



Oltre le colonne d'Ercole

Ivana Hirschegger Giusti

EL PRIMER PERONISMO Y LA APLICACIÓN DIFERENCIAL DE POLÍTICAS ESTATALES. LA SALUD PÚBLICA EN LA PROVINCIA DE MENDOZA (ARGENTINA), 1946-1955

1. Introducción

En el campo de las Ciencias Sociales, el interés por develar los significados del peronismo abrió una línea de investigación inagotable, cuyos inicios, promovidos por la sociología, provocaron un proceso expansivo de estudios e interpretaciones que cruzan diferentes miradas interdisciplinarias¹. En la segunda mitad de los años 50, surgieron investigaciones que explicaron el fenómeno peronista como producto de las migraciones internas, y de una etapa del desarrollo histórico argentino, caracterizada por el tránsito de una sociedad tradicional a una sociedad moderna, destacándose la obra del sociólogo italiano Gino Germani². Por otro lado, a partir de los años 70, nuevos estudios destacaron el papel de la vieja clase obrera en el proceso de génesis del peronismo³. Sin embargo, investigaciones realizadas en las dos últimas décadas del siglo XX, han dado lugar a nuevas alternativas en este largo recorrido interpretativo del fenómeno de constitución del peronismo, surgiendo así una

¹ D. Macor, C. Tcach, *El enigma peronista, en La invención del peronismo en el interior del país*, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, 2003, p. 8.

² Puede verse: G. Germani, *Política y Sociedad en una época de transición*, Piados, Buenos Aires, 1962.

³ M. Murmis, J. C. Portantiero, *Estudios*

sobre los orígenes del peronismo, Siglo XIX, Buenos Aires, 1984. En esta misma línea transitan los estudios de Juan Carlos Torre (Ver J. C. Torre, *La vieja guardia sindical y Perón. Sobre los orígenes del peronismo, la protesta de masas y la clase obrera argentina*, «Desarrollo Económico» Vol. 27, N° 107, 1897).

tercera fase de interpretaciones, construidas por una nueva generación de historiadores que comenzó a trabajar en la reconstrucción del peronismo en las provincias argentinas, y que permiten explicarlo en un contexto económico y social aún no marcado por la huella de la industrialización, brindando nuevas miradas, material empírico, y claves interpretativas que resultan hoy indispensables para dilucidar el «enigma peronista»⁴.

Es bajo estas nuevas interpretaciones que insertamos nuestra investigación, la cual tiene por objetivo general estudiar las políticas de salud y su impacto en los municipios⁵ de la provincia de Mendoza (Argentina) durante el primer peronismo (1946-1955).

En el marco del Estado de Bienestar Argentino⁶, una de las metas principales del gobierno de Juan Domingo Perón fue el cuidado y la preservación de la salud física y moral de la población. Para lograr este objetivo, se llevó a cabo la transformación de la organización y el funcionamiento del sistema de servicios de salud pública argentino⁷, que partía de una centralización en el Estado nacional de la atención médica y la asistencia social, a fin de lograr un sistema unificado, que abarcara el cuidado médico, curativo, preventivo y social y que se extendiera hasta los lugares más olvidados, pequeños y atrasados del territorio, en otras palabras, que esta política social tuviera un mayor alcance territorial⁸. Además del intento de ejercer jurisdicción sobre

⁴ D. Macor, C. Tcach, *El enigma peronista* cit., pp. 9-21.

⁵ Debemos aclarar que el sistema territorial vigente en los municipios de la provincia de Mendoza es el de municipio-partido o departamento. Según este sistema, se establece una ciudad cabecera, sede de la municipalidad, y en los núcleos de población restantes funciona una delegación municipal cuyo titular es elegido por la municipalidad (M. Zuccherino, *Teoría y práctica del derecho municipal*, La Plata, Depalma, 1977, pp. 16-17).

⁶ Cfr. P. Rosanvallón, *La nueva cuestión social. Repensando el Estado providencia*, Editorial Manantial, Buenos Aires, 1995. Debe aclararse que en los últimos años se ha abierto un gran debate no sólo en torno a su construcción, desarrollo y naturaleza, sino también en cuanto a las características que tuvo durante el gobierno peronista (J. Bertranou, J. M. Palacio, G. Serrano (compiladores), *El país del no me acuerdo. (Des)memoria institucional e historia de la política social en Argentina*, Prometeo Libros, Buenos Aires, 2004; D. Lvovich, J. Suriano, (editores), *Las políticas sociales en perspectiva histórica*, Argentina, 1870-1952, Prometeo Libros, Buenos Aires, 2005).

⁷ Los logros y fracasos del nuevo sistema

han sido estudiados por P. Ross, *Justicia Social: Una evaluación de los logros del peronismo clásico*, «Anuario del IEHS», Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional del Centro, Tandil, 1993, pp. 105-124; J. C. Torres, E. Pastoriza, *La democratización del bienestar*, en Torres, Juan Carlos, *Nueva Historia Argentina, Los Años Peronistas (1943-1955)*, T. VIII, Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 2002, pp. 257-312; L. Andrenacci, F. Fallappa, D. Lvovich, *Acerca del Estado de Bienestar en el Peronismo Clásico (1943-1955)*, cit., p. 103; S. Belmartino, *La atención médica Argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*, Siglo veintiuno ediciones, Buenos Aires, 2005, p. 127; K. Ramacciotti, *Las voces que cuestionaron la política sanitaria del peronismo (1946-1949)*, en D. Lvovich, J. Suriano, (editores), *Las políticas sociales en perspectiva histórica*, Argentina, 1970-1952, Prometeo Libros, Buenos Aires, p. 132.

⁸ K. Ramacciotti, A. Valobra, *Relaciones de género en la campaña sanitaria de la Secretaría de Salud Pública de la Argentina (1946-1949)*, en K. Ramacciotti, A. Valobra (compiladores), *Generando el peronismo. Estudios de cultura, política y género (1946-1955)*, Proyecto Editorial, Buenos Aires, 2003; I. Hirschegger, *Políticas públicas pe-*

todas aquellas actividades que incidían en la salud de la población, estuvo presente la idea de subordinar a las autoridades sanitarias provinciales al gobierno nacional. En decir, en los procesos de conformación de las institucionales estatales y en el diseño de las políticas de salud del interior del país estuvieron presentes los principios y directivas emanadas de aquel nivel superior del gobierno⁹.

La literatura académica relacionada con las políticas públicas en general y las sanitarias en particular entre 1946-1955, ha destacado que no obstante la relación de subordinación de los gobiernos de provincia y aún de los municipios con respecto a la Nación en la delimitación de la política pública, éstos tuvieron un papel hegemónico en su concreción¹⁰. Por lo tanto, localizándonos en los municipios de la provincia de Mendoza, nos proponemos analizar el rol de cada nivel de gobierno en la ejecución de la política sanitaria. Aunque respecto al gobierno municipal, sólo realizaremos una aproximación al papel cumplido en la materia.

Con relación a los resultados positivos de la política social peronista, ciertos estudios destacan que los mismos tuvieron un gran alcance territorial, expandiéndose hacia las zonas más postergadas del interior del país y logrando con ello la «democratización del bienestar». Sin embargo, también se ha registrado un progreso desigual entre los diferentes territorios, con mayores beneficios en las grandes áreas urbanas¹¹. Frente a estas afirmaciones, el otro aspecto a investigar es la distribución territorial de las políticas y el impacto de las mismas sobre la salud de la población. Es decir, se pretende ve-

ronistas y su impacto en el desarrollo económico y social de los municipios mendocinos (1946-1955), Tesis doctoral inédita, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, 2009.

⁹ Ver M. Philp, *La invención del Estado en el imaginario político peronista. El caso Cordobés*, en D. Macor, C. Teach (editores), *La invención del peronismo en el interior del país*, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, 2003; N. Bacolla, *Política, administración y gestión en el peronismo santafecino, 1946-1955*, en D. Macor, C. Teach (editores), *La invención del peronismo en el interior del país*, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, 2003; I. Hirschegger, *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», N° 42, Mendoza, Instituto de Historia Americana y Argentina, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, 2008.

¹⁰ A. Neri, *Salud y Política Social*, Hachette, Buenos Aires, 1984; P. Berrotarán, et al,

Sueños de bienestar en la Nueva Argentina. Estado y políticas públicas durante el peronismo (1946-1955), Imago Mundi, Buenos Aires, 2004; L. Andrenacci, Fallappa, D. Lvovich, *Acerca del Estado de Bienestar en el Peronismo Clásico (1943-1955)* cit.; K. Ramacciotti, A. Valobra, *Relaciones de género en la campaña sanitaria de la Secretaría de Salud Pública de la Argentina (1946-1949)* cit. Hay que destacar que se trata de generalizaciones con apoyo empírico moderando o limitado.

¹¹ P. Ross, *Justicia Social: Una evaluación de los logros del peronismo clásico* cit., pp. 105-124; R. Rein, *Peronismo, populismo y política: Argentina, 1943-1955*, Fundación Editorial de Belgrano, Buenos Aires, 1998; J. C. Torre, E. Pastoriza, *La democratización del bienestar* cit., pp. 257-312; S. Belmartino, *La atención médica Argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos* cit.; M. Plotkin, *Mañana es San Perón. Propaganda, rituales políticos y educación en el régimen peronista (1946-1955)*, Editorial de la Universidad Nacional de Tres de Febrero, Buenos Aires, 2007.

rificar en qué medida el gobierno proyectó y aplicó políticas sanitarias en los lugares más atrasados y pequeños de la provincia y cuáles fueron los logros alcanzados.

Para cumplir con estos objetivos, hemos seguido como estrategia un estudio de caso, en el cual se estudian dos departamentos de diferente desarrollo socio-económico. Por un lado, San Rafael, ubicado al sur de la provincia. La selección de este departamento se basó en las características propicias que presentaba, constituyendo uno de los núcleos de desarrollo de la provincia, frente al más antiguo formado por la capital y los departamentos aledaños. A la vez, se realizó un análisis comparativo con un municipio de características diferentes, como era Lavalle, ubicado en el norte. Se trataba de un departamento rural y con un relativo atraso socio-económico.

Hasta 1950 el departamento de San Rafael poseía una extensión territorial de 72.863 km, pues hasta entonces formaba parte del mismo el actual departamento de Malargüe¹². En su territorio se desarrolla la mayor parte del Oasis Sur provincial. El departamento de Lavalle, en cambio, tiene una superficie de sólo 10.212 Km y ocupa un espacio marginal en el Oasis Norte provincial.

En cuanto a los recursos hídricos, San Rafael es recorrido por dos ríos: el Diamante y el Atuel, cuyos cursos son los más aprovechados de la provincia. Las temperaturas medias anuales (15°) le confieren el carácter de clima continental templado, en general más frío que en el norte. Participa de las características generales de toda la provincia con lluvias insuficientes, lo que no permite cultivos sino mediante riego artificial. Esto hace que la superficie irrigada represente alrededor del 3,5% de todo el departamento y es allí donde se concentra la mayor cantidad de población (95%). La población total del departamento de San Rafael alcanzaba a 97.053 habitantes, es decir, el 16% del total provincial (558.231), siendo la zona más poblada del Sur mendocino y la segunda después de la capital de la provincia. El 37% de la población vivía en zona urbana, existiendo tres centros urbanos importantes: Ciudad, Villa Atuel y Monte Comán¹³.

A diferencia de San Rafael, Lavalle se encontraba muy poco poblado, representando sólo el 2% de la población total de Mendoza (12.431 habitantes)¹⁴, caracterizándose además por inexistencia de centros urbanos, siendo un departamento totalmente rural. Pertenece a la Cuenca Hídrica del Río Mendoza, aunque sus condiciones ambientales son más desfavorables, ya que escasamente llega el agua al departamento por su ubicación en la parte inferior de la cuenca. Su clima árido influye en la organización territorial y en el asentamiento de la población. Dada también la escasez de precipitaciones, el espacio se encuentra organizado en función de la red hídrica (red de canales)¹⁵,

¹² Esta superficie quedó reducida a 31.963 Km cuando se sancionó la Ley de Creación del departamento de General Perón – hoy Malargüe – N° 1.937 (Boletín Oficial de la Provincia de Mendoza, noviembre de 1950).

¹³ *IV° Censo General de la Nación* T I, Vol. I, Buenos Aires, 1947, p. 300.

¹⁴ *Ivi.*

¹⁵ Ver G. García de Martín, G. Molina de Buono, *Hacia una metodología integrada para la planificación del servicio educativo, Departamento de Lavalle*, «Boletín de Estudios Geográficos», N° 89, Vol. XXV, Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Filosofía y Letras, Instituto de Geografía, Mendoza, 1993, pp. 192-193.

que riega solamente el 3% de la superficie departamental. El resto de su superficie no regada (que abarca casi 9.900 km), es denominada área de secano o popularmente «desierto», donde se asienta una población dispersa. A esta población se la denomina «puesteros», dedicados fundamentalmente a la cría de ganado (caprino, y en menor medida vacunos), y a diferencia del oasis, la organización de éste territorio y su población responden a la distribución de los recursos naturales más importantes para el desarrollo de sus actividades productivas, es decir, pasturas o recursos forrajeros.

Otro factor que marcó las divergencias entre ambos municipios fueron las actividades económicas. En San Rafael, la industria, en sus distintos tipos, ocupaba un lugar destacado, no sólo por el número de establecimientos (610) y personal ocupado (1.111) sino además, por su significación en la economía provincial¹⁶. Fue el municipio de mayor número de establecimientos industriales, frente a los 19 del departamento de Lavalle y a los 16 empleados que registra el censo industrial de 1946¹⁷. En este último departamento existían establecimientos de tipo familiar y artesanal y no verdaderas industrias. En realidad, Lavalle era un departamento netamente agropecuario con escaso desarrollo de otras actividades económicas. El comercio también contribuía a la economía del departamento sanrafaelino, siendo la circunscripción de mayor número de establecimientos comerciales (1.121), personal ocupado (3.255) e ingresos percibidos (\$46.334), después de la capital de la provincia¹⁸. Por el contrario, en el departamento de Lavalle sólo existían 119 comercios, todos muy pequeños, caracterizándose también por el escaso personal ocupado (27) y los bajos ingresos percibidos (\$326)¹⁹.

En definitiva, vemos aquí algunas de las características que demuestran que Lavalle era un departamento de mayor atraso relativo, mientras que San Rafael, reunía las condiciones favorables y especiales que lo convertían en uno de los departamentos más prósperos de la provincia. Pero estas características no sólo permiten observar las diferencias socio-económicas entre ambos, sino también evidenciar la necesidad de injerencia estatal en uno y otro departamento. En definitiva, es sobre estos dos departamentos que observaremos cómo se distribuyeron y aplicaron las políticas públicas y los efectos producidos en la salud de la población.

2. La salud en los planes de gobierno. Contenidos generales

En el presente trabajo sólo nos limitaremos a estudiar las políticas de medicina asistencial, aunque el pensamiento sanitario de la época, expuesto principalmente por el Ministro de Salud de la Nación Ramón Carrillo, la dividía en

¹⁶ Representó el 17% de los establecimientos y el 12,7% de los empleados de toda la provincia (*IV° Censo General de la Nación cit.*, p. 77).

¹⁷ Representaba el 13% de establecimientos, el 13% del personal ocupado y el 9% de los ingresos sobre el total de la provin-

cial (*Ivi*, pp. 300-301).

¹⁸ *Ivi*.

¹⁹ Representaba el 1,5% de los establecimientos de toda la provincia, el 0,6% del personal ocupado, y el 0,3 de los ingresos percibidos (*Ivi*, p. 300).

tres tipos. Por un lado, la *medicina asistencial o curativa*, 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 era a la vez de dos clases: horizontal, relacionada con el número de camas por hospital; y vertical, referida a los servicios prestados por los demás centros asistenciales. El otro tipo de medicina era la *sanitaria*, que consideraba «el ambiente biofísico (clima, temperatura, gérmenes y parásitos) como factor directo de la enfermedad». Por último, *la medicina social*, que tenía en cuenta «los indicadores socioambientales (vivienda antihigiénica, ignorancia de la higiene, alimentación irracional e insuficiente, trabajo insalubre), como factores indirectos de salud»²⁰. Sin descartar las anteriores, se consideraba a la medicina social superior a las otras, pues buscaba las verdaderas causas de los males, siendo además «eminentemente preventiva»²¹.

En materia de medicina asistencial, el Primer Plan Quinquenal (1947-1951) estableció un *Plan de construcciones, habilitación y funcionamiento de los servicios de salud*, disponiendo la distribución en todo el país, por provincias y territorios, de hospitales generales y centros de salud urbanos y rurales, centros urbanos de asistencia especializada, unidades sanitarias y hospitales obreros, centros de traumatología y accidentes de trabajo, etc. Incluía también, los aspectos de maternidad e infancia, alienación mental, neuropsiquiatría, endocrinología, toxicomanía y crónicos, tuberculosis y lepra y semi-socialización de la medicina (institución del médico de familia y sistema asistencial abierto)²². El Segundo Plan Quinquenal (1952-1955), se destacó por promover con mayor fuerza la actuación del sector privado (auspiciando preferentemente la actividad asistencial de las entidades sindicales)²³, y esta es la principal diferencia con respecto al primero. Sin embargo, existen elementos de continuidad, ya que enfatizaba en aumentar el número de camas, ampliar los servicios de asistencia ambulatoria y la extensión de establecimientos hospitalarios (centros sanitarios y centros de salud)²⁴.

La construcción y ampliación de hospitales y salas de primeros auxilios fue parte importante de los planes provinciales elaborados por el gobierno de Mendoza. Debemos aclarar que en función del primer plan nacional, fueron elaborados en nuestra provincia dos planes trienales²⁵. El primero, cor-

²⁰ R. Carrillo, *Contribuciones al conocimiento sanitario*, Obras Completas, Tomo II, Eudeba, 1974, Buenos Aires, pp. 361, 362 y 365.

²¹ M. H. Di Lisia, A. Rodríguez, *El cuerpo de la mujer en el marco del Estado de Bienestar en la Argentina. La legislación peronista (1946-1955)*, «Boletín Americanista», N° 54, Facultad de Geografía e Historia, Universidad de Barcelona, Barcelona, 2004, pp. 63-85.

²² Presidencia de la Nación, Secretaría Técnica. *Plan de Gobierno, 1947-1951*, T. I, Buenos Aires, 1946, pp.110-111.

²³ En coordinación y bajo la supervisión del Estado (organismos médico-asisten-

ciales, mutualidades, asistencia médica en la industria, institutos privados). Establecía entre otras cosas que el Estado auspiciaría la acción privada de carácter médico-asistencial, pero ajustada a los principios del plan, y en particular cuando se tratase de instituciones gremiales o mutuales, en cuyo caso recibirán la asistencia técnica y económica oficial (Presidencia de la Nación, *Segundo Plan Quinquenal*, Buenos Aires, 1952, pp. 81, 83, 84, 85 y 87).

²⁴ Ivi, pp. 89 y 90.

²⁵ Boletín Oficial de la provincia de Mendoza, leyes N° 1.617/47, 1.795/49 y su modificatoria N° 1.900/50.

respondió a la gobernación de Faustino Picallo (1947-1949) y se trató de un plan para la realización de obras y prestación servicios públicos. El segundo, 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 en materia de medicina asistencial que distribuiría los servicios hospitalarios en los lugares donde no existieran, poniendo especial énfasis en las áreas rurales²⁶.

En realidad, la expansión de los servicios de salud hacia los habitantes de las zonas alejadas que por razones de distancia, salud o recursos no podían trasladarse hasta los centros urbanos más próximos, estuvo presente en el discurso gubernamental desde comienzos de la administración peronista²⁷. Sin embargo, dado que puede existir una brecha entre los objetivos deseados y los resultados alcanzados, consideramos importante ir más allá de ese discurso y confrontarlo con la realidad departamental.

3. La medicina asistencial: proyectos y realizaciones concretas

Conocer el diagnóstico de las condiciones sanitarias de cada departamento en los primeros años del peronismo es de vital importancia ya que a través de él pueden observarse los principales problemas que debían resolverse y las zonas que requerían mayor intervención del Estado. Además, constituye el parámetro o el antecedente principal para comparar con los años los posteriores.

Como puede verse en los Cuadros N° 1 y 2, a comienzos del gobierno peronista, en San Rafael se registraban altas tasas de natalidad, mortinatalidad y mortalidad infantil, indicando estas cifras la necesidad en el departamento de ampliación de los servicios y la extensión de la atención médica y sanitaria²⁸, más si se tiene en cuenta que superaban la media provincial.

²⁶ Gobierno de Mendoza, *Segundo Plan Quinquenal* cit., p. 27.

²⁷ 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 de enero de 1948, p. 6; Gobierno de Mendoza, Secretaría de Informaciones, *Agua, Vivienda y Salud*, Mendoza, 1952, p. 22.

²⁸ Aunque debemos aclarar que se cuentan aquí las personas del departamento General Alvear debido a que la complejidad de ciertos hospitales ubicados en la ciudad de San Rafael (por ejemplo el Schestakow) producía la centralización de la atención de los enfermos de todo el sur mendocino. Esto lógicamente incrementaba las tasas de natalidad, mortinatalidad, porcentaje de enfermos, etc.

**Cuadro N° 1: San Rafael y Mendoza.
Tasas de natalidad y mortinatalidad. 1947**

<i>Jurisdicción</i>	<i>Natalidad</i>	<i>Mortinatalidad</i>
San Rafael	35	36
Mendoza	30	34

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de *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.

**Cuadro N° 2: San Rafael y Mendoza.
Tasas de Mortalidad General e Infantil. 1948**

<i>Jurisdicción</i>	<i>Mortalidad General</i>	<i>Mortalidad Infantil</i>
San Rafael	10	98
Mendoza	10	86

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de *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.

En relación con el departamento de Lavalle, la falta de datos no nos permite compararlo con San Rafael en estos aspectos, por esta razón, hemos tomado los porcentajes de enfermos infectocontagiosos como indicador de la situación del departamento. Así, Lavalle presentó altos porcentajes en relación con su población (Cuadro N° 3)²⁹, situación más relevante si se la compara con las cifras del departamento del Sur.

**Cuadro N° 3: Lavalle, San Rafael y Mendoza: Morbilidad Infectocontagiosa.
Porcentajes en relación con la población total. 1948.**

<i>Departamento</i>	<i>N° Enfermos</i>	<i>Población Total</i>	<i>%</i>
Lavalle	1.056	14.567	7,2
San Rafael	6.912	130.225	5,3
Mendoza	30.706	623.478	4,9

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*, 1953: 46.

²⁹ La fiebre tifoidea era una de las enfermedades mas comunes.

A continuación visualizaremos en qué medida los objetivos establecidos por el gobierno nacional y provincial relacionados a la creación de infraestructura y prestación de servicios fueron cumplidos en los dos departamentos estudiados, es decir, tendremos en cuenta no sólo las obras proyectadas por cada uno sino también las efectivamente realizadas. Esto nos permitirá observar entonces si se produjo una verdadera expansión territorial de los beneficios de salud y la participación de cada nivel de gobierno en la materia.

3.1. Gobierno de la Nación: hospitales para obreros y Centros de Salud urbanos y rurales

Como se ha mencionado, una de las obras a realizar por el Ministerio de Salud Pública Nacional fue la construcción en diferentes zonas del interior del país de hospitales para obreros. Esto fue cumplido en el departamento de San Rafael con la habilitación, en el año 1950, del Hospital Ferroviario Regional y consultorios externos en el distrito Monte Comán³⁰, obra de vital para los trabajadores ferroviarios del Sur de Mendoza (San Rafael y General Alvear).

Los Centros de Salud, tanto ubicados en zonas urbanas como rurales, eran de vital importancia ya que a través de ellos se llevaría a cabo una acción integral (atención asistencial, sanitaria y social)³¹. El departamento de San Rafael contaba con dos Centros de Salud, uno ubicado en la ciudad y otro en el distrito rural Jaime Prats. El hecho de que a través del Segundo Plan Quinquenal (1952-1955) el Ministerio de Salud proyectara darle un edificio más moderno al ubicado en la ciudad³² indica que éste no poseía la capacidad física necesaria para prestar en forma integral todos los servicios. Sin embargo, dicha modernización nunca llegó a realizarse, verificándose además una reducción de los servicios hacia finales del gobierno. Ello sugiere entonces que no se producía una descentralización adecuada de las prestaciones, ya que mientras los grandes hospitales (como el Schestakow) debían dedicarse exclusivamente a la asistencia horizontal, la vertical³³, debía llevarse a cabo preferentemente por los centros de salud o salas de primeros auxilios ubicados en las diferentes zonas de los departamentos. En realidad, el fracaso relativo del accionar de estos establecimientos fue general en todo el país, ya que si bien se avanzó en su construcción³⁴, la prestación integral de los servicios, tal como se pretendía desde el gobierno, no llegó a tener aplicación efectiva³⁵.

En el municipio de Lavalle, se verificó la ausencia del gobierno nacional en cuanto a la infraestructura a su cargo, siendo el servicio prestado sólo a través de salas de primeros auxilios a cargo del gobierno de la provincia. El Primer Plan Quinquenal había proyectado para este municipio la creación de

³⁰ Diario *El Comercio*, 20 de agosto de 1950, p. 6.

³¹ R. Carrillo, *Contribuciones al conocimiento sanitario* cit., p. 361

³² Diario *Los Andes*, 28 de marzo de 1950, p. 3.

³³ La primera referida a la internación de enfermos y la segunda a los servicios para

enfermos crónicos (Ivi, p. 362).

³⁴ K. Ramacciotti, *Las voces que cuestionaron la política sanitaria del peronismo (1946-1949)* cit., p. 180.

³⁵ S. Belmartino, *La atención médica Argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos* cit., pp. 113-115.

un hospital Regional (en el distrito de Jocoli)³⁶, obra que más tarde sería solicitada por el gobierno municipal al Presidente de la Nación³⁷. Esta demanda, sumado a que en el departamento casi no existía la medicina de tipo horizontal (disponibilidad de camas), indica la necesidad de su construcción. No obstante ello, dicha construcción no fue realizada.

En otras ramas de la medicina, como por ejemplo la sanitaria y social, el gobierno nacional también estuvo ausente. Aunque no ahondaremos en el tema, debemos destacar que en las campañas sanitarias realizadas en Lavalle se observó sólo la presencia del gobierno provincial y municipal, situación diferente a la de otros municipios como San Rafael, que experimentaron la presencia de organismos nacionales (Ministerio de Salud Pública de la Nación) y regionales (Dirección General de Sanidad de Cuyo)³⁸.

Retomando el tema de los trabajos públicos, hemos constatado que el incumplimiento de ciertas obras (incluidas en un principio en el plan del gobierno), fue una práctica común en departamentos de menor desarrollo relativo³⁹. Si bien esto puede responder a muchas causas, podemos atribuirlo a que el primer plan nacional no partió de estudios completos ni de un diagnóstico adecuado sobre las distintas necesidades de cada zona en particular⁴⁰, por lo tanto, la programación de ciertas obras pudo estar basada en la idea de obtener la adhesión o el apoyo del electorado, incluso de los departamentos más pequeños de la provincia. En este sentido podemos tomar a Ramacciotti cuando sostiene que la búsqueda de apoyos políticos locales fue uno de los criterios utilizados para decidir acerca de la distribución de las políticas peronistas y en especial de las sanitarias⁴¹.

Sin embargo, más allá de los fines electoralistas que pudieran perseguirse en la proyección inicial de determinadas obras, nos preguntamos ¿qué motivó a que las mismas no fueron concretadas con posterioridad? Aquí se pueden conjugar factores políticos y económicos. Si por una parte, en la posibilidad de ejecución pudo incidir la voluntad de los gobernantes o los intereses políticos perseguidos; por otra, los problemas económicos (como por ejemplo la escasez de recursos) constituyeron un obstáculo para realizar lo proyectado. Como es sabido, a raíz de la crisis de 1949⁴² se produjo un cambio de rumbo de la po-

³⁶ 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 Social*, Mendoza, 1947, p. 5).

³⁷ *Iniciativas para el Segundo Plan Quinquenal*, Archivo General de la Nación, Fondo Secretaría Técnica, Carpeta N° 27, Legajo 11.186, 1952.

³⁸ Las campañas sanitarias en ambos municipios puede verse I. Hirschegger, *Políticas públicas peronistas y su impacto en el desarrollo económico-social de los municipios mendocinos (1946-1955)* cit.

³⁹ Por ejemplo en La Paz, departamento de características similares a Lavalle, el hospital proyectado tampoco (Archivo Gene-

ral de la Nación, Presidencia de la Nación, Ministerio de Asuntos Técnicos, Carpeta N° 45, Legajo N° 16.156:1952).

⁴⁰ P. Berrotarán, *Sueños de bienestar en la Nueva Argentina. Estado y políticas públicas durante el peronismo (1946-1955)* cit., p. 33.

⁴¹ K. Ramacciotti, *Las voces que cuestionaron la política sanitaria del peronismo (1946-1949)* cit., p. 180.

⁴² Cuyas características pueden verse en P. Gerchunoff, Juan José, Llach, *El ciclo de la ilusión y el desencanto. Un siglo de políticas económicas argentinas*, Ariel, Buenos Aires, 1998; M. Rapoport, *Historia económica, política y social de la Argentina (1880-2000)*, Macchi, Buenos Aires, 2002.

lítica económica peronista, propiciando la reactivación de las actividades agropecuarias y una reducción del gasto público destinado a ciertas obras públicas de carácter social⁴³. Esta situación seguramente influyó en la decisión final de construir obras en departamentos con mayor potencial económico y social (como era San Rafael), con posibilidades de repercutir en el contexto provincial y, que en definitiva, tenían mayor peso electoral.

3.2. Gobierno de la provincia: hospitales y salas de primeros auxilios

Cabe ahora observar el aporte del gobierno provincial a través de la construcción, ampliación y refacciones de los hospitales y salas de primeros auxilios en ambos departamentos⁴⁴.

Respecto a San Rafael, durante la gobernación de Faustino Picallo (1947-1949) se proyectaron dos trabajos en el Hospital Teodoro Schestakow: la ampliación de la sala de maternidad y la construcción de un pabellón de infecciosos⁴⁵. Las estadísticas poblacionales que conformaron parte del diagnóstico mencionado anteriormente, son prueba de la necesidad de estas obras, ya que de los datos referentes a los nacimientos del año 1947 deducimos que existía un alto porcentaje de mujeres sin atención prenatal, dado que la tasa de mortinatalidad llegaba al 36 por mil. En cuanto al pabellón de infecciosos, la obra se justificaba desde el momento que, en 1948, éstos representaban casi el 70% del total de enfermos en el departamento y el 23% de las personas infectadas en toda la provincia⁴⁶.

Aunque estas obras serían inauguradas en el año 1949, la prensa destacaba que no llenarían las exigencias del número creciente de enfermos que poseía San Rafael. Si bien la tasa de natalidad entre 1947-1949 se mantuvo más o menos constante (entre 35 y 36 por mil), superó a la media provincial, que no sobrepasó el 30 por mil en estos años. Esto refuerza la idea de la necesidad de ampliar la atención médica en esta zona, dado también los altos índices de mortinatalidad en los años posteriores a 1947, que llegaron a 44 por mil en 1949⁴⁷. Por otra parte, hubo un aumento del 6,5% de personas con enfermedades infectocontagiosas, que continuaba representando un alto porcentaje dentro de la provincia, y del total de los enfermos de San Rafael⁴⁸, aunque como dijimos anteriormente, fue más grave en departamentos como Lavalle.

⁴³ P. Gerchunoff, D. Antúnez, *De la bonanza peronista a la crisis de desarrollo*, en J. C. Torre (dir), *Nueva Historia Argentina. Los años peronistas (1943-1955)*, Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 2002, pp. 171-172.

⁴⁴ Boletín Oficial de la Provincia de Mendoza, *Ley N° 1.610*, 1946; *N° la ley 1795*, 1949 y su modificatoria 1900, 1950; *Mensajes del Gobernador a la Legislatura*, Mendoza, 1947-1954.

⁴⁵ *Diario Los Andes*, 10 de agosto de 1947, p. 5; 12 de agosto de 1947, p. 6; *Diario El*

Comercio, 12 de agosto de 1947, p. 4; 18 de marzo de 1948, p. 4; 31 de mayo de 1948, p. 5.

⁴⁶ *Anuario. Síntesis Estadística de la Provincia de Mendoza*, 1953, p. 46; M. Guibourdenche de Cabezas, *San Rafael visto a través de la estadística*, «Revista de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Cuyo», Mendoza, 1956.

⁴⁷ *Ivi*.

⁴⁸ *Anuario. Síntesis Estadística de la Provincia de Mendoza*, Mendoza, 1952-1953, p. 46.

A raíz de las deficiencias que presentaba el citado establecimiento, se tenía proyectado construir un hospital Central en el departamento. La finalidad era sustituir al hospital Schestakow⁴⁹ y convertir a éste en un hospital para enfermos crónicos⁵⁰. Sin embargo, esto no fue cumplido dado que no se llegó a construir el hospital Central mencionado.

En situaciones como ésta incidía la limitada asignación de recursos, dado que el mayor porcentaje de las partidas presupuestarias provinciales fue dirigido al pago de personal y no a otro tipo de gastos, sobre todo para los establecimientos ubicados fuera de la capital de la provincia⁵¹. Esto significa que en ciertos momentos la crisis de 1949 también afectó el erario provincial, motivo por el cual el gobierno no logró concretar ciertas obras, incluso en departamentos de mayor desarrollo como era San Rafael.

Otro tipo de establecimientos que debía construir el gobierno de la provincia eran las salas de primeros auxilios. Según lo observado en el departamento de San Rafael, existió una estrecha relación entre las salas que se solicitaron⁵², las incluidas en el programa oficial y las efectivamente realizadas. De la comparación de los Mapas N° 1 y 2 se observa una extensión territorial de éstas hacia las zonas rurales, tanto ubicadas en el oasis (Real del Padre, Las Malvinas, 25 de Mayo, La Llave) como fuera de él (Punta de Agua y El Soñado). Fueron también importantes las obras de refacción y ampliación de las salas existentes⁵³. En el Mapa N° 2 puede visualizarse también el nuevo hospital ferroviario construido por el gobierno de la Nación.

Para el caso de Lavalle, esta expansión fue casi nula, ya que si bien los planes provinciales fijaban la construcción de salas en lugares donde no existían, esto nunca llegó a concretarse. A esto se le sumaba la inexistencia de edificios nacionales. Es así como en 1955 existía la misma cantidad de establecimientos que en 1946 (Mapa N° 3), quedando una gran cantidad de distritos desprovistos de ellos.

⁴⁹ Un dato adicional para evaluar las condiciones sanitarias del hospital, lo proporciona la intervención en el año 1949 de la Subdirección de Salubridad del Sur y la dirección del hospital citado por la falta de higiene del mismo (Diario *Los Andes*, 7 de marzo de 1949, p. 4). Por otra parte, en el año 1950, el diario local del departamento, *El Comercio*, destacaba entre los problemas principales del Hospital Schestakow el déficit de camas, falencias en la organización interna debido a la falta de personal, y deficiencias en los instrumentos de asistencia (aparatos de rayos X, medios de movilidad, etc.) (Diario *El Comercio*, 13 de noviembre de 1950, p. 4).

⁵⁰ Diario *Los Andes*, 7 de marzo de 1949, p. 4.

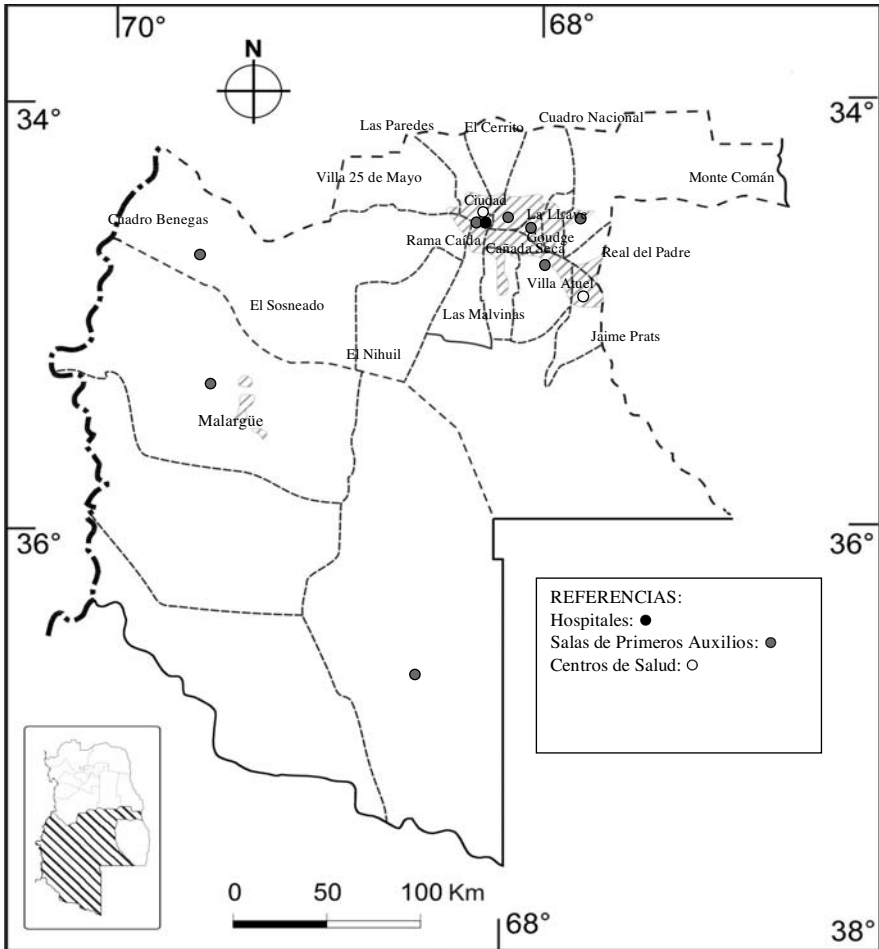
⁵¹ Ley N° 1.563/46, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos, Mendoza, 1946; Ley N° 2.019/51, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos, Mendoza, 1952.

⁵² 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 (Diario *El Comercio*, 4 de agosto de 1947, p. 4; Diario *Los Andes*, 29 de julio de 1948, p. 6; 5 de agosto de 1948, p. 6; 10 de mayo de 1949, p. 6; 31 de julio de 1949, p. 12; 13 de marzo de 1952, p. 4; 14 de marzo de 1952, p. 3).

⁵³ Por ejemplo en Villa Atuel y Agua del Toro (Malargüe) (Boletín Oficial de la Provincia de Mendoza, Ley N° 1.610, 1946; *Mensaje del Gobernador a la Legislatura*, Mendoza, 1948, p. 32; Oficina de Prensa e informaciones del Poder Ejecutivo, *Agua, Vivienda y Salud*, 1952, pp. 27-123; Diario *El Comercio*, 22 de noviembre de 1949, p. 4; 24 de noviembre de 1949, p. 4; Diario *Los Andes*, 11 de agosto de 1953, p. 3.

El hecho de que vecinos de distritos como Tres de Mayo comenzaran la construcción de una sala de primeros auxilios, sugiere la necesidad de atención médica en la zona. Pero a pesar de los reclamos realizados al gobierno provincial por la Comisión de Fomento del lugar y de la propia Municipalidad para la finalización de la obra⁵⁴, aquel no dio respuesta a la demanda solicitada. Sin embargo, no es un dato menor la dotación de edificios nuevos para

Mapa n. 1 - San Rafael: Distribución de establecimientos asistenciales (1946)

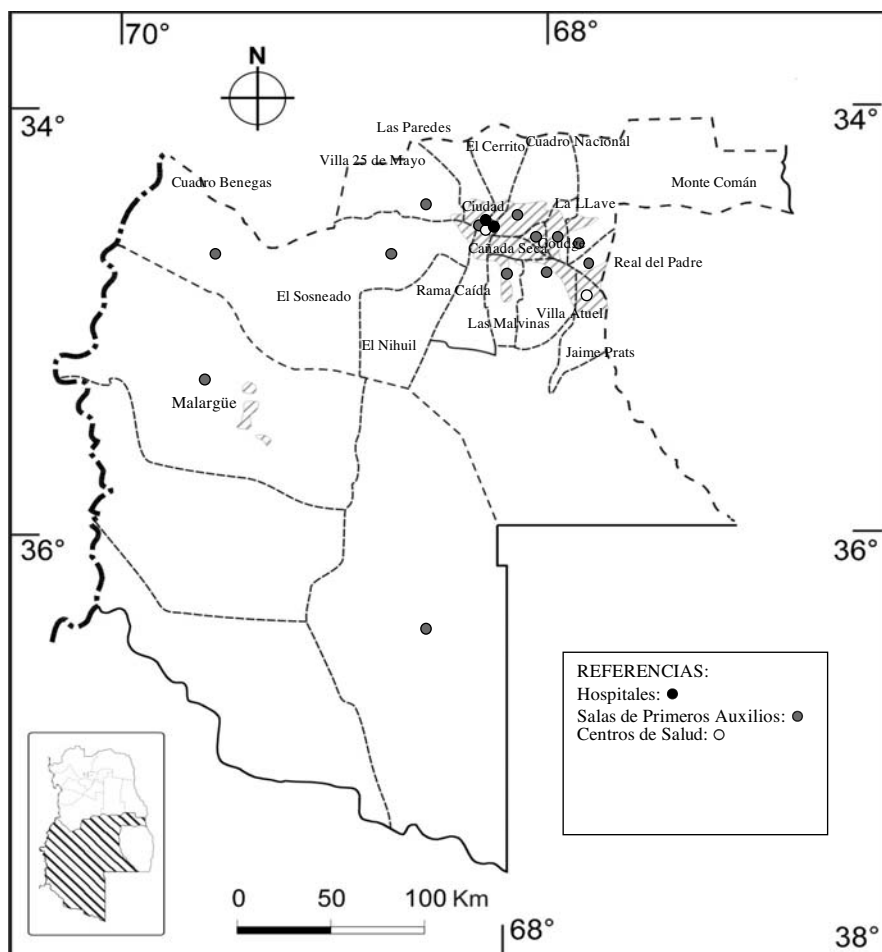


Fuente: Elaboración propia sobre la base de los datos obtenidos de Guía de Mendoza, Departamento de San Rafael, Mendoza, 1940.

⁵⁴ Diario *Los Andes*, 3 de febrero de 1949, p. 4; *Sesiones del Honorable Concejo Deliberante de la Municipalidad de Lavalle*, en

Libro de Actas del Honorable Concejo Deliberante, Mendoza, 1949; *Mensaje del Gobernador a la Legislatura*, Mendoza, 1953, p. 94.

Mapa n. 2 - San Rafael. Distribución de establecimientos asistenciales (1955)*



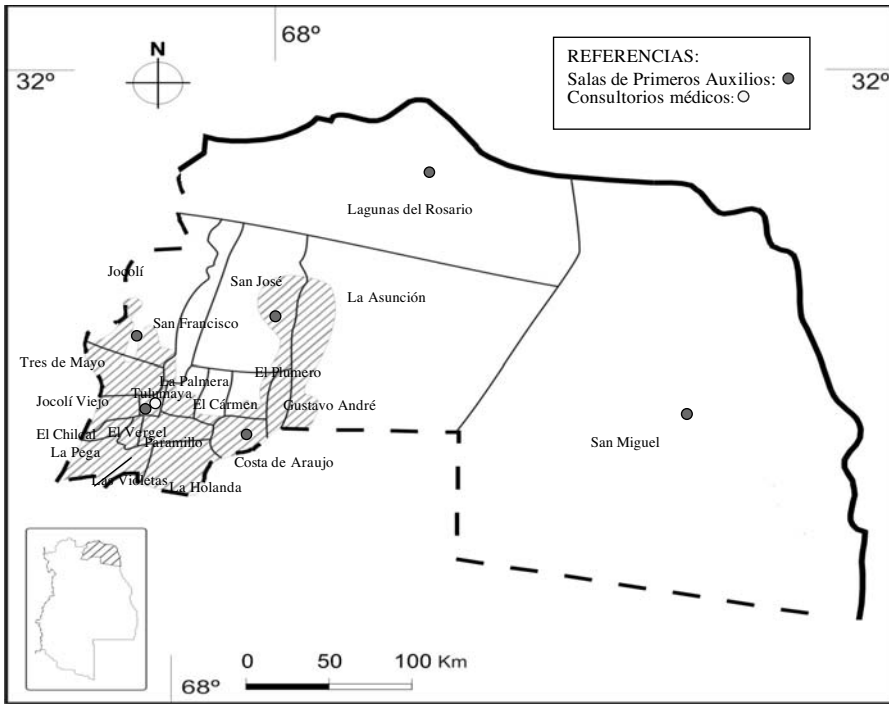
Fuente: Elaboración propia sobre la base de los datos obtenidos de Guía de Mendoza, *Departamento de San Rafael*, Mendoza, 1940; Ediciones del Diario *Los Andes* (1946-1955) y *El Comercio* (1947-1952); *Mensajes del Gobernador a la Legislatura* (1946-1954).

* Incluye los establecimientos de Malargüe sólo hasta 1950, ya que a partir de ese año se convirtió en departamento.

las salas ya existentes en zonas apartadas fuera del oasis (San Miguel y Lagunas del Rosario)⁵⁵, ya que daba cuenta de la acción tendiente a mejorar o ampliar la prestación del servicio en esas zonas.

⁵⁵ *Boletín Oficial de la Provincia de Mendoza*, Mendoza, 26 de febrero de 1951.

Mapa n. 3 - Lavalle. Distribución de establecimientos asistenciales existentes (1955)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de 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).

Frente al incumplimiento del gobierno volvemos a preguntarnos ¿por qué no se proyectaron ni ejecutaron ciertas obras? La respuesta a ello puede encontrarse en las sesiones legislativas con motivo de sancionarse los planes trienales. En éstas, la oposición radical criticó duramente los planes de gobierno por no estar elaborados sobre la base de estudios adecuados acerca de las necesidades departamentales. Por otra parte, se consideraban irrealizables dada la magnitud de las obras y los montos a cubrir⁵⁶. En cambio, la actitud del bloque peronista fue ponderar y defender los proyectos ya elaborados y enviados por el gobernador, lo que sugiere que en el proceso de elaboración de estas políticas públicas, los delegados de los departamentos adhirieron y respondieron a las directivas y decisiones del Poder Ejecutivo Provincial y no a las verdaderas necesidades de cada municipio⁵⁷.

⁵⁶ Provincia de Mendoza, *Diario de Sesiones de la Honorable Cámara de Senadores*, 22-23 de setiembre, Mendoza, 1949, p. 921.

⁵⁷ Provincia de Mendoza, *Diario de Sesiones de la Honorable Cámara de Diputados*,

23 y 27 de diciembre, 1946; 16 y 17 de agosto, 1949; *Diario de Sesiones de la Honorable Cámara de Senadores*, 22-23 de setiembre, 1949.

Consideramos entonces que las falencias que presentó la planificación provincial, que siguió la misma tendencia que la nacional, fue una de las causas por las que no se proyectaron ciertas obras de importancia para algunos departamentos.

Por último, podemos decir que la falta de recursos, sobre todo a partir de la crisis 1949, fue un obstáculo para llevar a cabo determinadas acciones, entre ellas, la finalización de obras públicas⁵⁸. Es decir, el fenómeno inflacionario, con sus aumentos de precios, incidió en el cumplimiento de los planes de obras públicas, ya que las prioridades estuvieron dirigidas a cubrir la pérdida de poder adquisitivo del salario del personal, y a atender en menor medida la infraestructura edilicia.

3.3. La medicina asistencial horizontal y vertical: disponibilidad de camas y demás servicios

Además de las acciones relacionadas con la infraestructura, a través de la disponibilidad de camas (medicina horizontal) y la prestación de servicios de oftalmología, laboratorio, cardiología, radiología, etc. (medicina vertical) observamos el rol de cada nivel de gobierno y los avances o retrocesos en medicina asistencial.

Si bien el Ministerio de Salud Pública de la Nación aumentó el número de camas bajo su control, este esfuerzo no fue significativo comparado con los logros de los gobiernos provinciales o los de la Fundación Eva Perón (FEP)⁵⁹. La falta de información hace que no podamos estudiar la participación de la FEP en la provincia de Mendoza, sin embargo, con respecto al gobierno de la provincia puede apreciarse cómo en San Rafael concentró el 66% de las camas, frente al 32% del gobierno de la Nación (Cuadro N° 4).

Una situación similar se produjo en cuanto a otros servicios (cardiología, oftalmología, laboratorio, etc.), prestando la provincia el 95% de ellos⁶⁰. Esto seguramente está relacionado con el problema de la infraestructura desarrollado anteriormente, ya que los Centros de Salud a cargo de la Nación no llegaron a adaptar su capacidad edilicia, a pesar del aumento considerable de población que, por ejemplo, entre 1952 y 1954 había aumentado un 13%.

⁵⁸ Esto se vio reflejado en los ajustes en los presupuestos provinciales de las obras a ejecutar con fondos de la coparticipación federal dada la creciente elevación de los costos de los materiales de construcción, como era el cemento portland. Según los datos registrados, entre 1947 y 1952 el valor del cemento aumentó un 380% (*Anuario. Síntesis Estadística de la Provincia de Mendoza*, 1952, p. 158; *Boletín Oficial de la Provincia de Mendoza*, Decreto N° 949, Mendoza, agosto de 1948, p. 3.170. Las fábricas de baldosas y mosaicos graníticos hicieron conocer al gobierno de la provincia los graves inconvenientes que la falta de cemento blanco significaba para la producción de esos materiales, situación que entorpecía la ejecución de numerosas obras públicas y privadas en construcción (*Boletín Oficial de la Provincia de Mendoza*, Considerandos del Decreto N° 1.645, Mendoza, setiembre de 1948, p. 4.762; Decreto N 2.388, Mendoza, diciembre de 1949: 5.499).

⁵⁹ P. Ross, *Justicia Social: Una evaluación de los logros del peronismo clásico* cit., p. 120.

⁶⁰ M. Guibourdenche de Cabezas, *San Rafael visto a través de la estadística* cit.; *Anuario. Síntesis Estadística de la Provincia de Mendoza*, 1953 y 1954.



Atención de enfermos en un hospital de Mendoza, 1952

Cuadro N° 4: San Rafael: Porcentaje de servicios prestados y de camas por cada jurisdicción. 1954.

<i>Jurisdicción</i>	<i>% Servicios</i>	<i>% Camas</i>
Nación	3	32
Provincia	95	66
Particulares	2	2

Fuentes: Elaboración propia sobre la base de los datos obtenidos de 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; *Anuario. Síntesis estadística de la provincia de Mendoza, 1952-1953, 1954.*

En Lavalle, la carencia de establecimientos nacionales sugiere la disponibilidad de camas sólo a cargo del gobierno provincial.

En relación con la expansión o retroceso de las prestaciones, según las bases establecidas por las Naciones Unidas, se estimaba que para una buena atención médica debían existir 10 camas por cada mil habitantes. Aunque el número de camas logró aumentarse hacia 1954, el déficit en el país como en la provincia fue un tema que no logró resolverse completamente. En los departamentos estudiados la situación fue más grave aún, aunque con algunas diferencias entre ambos. Mientras en San Rafael existían cuatro camas por cada mil habitantes, en Lavalle sólo una para esa misma cantidad de personas (Cuadro N° 5)⁶¹.

⁶¹Ivi, 1954, pp. 51-52.

Cuadro N° 5: Número de camas disponibles por cada 1.000 habitantes. 1954

<i>Jurisdicción</i>	<i>N° de Camas por cada 1.000 hab.</i>	<i>Déficit</i>
Argentina	7	3
Mendoza	6	4
San Rafael	4	6
Lavalle	1	9

Fuente: Anuario. Síntesis estadística de la provincia de Mendoza, 1954, pp. 51-52

Esto nos lleva a sostener entonces, que si bien la creación o refacción de las salas de primeros auxilios era una política necesaria, lo era también aquella destinada a solucionar los problemas relacionados con la atención horizontal. Esto se solucionaría ampliando las instalaciones de los hospitales, en el caso de San Rafael, o construyendo nuevos, en el caso de Lavalle, que como sabemos no logró llevarse a cabo durante el primer peronismo.

4. Aproximación al rol de los gobiernos municipales

Como mencionamos en la introducción del presente trabajo, realizamos un acercamiento a la contribución del gobierno local (municipal) al cuidado y preservación de la salud de la población, refiriéndonos especialmente a la atención y prestación de servicios de maternidad e infancia.

Con el objetivo de llevar a la práctica una de las directivas del gobierno nacional, fue creada en San Rafael la Dirección de Salubridad y Asistencia Social. La finalidad de esta reforma era agrupar en un organismo todo lo referido a la higiene en el ámbito del municipio, esto es, lo relacionado al expendio y control de alimentos (leche, carne, pescados, etc.), y al faenamiento de animales para el consumo. Además, se incorporaban a la Dirección los servicios de odontología, de parteras a domicilio y el Dispensario Municipal de ayuda a la Maternidad e Infancia, todos gratuitos⁶².

Las reformas realizadas, que tendían a un mejor cumplimiento de los planes de gobierno, significaban una extensión de las facultades municipales. Por ejemplo, en cuestiones referidas a la madre y al niño⁶³, la creación de organismos como la «Caja Municipal de Asistencia a la Maternidad e Infancia»⁶⁴ y el «Instituto Materno Infantil Eva Perón», significaba

⁶² Según Ordenanzas N° 255, 611 y 878/47 (Acta N° 128 del 11 de junio de 1951, en *Libro de Actas del Honorable Concejo Deliberante de la Municipalidad de San Rafael*, 1951).

⁶³ Ley Orgánica de Municipalidades en vigencia, del año 1934, sólo establecía en el Capítulo «Asistencia Social y Moralidad Pública», que correspondía al Concejo Delibe-

rante la asistencia maternal a domicilio y la protección a la infancia (Art. 82° inc. 1° de la *Ley Orgánica de Municipalidades* N° 1.079, Mendoza, 4 de enero de 1934).

⁶⁴ Item «Asistencia Social» del Presupuesto Municipal para el ejercicio 1950 (Ordenanza N° 894, *Honorable Concejo Deliberante de la Municipalidad de San Rafael* cit., 1949) y Presupuesto Municipal para

que la atención municipal a este sector de la sociedad pasaba a tener un carácter integral, que abarcaba el servicio médico⁶⁵, obstétrico⁶⁶, sanitario y social⁶⁷. Además sugiere que se intentaba cubrir servicios que el hospital Schestakow no estaba en condiciones de prestar o lo hacía en forma deficiente.

Si bien el Instituto Materno-Infantil fue creado a través de ordenanza municipal, constituía una de las obras del cronograma del gobierno provincial, lo que nos lleva a pensar que en la elaboración de su agenda pública, la municipalidad estuvo supeditada a las directivas y decisiones de aquel nivel de gobierno. Pero también indica una relación de colaboración, en la cual la provincia construye y el municipio opera, es decir, planificación centralizada y ejecución descentralizada, principios rectores de la nueva organización sanitaria⁶⁸.

Mayor importancia tiene la acción de las autoridades del departamento de San Rafael si se compara con municipios como Lavalle, cuyo gobierno municipal no realizó transformaciones en su organigrama sanitario. Esto sugiere varias cuestiones. Por una parte, 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, la escasez de recursos económicos para llevar a cabo una acción de este tipo, con lo cual la municipalidad quedaba obligada a ejercer funciones mínimas y tradicionales⁶⁹. Aquí debemos destacar que los problemas económicos de las comunas, producidos principalmente por la falta de recursos, fue uno de los

el ejercicio 1951 (Ordenanza N° 987, *Honorable Concejo Deliberante de la Municipalidad de San Rafael* cit., 1950).

⁶⁵ 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* cit., 1949).

⁶⁶ 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, Ivi).

⁶⁷ 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, Ivi).

⁶⁸ Ministerio de Salud Pública de la Nación, Subsecretaría Técnica, *Organización Sanitaria Argentina, Principios, Normas y Reglamentos de Orden Interno*, Buenos Aires, 1952, p. 14.

⁶⁹ 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*).

principales temas expuestos ante el Poder Ejecutivo Provincial en el V Congreso de Municipalidades de 1953. En él, los municipios demandaron mayor participación en el producido de la contribución directa, impuesto a los réditos, beneficios extraordinarios, ganancias eventuales y ventas (que era sólo del 10%), y la posibilidad participar, además, del producido del impuesto a las actividades lucrativas⁷⁰. Sin embargo, también puede entrar en juego la mala administración o distribución de esos recursos. Un ejemplo de esto lo demuestra el voto en contra del proyecto de presupuesto municipal de 1949 emitido por el sector radical del Concejo Deliberante lavallino, porque en opinión de este bloque, se aumentaban excesivamente los gastos de cuestiones ajenas al desarrollo social del departamento y se descuidaron otras como la asistencia, la cultura, etc.⁷¹.

5. Efectos de las políticas estatales sobre la salud de la población

A pesar de las falencias que presentó la planificación nacional y provincial, y el incumplimiento de muchas de las medidas programadas, no puede negarse que en general se logró una mejora de la salud física de la población, aunque en esto seguramente influyeron otras políticas que no han sido tratadas en el presente trabajo, como son las de medicina sanitaria y social.

En San Rafael, los logros positivos pueden observarse en las disminuciones de las tasas de mortinatalidad, mortalidad infantil y mortalidad general hacia finales del período (Cuadro N° 6). Esta última, siguió una tendencia paralela a la de la provincia, mostrando ambas un descenso entre 1948 y 1955, importante si se lo relaciona con el año 1938.

Cuadro N° 6: San Rafael y Mendoza. Tasas de Mortinatalidad, Mortalidad General e Infantil. 1938-1955.

Años	Mortinatalidad		Mortalidad Infantil		Mortalidad General	
	San Rafael	Mendoza	San Rafael	Mendoza	San Rafael	Mendoza
1938	s/d	s/d	s/d	s/d	13	s/d
1948	33	34	97	86	10	10
1955	28	25	77	66	8	8

Fuente: 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.

Por otra parte, puede verse también en el departamento una disminución importante del porcentaje de enfermos infectocontagiosos, tal como muestra el Cuadro N° 7.

⁷⁰ Al respecto ver I. Hirschegger, *El V Congreso de Municipalidades Eva Perón. (Mendoza. 1953)*, en Actas de las Segundas Jornadas Nacionales de Historia Argentina, Hacia el Segundo Centenario de la

Revolución de Mayo, Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, octubre de 2005, p. 46.

⁷¹ *Libro de Actas del Honorable Concejo Deliberante de Lavalle*, 23 de enero de 1949.

Cuadro N° 7: San Rafael y Mendoza: Cantidad y porcentaje de enfermos infectocontagiosos (1948-1955).

Años	San Rafael	% sobre enfermos de la Provincia	% sobre el total de enfermos de San Rafael	% sobre la población total de San Rafael
1948	6.912	23	69	5
1949	7.349	24	71	s/d
1950	4.269	21	42	s/d
1951	3.117	19	31	s/d
1952	2.272	15	22	s/d
1953	2.425	15	23	s/d
1954	1.662	13	15	s/d
1955	1.812	15	-	2

Fuente: 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.

La salud de la población de Lavalle también experimentó una mejora. Las cifras de enfermos disminuyeron en el período 1948-1951 a un ritmo más rápido que en San Rafael, registrándose un descenso del 62% de las personas afectadas, mientras que en el departamento del sur fue del 55%⁷². En el último año considerado, el descenso de los enfermos sugiere que las políticas tendían a distribuirse en el territorio de modo más equitativo, aunque no disponemos de información sobre años posteriores de modo de poder confirmar una tendencia.

6. Consideraciones finales

En el marco del Estado de Bienestar Argentino, una de las metas principales del gobierno peronista fue el cuidado y preservación de la salud de toda la población, sin dejar de lado aquella asentada en los lugares más atrasados y pequeños de las provincias. Sin embargo, en los hechos, la acción del Estado no se extendió a determinados territorios dada su aplicación diferencial de políticas públicas. Así, las políticas de desarrollo, en este caso las sanitarias, tendieron a beneficiar al departamento de mayor potencial socioeconómico, como fue San Rafael, aunque se ha visto que el mismo no estuvo ajeno a las dificultades. En departamentos de menor desarrollo relativo, se evidenció en cambio una mínima presencia estatal, sobre todo nacional, lo que trajo aparejado la prestación irregular de ciertos servicios.

En esta distribución de políticas seguramente incidió por un lado, las falencias que presentó la planificación peronista tanto nacional como provincial, sobre todo en la primera etapa, ya que como ha sido desarrollado, esta se caracterizó por la falta de un diagnóstico integral previo y del conocimiento

⁷² Aunque esto último no es tan negativo otros departamentos, como ya hemos señalado, ya que se consideran las personas de

acerca de las necesidades de ciertos lugares, sobre todo de aquellos más atrasados. Por otra parte, los problemas económicos surgidos a partir de la crisis de 1949 obligó al gobierno a reducir y reorientar sus inversiones, situación que seguramente influyó en la decisión de beneficiar aquellos territorios con un mayor potencial económico y social, con posibilidades de repercutir en el contexto provincial y además, que tenían mayor peso electoral.

Pero a pesar del incumplimiento de los planes de gobierno y de las falencias presentadas, incluso en el departamento de mayor potencial socio-económico, no puede negarse que hubo una mejora en la salud de la población de ambos municipios, y en esto es importante destacar el rol hegemónico que tuvo el gobierno de la provincia. Cabe no obstante analizar con mayor profundidad el papel del municipio en la materia, dada la relevancia que cobró durante el peronismo, no sólo como campo de aplicación de las políticas públicas sino también como institución ejecutora de los planes de gobierno.