

Trabajos y Comunicaciones, 2da. Época, N° 44, e022, septiembre 2016. ISSN 2346-8971
 Universidad Nacional de La Plata.
 Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
 Departamento de Historia

La centralización estatal en la Argentina y el sistema de salud público cordobés en la primera mitad del siglo XX

María José Ortiz Bergia*

* Universidad Nacional de Córdoba – Centro de Estudios Históricos “Prof. Carlos S. A. Segreti” – CONICET, Argentina | ortizbergia.mj@gmail.com

PALABRAS CLAVE

Centralización Normativa
 Sistema de salud
 Peronismo
 Provincia
 Córdoba

KEYWORDS

Normativa
 Health system
 Peronism
 Province
 Córdoba

RESUMEN

El propósito de este trabajo es analizar los procesos de centralización de las políticas sanitarias en la Argentina a partir del caso del sistema de salud público cordobés. Consideramos que una exploración de las transformaciones de la esfera provincial constituye una vía valiosa para examinar sobre los alcances y contenidos específicos de la centralización de las políticas públicas producida durante el peronismo. Para ello, indagamos en el desenvolvimiento del Estado provincial a través de sus capacidades administrativas y relaciones con otros proveedores durante la primera mitad del siglo XX.

ABSTRACT

The purpose of this article is to analyze the processes of centralization of the health policies in Argentina through the case of the public system of Córdoba. We think that an exploration of the transformations of the provincial sphere is a valuable way to examine on the scope and content of the process of centralization of the public policies produced during the peronism. With that end, we inquire into the development of the provincial state through its administrative capacities and relationships with other providers during the first half of the twentieth century.

Cita sugerida: Ortiz Bergia, M. J. (2016). La centralización estatal en la Argentina y el sistema de salud público cordobés en la primera mitad del siglo XX. *Trabajos y Comunicaciones* (44), e022. Recuperado de: <http://www.trabajosycomunicaciones.fahce.unlp.edu.ar/article/view/TyCe022>



Introducción

Alrededor de la problemática de la salud y la enfermedad en la Argentina, se emitieron tempranamente opiniones favorables sobre la provisión de servicios públicos unificados, que aseguraran coherencia y eficacia a la asignación de recursos humanos y materiales en el cuidado del estado sanitario de la población (Ramacciotti, 2009). Para la elite médica, en especial para aquella alojada en las agencias nacionales, esto fue definido como la atribución de un rol directivo al Estado central en la regulación de las organizaciones de la sociedad civil y las reparticiones de otras jurisdicciones políticas, mediante una estructura que proporcionara sistematicidad a un esquema pluralista y sin planificación. La creación del Ministerio Nacional de Salud Pública constituyó la concreción de esas ambiciones al dotar de mayor coherencia a la estructura sanitaria de dependencia nacional y al proporcionar a sus decisiones competencia federal. Desde la perspectiva de algunas provincias, esto supuso que ese ministerio alcanzara una efectiva centralización de la toma de decisiones y sus agencias se atribuyeran la tarea de fijar las disposiciones técnicas generales que guiaban las políticas sanitarias en todo el país. Empero, la ejecución de las intervenciones sobre la salud de la población permaneció como una función de esos niveles subnacionales, que mantuvieron sus roles de financiamiento e implementación.

La finalidad de este trabajo es mostrar de qué modo Córdoba participó de esos procesos. Al igual que otras jurisdicciones, propondremos que esta provincia perdió autonomía política a instancia de la centralización normativa producida en esa etapa. El caso cordobés, sin embargo, muestra que esa transferencia de autoridad en el diseño de normativas, agendas e instrumentos de acción a las agencias nacionales, se yuxtapuso con otro fenómeno de fortalecimiento de los compromisos provinciales en la desarrollo de servicios sociales. De tal modo, los años cuarenta y cincuenta pueden identificarse por el incremento de las competencias de las agencias cordobesas en la salud de la población y el crecimiento de su infraestructura sanitaria, recursos financieros, materiales y humanos.

Es necesario señalar que Córdoba tal vez resulte un ejemplo difícil de generalizar respecto al resto de las jurisdicciones políticas argentinas. La misma modeliza una provincia con importantes capacidades de diseño e implementación de políticas sociales. Esto se comprende mejor si tenemos en cuenta que, localizada en el centro norte del país y con aproximadamente la mitad de su territorio ubicado en la región pampeana, logró insertarse exitosamente en el modelo agrario exportador, desarrollando actividades comerciales e incipientemente industriales. Ese perfil productivo modeló las posibilidades extractivas del Estado provincial y dotó tempranamente a la elite local de instrumentos de intervención socioeconómica destinados a asegurar el “progreso” provincial. Asimismo, la existencia de una universidad, y dentro de la misma de una Facultad de Medicina, permitió la creación de una corporación médica con gravitación en la elite política y en el diseño de las políticas sociales. A lo anterior, es necesario agregar un escenario político bipartidista y competitivo que desde la entreguerras impulsó la politización de las problemáticas sociales y capitalizó las adhesiones crecientes que estas producían entre la población (AAVV, 2015). En otras palabras, en la provincia mediterránea convergieron diversos factores que conformaron un escenario institucional con el potencial para construir políticas públicas autónomas de las del Estado nacional.²

Con la finalidad de mostrar cómo en Córdoba se produjo un incremento de las responsabilidades

provinciales en la generación de políticas sanitarias en el decenio peronista, en el siguiente trabajo exploramos la estructuración del subsistema durante la primera mitad del siglo XX. El análisis se realiza a partir de la delimitación de diferentes momentos en los que se produjeron transformaciones en las capacidades administrativas provinciales³ y en las vinculaciones que las agencias cordobesas establecieron con otros oferentes, como las organizaciones de beneficencia, los municipios y las agencias nacionales.

El Estado provincial y la marginalidad de la salud pública (1880-1920)

Desde comienzos del siglo XX, el territorio cordobés fue modelando su imagen como provincia-hospital a partir del establecimiento de numerosos servicios sanitarios antituberculosos y psiquiátricos a lo largo de su geografía. Esa infraestructura dependía de diversos oferentes entre los que se destacaban las asociaciones de beneficencia, las mutualidades extranjeras, la comisión nacional de asilos y hospitales regionales y los municipios. Las agencias provinciales, por el contrario, disponían de escasas atribuciones en la gestión de esos servicios y el grueso de sus responsabilidades se materializaba en la asignación discontinua de subvenciones y subsidios.

A pesar de esa acción sanitaria inexistente, desde finales del siglo XIX, a imitación de los avances institucionales generados a nivel nacional (González Leandri, 2010), la provincia se dotó de una estructura burocrática con la cual intervenir sobre las problemáticas de salud y enfermedad. El Consejo Provincial de Higiene fue creado en 1881 con los propósitos de establecer el control de los profesionales de la salud y asegurar la organización de servicios defensivos frente a la incidencia epidémica de las enfermedades (Ley de Creación del Consejo Provincial de Higiene, Provincia de Córdoba, 1944: 3). Para Adrián Carbonetti la instauración del organismo fue el resultado de las pujas médicas por asegurar la medicalización de la salud provincial, estableciendo el monopolio de sus títulos y la eliminación de competidores idóneos (2005).

El Consejo de Higiene, de todos modos, careció de un rol importante como operador en el tratamiento sanitario de la población y tuvo un desarrollo azaroso y marginal dentro de la estructura estatal. Conformado por tres profesores de la Facultad de Medicina, esperó aproximadamente diez años para dotarse de una estructura más sofisticada con la designación de personal permanente.⁴ Para 1914, sus agentes habían sido ampliados solo para incorporar un presidente, dos vocales, un secretario, un inspector de higiene, cuatro vacunadores y dos desinfectadores con los que tenía que atender las necesidades de una población estimada en 735.472 habitantes en una extensa superficie territorial (Dirección de Estadísticas, 1961: 30). Esta marginalidad también se reflejó en la participación del gasto en salud y asistencia social que se mantuvo reducido y estacionario, pues, entre 1900 y 1914 representó aproximadamente el 1% del total provincial (Moreyra, 2009: 61).

Ese escaso crecimiento institucional del área de salud contrastó con las actuaciones que las agencias locales comenzaron a desplegar en otras dimensiones, como la educación, la seguridad y las obras públicas. Esto demostraba las prioridades locales en el crecimiento económico de la jurisdicción y en la institucionalización del Estado. En ese contexto, los sectores liberales propugnaban por “un mínimo de asistencia social pública” que no involucrara la estructura provincial, sino a los entes municipales, las organizaciones de beneficencia, las mutualidades y los servicios gratuitos que los

profesionales estuvieran dispuestos a proporcionar. El período se identificaría entonces por una “privatización del espacio público” con “la hegemonía del modelo mixto de protección social” y una “concepción residual del Estado” (Moreyra, 2009: 22-23).

Adquisición de competencias y construcción de un esquema de salud provincial en la entreguerras

Una nueva lógica política se instauró a partir de los años veinte con las transformaciones del entorno en el que se desenvolvían las elites políticas locales y nacionales. En poco más de dos décadas, los cimientos conceptuales y materiales sobre los que la sociedad pensaba y actuaba fueron radicalmente erosionados y sustituidos. Nuevos repertorios políticos, económicos y culturales emergieron en esa coyuntura y sustentaron las condiciones de posibilidad para que las estructuras políticas provinciales incorporaran novedosas competencias.

En el ámbito de las políticas sociales, la ley Sáenz Peña motorizó en buena medida el desarrollo de un bipartidismo competitivo que utilizó la agenda social como plataforma de adhesiones políticas entre los radicales y demócratas cordobeses. Esto se potenció a partir de la maduración entre la dirigencia política y el mundo intelectual local de los discursos poblacionistas que afirmaban que el capital humano constituía una variable que también aseguraba la acumulación económica. Estos procesos propiciaron el abandono de las lógicas de la higiene defensiva para dar lugar a una preocupación más permanente del Estado por “la salud, la plenitud física y la perfección moral” (Armus y Belmartino, 2001: 287).

La modificación de las competencias provinciales generó que a partir de la década del veinte comenzara a revertirse la marginalidad de la salud pública provincial y fuera creada infraestructura sanitaria destinada a instituir al Estado cordobés como proveedor efectivo de servicios. Esto se plasmó en la instalación de dispensarios de lactantes, venereológicos y antituberculosos y el primer hospital generalista de dependencia provincial. A partir de los años treinta, esas funciones fueron ampliadas y las oficinas locales se instituyeron como responsables de asegurar el estado sanitario de la población residente en su territorio.

Cambios en las capacidades provinciales

Durante los años veinte comenzó a conformarse una infraestructura sanitaria de dependencia provincial con la instalación de diversos establecimientos destinados a tratar lo que eran consideradas enfermedades sociales, como la sífilis, la tuberculosis y aquellas afecciones que elevaban los índices de mortalidad infantil.⁵ El eje estuvo puesto en los espacios urbanos y la mayoría de esos dispositivos se localizaron en la ciudad capital y en las cabeceras departamentales.

En los años treinta, la creación de infraestructura sanitaria provincial se aceleró, pero a partir de una matriz conceptual diferente a la de la década previa. La administración cordobesa puso su foco en la expansión de los servicios de medicina asistencial y generalista, en especial entre la población rural. Entre 1930 y 1943, se crearon aproximadamente 58 dispensarios de primeros auxilios, muchos de ellos con pequeños internados anexos, y 8 hospitales regionales distribuidos en diferentes localidades del interior.⁶ Esa infraestructura permitió al Estado subnacional participar del sistema de

salud público de la jurisdicción junto con otros oferentes, como las organizaciones de beneficencia, los municipios y las reparticiones nacionales.

Los virajes antes mencionados fueron acompañados por modificaciones en las agencias sanitarias como el Consejo Provincial de Higiene, que sufrió reformas en su estructura interna, con la creación de subsecciones y una creciente especialización de sus oficinas. Simultáneamente, se dictaron normativas que establecieron una concentración burocrática del área sanitaria. A partir de 1925, las dependencias creadas o a crearse como los dispensarios de salud, laboratorios y hospitales comenzaron a depender directamente del Consejo Provincial de Higiene para su administración técnica (Provincia de Córdoba, 1944: 7).

Las novedades también se plasmaron, aunque más gradualmente, en la estructura del gasto. La inversión social siguió rondando el 1% a lo largo de los años veinte, pero a partir de 1928, se incrementó hasta alcanzar el 4.05% (Moreyra, 2009: 290). Para los años treinta, se consolidó esa tendencia y hacia finales de los cuarenta comenzó a incrementarse hasta alcanzar el 8% del presupuesto ordinario.⁷ Esa participación en el presupuesto permitió en parte incrementar las capacidades administrativas del Estado provincial para intervenir en la atención sanitaria de la población.

Tensiones en el sistema de salud público cordobés

En los años treinta, los cambios conceptuales y materiales alrededor de las políticas sociales provinciales incentivaron la discusión sobre cuál era la actuación que correspondía al Estado y a las asociaciones civiles en el área social. Entre un sector de la dirigencia política local esto hizo emerger un discurso crítico sobre la legitimidad de la beneficencia como modalidad de gestión de las problemáticas sociales y sobre la necesidad de que el Estado administrara y dispusiera de la infraestructura pública de servicios asistenciales. Ese discurso no fue excepcional en el período, sino que participó de un fenómeno más general de dimensiones nacionales. La construcción de un Estado de Bienestar supuso intentos de racionalizar las intervenciones generadas por múltiples oferentes civiles y estatales, ambición que convirtió a las organizaciones de beneficencia en obstáculos de consideración (Guy, 2000: 328).

Los discursos mencionados hacían del Estado el principal responsable de la salud pública y establecían la exigencia de asegurar a los sectores con menores recursos el acceso a prestaciones gratuitas. Según los dirigentes y los funcionarios, esto debía concretarse por tres medios: facilidades en el acceso a la asistencia, coordinación y contralor de la prestación de los servicios sanitarios gratuitos y ampliación de la infraestructura estatal. Los dos primeros puntos implicaban avanzar sobre las formas en las que estaba organizada la asistencia particular.

Durante los gobiernos radicales (1936-1943), distintos proyectos fueron presentados en las cámaras legislativas provinciales destinados a dotar al Consejo de Higiene de las atribuciones para regular las actividades de los establecimientos subvencionados⁸ y el gobernador explicitó que “Interpretando conceptos científicos modernos, se ha ido entregando a la dirección de aquel organismo central los servicios, que dispersos en varias reparticiones, tienen atingencia con la salud colectiva y espero terminar esa unificación comprendiendo en ella no sólo a los establecimientos de

orden público, sino también aquellos que realizan actividades privadas o de caridad.”⁹ Sin embargo, los intentos por sancionar una ley que sintetizara esas ambiciones no se concretaron en esos años y solo se materializó la transferencia de dos hospitales de beneficencia, uno en la ciudad de Córdoba y otro en Villa Dolores, instituciones crecientemente dependientes de la ayuda financiera oficial como consecuencia de sus crónicas dificultades económicas.

La expansión de los roles asumidos por las agencias provinciales también generó tensiones con otros oferentes públicos, como los municipios y las reparticiones nacionales, en la definición de sus atribuciones y jerarquías recíprocas. En lo que respecta a los primeros, las comunas habían sido desde comienzo de siglo importantes responsables de la atención de las necesidades de salud (Carbonetti, 2005: 90) y la ampliación de las intervenciones del Estado provincial generó interferencias y conflictos explícitos con algunas de ellas. Para comprender esto es necesario señalar que los municipios cordobeses tenían una amplia autonomía respecto del gobierno provincial. La constitución cordobesa establecía que los municipios eran poderes autónomos que elegían sus propias autoridades, administraban sus recursos y gastos y tenían vastas injerencias sociales, económicas y políticas, que ejercían sobre el espacio urbano en el cual proporcionaban servicios públicos. La provincia en consecuencia tenía escasas atribuciones respecto a los mismos y debía coordinar algunas de sus políticas públicas.

Uno de los enfrentamientos más importantes de ese período entre la provincia y los municipios se produjo por un foco de paludismo en los barrios de la ciudad capital. La municipalidad se quejó porque supuestamente el Consejo se estaba entrometiendo en el tratamiento de los enfermos y los funcionarios provinciales protestaron porque la Asistencia Pública municipal no reconocía su jerarquía al informar directamente al Departamento Nacional de Higiene.¹⁰ El municipio rechazó las prerrogativas provinciales porque cumplía “funciones privativas de atención de la salud pública, reservadas al poder municipal, y a las que no pueden renunciar en ningún caso.”¹¹ Conflictos similares se reiteraron¹² y el fiscal de Estado determinó que no existían suficientes prerrogativas sobre los hospitales municipales que eran independientes de cualquier orden.¹³ Esto implicó la supervivencia de los marcos institucionales existentes que proporcionaban considerables niveles de autonomía a las comunas.

Los cambios introducidos en las competencias y capacidades administrativas provinciales también tuvieron consecuencias en la generación de tensiones entre el Estado cordobés y el nacional, embarcado en un proceso similar de ampliación de los espacios de acción de sus agencias sociales (Biernat & Ramacciotti, 2013; Álvarez, 2010). En ese contexto, si bien desde el ámbito provincial se emitió un discurso crítico respecto a la nacionalización de las políticas sociales, los escasos recursos con los que contaban las oficinas cordobesas, las condujeron a aceptar favorablemente la acción nacional sobre la jurisdicción e, incluso, a diseñar intervenciones que complementaban sus recursos. Esta parecía también ser la opción preferida por las agencias nacionales en un contexto en el que tampoco estaban en condiciones de extender sus intervenciones sobre una escala territorial extensa. En las disposiciones de la ley de declaración obligatoria de enfermedades contagiosas, se establecía que eran los Consejos Provinciales los responsables de la recepción y ejecución de las medidas pertinentes (Ley nacional 12.317, Provincia de Córdoba, 1944: 40) y, en Córdoba, a

diferencia de lo que sucedía en el Noroeste Argentino, el tratamiento del paludismo se realizó mediante recursos provinciales subsidiados económicamente por las dependencias del Departamento Nacional de Higiene. La definición armoniosa de las relaciones entre provincia y nación alrededor de las políticas sanitarias parecía responder a una coyuntura institucional en la que ambas jurisdicciones estaban potenciando sus capacidades de acción, pero eran incapaces de intervenir en forma excluyente.

Recapitulando, durante la entreguerras, fueron generados cambios en las competencias de la estructura provincial en el área sanitaria. Esto fue acompañado de la dotación de nuevas herramientas con las que intervenir sobre la salud de la población, a través de la creación de infraestructura y la asignación de recursos económicos de los que las agencias locales carecían entre finales del siglo XIX y comienzos del siguiente. De todos modos, si bien el Estado provincial progresivamente fue incrementando su participación en la atención de las necesidades de la población, lo hizo de manera subsidiaria respecto a un sistema en el que predominaban otros oferentes, como las asociaciones de beneficencia, los municipios y, en menor medida, las reparticiones nacionales.

La construcción del sistema de salud provincial durante la década peronista

Los años cuarenta implicaron un nuevo contexto político e institucional para las estructuras provinciales como la cordobesa. La circulación de discursos intervencionistas estableció nuevos estándares sobre la acción oficial, con objetivos y responsabilidades ampliadas respecto a las décadas previas. En especial, los discursos sobre el bienestar emanados por diferentes fuentes partidarias, gubernamentales, gremiales y asociativas penetraron múltiples esferas de la vida social y dotaron a la población de un nuevo imaginario sobre el Estado y las dimensiones potenciales de su actuación.

Dos procesos fueron desarrollados en esa coyuntura. A partir de finales de la década del cuarenta, se produjeron cambios burocráticos, presupuestarios y legales que dotaron al Estado provincial de mayores instrumentos en la ejecución de políticas públicas, esto implicó un incremento notorio de sus capacidades administrativas. El segundo fue un proceso de fuerte centralización política que caracterizó al peronismo y que incidió en los marcos políticos provinciales reduciendo sus espacios de autonomía en la vida partidaria, gremial y también en el diseño de las políticas públicas. Esto tuvo como correlato el incremento de las prerrogativas nacionales en la definición de las agendas e instrumentos sanitarios cordobeses.

Las transformaciones de la agencia sanitaria cordobesa

Durante los años cuarenta, se produjeron novedades burocráticas, presupuestarias y legales que le permitieron al Estado provincial concentrar administrativamente la mayor parte de los servicios de salud públicos de la jurisdicción. Las condiciones de ese proceso estuvieron dadas por la reforma de las agencias sanitarias cordobesas a partir de la creación del Ministerio Provincial de Salud Pública, la asignación de mayores cuotas presupuestarias y la expansión de sus atribuciones sobre los municipios y las organizaciones civiles.

Las modificaciones introducidas en las agencias sanitarias durante los gobiernos peronistas se

sustentaron en un aumento del gasto público social hasta alcanzar un quinto de la inversión real del gobierno cordobés. Luego de varios años de presupuestos reales decrecientes, en 1951 se manifestó una ruptura en las modalidades de asignación de los recursos en *Salud* con la duplicación de la participación relativa del ítem en el gasto total provincial. A partir de ese año, el 16% del gasto público se dedicó a *Salud* y para 1954 esa tendencia se consolidó con una inversión cercana al 19% de los fondos reales.¹⁴

La dotación de personal de esa repartición puede darnos una dimensión aproximada de lo que implicaron esas novedades en la estructura sanitaria provincial. Si durante los gobiernos de los años treinta el número de empleados dependiente del Consejo Provincial de Higiene había sido incrementado, este fenómeno alcanzó una nueva dimensión durante este período y los 54 empleados de 1943, pasaron a 490 en 1950.¹⁵

Los cambios burocráticos fueron acompañados por un verdadero quiebre en las dimensiones de la infraestructura sanitaria provincial. Los 58 dispensarios de salud y 11 hospitales provinciales¹⁶ de 1943 se convirtieron, en 1954, en 168 dispensarios y salas de primeros auxilios y en 107 hospitales, la mayoría de estos últimos consistentes en pequeños servicios con algunas salas anexas.¹⁷ Esa expansión de los servicios no fue solamente el resultado de su creación, sino también de un fenómeno de transferencia hacia la esfera provincial que analizaremos en el siguiente apartado.

Las innovaciones presupuestarias fueron acompañadas por modificaciones institucionales que transformaron la estructura burocrática subnacional. A mediados de los años cuarenta, el Consejo Provincial de Higiene pasó a denominarse Dirección Provincial de Salud Pública¹⁸ y, hacia finales de esa década, sufrió una revisión más sustancial con la creación de la Secretaría Provincial de Salud Pública, agencia que adquirió estatus ministerial. Luego de la reforma constitucional de 1949 y la sanción de una nueva ley de ministerios, en Córdoba se instauró un Ministerio Provincial de Salud Pública y Asistencia Social. Esto no solo implicó cambios en las denominaciones, sino mayores niveles de autonomía en el manejo económico de su presupuesto, del personal y de sus decisiones en la definición e implementación de sus intervenciones.

La creación del ministerio supuso una nueva etapa institucional para la salud pública provincial también en lo que respecta a su vida burocrática. Las actividades dentro del Ministerio comenzaron a diversificarse, los distintos procedimientos y tareas adquirieron gran complejidad y se multiplicaron las subsecciones de carácter administrativo y técnico. En una nueva reorganización implementada en 1953, se insertaron novedades más generales en su estructura interna que implicaron una modernización efectiva de las concepciones de salud pública y de las funciones estatales respecto a las condiciones de vida de la población.¹⁹

Las transformaciones descriptas propiciaron un redimensionamiento del área sanitaria provincial respecto de las décadas previas. Si en los años veinte y en especial durante los treinta, el Estado cordobés había propiciado la introducción de innovaciones en sus competencias, hacia los cincuenta se habían generado modificaciones administrativas que convirtieron al Ministerio provincial en el principal responsable en la prestación de servicios de salud públicos de la jurisdicción.

La concentración provincial de los servicios de salud y la pérdida de autonomía

Los cambios reseñados se sustentaron también en la redefinición de las relaciones con el resto de los proveedores de salud existentes en la jurisdicción, un proceso por el cual las entidades civiles y municipales perdieron su autonomía e, incluso, su infraestructura a instancias del Estado provincial. En lo que respecta a las organizaciones de beneficencia, esto implicó la revisión de sus relaciones con las oficinas estatales en el área. La dirigencia peronista retiró su apoyo a la mayoría de los emprendimientos benéficos y posteriormente decidió transferir los hospitales que administraban. Para 1950 se traspasaron a la provincia 2.500 camas hospitalarias dependientes de más de una veintena de instituciones de salud de distintas especialidades distribuidas por toda la geografía cordobesa.

Las condiciones de posibilidad para este proceso estuvieron dadas por el incremento de las capacidades provinciales para financiar y gestionar el sistema de salud público y por fenómenos más generales que dificultaron la administración civil de la infraestructura hospitalaria cordobesa. Estos factores han recibido una atención más consistente en trabajos previos, pero podemos destacar algunos de sus rasgos centrales. A lo largo de los años treinta y los cuarenta, las críticas de las organizaciones gremiales médicas contra las comisiones de beneficencia se profundizaron y afectaron la legitimidad de la administración hospitalaria de las mujeres de la elite. También los cambios estructurales producidos en los formatos de las políticas sociales, a través del constante encarecimiento de los insumos y de la mano de obra, impactaron negativamente sobre los presupuestos de las organizaciones de beneficencia. Las innovaciones tecnológicas en medicamentos, tratamientos y aparatología, en especial, a partir de la Segunda Guerra Mundial, aumentaron significativamente los costos hospitalarios dificultando su financiamiento. Esto se profundizó a partir del incremento sostenido en el gasto salarial resultado de la acción gremial de enfermeros y enfermeras y del apoyo estatal a sus reivindicaciones salariales. En ese contexto, las organizaciones de beneficencia, con presupuestos poco flexibles, debieron intensificar sus demandas de fondos estatales para seguir proveyendo asistencia social. Esa coyuntura de estrecheces económicas, en un momento de creciente intervencionismo estatal en el campo sanitario, fue utilizada por los funcionarios públicos para estatizar la infraestructura social de beneficencia.

La transferencia de infraestructura a la esfera provincial también afectó a las jurisdicciones municipales. Así el Ministerio provincial incorporó parte de los servicios comunales a su administración, tal como había sucedido con los de las organizaciones de beneficencia. En el caso de la ciudad capital, el hospital Rawson, el único establecimiento para enfermedades infectocontagiosas de la jurisdicción, cambió de dependencia²⁰ y también un instituto de hemoterapia.²¹ Las cesiones del patrimonio municipal capitalino fueron restringiendo paulatinamente los campos de acción comunal y sus atribuciones sociales hasta delimitarlo en torno a la medicina de urgencia y los servicios de salud ambulatorios. Otros municipios de la provincia también cedieron su infraestructura sanitaria y asistencial al gobierno provincial. Eso sucedió con el hospital y el asilo municipal de Altagracia, el hospital San Isidro de Oncativo, el de La Falda, el dispensario de General Deheza y el de Sampacho.²² Desde las mismas reparticiones públicas se reconoció ese proceso y se justificó la reducción de la acción municipal con el argumento de que la provincia y la nación eran proveedores más importantes de servicios sociales y la actuación

municipal no era necesaria.²³ En 1953, en el Congreso Provincial de Municipalidades, el ministro de salud cordobés informaba a los comisionados que el gobierno tenía la política de traspasar la infraestructura sanitaria asistencial de los municipios “a los fines de aliviar los presupuestos municipales en las partidas que tenían destinadas a la medicina asistencial, el gobierno se ha hecho cargo prácticamente, de todos los servicios asistenciales de la provincia.” En contraprestación, las autoridades locales solicitaban que los municipios cooperaran en la acción social como el cuidado de los ancianos y de la niñez,²⁴ aunque de manera bastante retórica, dado que los principales asilos de ancianos y de niños también habían sido transferidos de la órbita municipal a la provincial.

Distintos elementos permiten comprender cómo el Estado provincial logró incrementar sus atribuciones sobre los municipios y transferir su infraestructura. Las particularidades de la vida política durante la década peronista, con la limitación de las autonomías municipales y el mantenimiento de gobiernos de excepción bajo control provincial, favorecieron esas soluciones. La intervención provincial sobre las intendencias se prolongó entre el golpe de Estado de 1943 y la década del cincuenta, cuando recién se llamó a elecciones para normalizar la vida institucional de las comunas que habían estado administradas por comisionados designados por el gobernador. De todos modos, la capital de la provincia no vio regularizada su situación anómala tampoco en ese momento, sino que la misma fue adoptada como norma en la reforma constitucional de 1949. Por la misma, se dispuso que al frente de la capital de la provincia se designara un comisionado elegido por el Poder Ejecutivo Provincial y que las funciones del Concejo Deliberante fueran ejercidas por la Cámara de Diputados.

Es necesario agregar otros procesos de más largo aliento que debilitaron en particular al municipio capitalino y facilitaron esa transferencia de responsabilidades al Estado provincial. Desde los años treinta, el municipio estuvo atravesado por una intensa crisis económica que incidió fuertemente en el desarrollo de sus recursos para intervenir en las problemáticas sociales. Esto estuvo vinculado al fracaso de los intentos municipales por adecuar sus intervenciones al conjunto de los desajustes sociales que generaban la modernización y la urbanización del período de entre siglos.²⁵ Como consecuencia, entre 1930 y 1955, el municipio cordobés atravesó constantes dificultades para administrar la ciudad capital, en constante proceso de expansión y complejización de su vida urbana. En la base de esos problemas estuvieron sus limitaciones para obtener una estructura de recursos adecuada a las funciones de bien público que deseaba desarrollar. Esos problemas municipales para financiar sus roles sociales fueron congruentes con lo sucedido con las organizaciones civiles, con bases financieras poco adecuadas para responder al encarecimiento de las prestaciones sanitarias y sociales de los años cuarenta.

Para 1955, el Estado provincial había logrado concentrar la ejecución de las políticas sociales en Córdoba. Ahora bien, esa transferencia de servicios de salud fue acompañada por un fenómeno inverso de reducción de sus atribuciones en la definición de las políticas sociales. Esto estuvo vinculado con las restricciones que la particular lógica política del gobierno peronista impuso sobre las autonomías provinciales.

A partir de los años cuarenta, el Ministerio Nacional de Salud Pública (MNSP) redimensionó sus intervenciones alcanzando una penetración del extenso territorio nacional inédita respecto a las

décadas previas. Esto implicó superar los estrechos márgenes en los que se había desenvuelto el Departamento Nacional de Higiene hasta 1943, cuando su accionar se restringía mayormente a la Capital Federal, los Territorios Nacionales y algunas provincias a través de políticas puntuales como el tratamiento del paludismo y las intervenciones materno-infantiles (Álvarez, 2010; Biernat & Ramacciotti, 2013). El fortalecimiento del ministerio nacional durante el peronismo trajo como correlato la expansión de la infraestructura de salud nacional en el territorio cordobés. Sin embargo, esta se caracterizó en forma predominante por un crecimiento que dejó deliberadamente en la esfera provincial la mayor parte de las responsabilidades del área sanitaria.

La infraestructura nacional instalada en Córdoba, si bien importante en valores absolutos, distó de responder a las crecientes necesidades de salud que demandaba una población cordobesa distribuida en un extenso territorio. Los servicios nacionales consistieron en dos hospitales tisiológicos, un centro psiquiátrico y un lazareto, que eran utilizados por pacientes de todo el país (el Centro Tisiológico de Punilla, la Colonia Psiquiátrica de Oliva y el Sanatorio Puente de leprología de San Francisco del Chañar), tres hospitales generales (Río Cuarto, Cruz del Eje y Bell Ville) y una serie de dependencias de especialidades médicas, en su mayoría concentradas en la capital cordobesa.

Ahora bien, esa reducida participación nacional en la administración de servicios de salud no se correspondió con la ascendencia que los funcionarios nacionales adquirieron por esos años sobre el área sanitaria cordobesa. Por el contrario, esta coyuntura se caracterizaría por la gravitación del ministerio nacional definiendo las agendas locales, el diseño de las agencias provinciales, la organización de la infraestructura sanitaria y las distintas intervenciones impulsadas desde las oficinas cordobesas. En otras palabras, el ministerio nacional impondría sus directivas, centralizando la toma de decisiones sobre las políticas sanitarias.

Progresivamente el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social local fue adoptando los lineamientos que emanaban de las reparticiones nacionales e implementándolos en la gestión de la salud de la población. Tenemos la intención de ahondar en estas cuestiones en otros trabajos en forma más sistemática, pero existen elementos importantes que avalan este supuesto. Hacia la segunda presidencia de Perón, resulta más difícil apreciar la emergencia de innovaciones autónomas a nivel provincial y se hizo más común la emulación de las acciones y políticas impulsadas por los aparatos nacionales. Los artículos del Primer Plan Quinquenal Provincial y los del Segundo Plan Quinquenal Nacional son relevadores de ese fenómeno. Los objetivos y los mecanismos de acción de las políticas públicas provinciales se reprodujeron del plan nacional²⁶ y así la agenda sanitaria cordobesa quedó modelada por la nacional. En la misma estructuración de la agencia sanitaria local fue evidente la impronta nacional a través de la aplicación de la tipificación de los hospitales cordobeses y la misma estructuración del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que en 1952 adoptó el modelo nacional. Córdoba en adelante pasó a compartir la misma estructura que otras jurisdicciones como Mendoza y Jujuy (Hirschegger, 2008: 72 y Fleitas, 2006: 504), una organización interna tripartita -medicina asistencial, sanitaria y social- que se difundía en las conferencias de ministros de salud pública convocadas en esos años.

La imposición de la agenda política nacional sobre los espacios subnacionales fue alcanzada por diferentes vías que se caracterizaron por su variedad, heterogeneidad y grados diversos de institucionalización, permitiendo a la agencia nacional estrechar paulatinamente los espacios de

autonomía y las posibilidades de disenso de la administración sanitaria cordobesa. Entre ellas es posible mencionar las conferencias de funcionarios efectuadas en esos años, la creación de reparticiones destinadas a difundir la coordinación interjurisdiccional, la realización de convenios y la ejecución de planes quinquenales. Finalmente, uno de los principales mecanismos que permitieron esa transferencia de autoridad fue la creación de reparticiones nacionales en el ámbito provincial. Esto otorgó a las políticas nacionales un brazo ejecutor en los espacios provinciales, creando instancias de colaboración entre funcionarios procedentes de distintas jurisdicciones.

A modo de cierre

Según la constitución nacional, las provincias son responsables de toda área de actuación no delegada en el Estado federal. Sin embargo, como hemos analizado a lo largo de este trabajo, la estructuración en la Argentina de un sistema de salud eminentemente provincial no fue el resultado automático de las atribuciones constitucionales que instituyeron la forma de Estado federal. Por el contrario, la prevalencia provincial en la ejecución de las políticas sanitarias fue más bien el producto de un proceso complejo, de más de medio siglo, en el que fueron instituidos cambios en las estructuras estatales y en las relaciones interjurisdiccionales. De tal modo, la cristalización de la salud como una esfera eminentemente provincial, se sustentó en la transformación de las competencias, el incremento de capacidades administrativas y la transferencia de servicios hacia la esfera provincial. Estos fenómenos datan de la década del veinte y dotaron gradualmente al gobierno cordobés de los instrumentos con los cuales intentar intervenir sobre las demandas de salud de la jurisdicción.

Queda por responder qué papel jugaron en esa trayectoria institucional los gobiernos peronistas y los procesos de centralización que los identificaron. Durante los años cuarenta y cincuenta, se produjo un proceso de centralización normativa que permitió a los funcionarios nacionales proyectar planes uniformes de políticas sanitarias a escala nacional. Esto tendría como consecuencia una reducción de los niveles de autonomía de las agencias sanitarias provinciales, que tendieron a implementar sistemáticamente las disposiciones que emanaban de los ministerios nacionales. Pero esa transferencia de autoridad entre provincia y nación no implicó un traspaso semejante de las responsabilidades de financiamiento y administración de las políticas sanitarias. Esa etapa se caracterizó por tanto por la inscripción de un fenómeno de pérdida de autonomía provincial en la definición de la agenda sanitaria, en un marco más extenso de construcción de competencias y capacidades administrativas subnacionales.

Notas

1 Este trabajo forma parte de la tesis doctoral denominada *La Construcción del Estado Social en el Interior Argentino. Cambios y Continuidades en las Políticas Sociales en Córdoba, 1930-1955*, defendida en marzo de 2013 en la Universidad Nacional de Córdoba. Una versión preliminar de este trabajo se benefició de los comentarios recibidos de Karina Ramacciotti, Carolina Biernat y del evaluador anónimo. Los comentarios vertidos son de estricta responsabilidad de su autora.

2 La confluencia de estos factores nos lleva a suponer que en otras jurisdicciones las agencias

nacionales pudieron ejercer un rol más importante en la ejecución y financiamiento de las políticas sanitarias, en especial, en aquellas con capacidades administrativas y fiscales más reducidas o en donde el Estado nacional tenía una tradición más extensa de intervención, como en el Noroeste Argentino y las jurisdicciones que integraban los Territorios Nacionales.

3 Por esta categoría intentamos aprehender las diferentes y variables “aptitudes de las instancias de gobierno para obtener resultados” a través de sus intervenciones (Repetto y Andrenacci, 2006). Más precisamente, en esta investigación nos limitaremos a revisar aquellos aspectos que se vinculan a dimensiones tecnoburocráticas tales como los recursos humanos, la organización interna de las agencias estatales y sus bases financieras, variables que condicionan las posibilidades efectivas de los aparatos estatales para implementar políticas públicas. A ello agregaremos la infraestructura de servicios de salud disponibles.

4 En la legislación inicial el personal solo consistía en un secretario, un escribiente y un portero y, recién en 1889, se dispuso que los médicos fueran retribuidos. Un año después, sin embargo, esta agencia fue disuelta para ser reabierta al siguiente (Provincia de Córdoba, 1944: 5).

5 En este período se crearon dos gotas de leche con dispensario en Córdoba (en 1914) y cinco en el interior (en 1918). Además, para implementar el control sanitario de la población escolar se creó el cuerpo médico escolar en 1921 (Carbonetti, 2005: 112).

6 Revista de la Dirección General de Estadísticas, diciembre de 1943.

7 Anuario Estadístico de la Provincia de Córdoba, años 1930-1943.

8 Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados de la Provincia de Córdoba, 1936, p. 823.

9 Secretaría Técnica Parlamentaria, Cámara de Diputados: *Mensajes a la Legislatura acerca del Estado de la Provincia. Gobernador de Amadeo Sabattini*, Córdoba, 1992, p. 94.

10 El presidente del CPH señaló que la Legislatura provincial al dictar la Ley Orgánica del Consejo, de profilaxis de las enfermedades infectocontagiosas y de reglamentación de la medicina, había dictado planes generales de interés para los municipios que estos debían limitarse a aplicar. Archivo de Gobierno de la Provincia de Córdoba (En adelante AGPC), Ministerio de Gobierno, 1933, t. 7, 25/4/33, f. 35v.

11 AGPC, Ministerio de Gobierno, 1933, t. 7, 9/5/33, f. 38r.

12 AGPC, Ministerio de Gobierno, 1934, t. 6, 17/1/34, f. 476r; *La Voz del Interior*, 20/5/40, p.11; *La Voz del Interior*, 1/6/41, p. 11.

13 AGPC, Ministerio de Gobierno, 1934, t. 6, 20/1/34, f. 481r.

14 Provincia de Córdoba, Dirección General de Estadística, Censos e Investigaciones: *Síntesis Estadística del Quinquenio 1944-1948*, Córdoba; Provincia de Córdoba, Dirección General de Estadística, Censos e Investigaciones: *Síntesis Estadística del Trienio 1949-1951*, Córdoba. Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados de la Provincia de Córdoba, 1955, pp. 207-208.

15 AGPC, Ministerio de Gobierno, Decretos de salud pública, 1950, t. 52.

16 Dentro de esta contabilidad incluimos todos los hospitales que para esa fecha eran de dependencia provincial, el Hospital de Deán Funes, los hospitales provincializados de San Roque y Villa Dolores y los pequeños hospitales regionales creados en esos años en las localidades de General Cabrera, Leones, Cruz Alta, Corral de Bustos, Villa de María, Pozo del Molle, Oliva y Arroyito.

17 Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública: *Síntesis Estadística de la labor realizada por los establecimientos médico-asistenciales de dependencia nacional y provincial. Año 1954*, Buenos Aires, p. 623.

18 Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba, dto. 1461 A, 1947, p. 10045.

19 En un trabajo previo hemos abordamos esta cuestión. Ver en esta misma publicación “La compleja construcción del Estado intervencionista. Lógicas políticas en la conformación de una estructura estatal provincial, 1930-1955”.

20 Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba, 1944, dto. 9343/A, p. 9125; *Los Principios*, 15/9/44, p. 2.

21 Ley 4427, transferencia del Instituto de Hemoterapia, Compilación de Leyes de la Provincia de Córdoba, p. 103.

22 En 1949, el municipio de La Falda donó su hospital, en 1953 el dispensario de General Deheza, y en 1955 lo mismo hizo el de Sampacho con su dispensario. AGPC, Ministerio de Gobierno, Decretos de Salud, 1949, s/f, dto. 6284 F; 1955, t. 58, s/f, dto. 4326 D; Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores de la Provincia de Córdoba, 1953, p. 1446.

23 Actas de Sesiones de la Cámara de Diputados sesionando como Concejo Deliberante de la Ciudad de Córdoba, 1952, p. 656; 1953, p. 404.

24 *Los Principios*, 20/11/53, p. 6.

25 Algo similar ha sido analizado para el caso rosarino por Rigotti (2009) y Roldán (2009).

26 Al presentar, en 1952, el Primer Plan Quinquenal Provincial el gobernador electo afirmaba que trataban de emitir un gesto de: “compromiso formal de adhesión al plan de trabajo para toda la nación, nuestra palabra de firme consubstanciación con los objetivos fundamentales y generales de ese plan y enunciar nuestros propósitos de acción, dentro de los objetivos especiales, y en completa obra de coordinación con el Gobierno nacional. Esto implica una conocimiento cabal de nuestra responsabilidad, que no es otra que mantener ligado nuestro destino a todos los argentinos que hoy integran nuestra comunidad organizada, y mostrar en la efectividad de nuestras actividades el nuevo concepto de la estructura federal del Estado nacional, que no puede ser de aislamiento localista y de desintegración regionalista, sino de cooperación coordinada dentro de un claro y definido concepto de unidad nacional, de concurrencia de esfuerzos, de comunidad de ideales al servicio de los supremos e irrenunciables intereses de la Patria y de la Comunidad.” Y respecto al Plan Provincial afirmaba: “se ajusta a las proyecciones del Segundo Plan de Perón en aquello que informa lo fundamental y lo general de sus objetivos, respeta la órbita nacional en todo lo que es de la estricta competencia de la Nación, pero adquiere un matiz propio en el plano de lo provincial que le otorga

originalidad, adaptación localista y elasticidad suficiente para adaptarse mejor a las necesidades regionales.” Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores de la Provincia de Córdoba, 1952, pp. 1170, 1177.

Bibliografía

AAVV (2015). *Procesos amplios, miradas locales. Una historia de Córdoba entre 1880 y 1955*. Córdoba: CEH.

Álvarez, A. (2010). *Entre muerte y mosquitos. El regreso de las plagas en la Argentina (siglos XIX y XX)*. Buenos Aires: Biblos.

Archivo de Gobierno, Provincia de Córdoba (1944). *Legislación sanitaria. Leyes y decretos vigentes en materia de sanidad y profilaxis en general*. Córdoba: Publicación Oficial.

Armus, D. & Belmartino, S. (2001). Enfermedades, médicos y cultura higiénica. En: Cattaruzza, A. (Dir.), *Nueva Historia Argentina, Crisis económica, avance del estado e incertidumbre política (1930- 1943)*, tomo VII. Buenos Aires: Sudamericana, pp. 283-329.

Belmartino, S. (2007). Coyuntura crítica y cambio institucional en salud: Argentina en los años ‘40. *Salud Colectiva*, 3 (2), pp. 177-202.

Biernat, C. & Ramacciotti K. (2013). *Crecer y multiplicarse. Las políticas sanitarias materno-infantil en la Argentina (1900-1960)*. Buenos Aires: Biblos.

Carbonetti, A. (1998). *Enfermedad y sociedad. La tuberculosis en la ciudad de Córdoba. 1906-1947*. Córdoba: Municipalidad de Córdoba.

Carbonetti, A. (2005). La conformación del sistema sanitario de la Argentina. El caso de la Provincia de Córdoba, 1880-1926. *Dynamis* 25, pp. 87-116.

Falleti, T. G. (2004). Federalismo y descentralización en Argentina. Antecedentes históricos y nuevo escenario institucional de las relaciones intergubernamentales. En Clemente A. & Smulovitz, C. (comp.), *Descentralización, políticas sociales y participación democrática en Argentina*. Buenos Aires: Woodrow Wilson International Center of Scholars, pp. 7-38.

Falleti, T. G. (2010). *Descentralization and Subnational Politics in Latin American*. Cambridge: Cambridge University Press.

Fleitas, M. (2006). La atención pública de la salud durante el siglo XX. En Teruel, A. & Lagos, M. (dir.), *Jujuy en la Historia. De la colonia al siglo XX*. Jujuy: UNJU Ed, pp. 491-516.

González Leandri, R. (2010). Breve historia del Departamento Nacional de Higiene. Estado, gobernabilidad y autonomía médica en la segunda mitad del siglo XIX. En: Bohoslavsky E. & Soprano G. (ed.), *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 hasta la actualidad)*. Buenos Aires: Prometeo, pp. 50-85.

Guy, D. J. (2000). La ‘verdadera historia’ de la Sociedad de Beneficencia. En: Moreno, J. L. (comp.), *La política social antes de la política social (Caridad, beneficencia y política social en Buenos Aires, siglo XVII a XX)*. Buenos Aires: Prometeo.

- Hirschegger, I. (2008). La medicina asistencial, sanitaria y social peronista. Discurso, acciones y logros. El caso de San Rafael, Mendoza (1949-1952). *Revista de Historia Americana y Argentina* 42, pp. 63-101.
- Moreyra, B. (2009). *Cuestión social y políticas sociales en la Argentina. La modernidad periférica. Córdoba, 1900-1930*. Bernal: UNQ.
- Philp, M. (1998). *En nombre de Córdoba. Sabattinistas y peronistas: estrategias políticas en la construcción del Estado*. Córdoba: Ferreira Editorial.
- Piazzesi, S. (2009). *Conservadores en Provincia. El iriondismo santafecino 1937-1943*. Santa Fe: UNL.
- Provincia de Córdoba, Dirección General de Estadísticas, Censos e Investigaciones (1961). *Población 1869-1960*. Córdoba.
- Ramacciotti, K. (2009). *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires: Biblos.
- Repetto F. & Andrenacci L. (2006). Ciudadanía y política pública: dilemas de reconstrucción de la política social argentina. En Andrenacci, L. (comp.), *Problemas de política social en la Argentina contemporánea*. Buenos Aires: UNGS, Prometeo, pp. 289-337.
- Rigotti, A. M. (2011). *Viviendas para los trabajadores. El municipio de Rosario frente a la cuestión social*. Rosario: Prohistoria.
- Rodríguez, M. L. (2011). *Políticas sanitarias en el interior nacional: el caso de la provincia de Córdoba entre la intervención militar y el primer peronismo (1943-1955)*. Tesis de Doctorado en Ciencias Políticas. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba/CEA.
- Roldán, D. (2009). Procesos políticos locales. El caso del Gobierno Municipal de Rosario (1915-1930). *Avances del Cesor* 6, pp. 43-64.
- Tcach, C. (2006). *Sabattinismo y Peronismo. Partidos políticos en Córdoba, 1943-1955* (2ª edición). Buenos Aires: Biblos.
- Valobra, A. (2007). Un desafío a la justicia social peronista: la hidatidosis en la provincia de Buenos Aires, 1946-1952. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 14 (4), pp.1357-1375.