del cuarenta, a partir de la cual el gobierno nacional propone la vuelta al campo y el fomento de la producción agrícola.

Ahora bien, ¿cómo estaban distribuidos los montos previstos en salud? En el año 1946 casi el 60% del presupuesto de “Salud” iba dirigido a sueldos del personal técnico y administrativo, mientras que el 40% restante cubriría los gastos corrientes, entre ellos, la distribución en los distintos hospitales, dispensarios y salas de primeros auxilios de drogas, productos químicos, de farmacia, entre otros³⁶. En 1951, se verifica una mayor concentración de las erogaciones destinadas al pago de sueldo del personal (alrededor del 70%), y una disminución para gastos corrientes (30%), tendencia que continua en el año 1954 (64% y 36% respectivamente).³⁷

Si bien este incremento en sueldos estuvo relacionado con una política de ingresos orientada a evitar la caída de los salarios reales, dado el aumento del costo de vida de la población, es probable

que se haya constituido también en una política para incentivar el ingreso de profesionales a la salud pública (Ramacciotti, 2012: 194), dada la escasa cantidad de personal especializado en algunos municipios. Por ejemplo, en 1948 sólo 12 médicos estaban designados para residir en forma permanente en salas de primeros auxilios de campaña, cifra que no habría variado en relación con 1946.³⁸ Veamos cómo afectaba esto a las diferentes zonas. En la sala de primeros auxilios de Costa de Araujo, departamento de Lavalle, atendía un sólo médico, que a la vez prestaba servicios en hospitales de la ciudad de Mendoza, por lo que las visitas a la misma eran cada dos semanas aproximadamente. Una situación similar era la vivida en Lagunas del Rosario, cuyo médico también atendía a los enfermos del distrito de San José (ubicado a una distancia de 33 km.). Por último, la falta de concurrencia del médico a la sala de Jocolí, hacía que no se prestaran los servicios correspondientes.³⁹ En este último caso, explicaba el gobernador Blas Brisoli: “los pobladores son atendidos por enfermeros ya que los médicos de la Dirección de Salubridad son figuras ausentes en la zona, hasta el extremo que pasan muchos meses sin que aparezcan”.⁴⁰

A principios de la década de 1950, fue notable la creación de nuevos de cargos *administrativos, técnicos y de servicios*.⁴¹ Debemos destacar que en 1946, el 75 % eran puestos administrativos y técnicos, ocupados en su mayoría por profesionales especializados (médicos, dietistas, farmacéuticos, odontólogos, veterinarios, químicos, enfermeros, etc.). Es decir, al igual que a nivel nacional (Ramacciotti, 2010: 191), fueron los médicos los principales encargados de ocupar puestos ejecutivos.⁴² Entre ese año y 1951 el ingreso de personal a la repartición fue considerable, llegando a casi el 40% (2.046 a 2.836). Así, de los aproximadamente 1.500 *administrativos y técnicos* existentes en 1946, pasaron a componer el ministerio unos 2.114 (aumento del 40%). Para las salas de primeros auxilios en particular, se habían asignado unos 37 médicos de residencia permanente. No obstante la incorporación de nuevos profesionales, fue importante también la de personal de servicios (60%).

Si bien la política de ingreso de personal estuvo relacionada con el aumento de las dependencias y la creación de nuevas direcciones en busca de una prestación más eficaz del servicio, no debemos descartar sin embargo, una política tendiente a cumplir ciertos compromisos políticos o buscar apoyo partidario (Skocpol, 1985: 12 y 36-37); o bien, la intención de disfrazar la recesión o la menor actividad económica, utilizando como instrumentos la creación de cargos y mediadas salariales.

Hacia 1954 la incorporación de nuevos empleados (personal técnico, administrativo y de servicios) se atenúa y es considerablemente menor a 1951 (16%).⁴³ Esto representó una disminución de farmacéuticos, bioquímicos, dietistas y enfermeros de los diferentes establecimientos de la provincia,⁴⁴ pero también tuvo impacto en la cantidad de médicos. Por ejemplo, se produjo una disminución de aquellos que trabajaban en forma permanente en las salas de primeros auxilios. Con respecto a estos profesionales, debía existir uno por cada mil habitantes (Carrillo, 1974: 228), pero si observamos en el departamento de San Rafael, en 1954 la cantidad de médicos totalizaba 54, lo que significaba 1 por cada 2.000 habitantes. En municipios de escaso desarrollo como Tunuyán, la situación era peor aún ya que en su hospital solo atendían 3 médicos, para una población de más de 18.000 habitantes.⁴⁵

Aumento de cargos públicos, mayores inversiones en sueldos de personal y menores partidas destinadas a gastos de funcionamiento fue también característico de los presupuestos municipales. En algunos departamentos, como San Martín y San Rafael, ubicados al Este y Sur de la provincia respectivamente, se evidenciaron grandes cambios en las partidas concernientes al pago de “Sueldos y Jornales”, acompañado de una disminución en otros ítems consignados a gastos generales para realizar obras, prestar servicios públicos, etc. El mayor salto cuantitativo se produjo entre los años 1951 y 1952, pues en tan solo 12 meses el presupuesto municipal aumentó un 250%, y fue a partir de aquí que se observó un incremento considerable de empleados públicos (300%). Éstos últimos, absorbieron el 40% del presupuesto, mientras que la partida de gastos generales se mantuvo constante (55%). De manera que, la complejización de la estructura municipal a través de la creación de nuevos departamentos y direcciones (como la de Salubridad y la de Asistencia Social) junto con el nombramiento de cargos en las reparticiones ya existentes,⁴⁶ fueron los que provocaron que ítems como el empleo público adquiriera mayor peso en las finanzas públicas locales, y se convirtiera en una tendencia del periodo.

La distribución territorial de los gastos: establecimientos urbanos y salas de campaña

El hecho de que la política presupuestaria tendiera a mejorar los sueldos del personal, a incrementar el empleo público y a beneficiar a los hospitales urbanos,⁴⁷ sugiere una menor provisión de elementos de curación para dispensarios, hospitales de campaña y salas de primeros auxilios, de ahí que estos establecimientos vieran reducidos sus servicios, tal como señalamos anteriormente. En realidad, esta tendencia de distribución de los gastos en el presupuesto provincial fue característica de todo el período.⁴⁸

Es obvio que la inflación limitaba la capacidad de los recursos asignados. Veamos entonces cómo distribuía el gobierno provincial sus gastos corrientes. Entre 1949 y 1951 los mayores porcentajes serían para gastos del Ministerio y los hospitales de la Capital, entre ellos el Hospital Emilio Civit y el Hospital de Infectocontagiosos (rondando el 60 y 65%); y en segundo lugar, para financiar los que demandara el Hospital Central (entre el 12% y el 20%), también ubicado en la ciudad de Mendoza. Por lo tanto, fueron menores los porcentajes previstos para los *Dispensarios, hospitales de campaña y salas de primeros auxilios* (que varió entre el 12 y 15%). Esta situación es peor aun si se tiene en cuenta que del total asignado para estos establecimientos, el porcentaje que cubriría la compra de elementos y productos medicinales no superaba el 4,5%⁴⁹, significando además, una baja en los porcentajes respecto de 1946, que preveía el 5,6% de los recursos del total destinado a estos establecimientos. Esta distribución de los recursos produjo que algunas salas de primeros auxilios (por falta algodón, alcohol, vacunas y otros elementos básicos) no entraran en funcionamiento.⁵⁰ A esto debía sumarse la falta de médicos que ya señalamos.

En 1954 sólo el 2% iba destinado a gastos de servicio sanitario, elementos de laboratorio, drogas, productos químicos y de farmacia de los establecimientos de campaña,⁵¹ lo que seguramente incidió en la disminución de sus servicios (Cuadro N° 2) y en la falta de cumplimiento de las previsiones del gobierno, como fue llegar a un mínimo de camas para la internación de los enfermos de las zonas rurales.⁵²

3. Un caso de centralización estatal a nivel municipal: el servicio de maternidad integral en el departamento de San Rafael

Según puede observarse en el Cuadro N° 3, las tasas de mortinatalidad y mortalidad infantil que se registraban en la década de 1940 en la provincia lograron disminuirse. Si bien no es un dato menor la construcción de 12 centros materno infantiles en los departamentos del Gran Mendoza (Luján, Guaymallén, Capital, Las Heras y Godoy Cruz)⁵³ y la importancia de los servicios que los mismos prestaron, aquí entra en juego también el papel del gobierno municipal a partir de las transformaciones institucionales que sufrieron algunas comunas, por ejemplo San Rafael.

Según hemos señalado, en la nueva organización sanitaria debía existir unidad de conducción, unificación de normas y directivas, y descentralización de la acción sobre un ámbito preestablecido y partir de ello, las estructuras repetirían desde los organismos centrales hasta los periféricos. De esta manera, en 1951 fue creada en San Rafael la Dirección de Salubridad y Asistencia Social, es decir, se centralizaban en un sólo organismo todo lo referido a la higiene en el ámbito del municipio (expendio y control de alimentos y al faenamiento de animales para el consumo), incorporándose además a la repartición y de manera gratuita, los servicios de odontología, de parteras a domicilio y el Dispensario Municipal de ayuda a la Maternidad e Infancia.⁵⁴

Dentro de la política sanitaria peronista fue central el servicio de la Maternidad Integral “que (...) suponía un nuevo abordaje tanto técnico como social tales que el primero, permitiera una prestación médica de calidad y, el segundo, garantizara la protección de la madre y del niño en todas sus etapas (preconcepcional, prenatal, intranatal y postnatal, hasta la edad preescolar inclusive)” (Di Liscia y Rodríguez, 2004: 69). De acuerdo con esta concepción y en un contexto en el que las tasas de mortinatalidad y mortalidad infantil superaban la media provincial (36 por mil y 98 por mil respectivamente), fue creada la “Caja Municipal de Asistencia a la Maternidad e Infancia”,⁵⁵ mediante la cual la municipalidad realizaba tareas de asistencia e higiene a la madre y al niño, brindando servicio médico,⁵⁶ obstétrico⁵⁷ y de asistencia sanitaria y social.⁵⁸

Si bien en 1952 desaparece el citado organismo del presupuesto municipal, al menos en la forma como había sido creado, la municipalidad continúa cumpliendo con esta función al crearse, bajo su jurisdicción, el Instituto Materno-Infantil “Eva Perón”.⁵⁹ Dicho organismo pretendió cubrir los servicios asistenciales que el hospital provincial Schestakow (ubicado en San Rafael) no estaba en condiciones de prestar o lo hacía en forma deficiente; o también resolver el problema derivado de la carencia de los centros maternos infantiles de jurisdicción provincial en el departamento. Lo cierto es que la disminución de las tasas de mortalidad infantil en San Rafael (de 97 por mil en 1948 a 77 por mil en 1955),⁶⁰ y las altas tasas de natalidad (34 y 30 por mil en 1951 y 1955 respectivamente) sugieren que se produjo una mejora en la atención médica del niño y la madre.

Sin embargo, debe señalarse que la asistencia a la madre y al niño y la salud en general del departamento no estuvo ajena a la falta de recursos. Tal es así que mientras la Caja Municipal funcionó, no variaron los montos destinados a este fin social,⁶¹ existiendo además pedidos ante las autoridades provinciales de aumento de las partidas en el rubro “Salud Pública” y servicios asistenciales del municipio.⁶² En general, las capacidades administrativas con las que contaron los municipios mendocinos a la hora de diseñar e implementar políticas públicas locales fueron muy

débiles. La escasez de recursos financieros y técnicos como también la falta de calidad en el ingreso de los empleados públicos, y la debilidad para estimar y recaudar sus propias rentas impactaron en sus posibilidades de gestionar correctamente los intereses locales. A esto se le suma las tensiones generadas entre la provincia y el municipio por problemas en las fuentes para obtener recursos económicos. Si bien las municipalidades tenían competencia en el cobro de tasas por patentes automotores, esto se traspasó a la órbita provincial transformándose en un impuesto coparticipable a partir de la creación de la Dirección de Tránsito. Esto último, constituyó un avance de la provincia sobre los municipios al mismo tiempo que despojó a las comunas de tales rentas, en un contexto económico nacional y provincial adverso, pues la inflación y el incremento de sueldos y salarios de los empleados públicos municipales imposibilitaba cualquier equilibrio fiscal (Ortega y Hirschegger, 2014: 1-34).

Si bien deberíamos volcar la mirada con mayor detalle sobre la labor las dependencias provinciales, el hecho de que se le atribuyera a la municipalidad la función de atender en forma “integral” a un determinado sector de la sociedad, es un ejemplo más de la extensión del ámbito de actuación del Estado, en este caso municipal, hacia un objetivo de índole social, tal como lo venía propiciando el peronismo. Pero mayor importancia tiene estas transformaciones en el aparato del Estado si se las observa a la luz de otros departamentos como el de Lavalle, en cual no sufrió cambios en el organigrama sanitario del gobierno local. Esto se debió a la presencia de una dirigencia local sin voluntad política o espíritu innovador como para complejizar su estructura de gobierno y desempeñar nuevas y mayores funciones, acorde con la política peronista. Por otra, se trataba de un departamento de escaso desarrollo y con muy pocos recursos económicos para llevar a cabo una acción de este tipo, quedando la municipalidad obligada a ejercer funciones mínimas y tradicionales.⁶³ También entra en juego la mala administración o distribución de esos recursos, tendencia que también se observó en otros departamentos. En el caso de Lavalle lo demuestra el aumento excesivo de gastos en cuestiones ajenas al desarrollo social del departamento, descuidando la asistencia, la cultura, etc.⁶⁴

Cuadro N° 3: Mendoza. Tasas de Mortinatalidad y Mortalidad Infantil en Mendoza. 1948-1955.

Años	Mortinatalidad		Mortalidad Infantil
	Mendoza	Mendoza	Mendoza
1948	34	86	10
1955	25	66	8

Fuente: “Guibourdenche de Cabezas, San Rafael visto a través de las estadísticas”, Mendoza, 1956.

Consideraciones finales

La investigación desarrollada muestra que a mediados del siglo XX, la oferta hospitalaria y de servicios de Mendoza logró expandirse gracias a la puesta en marcha de un plan de obras públicas. El Estado avanzó en la construcción de establecimientos urbanos y rurales para los diferentes departamentos de la provincia, no obstante ello, esta acción tuvo alcance parcial en tanto no pudo

cubrir las necesidades hospitalarias de ciertas zonas de la campaña. La falta de recursos económicos como así también materiales y humanos fueron algunos de los límites impuestos a la capacidad de brindar una mayor y eficaz asistencia médica. De allí, puede decirse que el movimiento interno de los establecimientos provinciales en cuanto a la prestación de servicios distó de ser homogéneo. La complejización de la estructura estatal provincial fue acompañada de una reducción presupuestaria tal que afectó cada vez más la disponibilidad de elementos materiales necesarios para atender a la población rural como así también la designación de personal especializado (médicos) de residencia permanente en éstas áreas. Mayores gastos en personal, pero no sólo de la salud, sino de la administración pública en general, provenientes de las leyes sociales como el salario familiar, sueldos mínimos a los empleados de la administración, aumentos en los haberes mismos y aguinaldo, sumado a la creación de nuevos cargos, entre ellos de personal especializado, fueron los ítems que se robustecieron. Otro factor que no contribuyó a ampliar mayormente la atención médica fueron los aportes del gobierno nacional. Dentro de los recursos provinciales para solventar gastos de hospitales se encontraban las subvenciones de la Nación, sin embargo, representaron muy bajos porcentajes con respecto al total de recursos previstos. Incluso, hacia el año 1953, esta fuente de ingresos desaparecería del presupuesto provincial. Debe tenerse en cuenta además, que el aumento generalizado de los precios de los bienes y servicios jugó un papel importante en la asignación de los recursos.

A pesar de los problemas presentados en materia de infraestructura, servicios, recursos humanos y materiales, las estadísticas muestran a través de los años una mejora en las condiciones de vida de la población. Además de la disminución de las tasas de mortinatalidad y mortalidad infantil señaladas anteriormente y que pueden vincularse con la creación de los centros materno-infantiles y la gestión llevada a cabo por algunas comunas, se observó también, en 1954, una disminución importante del porcentaje de enfermos infectocontagiosos. Probablemente en ello incidieron las construcciones hospitalarias de los centros urbanos que apuntaban a favorecer este sector de la población. Sin embargo, estas estadísticas disgregadas por departamento nos permiten observar cómo en poblaciones menores, relativamente pobres y rurales este porcentaje disminuyó (Cuadro N° 4), equiparándose incluso con departamentos de mayor desarrollo. Probablemente, esta situación pueda ser explicada a futuro por la existencia de otras formas de intervención estatal hacia áreas más alejadas. Es decir, las disminuciones de estas cifras deberían ser analizadas atendiendo, en forma particular, la incidencia que cada flagelo tuvo en las diferentes zonas de la provincia, y al conjunto de políticas sanitarias aplicadas por los diferentes niveles de gobierno, incluyendo no sólo la disponibilidad de establecimientos (de diferentes niveles de gobierno) sino también de servicios de agua potable, cloacales, campañas de vacunación, políticas preventivas, difusión sanitaria, etc.

Cuadro N° 4: Porcentajes de enfermos infectocontagiosos en relación a su población total 1948 y 1954

Departamentos	1948	1954
Luján	2	0,8
Godoy Cruz	2,5	2
Maipú	3	1,7

Guaymallén	4	2
San Carlos	4	3,3
San Martín	4	1
General Alvear	4,5	1,5
Capital	5	2,5
Tunuyán	5	3
Las Heras	6	4
Rivadavia	6	1,8
Lavalle	7,5	2,5
La Paz	8	1,2
San Rafael	7,5	3,3
Tupungato	8,5	4,3
Junín	9	0,8
Santa Rosa	11,5	2

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los datos extraídos de *Series Estadísticas de la Provincia de Mendoza*, Número Especial del Boletín Informativo (N°4), Instituto de Investigaciones Económicas y Tecnológicas, 1949, p. 8; Anuario, Síntesis estadística y geográfico-económica de Mendoza, 1954, 46.

Notas

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

2 El aporte de conocimientos sobre políticas peronistas en espacios más pequeños, ha constituido la mayor originalidad de algunas investigaciones en los últimos años, y han permitido dar cuenta de la complejidad del fenómeno peronista y de la diversidad de realidades, incluso dentro de una misma provincia (Melon Pirro y Quiroga, 2006; Salomón, 2012; Solis Carnicer y Camaño Semprini, 2014).

3 Para promover la educación sanitaria en las familias, escuelas, etc.; sistematizar y ampliar la potabilización del agua; proyectar de inmediato un sistema de cloacas; crear una inspección de veterinaria; reinstalar una Oficina Química Provincial; crear un Laboratorio Bacteriológico; crear de una estación de desinfección; extender y mejorar la arboleda y creación de parques y espacios verdes; instalar inodoros en los domicilios privados; hornos destructores de basuras; desinfectar para los casos de difteria, viruela, tifoidea, tuberculosis, escarlatina, sarampión y cólera.

4 Provincia de Mendoza, Recopilación de Leyes, 1896-1924, T. V, Mendoza, 1925.

5 <http://archivo.losandes.com.ar/notas/2002/10/17/sociedad-52458.asp>.

6 <http://archivo.losandes.com.ar/notas/2002/10/17/sociedad-52458.asp>.

7 Ley N° 926, *Boletín Oficial de la Provincia de Mendoza*, 2 de febrero de 1928.

8 Art. 37°, Capítulo III: Derechos del Trabajador, de la Familia, de la Ancianidad y de la Educación y la Cultura, (Constitución de la Nación Argentina, en *Anales de la Legislación Argentina (ADLA)*,

1949, p. 5).

9 Sección Octava, Capítulo Único, Régimen de la Salud Pública (*Constitución de la Provincia de Mendoza, (ADLA)*, Mendoza, junio de 1949, pp. 2.500-2.501).

10 Le correspondía lo relacionado a la salud de los habitantes y debía dirigir y controlar la higiene pública, la medicina preventiva, profiláctica y social, así como también intervenir en cuestiones de legislación, política, organización del régimen sanitario; la higiene urbana y rural, preescolar y escolar, industrial, etc.; la medicina sanitaria (profilaxis y tratamiento de enfermedades endémicas y sociales), la asistencia médico-social (asistencia médica gratuita, atención integral a la madre y al niño, hospitales para agudos, crónicos, servicio sanitario ambulante, maternidades y hospitales de niños, centro materno infantiles, sanatorios, etc.), promover la educación y estudios sanitarios (divulgación sanitaria, estadísticas y censos, fomento de la investigación científica, etc.), y por último, le correspondía “el arte de curar”, control y dirección de personal sanitario, reglamentación de la carrera sanitaria, la escuela de enfermeros, farmacia, etc. (*Ley Orgánica de Ministerios, Capítulo VII: Salud Pública, en Boletín Oficial, Mendoza, 16 de enero de 1950, p. 265-266*).

11 *Ley N° 1.563, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos, Mendoza (1946); Ley N° 1.648, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos, Mendoza, 1947; Ley N° 1.695, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos, Mendoza, 1948; Ley N° 1.796, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos, Mendoza, 1949.*

12 *Ley N° 926, op. cit.*

13 En donde los diferentes organismos de cada una de las unidades geográficas en las que se dividiría al país, tendrían a su cargo no sólo la ejecución de las distintas políticas, sino también la conducción normativa pero a nivel regional, zonal, distrital o local (Ministerio de Salud Pública de la Nación, Subsecretaría Técnica, *Organización Sanitaria Argentina, Principios, Normas y Reglamentos de Orden Interno*, Buenos Aires, 1952, p. 14).

14 *Boletín Oficial de la Provincia de Mendoza, Mendoza, 13 de noviembre de 1952, p. 1.236.*

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

16 *Presidencia de la Nación, Plan de Gobierno, 1946:110-111.*

17 Entre ellos San Rafael (*Series Estadísticas de la Provincia de Mendoza, Número Especial del Boletín Informativo (N°4), Instituto de Investigaciones Económicas y Tecnológicas, 1949; Guibourdenche de Cabezas, San Rafael visto a través de las estadísticas, “Revista de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Cuyo”, Mendoza, 1956*).

18 *Series Estadísticas de la Provincia de Mendoza, Número Especial del Boletín Informativo (N°4), Instituto de Investigaciones Económicas y Tecnológicas, 1949: 8; Anuario, Síntesis estadística y geográfico-económica de Mendoza, 1953: 46.*

19 *Boletín Oficial de la provincia de Mendoza, leyes N° 1.617/47, 1.795/49 y su modificatoria N° 1.900/50. Gobierno de Mendoza, Segundo Plan Quinquenal Provincial, 1952, p. 27.*

[20](#) Boletín Oficial de la provincia de Mendoza, leyes N° 1617, 1947; 1.795, 1949 y su modificatoria N° 1.900, 1950; *Provincia de Mendoza, Mensajes del Gobernador a la Legislatura (1947-1955)*; Diario *Los Andes*, 1-9-1948: 6; Gobierno de Mendoza, Secretaría de Informaciones, *Agua, Vivienda y Salud*, 1952, p. 22.

[21](#) Guía de Mendoza, *Departamento de San Rafael*, 1949, p. 989.

[22](#) *Mensaje del Gobernador...*, op. cit., 1953, p. 57.

[23](#) *Mensaje del gobernador...*, op. cit., 1948-1954; Oficina de Prensa e informaciones del Poder Ejecutivo, *Agua, Vivienda y Salud*, Mendoza, 1951, pp. 27-123.

[24](#) Diario *El Comercio*, 4-8-1947, p.4; Diario *Los Andes*, 29-7-1948, p. 6; 5-8-1948, p.6; 10-5-1949, p.6; 31-7-1949, p.12; 13-3-1952, p.4; 14-3-1952, p.3.

[25](#) San Rafael, General Perón, General Alvear, La Paz, Tupungato, Las Heras, Maipú, Godoy Cruz, Junín, San Martín y Lavalle.

[26](#) En San Rafael, Las Heras, Junín, Luján, San Carlos y Santa Rosa (*Agua vivienda y salud*, op. cit., pp. 26-120. Mensajes del gobernador.... op. cit., 1954, pp. 45-46).

[27](#) Según los datos obtenidos de Guía de Mendoza, Departamento de Lavalle, Mendoza, 1940; Ediciones del Diario *Los Andes* (1946-1955); Mensajes del Gobernador a la Legislatura (1946-1954). Los únicos avances que podemos mencionar, son la dotación de edificios nuevos para las salas ya existentes en zonas apartadas fuera del oasis como son San Miguel y Lagunas del Rosario, lo que resulta relevante ya que se brindaría un mejor servicio en esas zonas. Por otro parte, se creó la sala de maternidad en la villa cabecera del departamento.

[28](#) *Los Andes*, 3 de febrero de 1949:4; *Sesiones del Honorable Concejo Deliberante de la Municipalidad*, 1949, p. 60; Mensaje del Gobernador..., op. cit., 1953, 94.

[29](#) Boletín Oficial de la Provincia de Mendoza 1951, p. 2.356; *Los Andes*, 5 de junio de 1947, p. 6.

[30](#) Diario *Los Andes*, 4 de mayo de 1947, p. 8. Este distrito concentraba el 22,5% de la población de todo el departamento (alrededor de 3.000 habitantes) (Boletín Informativo, *Estadística...*, op. cit., 1947, p. 5). Archivo General de la Nación, Presidencia de la Nación, Ministerio de Asuntos Técnicos, Carpeta N° 45, Legajo N° 16.156

[31](#) *Anuario. Síntesis Estadística de la Provincia de Mendoza*, Mendoza, 1954, p. 47

[32](#) Diario *Los Andes*, 10-8-1947, p 5; 12-8-1947, p. 6; 18-3-1949, p.4; Diario *El Comercio*, 12-8-1947, p. 4; 18-3-1948, p. 4; 31-5-1948, p. 5.

[33](#) Guibourdenche de Cabezas, Martha, San Rafael visto a través de las estadísticas, Mendoza, 1956; *Anuario. Síntesis Estadística de la Provincia de Mendoza*, 1953, p. 46.

[34](#) *Constitución...*, op. cit., p. 2.502. *Mensaje del Gobernador a la Legislatura*, Diario de Sesiones de la Honorable Cámara de Senadores del 1 de junio de 1950, T. 1, Sesiones preparatorias, ordinarias y extraordinarias, Mendoza, p. 44.

[35](#) La mayoría de éstas eran establecidas por leyes especiales y no financiadas con las rentas

generales, ni incluidas en el presupuesto provincial, sino que la base de su financiamiento era el título público.

[36](#) Alquiler de inmuebles, combustibles y lubricantes, útiles, maquinaria, limpieza, tasas e impuestos, pasajes, fletes, adquisiciones varias, uniformes y equipos, máquinas, motores y herramientas, etc. (*Ley N° 1.563, Presupuesto General...*, op. cit.).

[37](#) Ley N° 2278, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos para el ejercicio 1954, Ministerio de Hacienda, Mendoza, 1954, p. 155.

[38](#) *Ibídem*, p. 27; *Ley N° 1.695, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos, Mendoza, 1948*, p. 127.

[39](#) Diario *Los Andes*, 1 de agosto de 1948, p. 7; Diario *Los Andes*, 18 de setiembre de 1948, p. 5; (Diario *Los Andes*, 23 de setiembre de 1949, p. 8).

[40](#) *Los Andes*, 24 de abril de 1950, p. 4

[41](#) *Ley N° 1.796, Presupuesto General...*, 1949, op. cit.; *Ley N° 2.019, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos para el Ejercicio 1951, Mendoza, 1952*, pp. 98-110.

[42](#) *Ley N° 1.568, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos para el año 1946*, pp. 127-132.

[43](#) Ley N° 2278, Presupuesto General..., op. cit., 1954, p. 135.

[44](#) *Anuario, Síntesis...*, 1954, p. 48.

[45](#) *Ibídem*, p. 48.

[46](#) Municipalidad de San Rafael, Digesto Municipal, Ordenanza N° 713, Presupuesto General de Gastos de la Municipalidad de San Rafael, ejercicio 1948; Ordenanza N° 987, Presupuesto General de Gastos de la Municipalidad de San Rafael, ejercicio 1951; Ordenanza N° 1080, Presupuesto General de Gastos de la Municipalidad de San Rafael, ejercicio 1952.

[47](#) Aunque insumían más recursos económicos no sólo por recibir la mayor cantidad de pacientes sino también por tener mayor equipamiento de alta complejidad.

[48](#) Por ejemplo, llegado el año 1954, se asignaba un 64% en sueldos, mientras que en otros gastos sólo el 36%.

[49](#) La mayor participación la tuvo el rubro racionamiento y alimentos (entre el 55 y 70%).

[50](#) En Villa Atuel de San Rafael (Diario *El Comercio*, Mendoza, 13 de setiembre de 1949, p. 3).

[51](#) Ley N° 2278, Presupuesto General..., op. cit., 1954, p. 167.

[52](#) *Anuario, Síntesis...*, 1953, p. 43; 1954, p. 48, 52.

[53](#) Diario *Los Andes*, 25 de agosto de 1953.

[54](#) Acta N° 128 del 11 de junio de 1951, en *Libro de Actas del Honorable Concejo Deliberante de la Municipalidad de San Rafael*, 1951).

[55](#) Item “Asistencia Social” del Presupuesto Municipal para el ejercicio 1950 (Ordenanza N° 894, *Honorable Concejo Deliberante...*, op. cit., 1949) y Presupuesto Municipal para el ejercicio 1951 (Ordenanza N° 987, *Honorable Concejo Deliberante...*, 1950).

[56](#) 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, análisis químicos y rayos X (Art. 2° inc. a de la Ordenanza N° 878 de 1949, *Honorable Concejo Deliberante de la Municipalidad de San Rafael*, 1949).

[57](#) 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, *Ibídem*).

[58](#) 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, *Ibídem*).

[59](#) 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*, 13 de enero de 1952, p. 4).

[60](#) Guibourdenche de Cabezas, “San Rafael visto a través...”, op. cit.).

[61](#) Ordenanza N° 894 (*Presupuesto Municipal de Gastos y Calculo de Recursos*, 1950) y Ordenanza N° 987 (*Presupuesto Municipal de Gastos y Calculo de Recursos*, 1951)

[62](#) *Diario Los Andes*, 11 de octubre de 1950, p. 4 y Acta N° 108 (en *Libro de Actas...*, 30 de julio de 1950, p. 96).

[63](#) El ejercicio de este tipo de funciones son las que se observan en las ordenanzas municipales sancionadas entre 1947-1953 (en *Libro de Ordenanzas y Resoluciones Honorable Concejo de la Municipalidad de Lavalle*, 1947-1953).

[64](#) *Libro de Actas del Honorable Concejo Deliberante de Lavalle*, 23 de enero de 1949.

Bibliografía

Andrenacci, L., et al. (2004). 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.

- Carrillo, R. (1974). *Contribuciones al conocimiento sanitario*. Obras Completas. Tomo II. Buenos Aires: Eudeba.
- Cerdá, J. M. (2011). *Condiciones de vida y vitivinicultura, Mendoza 1870-1950*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
- Hespanha, A. (2002). *Cultura jurídica europea. Síntesis de un milenio*. Madrid.
- Di Liscia, M. H. y R., A. (2004). “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.
- Fernández S. y Dalla Corte G. (2001). *Lugares para la historia. Espacio, historia regional e historia local en los estudios contemporáneos*. Rosario: Universidad Nacional de Rosario.
- Melón Pirro C. y Quiroga N. (editores). (2006). *El peronismo bonaerense: partido y prácticas políticas, 1946-1955*, Mar del Plata: Ediciones Suárez.
- Ortega L. y Hirschegger, I. (2014). Análisis de la capacidad institucional para ejercer autonomía en dos áreas excéntricas de Mendoza durante el peronismo clásico. Posibilidades y limitaciones frente al poder centralizador. En Dossier *Coordenadas. Revista de Historia local y regional*, Vol. 1, 2014, vol. 1
- Ortiz Bergia, M. J. (2012). Provincia y Nación en el proceso de construcción de un Estado centralizado. Políticas sanitarias en Córdoba (1943-1946). *Quinto Sol*. vol.16 no.1 Santa Rosa ene./jun.
- Ortiz Bergia, M. J. (2012). La democratización de la salud. Las políticas sanitarias durante los gobiernos peronistas en Córdoba (1943-1955). *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*. Vol 69. Córdoba.
- Raffa, C., (2014). Lo dicho y lo hecho. Ideas, proyectos y concreciones arquitectónicas de la Fundación Eva Perón en Mendoza (1948-1955).
http://www.academia.edu/9813526/Lo_dicho_y_lo_hecho_Ideas_proyectos_y_concreciones_arquitect%C3%B3nicas_de_la_Fundaci%C3%B3n_Eva_Per%C3%B3n_en_Mendoza_1948-1955.
- Ramacciotti, K. (2005). 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.
- Ramacciotti, K. (2005). Una mirada sobre el estudio de la política social en la Argentina. *Nuevo Tomo, Revista de Historia y Pensamiento Crítico*. N° 1.
- Ramacciotti, K. y Valobra, A. (2003). 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.
- Ramacciotti, K. (2010). Administración sanitaria: reformas y resultados obtenidos, Argentina (1946-1955). En Ernesto Bohoslavsk y Germán Soprano (editores). *Un Estado con rostro humano*

- Funcionarios e instituciones estables en Argentina (desde 1880 hasta la actualidad)*. Buenos Aires: Universidad Nacional General Sarmiento.
- Ramacciotti, K. (2009). *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires: Biblos.
- Salomón, A. (2012). *El peronismo en clave rural y local. 1945-1955*. Buenos Aires: Bernal.
- Ross, P. (1993). Justicia Social: Una evaluación de los logros del peronismo clásico. *Anuario del IEHS*. Tandil: Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional del Centro.
- Solis Carnicer M. y Camaño Semprini, R. (2014). Dossier. El peronismo a escala local y provincial: balances historiográficos y avances empíricos”. *Coordenadas, Revista de Historia local y Regional*, Vol 1 N° 2.
- Skopol, T. (1985). “Bringing the State Back In: Strategies of Analysis in Current Research”. In Peter B. Evans, Dietrich Rueschemeyer, and Theda Skocpol, eds. *Bringing the State Back In*. Cambridge: UK Cambridge University Press.
- Torres, J. C. y Pastoriza, E. (2002). La democratización del bienestar. En Torres, Juan Carlos, *Nueva Historia Argentina, Los Años Peronistas (1943-1955)*. T. VIII. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.