

Revista de Historia Americana y Argentina, nº 42, 2007, Mendoza (Argentina), U. N. de Cuyo,
ISSN: 0556-5960, pp. 57-90

La medicina asistencial, sanitaria y social peronista

Discurso, acciones y logros. El caso de San Rafael, Mendoza (1949-1952)

Ivana Hirschegger
INCIHUSA-CONICET
ivanah@lab.cricyt.edu.ar
Argentina

RESUMEN

El cuidado y la preservación de la salud física y moral de la población fue una de las principales metas del gobierno de Juan Domingo Perón, siendo las disposiciones del Primer Plan Quinquenal y las propuestas de Ramón Carrillo, la reestructuración institucional y la reforma constitucional de 1949, las bases que dieron forma a un nuevo sistema de salud. En el presente trabajo se estudia el sistema sanitario de la provincia de Mendoza durante la segunda gobernación peronista (1949-1952), analizando en particular el desarrollo de la salud en el departamento de San Rafael. Este análisis no se agota en los aspectos discursivos y la mera enumeración programática de la política sanitaria, sino que avanza en la confrontación con resultados obtenidos en la materia. De este modo se tratará de analizar no sólo las características del sistema diseñado en la provincia y su relación con la esfera nacional, sino también la acción oficial, y su impacto en el departamento citado.

Palabras claves: Peronismo. Salud. Municipio.

ABSTRACT

The care and preservation of the physical and moral health of the population was one of the main goals of the government of Juan Domingo Peron, with the provisions of the First Five-Year Plan and the proposals of Ramon Carrillo, institutional restructuring and constitutional reform of 1949, The foundation gave way to a new health system. The present study examines the health system in the province of Mendoza during the second Peronist government (1949-1952), discussing in particular the development of the health department in San Rafael. This analysis does not end with the discursive and the mere enumeration program of health policy, but advances in comparison with results achieved in this area. This will not only seek to analyze the characteristics of the system designed in the province and its relationship to the national level, but also the official action, and its impact on the department said.

Key words: Peronism. Health. Municipality.

Recibido: 28-III-2008. Aceptado: 1-VII-2008.

INTRODUCCIÓN

En la mayoría de los trabajos dedicados al peronismo, lo político-institucional y en particular las transformaciones de las estructuras y dinámicas estatales, constituyen aspectos secundarios y a veces ausentes. Los estudios que abordan la construcción del Estado peronista tienen como nota predominante la discusión sobre si es válida o no la caracterización como Estado de Bienestar. Esta perspectiva limita su mirada a los procesos ocurridos en el ámbito nacional y evade el estudio de las prácticas institucionales y políticas desarrolladas durante la conformación del nuevo modelo de Estado¹. En cuanto a la política sanitaria aplicada en el interior del país, predominan los esquemas descriptivos y no existen estudios empíricos dedicados a la segunda mitad del siglo XX. “El énfasis puesto en el avance del Estado en torno al reconocimiento de los derechos sanitarios y el proceso de complejización estatal ha limitado el estudio del impacto de las medidas sanitarias sobre la realidad de las personas”².

Con la llegada del peronismo al gobierno se produjeron algunos hechos que tendieron a transformar la organización y funcionamiento del sistema de servicios de salud pública. Más allá de sus éxitos o fracasos, el cuidado y la preservación de la salud física y moral de la población fue una de las principales metas del gobierno de Juan Domingo Perón. Las disposiciones del Primer Plan Quinquenal y las propuestas del Ministro Ramón Carrillo, la reestructuración institucional y la reforma constitucional de 1949, fueron las bases que dieron forma al nuevo sistema de salud.

La nueva política tenía como eje principal la centralización de la provisión de los servicios, promoviendo la unificación paulatina de las asistencias médica, sanitaria y social, de modo que el Estado Nacional se haría cargo de los sistemas de salud provinciales. La idea era lograr una “unidad regional” en la que los planes de salud incluyesen hasta los lugares más olvidados del territorio³.

Es atendiendo a este nuevo marco institucional, que proponemos abordar el estudio del sistema sanitario de la provincia de Mendoza durante la segunda gobernación peronista (1949-1952), estudiando en particular el cuidado y atención de la salud en el departamento de San Rafael. El hecho de que se haya sostenido que algunos municipios del país realizaron una acción paralela a la del gobierno nacional en materia de salud⁴, y que

¹ Bacolla, 2003: 112.

² Ramacciotti, 2005: 129.

³ Ramacciotti y Valobra, 2003: 29.

⁴ Neri, 1983: 100.

obstante la centralización normativa, hubo una ejecución descentralizada⁵, nos lleva a indagar –a través del estudio de casos– acerca de las características de la acción municipal.

El análisis no se agotará en los aspectos discursivos y la mera enumeración programática de la política sanitaria, sino que avanza en la confrontación con las realizaciones concretas. De este modo se tratará de estudiar no sólo las características del sistema diseñado en la provincia y su relación con la esfera nacional, sino también la acción oficial, y su impacto en el departamento citado.

La investigación se inscribe en la línea de la renovación producida en la historia institucional que tiende a conocer a través de la observación de las prácticas, la dinámica interna de las instituciones jurídico-políticas, más allá del derecho positivo y de las disposiciones “oficiales”. De esta forma se busca una comprensión más profunda del funcionamiento de las instituciones, y el conocimiento de otras formas de normatividad⁶. Esta perspectiva será complementada con la propuesta de la corriente neoinstitucionalista que entiende a las instituciones como las *reglas de juego* (normas formales e informales) de la sociedad⁷, definición esta que conduce también, a la distinción entre instituciones y organizaciones. En estas últimas, es posible identificar las prácticas de múltiples agentes que en su accionar cotidiano las actualizan, aceptándolas, cuestionándolas, adjudicándoles valor según sus ideologías o intereses. La importancia de esta distinción no es menor, ya que la relación de los actores (individuales y colectivos), entre ellos y con las instituciones, es central para explicar la dinámica de las mismas y particularmente el cambio institucional. Según North las instituciones se encuentran en evolución y cambio permanente y esto es producto de la interacción constante de las organizaciones con las instituciones⁸.

⁵ Ramacciotti, 2006: 123.

⁶ Dentro de esta nueva corriente historiográfica se destaca Antonio Hespanha, quien en la obra *La Gracia del Derecho* (1993), abre una vía de estudio del derecho informal, y de las tensiones mantenidas entre éste y el derecho oficial (Hespanha, 1993: 17-18).

⁷ En otros términos, “son las limitaciones ideadas por el hombre que dan forma a la interacción humana. Por consiguiente, estructuran incentivos en el intercambio humano” (North, 1993: 13).

⁸ Este cambio se produce por dos vías. La primera es la modificación de las limitaciones formales, que se opera cuando la organización advierte que es más rentable intentar modificar políticamente las normas formales antes que invertir en aprendizaje que maximice el provecho del marco institucional establecido. En cambio, la modificación de las limitaciones informales se produce por cambios “exógenos” (algunos de ellos, cambios culturales), como por ejemplo el cambio en los precios relativos, en los gustos y preferencias, en las creencias. Lo que hace al cambio constante es que las limitaciones informales ensanchan y complementan a las

1. EL SISTEMA UNIFICADO DE SALUD PÚBLICA. EL PENSAMIENTO DE RAMÓN CARRILLO Y LOS POSTULADOS DEL PRIMER PLAN QUINQUENAL

La política sanitaria, incluida dentro de la política social, ha sido definida como “aquella intervención de la sociedad sobre si misma que pauta los modos en que se produce el proceso de integración social. Desde este punto de vista, una amplia gama de intervenciones del Estado son políticas sociales, aunque no las identifiquemos como tales en la taxonomía de las políticas públicas”. Siguiendo a Robert Castel, “históricamente la política social parece haber seguido una doble lógica: una intervención en el centro, sobre los mecanismos principales del proceso de integración social; y una intervención en los márgenes, sobre sujetos que no pueden acceder a la integración a través de esos mecanismos principales. La intervención en el centro aparece como dispositivo de conservación, refuerzo, y recomposición de los principales vectores de integración social. La intervención en los márgenes actúa sobre aquello que queda situado en la periferia de esos vectores centrales, compensando y (re) creando la integración o eventualmente reprimiendo los efectos indeseados de la desintegración”. Para el mismo autor, la integración social es un proceso de descripción de los sujetos en la organización social a través del cual se obtiene no sólo un lugar físico y simbólico, sino también el derecho a beneficiarse de los sistemas de protección que salvaguardan el acceso y permanencia de los sujetos en ese lugar⁹. Otro concepto de política social es aquel que la define como “todas las acciones y medidas adoptadas por cualquiera de los poderes del Estado (judicial, legislativo y ejecutivo) y de sus diversos niveles (nacional, provincial y municipal) con el fin de resolver los desajustes provocados por el proceso de modernización económica, así como por la constitución y desarrollo del capitalismo. En este sentido, las políticas sociales son mecanismos de integración social que apuntan a resolver no sólo cuestiones vinculadas al mundo del trabajo (reconocimiento

limitaciones formales, y por lo tanto tienden a mantenerse en equilibrio, y unas se modifican ante cambios en las otras (Idem: 99-120).

⁹ El autor diferencia entre políticas de integración y políticas de inserción. Llama políticas de integración a las “animadas por la búsqueda de grandes equilibrios, de la homogeneización de la sociedad a partir del centro. Ellas proceden mediante orientaciones e instrucciones generales en un marco nacional”. Por ejemplo, los intentos de promover el acceso de todos los servicios sociales y la educación, la reducción de las desigualdades sociales y un mejor reparto de las oportunidades, el desarrollo de las protecciones y las consolidación de la condición salarial. Las políticas de inserción en cambio, “obedecen a una lógica de *discriminación positiva*: se focalizan en poblaciones particulares y zonas singulares del espacio social, y despliegan estrategias específicas”(Castel, 1997: 422).

del derecho de huelga y de los sindicatos) y de seguridad social (accidentes de trabajo, pensiones y jubilaciones, salud de los trabajadores) sino también aspectos referidos a educación (garantizar el libre acceso a la escuela pública, gratuita y obligatoria), salud pública para el conjunto de la población (hospitales, sistema sanitario) y el desarrollo y mejoramiento de los diversos dispositivos urbanos (aguas corrientes, electricidad, transporte, espacios verdes y áreas de recreación)¹⁰.

Tanto las políticas sanitarias como las instituciones del primer peronismo han sido analizadas en el marco de estudios globales; no se las ha tratado sistemáticamente y sólo encontramos desarrollados fragmentarios. Estos estudios enfatizan dos cuestiones: la perspectiva de tales políticas en términos de la población global, y la materialización de las medidas como mera cuantificación¹¹. Karina Ramacciotti, en su estudio de la política social a partir de la producción historiográfica, señala que “la llamada historia de la salud y la enfermedad retoma las líneas inauguradas en los años ochenta, esto es sobre las políticas de salud, la conformación y consolidación de grupos profesionales, la complejidad institucional en el ámbito sanitario y las representaciones socioculturales asociadas a las enfermedades”. Los aportes existentes se centran en Buenos Aires, Rosario, Córdoba, La Pampa y Tucumán. Además, la autora sostiene que “si pareciera ser que en esta área de estudio las problemáticas del interior están siendo objeto de análisis, predominan los esquemas descriptivos centrados en lo local que no permiten explorar las relaciones conflictivas entre los distintos niveles jurisdiccionales y los asimétricos vínculos de poder político económico”¹².

Hasta los años cuarenta, la organización de la medicina era bastante simple. Por un lado, se encontraba el sector privado que atendía a la clase media y alta y, por otro, los servicios del Estado y de la beneficencia que se encargaban de los grupos socioeconómicos más débiles. Existía también la modalidad de servicios mutuales de origen étnico inmigratorio (que brindaba asistencia a comunidades europeas), y los organismos mutuales de carácter gremial –aunque con muy limitada cobertura– entre los cuales se destacaba el desarrollo de los servicios para obreros y empleados ferroviarios¹³.

¹⁰ Suriano: 2004, 33-34.

¹¹ Ramacciotti y Valobra, 2003: 21.

¹² Ramacciotti, 2005: 129. Aquí la autora menciona los trabajos de Lobato (1996) y Alvarez et al (2004).

¹³ Neri, 1983: 99.

Con la creación de la Secretaría de Salud Pública –SSP– en el año 1946¹⁴, transformada en Ministerio en 1949, se instrumentaron una serie de medidas orientadas a la ampliación, profundización y centralización de las competencias y actividades estatales. Desde su creación, la Secretaría estuvo dirigida por Ramón Carrillo, quien sentó las bases del nuevo sistema de salud argentino.

El objetivo fundamental de centralizar la atención médica y la asistencia social era lograr un sistema unificado de salud, que abarcara el cuidado médico, curativo, preventivo y social. Esta idea da cuenta del intento del Estado ejercer jurisdicción sobre todas aquellas actividades que incidían en la salud de la población (alimentación, vivienda, trabajo, salario, higiene laboral). Pero la centralización no solo debía abarcar los aspectos sanitarios, sino que incluiría la subordinación de las autoridades de salud provinciales al gobierno nacional. Fue con este fin que se crearon los ministerios de salud en las provincias.

“La concepción médica definida por Carrillo hizo hincapié en lo social como nueva área sobre la que debía incidir el Estado. Fijados los tres tipos de medicina (asistencial –que se ocupa del sujeto individual, cuando ya el mal existe–; sanitaria –que se aboca al medio físico y bacteriológico– y social –que se centra en los factores del medio sociocultural y las condiciones de vida), la elección prioritaria era por ésta última”. Sin descartar las anteriores, se consideró que la medicina social “es abarcadora y superior, pues busca y logra las verdaderas causas de los males”. Pero además, “es eminentemente preventiva...”. El programa sanitario del Estado incluyó una serie de reformas sociales, educativas y culturales, de modo de incidir permanentemente en el medio social, económico y cultural, a fin de combatir sus males y problemas¹⁵.

Las ideas expuestas pasaron a formar parte de los postulados del Primer Plan Quinquenal (1947-1951), en el cual fueron presentados dos proyectos de ley. El primero, se trataba de la *Organización de la Sanidad Pública* y creaba un Código Sanitario, que dispuso como principio general la necesidad de brindar asistencia médica a todos los habitantes del país, promoviendo la unificación paulatina de la asistencia médica y social. El segundo proyecto consistía en un *Plan de construcciones, habilitación y funcionamiento de los servicios de salud* y se dividía en dos partes. La primera, denominada “Asistencia Social”, estableció la distribución en todo el país, por provincias y territorios, de hospitales generales y centros de

¹⁴ Por decreto N° 14.807 del 23 de mayo de 1946 (Anales de la Legislación Argentina, 1947: 71).

¹⁵ Di Lisia y Rodríguez, 2004: 68.

salud urbanos y rurales, centros urbanos de asistencia especializada, unidades sanitarias y hospitales obreros, centros de traumatología y accidentes de trabajo, etc. Incluía también, los aspectos de maternidad e infancia, alienación mental, neuropsiquiatría, endocrinología, toxicomanía y crónicos, tuberculosis y lepra y semisocialización de la medicina (institución del médico de familia y sistema asistencial abierto)¹⁶. La segunda parte del proyecto se trataba de una lista de los “Institutos de Investigación y Tratamiento”, algo que constituía una prueba más de la intención del gobierno de extender su actuación hacia otras áreas, como la medicina escolar, laboral, etc.¹⁷. Este proyecto integrador se evidenció asimismo en los cincuenta y nueve incisos que establecían las bases de la acción nacional, a través de la Secretaría de Salud Pública¹⁸.

Sin embargo, la mayoría de los autores ha sostenido que el sistema centralizado y unificado de salud pública nunca llegó a concretarse¹⁹. Los argumentos acerca del fracaso del proyecto peronista estuvieron basados en factores internos y externos a la política sanitaria, entre ellos problemas de recursos (económicos, técnicos y políticos), el peso que ejercieron los sindicatos, la presencia de la Fundación Eva Perón, y la acción ejercida por

¹⁶ Andrenacci et al, 2004:105.

¹⁷ Algunos ejemplos son: Instituto de Higiene y Salud Pública; Instituto de Higiene Industrial y Medicina del Trabajo; Instituto de Farmacología y Contralor Farmacéutico; Plantas Industriales Médico- Farmacéuticas; Droguería Central; Instituto de Higiene Social (y dependencias en provincias y territorios); Institutos de Higiene y Medicina Escolar; Edificio de Salud Pública; Hospitales y Estaciones Sanitarias; Escuela Técnica de Salud Pública; Construcción, Instalación y habilitación de 23 edificios para sedes de delegaciones e inspecciones seccionales en las provincias y territorios; entre otras (Presidencia de la Nación, 1946: 110-111).

¹⁸ Incluyendo el estudio, promoción, organización y fiscalización tanto de las cuestiones sanitarias como de la asistencia social de la población. También comprende medidas de higiene y medicina preventiva, tratamiento de enfermedades, investigación, sanidad animal, educación sanitaria, organización estadística, sanidad en el tránsito y medios de transporte, agua potable, alimentación, viviendas urbanas y rurales, obras de saneamiento urbano y rural de las aguas, higiene en establecimientos, comercios; maternidad, niñez y adolescencia; higiene y medicina escolar, del trabajo de menores, y de la infancia; higiene laboral, asistencia médica y quirúrgica, obstétrica, odontológica y farmacéutica; construcción, ampliación y reforma de establecimientos públicos con fines sanitarios o asistenciales, desarrollo de iniciativas públicas o privadas, formación profesional; cultura física y mental en establecimientos recreativos, entre otras (Art. 3º del proyecto de ley sobre la Organización del Salud Pública, lbdem: 104-109). Según el art. 4º se creaba un fondo nacional de salud y asistencia social a los efectos de financiar las instituciones que cumplieran con las finalidades de la ley (Idem: 150-109).

¹⁹ Andrenacci et al, 2004:103. Susana Belmartino sostiene que el principio unificador sólo se afirmó progresivamente en la ampliación de las atribuciones del estado nacional y que la centralización así entendida no eliminó particularismos ni operó sobre la fragmentación (Belmartino, 2005: 127).

las provincias y los municipios²⁰. Sobre esta última cuestión se ha dicho que “si bien el gobierno nacional instaló y administró centralizadamente sus establecimientos, lo hizo en paralelo y con escasa relación a la similar actividad realizada por las provincias y principales municipios”²¹. En este sentido, se ha destacado el peso que tuvieron las autoridades provinciales y municipales en la viabilidad de la política nacional, ya que si bien la SSP creó tres oficinas regionales, la insuficiencia de recursos le impidió imponer su voluntad. Esta afirmación, sumado al hecho de que la provisión de los servicios hospitalarios fueron prestados por las provincias, según señalan algunos autores²², y que “la política sanitaria que se implementó durante el peronismo combinó la centralización administrativa con la descentralización y la autonomía municipal y provincial en materia de ejecución”²³, puede ser un indicio de que en la realidad, los gobiernos provinciales –y aún municipales– fueron los principales promotores del desarrollo sanitario de sus respectivos territorios.

Frente a tantas críticas al proyecto peronista, se ha sostenido que el Ministerio tuvo algunos logros importantes, entre ellos la realización de

²⁰ Para Peter Ross fue el peso de los sindicatos que pretendieron tener el poder de sus propias cajas mutualistas lo que impidió el desarrollo de un sistema centralizado. El autor también se refirió a la relación entre la Secretaría de Trabajo y Previsión, el Instituto Nacional de Previsión Social y los sindicatos. La derrota del INSP en la unificación de los regímenes previsionales impidió ingresar una parte de los fondos al sistema de salud. El segundo Plan Quinquenal confirmaría el eclipse del proyecto universalista al establecer entre sus metas que los gremios desarrollaran sus propios servicios asistenciales. A esto se agrega la presencia del sector privado de caridad, ya que al carecer el gobierno de los recursos necesarios para nacionalizar la mayor parte de las instituciones, no le permitió absorberlo, más allá del control que pudo ejercer sobre el mismo. Se ha sostenido que las iniciativas de la Fundación Eva Perón fueron un obstáculo al proyecto de Carrillo. La política hospitalaria del Ministerio de Salud debió acomodarse a los planes de Evita, que siempre tenían prioridad, y ello le restó recursos y coherencia a la hora de tomar decisiones (Torres y Pastoriza, 2002: 295). Ramacciotti explica que la tensión entre el universalismo y particularismo de la política sanitaria peronista habría resultado, en buena medida, de las dudas del Ministro de Salud sobre la racionalidad económica de un servicio gratuito frente a su aceptación en términos de racionalidad política. A través de las “voces disidentes”, la autora trata de demostrar cómo en el desenvolvimiento de esta política también existieron cuestionamientos y limitaciones de origen interno. Entre ellas menciona la incorporación lenta de los servicios que se iban agregando al sistema sanitario (radiología, cardiología, transfusiones, laboratorios, servicios de oftalmología) y el defasaje existente entre la atención sanitaria brindada en la Capital Federal y en el interior del país (Ramacciotti, 2005: 132).

²¹ Neri, 1983: 100.

²² De las 66.300 camas disponibles en el año 1946 se pasó a 130.180 en el año 1953. De las 63.880 nuevas camas, 9.660 correspondieron al Ministerio de Salud Pública, 18.328 a otros ministerios nacionales, 3.966 a la Fundación Eva Perón, 3.587 al sector municipal, 151 al sector privado, y 29.295 al sector provincial (Andrenacci et al, 2004: 105).

²³ Ramacciotti, 2006: 123.

obras de infraestructura (la extensión de los desagües cloacales, la construcción de acueductos y la provisión de agua potable), aunque también se destaca que los progresos en este terreno fueron lentos²⁴. Por otra parte, “logró concretar una importante expansión y modernización del sistema de servicios en aquellas zonas más postergadas del interior del país, ya que en seis años se duplicó el número de camas disponibles sin descuidar el desarrollo de los servicios ambulatorios y el fortalecimiento de la actividad de investigación”²⁵. Además, puso en funcionamiento 104 centros de salud y 53 instituciones médico-asistenciales, todas de servicio social y gratuito. Creó los Institutos del Quemado, Hematología, Enfermedades Alérgicas, Dermatología, Climatoterapia, y redimensionó el de Gastroenterología, todos con el agregado de actividades docentes y de investigación²⁶.

En cuanto a otros problemas solucionados (muchos de los cuales habían estado presentes en el diagnóstico de Carrillo)²⁷, hubo una mejora de la oferta de personal médico (pasando de 8.310 en 1934 a 22.412 en 1954)²⁸. Esta gestión hizo descender morbilidad venérea del 58 al 25 por mil, la mortalidad por tuberculosis del 73 al 52 por mil, la mortalidad infantil del 80 al 68 por mil, la mortalidad general del 18,8 al 8,8 por mil, y la difteria y el paludismo prácticamente a cero²⁹.

2. EL SISTEMA DE SALUD PROVINCIAL Y LA ADHESIÓN A LOS PRINCIPIOS NACIONALES

En el apartado anterior, siguiendo a diversos autores, hemos sostenido que el sistema centralizado y unificado de salud pública, tal como

²⁴ En 1942 aproximadamente 6.500.000 de habitantes tenían agua corriente y un poco más de 4.000.000 servicios cloacales. Para el año 1955 los números aumentaron a 10.000.000 y 5.500.000 respectivamente (Torres y Pastoriza, 2002: 292).

²⁵ Un análisis global de la oferta de atención médica indica que ésta casi se duplicó en el período 1946-1954, ya que el número de camas en hospitales se incrementó en un 98,3%. Esto permitió que la cantidad de camas por cada 1.000 habitantes se elevara de 4 a 7 en 1954 (Idem: 292-293).

²⁶ www.saludciudad.com.ar/index.php, fecha de consulta 11-XI-2007.

²⁷ Entre los cuales se encontraba el déficit de camas de hospital, la existencia de enfermedades infecciosas (tuberculosis, malaria, lepra, brucelosis, parasitismo, enfermedades venéreas, etc.), la alta mortalidad infantil, la falta de nutrición adecuada en el interior, los altos costos de la atención médica y de los medicamentos, la falta de coordinación de la higiene pública, un sector privado de caridad demasiado grande, la falta de estadísticas confiables, las condiciones deficitarias de trabajo, la falta de medicina preventiva, y la inequidad en la distribución geográfica de la profesión médica (Andrenacci et al, 2004: 104).

²⁸ Entre ambas fechas se pasó de un médico cada 1.250 habitantes a 850 habitantes.

²⁹ www.saludciudad.com.ar/index.php, fecha de consulta 11-XI-2007.

fue diseñado por el gobierno nacional nunca, llegó a concretarse; y que entre las razones de su fracaso se encontraba el poder y la acción desarrollada por los gobiernos provinciales y municipales.

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

Puede afirmarse que la orientación que tuvo el gobierno provincial no difiere en sus características generales, de la que le imprimiera el gobierno nacional. Las ideas de integración y centralización de todos los aspectos de la práctica asistencial –médico-ambulatoria, médico-sanitaria y médico social– y la extensión de la jurisdicción sobre todas aquellas actividades que pudieran influir en la salud de la población (alimentación, vivienda, higiene laboral, etc.), propiciadas por el ministro Carrillo, fueron también los principios adoptados por el gobierno de Mendoza. A través de los discursos del gobernador y de las disposiciones de la nueva Constitución Provincial (1949), puede deducirse que el diseño institucional se caracterizó más por la adhesión y complementación de los principios nacionales que por la innovación y el respeto de la autonomía provincial³⁰. Esto resulta lógico desde que el gobernador de Mendoza entre 1949 y 1952 –el Tte Coronel Blas Brisoli–, fue designado por el Consejo Superior del Partido Peronista para presidir la fórmula gubernativa (tal como ocurría con los gobernadores de todas las provincias) a lo que se sumaba su estrecha relación personal con el Presidente (por haber sido su Secretario Privado)³¹. Estos factores, permiten suponer el mantenimiento de ciertas lealtades a la hora de diseñar las políticas a seguir. Según sostuvo su Ministro de Economía, Obras Públicas y Riego de la provincia de Mendoza, el ingeniero Ignacio González Arroyo, “Brisoli fue un hombre de gran capacidad pero no tenía partido político porque el partido político al que pertenecía era el peronismo, pero el peronismo de Buenos Aires. El no viene con un partido, sino viene impuesto por Perón. Los gobernadores llegaron impuestos por Perón”³². Estuvieron presentes también las órdenes directas o los condicionamientos impuestos

³⁰ Esta situación también puede verse en los cambios institucionales producidos en la provincia de Córdoba. Marta Philp explica que si bien la creación de instituciones estatales aumentó la participación del Estado, subordinó el gobierno provincial al nacional (Ver Philp, 2003: 57-84).

³¹ González Arroyo, 1996: 188.

³² Idem: 196.

por el Presidente. Bacolla ha sostenido, en este sentido, que las semejanzas entre los diseños institucionales nacional y provincial no fueron fortuitas sino que obedecieron a las directivas expresas del Poder Ejecutivo Nacional –por medio de las Conferencias Anuales de Ministros– y que, en algunos casos, como el de la salud, fueron pre-requisitos para que las provincias se beneficiaran con los subsidios nacionales³³. Además, sostiene Ramacciotti que “las lealtades políticas entre los funcionarios locales y nacionales habrían influido en la conformación de la agenda pública en torno a las decisiones en materia de obras sanitarias”. [...]. “Las debilidades en materia estadística sanitaria oficial permitieron que las decisiones en el área se tomaran en función de la búsqueda de apoyos políticos locales. Esta práctica parece evidenciarse en la relación de ciertas zonas en materia de construcción hospitalaria, así como el cierre o la intervención de determinadas instituciones”³⁴.

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

“La acción sanitaria abarcaría la medicina preventiva y curativa y que su lucha estaría centrada contra las enfermedades regionales y las de trabajo; se ampliaría la legislación especial contra el bocio, se ampliarían los hospitales existentes y se incorporaría otros en la medida de las posibilidades financieras del gobierno, en todo lo cual éste marcaría en armonía con la Secretaría de Salud Pública de la Nación, tanto para evitar la superposición de establecimientos sanitarios similares, como para lograr la más pronta realización de las numerosas iniciativas que el plan de dicho organismo nacional contiene para la jurisdicción mendocina”³⁵.

“La acción sanitaria se llevará con mayor intensidad hacia los centros de población más alejados, a los cuales llega dificultosamente y en medida muy escasa o tardía, la actuación sanitaria”³⁶.

Como vemos, el último párrafo no es más que una réplica del discurso nacional, que propiciaba la “unidad regional”, la cual requería de

³³ La trayectoria del primer peronismo en la provincia despliega una parábola que si bien comienza con una manifiesta intención de construir un programa con relativa autonomía culmina, como en otras provincias, incorporándose a la monocromía política nacional (Bacolla, 2003: 120 y 127).

³⁴ Ramacciotti, 2005: 180.

³⁵ Los Andes, Mendoza, 21-03-1949: 4.

³⁶ Ibidem.

planes de salud que incluyeran hasta los lugares más olvidados del territorio³⁷. El desarrollo de los pueblos que no eran cabecera de departamento también fue propiciado por la Constitución provincial³⁸. Por lo tanto, resulta interesante observar en qué medida el programa y las acciones del gobierno tendieron a lograr este objetivo.

Si bien el PPQ no fue claro en cuanto a las funciones que le correspondían a las provincias³⁹, en el caso de Mendoza la Constitución provincial de 1949 introdujo un capítulo especial dedicado a la “Salud Pública”⁴⁰, con lo cual se ampliaban las áreas de intervención del Estado Provincial, entre ellas la asistencia médico-social. Así, dispuso que la Provincia “asegura a todos sus habitantes el derecho de ser protegidos en su salud...” (art. 222). “La asistencia médico-social estará a cargo de un organismo autárquico, siempre que nos se le atribuyera a un ministerio, el cual tendrá a su cargo la dirección y control de la higiene pública, previsión y profilaxis de las enfermedades y asistencia médico-social...” (art. 223).

Si bien se fijaban nuevos ámbitos específicos de actuación (educación sanitaria, alimentación, medicina e higiene laboral, etc.), esto se hacía en función de una futura ley orgánica⁴¹.

³⁷ Ramacciotti y Valobra, 2003: 29.

³⁸ Hirschegger, 2005: 1-14.

³⁹ Establecía sólo los lugares en donde el poder central las ejercería y en materia referente a la prevención y erradicación de las endemias regionales, enfermedades cuarentenales o de grave peligro para la sociedad, y de toda otra susceptible de asumir esos caracteres; a la asistencia e higiene de la maternidad y de la infancia; y a la asistencia social. Sin embargo, disponía que, a través de convenios, las provincias podían desarrollar aquellas actividades que no correspondían al gobierno nacional (Idem, pp. 103-104).

⁴⁰ “Sección Octava, Capítulo Único, Régimen de la Salud Pública” (Constitución de la Provincia de Mendoza, 1949: 2500-2501).

⁴¹ Que debía establecer, “con carácter obligatorio, la medicina preventiva en todo el territorio de la Provincia, coordinándola con los servicios análogos de orden nacional (inc. 1º); la asistencia médica preventiva y curativa en igualdad de condiciones para todos los habitantes de la Provincia (inc. 2º); dictar las medidas y normas para la intervención y control de los establecimientos destinados a la prevención, tratamiento o asistencia médico-social cualquiera sea la naturaleza de aquellos (inc. 3º), conferir a la autoridad sanitaria la facultad de dictar disposiciones especiales, toda vez que circunstancias de insalubridad o la presencia de enfermedades infecto-contagiosas, epizootias o calamidades lo requiera (inc. 8º, a); intervenir y fiscalizar (...) todos los establecimientos destinados a la prevención, tratamiento o asistencia médico-social, cualquiera sea la naturaleza de estos establecimientos (e); dictar normas generales sobre alimentación y ejercer su policía, aplicando las reglas que contengan el Código Bromatológico y demás disposiciones pertinentes (d); entender en todos los problemas vinculados a la medicina e higiene del trabajo (f); fiscalizar desde el punto de vista higiénico-sanitario, la construcción de viviendas urbanas y rurales. Promover y disponer las medidas o realizar las obras de saneamiento urbano y rural, especialmente de las aguas potables (g); orientar, organizar y establecer las normas tendientes a solucionar en sus aspectos médico, higiénico y social, los problemas inherentes a la maternidad, la niñez y la incapacidad física o

Esta amplitud de funciones requería transformaciones en la estructura institucional⁴², de allí que a partir de las directivas del gobierno nacional y por decreto N° 448/50 se creara el Ministerio de Salud Pública Provincial. De esta forma, la organización del sistema se volvió más compleja, por la creación de diferentes departamentos y direcciones que debían tener a su cargo no sólo la labor administrativa, sino también la medicina-preventiva, medicina-curativa, medicina del trabajo, medicina legal, cultura sanitaria, lucha contra las plagas regionales y extensión y coordinación de los servicios asistenciales y hospitalarios⁴³. Se centralizaban así los elementos sanitarios locales⁴⁴. Sin embargo, hacia 1953 el Ministerio de Salud Pública desaparece y las cuestiones relativas a la salud pasan a depender del Ministerio de Asistencia –que a su vez se separa del Ministerio de Gobierno– organizado con tres divisiones: de medicina asistencial, sanitaria y social⁴⁵.

A las reformas mencionadas, se le sumó el programa de obras a realizar por la provincia en función del Primer Plan Quinquenal. Estas se encontraban en los planes de obras públicas e incluían la construcción, ampliación y refacción de establecimientos sanitarios (hospitales y salas de primeros auxilios), así como la extensión del servicio de agua potable⁴⁶.

Por último, junto a estas disposiciones, se encontraban las obras proyectadas por la Nación que incluían principalmente, la realización de

mental, y supervisar y organizar las áreas de la educación física, bioclimatología y terminalismo, la lucha contra el cáncer, la tuberculosis, el bocio, las enfermedades venéreas, la brucelosis, el etilismo y las toxicomanías, entre otras (h); organizar y fiscalizar la educación sanitaria de la población y difundir el conocimiento de las medidas de higiene (j); organizar y fiscalizar el servicio sanitario de transporte aéreo y terrestre; y crear servicios especiales destinados a la lucha contra las enfermedades (l). Idem: 2500-2501).

⁴² Hasta el año 1949 las cuestiones relacionadas con la salud de la población se encontraban a cargo de la Dirección de Salubridad dependiente del Ministerio de Gobierno y Asistencia Social (*Ley N° 1.568*, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos (1946); Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos (1947); *Ley N° 1.695*, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos (1948); *Ley N° 1.796*, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos (1949).

⁴³ Las nuevas dependencias creadas fueron las direcciones de Asistencia Médica, Cultura Sanitaria, Medicina Tecnológica, Medicina Preventiva y Social, Departamento de Medicina del Deporte, Higiene y Sanidad Escolar, Centro de Higiene Materna e Infantil, Dirección de Estadística, Medicina Legal y Fiscal, Instituto de Nutrición, Ingeniería Sanitaria, Hemoterapia y Transfusión de Sangre y la Dirección de Readaptación (Anexo 9° de la *Ley N° 1.872*, Reajuste del presupuesto de gastos para el ejercicio 1950, en Boletín Oficial, 1954: 65-69).

⁴⁴ Mensaje del Gobernador a la Legislatura, 1-V-1949: 27.

⁴⁵ Anexo N° 7 de la *Ley N° 2.126*, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos, 1953: 132-137.

⁴⁶ *Leyes N° 1.617/47*, *1.795/49* y su modificatoria *N° 1.900/50*.

unidades materno-infantiles y hospitales polivalentes⁴⁷ a lo que se debe agregar los trabajos para proveer de agua potable a la población de la provincia⁴⁸.

Sobre si los servicios sanitarios fueron prestados por las provincias, es algo que queda por comprobar. Lo investigado hasta ahora demuestra que a la hora de diseñar su sistema de salud, el gobierno de Mendoza siguió los mismos lineamientos que la nación, lo cual indica una “centralización normativa”, tal como sostuviera Ramacciotti⁴⁹.

3. EL MUNICIPIO DE SAN RAFAEL. MEDICINA ASISTENCIAL, SANITARIA Y SOCIAL

El hecho de que se haya sostenido que algunos municipios del país realizaron una acción paralela a la del gobierno nacional en materia de salud⁵⁰, y que si bien se produjo una centralización normativa, hubo una ejecución descentralizada⁵¹, nos lleva a indagar –a través del estudio de casos– acerca de las características de la acción municipal.

Para esto hay que tener en cuenta la base legislativa dada al régimen municipal. La Constitución vigente hasta 1949 –sancionada el año 1916– sólo establecía que las municipalidades tendrían a su cargo la “salubridad”⁵² del municipio, siendo la ley orgánica –del año 1934– la que especificaba los ámbitos de actuación⁵³. Si embargo, la Carta provincial de 1949 se explayaba un poco más al establecer que “incumbe a la municipalidad, (...), la higiene (...) las funciones de control sobre la higiene y seguridad en el trabajo en forma compatible y concurrente con los organismos

⁴⁷ Plan Analítico del Plan Quinquenal. Secretaría de Salud Pública (Los Andes, 28-V-1948: 6).

⁴⁸ Idem, 09-III-1947: 10.

⁴⁹ Ramacciotti, 2006: 123.

⁵⁰ Neri, 1983: 100.

⁵¹ Ramacciotti, 2006: 123.

⁵² Art. 200º, inc. 3º (Constitución de la Provincia de Mendoza, 1916).

⁵³ Establecía las facultades sobre higiene y salubridad general disponiendo que el gobierno local debía velar por la higiene del municipio, lo que incluía limpieza; desinfección del aire, de las aguas, de las habitaciones y parajes malsanos; inspección de sustancias alimenticias, secuestrando e inutilizando, sin perjuicio de las demás penas que correspondan, aquellas que por su calidad y condiciones fuesen perjudiciales a la salud; vigilancia, reglamentación e inspección de los prostíbulos y demás establecimientos análogos, pudiendo ordenar la clausura, según el caso, para prevenir el desarrollo de enfermedades contagiosas; aseo y mejora de los mercados, tambos, caballerizas, mataderos y corrales, la conservación y reglamentación de los cementerios; y en general, la adopción de todas las medidas tendientes a evitar las epidemias, disminuir sus estragos y remover las causas que las produzcan o las mantengan y todas las demás medidas que concurran a asegurar la salud y el bienestar de la población (Ley Orgánica de Municipalidades Nº 1079, 1934).

especializados del orden nacional y provincial...". Además, que "bajo la inspección de las autoridades provinciales correspondientes pueden habilitar, sostener o subvencionar (...) hospitales y otros establecimientos sanitarios..."⁵⁴. Un proyecto de ley orgánica de municipalidades fue presentado en 1953 con motivo del V Congreso de Municipalidades, y aunque este introduciría algunas reformas, sobre todo en lo referido a la asistencia social, pero nunca llegó a sancionarse⁵⁵.

A partir de esto nos preguntamos ¿en qué ámbitos intervino la municipalidad?, es decir, ¿siguió cumpliendo con sus funciones tradicionales en materia sanitaria?, ¿adaptó su acción a los nuevos postulados constitucionales? ó ¿intervino en otras áreas que si bien no estaban plasmadas en la legislación referente al régimen municipal, respondían a los principios promovidos por el peronismo?

Conocidas las características principales del sistema de salud diseñado por el gobierno peronista, queda por ver qué políticas se llevaron a cabo y que impacto tuvieron en la salud de la población.

Las características geográficas de Mendoza, ubicada en la diagonal árida sudamericana, determinan un territorio organizado en oasis de regadío, donde se concentra el 96% de la población en un 3% de la superficie total. Está dividido en departamentos, que coinciden con la jurisdicción municipal, de modo que cada unidad político-administrativa reúne en su jurisdicción espacios-oasis (urbanos y rurales) con actividades concentradas y espacios del secano semidesierto (llano o montaña), con actividades económicas extractivas y pecuarias muy extensivas (ganadería bovina de cría, ganadería caprina) y hábitat muy disperso. Estas condiciones implican para Mendoza una serie de problemas para la organización de los servicios, en este caso los de salud, porque las estructuras prestadoras deben responder a dos realidades. La primera, con redes urbanas y actividades rurales concentradas en micro espacios obliga a densificar y complejidad los servicios; la segunda, con macro-espacios cuya población, extensa en número pero muy dispersa (3,8 habitantes por Km² en el año 1947), también debe ser atendido, pero con otros criterios, por ejemplo, las escuelas con internado o centros de atención médica elemental.

En este contexto, nuestro análisis hemos tomado un departamento del sur de Mendoza, San Rafael, cuya ciudad cabecera se halla a 240 Km de la capital. Hasta 1950 tuvo una extensión territorial de 72.863 km²,

⁵⁴ Art. 216º, inc. 25 (Constitución de la Provincia de Mendoza, 1949: 2500).

⁵⁵ Sobre este tema, puede verse Hirschegger, 2005: 113-137.

representando casi la mitad del territorio provincial (48%).⁵⁶ Estaba dividido en los distritos de Ciudad, Cañada Seca, Ballofet, Cuadro Benegas, Cuadro Nacional, El Cerrito, Goudge, La Llave, Las Malvinas, Las Paredes, Monte Comán, Pueblo Diamante, Rama Caída, Real del Padre, 25 de Mayo, El Toledano, Villa Atuel, Malargüe, El Manzano y Zona no irrigada⁵⁷. Según el Censo Nacional de 1947 la población total del departamento alcanzaba 97.053 habitantes, con lo que constituía la zona más poblada del Sur mendocino y la segunda después de la capital de la provincia, representando aproximadamente el 16% de la población total (588.231 habitantes). A su vez, la población del departamento se hallaba distribuida en dos áreas: la urbana, con 35.655 habitantes (12% del total de la provincia), y la rural, con 61.398 habitantes (21% de la población rural total)⁵⁸.

3.1. Medicina Asistencial, sanitaria y social

Tal como lo mencionamos anteriormente, en la concepción sanitaria de Carrillo entraban en juego tres tipos de medicina: la asistencial (que se ocupa del sujeto individual, cuando ya el mal existe), la sanitaria (que se aboca al medio físico y bacteriológico) y la social (que se centra en los factores del medio sociocultural y las condiciones de vida)⁵⁹.

3.1.1. Elementos para la medicina asistencial

Entre los elementos a tener en cuenta en la medicina asistencial se encuentran tanto la disponibilidad de recursos materiales (drogas, medicamentos, equipamiento, elementos de curación, etc.) y humanos (médicos, enfermeros, etc.)⁶⁰ como la infraestructura, es decir, la existencia de establecimientos asistenciales y sus respectivos servicios.

Con respecto al primer conjunto de factores, investigaciones sobre la política sanitaria nacional señalan que la falta de medicamentos, equipos y

⁵⁶ Superficie que quedó reducida por *Ley N° 1.937* del 22 de noviembre de 1950 a 31.963 Km². Esto se debió a la separación del distrito Malargüe del departamento de San Rafael (Guibourdenche de Cabezas, 1956).

⁵⁷ Entre los distritos con mayor cantidad de habitantes podemos citar al de ciudad con 32.663 habitantes, Cañada Seca, 5.681 habitantes; Cuadro Benegas, 2.273; Cuadro Nacional, 5.965; Goudge, 2.368; La Llave, 3.787; Las Malvinas, 1.799; Las Paredes, 3.220; Monte Comán, 3.598; Rama Caída, 4.261; Real de Padre, 4.450; 25 de Mayo, 947; Villa Atuel, 10.322; Malargüe, 10.227; y otros, 3.124 habitantes (Boletín Informativo, 1947: 5).

⁵⁸ *IV° Censo Nacional de Población*, 1947: 301.

⁵⁹ Di Lisia y Rodríguez, 2004: 68.

⁶⁰ Esto último será objeto de estudio en futuras investigaciones.

médicos se debió a las limitaciones presupuestarias, y que ésta situación repercutió a nivel regional⁶¹.

Para el caso de San Rafael en particular, este aspecto es muy difícil de determinar ya que sólo poseemos algunos casos aislados en los que se pone de manifiesto la necesidad de medicamentos, drogas y otros elementos para la asistencia médica. Tal como ocurría con la Sala de Primeros Auxilios del distrito de Villa Atuel en la cual, debido a la falta de recursos, la carencia de algodón, alcohol, vacunas y otros elementos básicos, imposibilitó su funcionamiento⁶². Sin embargo, la escasez de datos no nos permite afirmar que esta haya sido la situación de todos o la mayoría de los establecimientos asistenciales del departamento.

Sólo a través de algunas fuentes, como los presupuestos provinciales, podemos dar un panorama general acerca de los gastos previstos por el gobierno destinados a dispensarios, hospitales de campaña y salas de primeros auxilios. Este análisis nos puede dar una idea acerca de la orientación territorial de los recursos y de la participación del gobierno provincial en la provisión de elementos para que en los departamentos se desarrollara una asistencia médica eficaz.

Si bien desde los comienzos del gobierno peronista el presupuesto provincial aumentó de un año a otro, entre 1949 y 1951 dicho aumento fue bastante importante (de \$133.000.000 a \$176.000.000); lo mismo sucedió con los montos destinados a "Salud"⁶³ (de \$19.000.000 a \$32.000.000). No obstante ello, disminuyó su participación relativa con respecto al presupuesto total (del 14,5% al 9%). Pero lo que aquí nos interesa destacar es que del total destinado a salud, alrededor del 70% iba al pago de sueldos y jornales, quedando solo el 30% para cubrir los gastos corrientes. De esto último, los mayores porcentajes serían para gastos de *Ministerio y los hospitales de la capital* (rondando el 60 y 66%); y en segundo lugar, para financiar los del *Hospital Central* (entre el 12 y el 20%). Por lo tanto, fueron menores los porcentajes previstos para el rubro *Dispensarios, hospitales de campaña y salas de primeros auxilios* (que varió entre el 12 y 15%). Además, para estos establecimientos, lo destinado a elementos y productos medicinales no superó el 4,5%, teniendo mayor participación el rubro racionamiento y alimentos (entre el 55 y 70%).

El hecho de que la mayor cantidad de recursos establecidos en los presupuestos fueran destinados al pago de personal, y que el porcentaje

⁶¹ Ramacciotti, 2005: 177.

⁶² El Comercio, Mendoza, 13-09-1949: 3.

⁶³ Hasta la creación del Ministerio de Salud Pública en el año 1950 se encontraba bajo la Dirección General de Salubridad.

superior de gastos corrientes fuera para los hospitales de la capital⁶⁴ da la pauta de que los establecimientos sanitarios de los demás departamentos carecían de elementos necesarios para la asistencia médica y por ende esta situación podía entorpecer su funcionamiento, como fue el caso de la Sala de Primeros Auxilios del distrito de Villa Atuel. Sin embargo, cabe estudiar otras fuentes de recursos, como por ejemplo los subsidios nacionales.

3.1.2. Construcción, refacción o ampliación de los establecimientos sanitarios y hospitalarios y sus servicios

Según informó la prensa, en el año 1947, por intermedio de la delegación regional de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, se programó la construcción de una red de hospitales en diversas zonas de nuestra provincia, entre las cuales se encontraba el departamento de San Rafael⁶⁵. Esta noticia nos llevó a investigar cuáles fueron los establecimientos construidos por la nación, algo que nos daría la pauta del efectivo cumplimiento de algunas disposiciones del Primer Plan Quinquenal.

En función del Primer Plan Quinquenal, tal como hemos señalado anteriormente, fue sancionado un plan de *construcciones, habilitación y funcionamiento de los servicios de salud*. Una de sus partes, –“Asistencia Social”– establecía la distribución en todo el país, por provincias y territorios, de hospitales generales y centros de salud, urbanos y rurales, centros asistenciales o médicos especializados, unidades sanitarias, hospitales obreros, centros de traumatología y accidentes de trabajo, etc.⁶⁶. Por otra parte, también es importante la labor realizada por el gobierno provincial, teniendo en cuenta que las construcciones sanitarias figuraban en la agenda pública oficial a través de los Planes Trienales. En este sentido, las leyes que conformaron el Segundo Plan Trienal (1949-1951), establecieron como regla general la construcción, reparación y ampliación de hospitales y Salas de Primeros Auxilios⁶⁷. Si bien en la provincia de Mendoza existieron dos planes trienales, el primero de ellos (1947-1949) correspondió a la primera administración peronista, cuyo estudio escapa a este trabajo. No

⁶⁴ Los hospitales capitalinos recibían no sólo la mayor proporción de pacientes sino que por tener equipamiento de alta complejidad, insumían más recursos económicos.

⁶⁵ A esto contribuyeron las visitas realizadas por el delegado a varios departamentos, entre los cuales figuraban: General Alvear, San Carlos, Tunuyán y parte de Lavalle. Complementaría sus estudios con visitas a establecimientos de la Capital y zonas de Chacras de Coria (Luján), Junín, La Paz, Rivadavia, El Algarrobal (Las Heras), San Miguel de Lavalle, Godoy Cruz, Santa Rosa, Tupungato, y otras localidades (Los Andes, Mendoza, 15-03-1947: 4).

⁶⁶ Presidencia de la Nación, 1947: 110-111.

⁶⁷ Ley Nº 1.900/50 modificatoria de la ley Nº 1.795/49 (Provincia de Mendoza, 1950: 1-2).

obstante ello, hay que tener en cuenta que muchas de las obras incluidas en el segundo plan trienal, en realidad, fueron proyectadas durante ese gobierno, motivo por el cual puede observarse cierta continuidad en algunas obras.

Retomando el accionar del gobierno nacional, en el Plan Analítico del PPQ se proyectaron para la provincia Mendoza dos estaciones sanitarias, cuatro hospitales locales, un hospital materno infantil, doce establecimientos de maternidad integral, cuatro centros materno-infantiles, siete centros ambulatorios y un hospital regional⁶⁸. Si bien esta información no especifica la distribución geográfica de las obras, el recorrido por las fuentes nos ha permitido constatar cuáles fueron las que correspondieron al departamento de San Rafael en el período estudiado.

Siguiendo las disposiciones nacionales que establecían la construcción en las provincias de hospitales obreros, el único ejemplo que hemos encontrado en San Rafael lo constituyó la habilitación, en el año 1950, del Hospital Ferroviario Regional y consultorios externos en el distrito Monte Comán, trabajo que venía gestionándose desde el año 1948⁶⁹. Según la prensa, con esta obra la Dirección General de Asistencia Social para ferroviarios atendería en forma integral el problema médico-asistencial de trabajadores del riel del Sur de Mendoza, ya que con una capacidad de 50 camas, centralizaría la atención sanitaria de toda la zona (San Rafael y General Alvear), cubriendo las necesidades de aproximadamente 8.000 usuarios directos y sus familias⁷⁰. Si bien no podemos determinar si estos objetivos fueron cumplidos, la sola construcción del hospital constituye una pequeña muestra del cumplimiento de las disposiciones del plan.

Otro de los establecimientos a cargo de la nación fueron los "Centros de Salud". Según el pensamiento sanitario de la época, su importancia radicaba en que en ellos se producía la integración de los diferentes aspectos de la práctica asistencial. Aún cuando se ha señalado que hacia el año 1952 sólo se había avanzado en la construcción de centros de salud⁷¹ y que bajo la dirección de Carrillo la Secretaría de Salud Pública logró poner

⁶⁸ Plan Analítico del Plan Quinquenal. Secretaría de Salud Pública (Los Andes, Mendoza, 28-V-1948: 6).

⁶⁹ El mencionado hospital estaba formado sobre la base de la adquisición del Sanatorio Policlínico del Sud, contando con un moderno instrumental e instalaciones adecuadas (provisto de rayos X, electricidad médica, laboratorio, ambulancia, sala de cirugía, y otras dependencias). Un ejemplo de las gestiones fue la nota enviada por el Presidente y Secretario de las Seccionales de la "Unión Ferroviaria" y "La Fraternidad", respectivamente, al director general de Asistencia Social y Previsión para Ferroviarios, Tte. Coronel Blas Brisoli (Idem, 23-06-1948: 10).

⁷⁰ Ibidem, 20-08-1950: 6.

⁷¹ Ramacciotti, 2005: 180.

en funcionamiento 104 centros en todo el país⁷², autores como Belmartino sostienen que el concepto de organización del sistema de servicios, tal como fue descrito, “nunca llegó a tener aplicación generalizada efectiva”⁷³.

Si bien la Ciudad de San Rafael ya contaba con un centro de salud, no fue hasta el Segundo Plan Quinquenal (1953-1957), que el Ministerio de Salud Pública de la Nación proyectó darle un edificio más moderno al establecimiento para que brindara en forma integral todos los servicios⁷⁴. Por último, tenemos registro de la existencia de otro centro de salud en el distrito Jaime Prats, del que si bien desconocemos la fecha de fundación, la prensa destaca que “era uno de los establecimientos más modernos y completos con que contaba la provincia”⁷⁵. Sin embargo, no se verifican otras reformas referidas a los Centros de Salud, quedando como un objetivo pendiente estudiar la etapa que correspondió al Segundo Plan Quinquenal.

En cuanto al distrito de Malargüe, a raíz de las deficiencias que mostraba la asistencia hospitalaria, un legislador provincial, a través de un proyecto de resolución, solicitó al Poder Ejecutivo de la Nación la adopción de todas las medidas correspondientes para la construcción de un hospital⁷⁶. Señalaba que era una obra incluida en el Plan Quinquenal y que debía tener 80 camas, un centro materno infantil (con 50 camas), y otras

⁷² En www.saludciudad.com.ar/index.php.

⁷³ Belmartino, 2005: 113-115.

⁷⁴ Para cubrir el sector de medicina asistencial, el *Centro de Salud* contaría con consultorios clínicos, de especialidades (cardiología, otorrinolaringología, oftalmología, etc.) y externos. Por su parte, para atender las cuestiones de medicina sanitaria se construiría un departamento para tuberculosos, tratamiento ambulatorio, catastro radiológico y colocación del recién nacido sano, broncoscopías, pluroscopías y readaptación. En dicho centro se programaría la realización de campañas de vacunación para prevenir o curar enfermedades transmisibles, y se llevarían a cabo acciones relacionadas con la higiene social como por ejemplo la localización de focos y catastro serológico. Con respecto a la higiene pública, se incluía la vigilancia de la provisión de agua y eliminación de desechos, baños y lavaderos públicos, control de alimentos, inspección de establecimientos alimenticios (leche y carne especialmente) y fiscalización de establecimientos de expendio. La medicina social comprendía la protección materno infantil, examen post y pre natal, puericultura y sanidad infantil, medicina escolar, club de madres, jardín de infantes, consultorio de adolescentes, exámenes periódicos de la población (Los Andes, Mendoza, 9-XII-1951: 6).

⁷⁵ *Ibidem*, 28-III-1950: 3.

⁷⁶ Entre los fundamentos se destaca la situación geográfica del distrito, el número de habitantes (12.000 aproximadamente), el número de trabajadores formado en virtud del incremento de industrias agropecuarias y mineras y, sobre todo, las dificultades para la atención de los enfermos y accidentados en la sala de primeros auxilios existente. Esta carecía de comodidades y se encontraba a cargo de un solo médico, que a su vez desempeñaba el cargo de facultativo oficial y prestaba servicios tanto a zonas rurales y urbanas (El Comercio, Mendoza, 8-IX-1949: 4; 10-IX-1949: 4).

dependencias sanitarias⁷⁷. No obstante la demanda, no se constata la construcción de dicho hospital durante el período 1949-1952.

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

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

Como ya se ha señalado, fueron delineados en la Provincia de Mendoza dos planes trienales de obras públicas. El primero correspondía al período 1947-1949 y el segundo al de 1949-1951. En ambos se hallaban presentes los objetivos de preservar de la higiene pública y prestar asistencia médica a toda la población. Con respecto al segundo de ellos –que corresponde al período en estudio– estas metas se cumplirían a través de la provisión de agua potable y la construcción, reparación y ampliación de hospitales y salas de primeros auxilios⁷⁸.

Con respecto a esto último, las principales obras incluidas en el programa del gobierno fueron: ampliaciones y refacciones en el Hospital Schestakow, construcción de un hospital Central, de Salas de Primeros Auxilios en diferentes lugares del departamento y de un Instituto de Maternidad e Infancia⁷⁹.

Ahora bien, veamos cómo fueron cumpliéndose estas disposiciones. Durante la gobernación de Faustino Picallo (1947-1949) fueron proyectadas dos obras en el Hospital Teodoro Schestakow⁸⁰: la ampliación de la sala de maternidad y la construcción de un pabellón de infecciosos⁸¹. Estas serían inauguradas en el año 1949.

La prensa destaca que estas mejoras no llenarían las exigencias del número creciente de enfermos que poseía San Rafael, “no porque sea bajo el nivel sanitario...”, sino por el aumento constante que se observa en el departamento⁸². Un dato que resulta importante a la hora de evaluar las

⁷⁷ Ibidem.

⁷⁸ Ley N° 1.900/50 modificatoria de la ley N° 1795/49 (Provincia de Mendoza, 1950: 1-2).

⁷⁹ Ley N° 1.610/46 (Provincia de Mendoza, 1946:1-2).

⁸⁰ Los Andes, Mendoza, 10-VIII-1947: 5; 12-VIII-1947: 6; El Comercio, Mendoza, 12-VIII-1947: 4; 18-III-1948: 4; 31-V-1948: 5.

⁸¹ Los Andes, Mendoza, 18-III-1949: 4.

⁸² Según la prensa, para que el establecimiento estuviera en condiciones de prestar amplios y eficientes servicios debían realizarse obras de mejoras. La más importante era un pabellón de cirugía, no solo por las deficiencias materiales sino por las garantías que ofrecía al paciente y

condiciones sanitarias del hospital lo proporciona la prensa, que informa acerca de la intervención en el año 1949 de la subdirección de salubridad del sur y la dirección del hospital citado por la falta de higiene del mismo⁸³. Por otra parte, en el año 1950, el diario local del departamento, *El Comercio*, destaca que “El servicio hospitalario en San Rafael no será eficiente mientras no se hagan ciertas obras y se aumente el personal”. Entre los aspectos que señala el periódico se encuentran el déficit de camas (contando sólo con 240), problemas en la organización interna debido a la falta de personal (como consecuencia de la carencia de nuevas partidas para el pago de sueldos), y deficiencias en la asistencia pública (aparatos de rayos X, medios de movilidad, etc.). Pero la prensa también informa acerca de la situación de los servicios de una de las obras recientemente realizadas, como fue la ampliación de la sala de maternidad. Ante la insuficiencia de camas y de las comodidades indispensables para atender a los internados, *El Comercio* planteó la necesidad de crear un Instituto Materno-Infantil. La situación del hospital local se debía a su limitada fuente de recursos, situación que se venía produciendo en todos los establecimientos de la provincia⁸⁴.

Entre 1949 y 1952 hubo un aumento de los servicios prestados por dicho establecimiento del 42%⁸⁵, siendo el que más prestaciones hizo después del Hospital Central (ubicado en la Capital)⁸⁶. Este hecho, sumado al descenso de la población total del departamento hacia 1951 como consecuencia de la separación del distrito de Malargüe⁸⁷, nos lleva a pensar que los servicios hospitalarios cubrirían a una mayor cantidad de personas⁸⁸. Con respecto al número de camas, los datos que brinda la prensa hacen referencia a un total de 240 camas en el año 1951. Comparando esta cifra con la de 1952, podemos ver una disminución del número de camas, ya que sólo dispone de un total de 229. Los datos correspondientes al año 1954 indican que no hubo una evolución importante en dicho establecimiento puesto que por un lado, mantenía el mismo

las escasas comodidades de que disponía el personal técnico. También, era preciso dotarlo de instrumentos utilizados por los clínicos y cirujanos, proporcionar ropa a los enfermos y al personal administrativo (*El Comercio*, Mendoza, 12-VIII-1947: 4).

⁸³ Los Andes, Mendoza, 07-IV-1949: 4.

⁸⁴ *El Comercio*, Mendoza, 01-I-1950: 4.

⁸⁵ De 361.664 a 513.639. Los tipos de servicios eran: Policlínicos, maternidad, cirugía, tuberculosis, infecciosos, mentales. En realidad, el aumento del departamento siguió la tendencia provincial que fue del 111% (*Anuario Estadístico de la Provincia de Mendoza*, 1954: 51).

⁸⁶ *Ibidem*.

⁸⁷ Que tenía aproximadamente 10.000 habitantes.

⁸⁸ También podría pensarse en una sobreprestación de los servicios.

número de camas (a pesar de que la población aumentara casi un 13%) y, por otro, el aumento total de servicios no fue significativo –si se lo compara con otros períodos–, porque sólo se prestaban 42.400 servicios más⁸⁹ con respecto a 1952.

Otro tipo de establecimientos que se comprometió a construir el gobierno de la provincia fueron las salas de primeros auxilios. Desde comienzos de la administración peronista la prensa fue uno de los principales demandantes tanto de la corrección de las deficiencias de las salas existentes, como de la construcción de otras nuevas en aquellos lugares en que por el aumento de la población o por su lejanía con respecto a la ciudad requerían este tipo de obras⁹⁰. A partir de esto, podemos decir que hubo cierta respuesta por parte del gobierno provincial a estas demandas, ya que existió una relación entre las salas que se solicitaban, las incluidas en el programa de gobierno y las que efectivamente se construyeron. Así, el programa incluía la construcción de una Sala en las Malvinas, 25 de Mayo y Malargüe⁹¹, ampliaciones y refacciones en las salas de El Sosneado, Agua del Toro y en la del distrito Villa Atuel⁹². La prensa y los mensajes del gobernador confirmarían la efectiva concreción de las obras proyectadas, mencionemos además, que se construyó una Sala en Real del Padre y se refaccionó la de Goudge⁹³. La ausencia información acerca de la construcción de salas en 25 de Mayo y Agua del Toro hace pensar sobre el cumplimiento parcial del plan proyectado, aunque cabe estudiar si estas obras fueron concretadas en los años posteriores.

Hemos observado a grandes rasgos la acción del gobierno nacional y provincial en la dotación de nuevos establecimientos sanitarios al departamento. Acerca de la cantidad de servicios prestados por el conjunto de estos centros asistenciales nacionales y provinciales en el departamento solo tenemos datos a partir de 1953, a excepción del hospital Schestakow, que fue mencionado anteriormente. Pero si realizamos un análisis global de los servicios prestados por los establecimientos asistenciales nacionales y provinciales existentes en Mendoza, se verifica que, en este aspecto, hubo un mayor aporte del gobierno provincial al cuidado o preservación de la salud. En el año 1950, el mayor porcentaje de servicios fue prestado por el

⁸⁹ *Ibidem*: 51-52.

⁹⁰ *El Comercio*, Mendoza, 04-VIII-1947: 4; *Los Andes*, Mendoza, 29-VII-1948: 6; 05-VIII-1948: 6; 10-V-1949: 6; 31-VII-1949: 12; 13-III-1952: 4; 14-III-1952: 3.

⁹¹ Obra proyectada durante el gobierno anterior (*El Comercio*, Mendoza, 31-V-1948: 5)

⁹² *Ley N° 1.610/46* (Provincia de Mendoza, 1946); Mensaje del Gobernador da la Legislatura, 1948; Mensaje del Gobernador a la Legislatura, Mendoza, 1949: 74; Oficina de Prensa e informaciones del Poder Ejecutivo, 1951: 27-123.

⁹³ Gobierno de Mendoza, 1952: 129-130; *El Comercio*, Mendoza, 22-XI-1949: 4; 24-XI-1949: 4.

gobierno provincial, llegando a un 99%. En el año 1952, hubo un aumento de los servicios prestados, y junto a ello, la provincia siguió brindando el mayor porcentaje (97%)⁹⁴.

Si bien esta es una conclusión que corresponde a la provincia, puede ser trasladada al departamento de San Rafael desde el momento en que dentro del conjunto de establecimientos analizados, el Hospital Schestakow (a cargo del gobierno provincial) fue el que más servicios prestó después de los hospitales Central y Emilio Civit ubicados en la ciudad de Mendoza⁹⁵.

3.1.3. Las giras y campañas sanitarias

Durante los gobiernos de Juan Domingo Perón, se desarrollaron dos tipos de estrategias en materia de difusión sanitaria: la primera consistió en inspecciones para controlar las condiciones de higiene en las fábricas, algo que se extendió a las escuelas y familias; y la segunda, en la realización de conferencias en diferentes empresas⁹⁶. Además, durante el gobierno peronista se realizaron numerosas campañas sanitarias de alcance nacional para prevenir o remediar enfermedades endémicas. Uno de los objetivos de estas campañas fue transmitirle a la población los principios de higiene y salud mediante la publicidad y las instituciones educativas. Estas medidas estuvieron respaldadas por la ley nacional N° 13.039 sancionada en el año 1947, que declaraba obligatoria la difusión y enseñanza de los principios de la higiene en los medios civiles, militares, escolares, industriales⁹⁷ y comerciales del país, creando la Dirección de Política y Cultura Sanitaria.

A partir de esto resulta interesante conocer cuales fueron las acciones llevadas a cabo en la provincia en el período que estamos estudiando.

En el transcurso de tres años (1949-1951) las autoridades gubernamentales realizaron más de veinte giras o visitas a los departamentos. Según los datos que disponemos las giras se distribuyeron de la siguiente forma: Ciudad (1), Rivadavia (1), San Martín (2), General Alvear (1), Luján (2), La Paz (1), San Carlos (3), Junín (1), Maipú (1), Godoy Cruz (1), Tunuyán y Tupungato (1), Lavalle (5), San Rafael (8)⁹⁸. Por lo

⁹⁴ Anuario Estadístico de la Provincia de Mendoza, 1954: 46.

⁹⁵ *Ibidem*: 45.

⁹⁶ La función de policía sanitaria que poseía la Dirección de Higiene y Medicina del Trabajo, se denominó en el año 1948 Dirección de Medicina Tecnológica, pasando a la órbita de la STP (Ramacciotti, 2005: 185).

⁹⁷ Por ejemplo los establecimientos mineros en Mendoza.

⁹⁸ Los Andes, Mendoza, 5-III-1950: 6; 29-VIII-1949: 4; 22-IX-1949: 4; 25-IX-1949: 4; 12-III-1951: 4; 24-XI-1949: 5; 05-III-1950: 6; 19-XI-1949: 5; 8-X-1949: 4; 05-III-1950: 6; 10-I-1950: 4; 16-I-

tanto, debemos constatar si las mismas fueron destinadas a la prevención y curación enfermedades.

En general, estos viajes estuvieron centrados en el conocimiento de las necesidades de las distintas poblaciones y la inspección e inauguración de distintas obras públicas (agua potable, obras de irrigación, salas de primeros auxilios, escuelas, etc.). Pero fueron las de los municipios de Lavalle y San Rafael las que tuvieron como eje principal el conocimiento de la situación sanitaria y la aplicación de medidas tendientes a solucionar los problemas de salud⁹⁹.

La política social peronista estuvo destinada a erradicar aquellas enfermedades denominadas "sociales". En el mes de septiembre de 1949 diferentes voces advirtieron sobre la existencia de un brote de viruela en la Argentina. Por lo tanto, las autoridades sanitarias anunciaron la urgente necesidad de vacunar y revacunar a la población de todo el país dada la existencia de un brote de viruela en la Capital Federal, en Jujuy, Mendoza y San Juan¹⁰⁰.

En la provincia de Mendoza, la situación fue descrita por el gobernador. Según informó, fue a causa de la presencia de la *viruela alastrim*¹⁰¹ en países limítrofes, con repercusión en provincias cercanas a

1950: 4; 11-VII-1950: 4; 19-XII-1949: 4; 28-III-1950: 4; 11-V-1950: 5; 6-VIII-1949: 4; 7-III-1950: 5; 27-I-1949: 4; 30-I-1949: 5; 17-VI-1949: 5; 3-VII-1949: 8; 1-X-1951: 4; 22-II-1949: 4; 13-IV-1949: 4; 18-IV-1949: 4; 10-V-1949: 6; 28-VIII-1949: 4; 9-X-1949: 4; 17-XI-1949: 8; 8-III-1950: 5; El Comercio, Mendoza, 22-XI-1949: 4; 26-XI-1949: 5. Pero en el año 1948 se habían realizado dos giras. La primera de ellas por una delegación del Ministerio de Salud Pública de la Nación al distrito de Malargüe (Los Andes, Mendoza, 22-III-1948:11). La segunda, por parte del gobierno municipal, a través del envío de "inspectores" a diferentes zonas del municipio a fin de controlar las condiciones higiénicas de la población (Idem, 14-IV-1948: 4).

⁹⁹ Por ejemplo, ante los brotes de fiebre tifoidea en el departamento de Lavalle, donde el número de infectados sobrepasaba las 2.000 personas, la Dirección General de Salubridad informó que adoptó los recaudos para determinar el origen del brote, su dispersión y características epidemiológicas y que en distintas oportunidades se detectaron comisiones integradas por facultativos que adoptaron las medidas específicas tendientes a sofocar el desequilibrio sanitario, y que brigadas de vacunación recorrieron la zona afectada, realizando vacunaciones domiciliarias y escolares, en colaboración con las salas de primeros auxilios del departamento (Idem, 16-VI-1949: 7). Hacia el año 1951, la prensa informa que la Dirección de Cultura Sanitaria, dependiente del Ministerio de Salud Pública de la Provincia, realizaría un acto de difusión sanitaria en el departamento citado con asistencia de autoridades, alumnos de las escuelas primarias y vecinos. Se pronunciarían 2 conferencias sobre enfermedades infectocontagiosas y alimentación del niño (Idem, 1-X-1951: 4).

¹⁰⁰ Ramacciotti, 2006: 124.

¹⁰¹ Según el pensamiento de la época, el "alastrim" era considerado como una forma clínica de viruela, que se caracterizaba por su escasa mortalidad. Sus síntomas eran fiebre, dolores de cabeza y espalda, vómitos, constipación y erupciones cutáneas. Investigaciones del Instituto Bacteriológico Malbrán sostenían que la dificultad en hacer desaparecer la llamada "viruela menor" se debía a los defectos en la conservación de la vacuna (Idem: 127).

Mendoza, que se realizaron campañas de vacunación y revacunación. Según los datos que brindó, con esa campaña se vacunaron 300.000 personas, señalando que “se ha logrado que el flagelo de la viruela no hiciera estragos en Mendoza”¹⁰². Lo cierto es que la prensa –diarios Diario Los Andes y El Comercio– rara vez menciona casos de esta enfermedad en la provincia; y cuando lo hacen, es con el objetivo de alentar o llamar la atención de la población para que tome las medidas preventivas necesarias y destacar la labor realizada por el gobierno. Por ejemplo, el periódico de San Rafael –*El Comercio*–, informa acerca de la habilitación de un consultorio externo –en el hospital Teodoro Schestakow– para la vacunación antivariólica¹⁰³. Cinco días más tarde de publicada esa noticia señalaba que ya habían sido inmunizadas 10.000 personas y que la campaña continuaría hasta cubrir la totalidad de los habitantes del departamento¹⁰⁴. Aunque no deja de mencionar ciertas deficiencias en la campaña (como por ejemplo la carencia de suero inmunizante en el hospital de la ciudad)¹⁰⁵, también informa cuando el problema había sido resuelto¹⁰⁶.

También fueron realizadas en la provincia las campañas antirrábicas¹⁰⁷, que contaron con la colaboración de las municipalidades. El medio más utilizado para prevenir este tipo de enfermedades fue la vacunación masiva de perros, realizada por el departamento de Epidemiología y Profilaxis, alcanzando a 20.000 animales¹⁰⁸. Por otra parte, se creó un consultorio para la profilaxis antirrábica humana y se instaló un caneocomio a cargo de un veterinario del Ministerio de Salud Pública. “Podemos considerar prácticamente desaparecida la rabia”, sostuvo el gobernador.

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

¹⁰² Mensaje del Gobernador a la Legislatura, 1950: 79.

¹⁰³ El Comercio, Mendoza, 20-VIII-1949: 4.

¹⁰⁴ Idem, 25-VIII-1949: 4.

¹⁰⁵ Idem, 13-IX-1949: 4.

¹⁰⁶ Idem, 16-IX-1949: 4.

¹⁰⁷ A partir de octubre de 1950.

¹⁰⁸ Mensaje del Gobernador a la Legislatura, 1950: 80.

en todo núcleo poblado de plantas de beneficio para el agua y una distribución adecuada y correcta de la red cloacal, y de las ampliaciones y modernización de los servicios sanitarios¹⁰⁹. Tanto desde la prensa como de los discursos del Poder Ejecutivo se registra que el departamento más afectado por esta enfermedad fue el de Lavalle. Sin embargo, mientras el gobernador habla de endemia¹¹⁰, un artículo periodístico referido a esta enfermedad se titula "Peligrosa epidemia de tifus se registran en el departamento de Lavalle"¹¹¹. No obstante, la prensa sigue elogiando la labor del gobierno destinada a remediar este mal¹¹².

La tuberculosis, que según el gobernador era la enfermedad infectocontagiosa que encabezaba la lista, se producía principalmente por la mala y precaria alimentación, el trabajo insalubre, la falta de práctica higiénica, el pauperismo, etc. Por lo tanto, en colaboración con la Dirección General de Sanidad de Cuyo y del Ministerio de Salud Pública de la Nación, se procedió a la lucha antituberculosa por medio de la BCG. En este sentido, el gobernador destacó que gracias a las obras asistenciales (de carácter preventivo y social), y a la moderna medicación aplicada, hubo un descenso de las cifras de morbilidad y de mortalidad vinculadas a la afección citada¹¹³. Observando los datos estadísticos, podemos corroborar esta afirmación ya que el número de defunciones y las tasas de morbilidad que entre los 1949 y 1952 disminuyeron, pasando de 193 a 138 y del 31 al 20,7 por mil¹¹⁴ respectivamente. Esto da muestra de los resultados positivos logrados por la política sanitaria oficial. Por otra parte, las cifras

¹⁰⁹ Idem, 1952: 176.

¹¹⁰ Idem, 1952: 80.

¹¹¹ Los Andes, Mendoza, 25-V-1949: 5.

¹¹² Idem, 02-VI-1949:7; 17-VI-1949: 5. Una prensa no precisamente independiente y crítica. Aquí cabe aclarar la diferencia entre endemia y epidemia. Se entiende por endemia "la existencia en un área o región de una enfermedad en una proporción no significativa sobre el número de casos habituales en ella". Cuando la presencia de una enfermedad, tanto transmisible como no transmisible, se da de una forma regular se dice que esa enfermedad existe con carácter endémico. La epidemia se refiere a la aparición, en una comunidad o región definida, de casos de una enfermedad (o de un brote) con una frecuencia que claramente rebasa la incidencia normal prevista. El número de casos que indica la existencia de una epidemia varía según el agente infeccioso, las dimensiones y el tipo de la población expuesta, su experiencia previa o la falta de exposición a la enfermedad, así como la época y el lugar donde se presenta. Así pues, la epidemividad es relativa a la frecuencia habitual de la enfermedad en la misma zona, entre la población especificada y en la misma estación del año (http://weblogs.madrimasd.org/salud_publica, fecha de consulta: 15-III-2008).

¹¹³ Mensaje del Gobernador a la Legislatura, 1952: 176.

¹¹⁴ Anuario Estadístico de la Provincia de Mendoza, 1954: 42.

correspondientes al año 1955 muestran que había pasado al tercer lugar (luego del Coqueluche y la Verminosis)¹¹⁵.

Otro medio de prevención fue la educación sanitaria. Así, la Dirección de Cultura Sanitaria fue el organismo encargado de realizar diferentes actos sanitarios culturales en casi todos los departamentos de la provincia y de este modo educar a la población en la defensa contra las enfermedades infectocontagiosas, trazando un plan de trabajos que abarcó a todas las escuelas de la provincia sobre el tema: "Profilaxis de las enfermedades infectocontagiosas y accidentes"¹¹⁶.

Señaladas de modo general las campañas sanitarias del gobierno en la provincia, cabe centrarnos en aquellas que correspondieron al departamento de San Rafael. En el período que estamos estudiando, pudimos observar que fueron realizadas cuatro visitas de las autoridades al departamento (por el Director de Salubridad Provincial –Dr. Fernando Cicchitti–), tres en el año 1949 y una en 1950. Según lo informó la prensa, en la primera de ellas, realizada en abril de 1949, se estudió la situación sanitaria del departamento y se inspeccionó el funcionamiento de los distintos servicios médicos sociales dependientes de esta repartición¹¹⁷. Durante la segunda gira (agosto de 1949), "la gestión del titular abarcó el extenso sur mendocino, en especial sectores alejados de los dos principales núcleos poblados". Dicha gira incluyó lugares aislados como Agua Escondida y Agua del Toro, además de los centros sanitarios de San Rafael. Este viaje también comprendió el departamento de General Alvear. Se inspeccionaron además las distintas dependencias del hospital Schestakow y la Villa 25 de Mayo¹¹⁸. En la tercera (en el mes de noviembre), se visitaron distritos del departamento (Las Malvinas, Villa Atuel, Real del Padre, La Llave, entre otros) continuando con la inspección sanitaria e inaugurando salas de primeros auxilios¹¹⁹. En realidad, las visitas a los departamentos fue la forma más utilizada para conocer las necesidades y condiciones de las poblaciones y, de esta manera, construir el programa de gobierno.

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

¹¹⁵ Guibourdenche de Cabezas, 1956.

¹¹⁶ Mensaje del Gobernador a la Legislatura, 1952: 176.

¹¹⁷ Los Andes, Mendoza, 13-IV-1949: 4; 18-IV-1949: 4.

¹¹⁸ Idem, 28-VIII-1949: 4.

¹¹⁹ El Comercio, Mendoza, 22-XI-1949; 4; 23-XI-1949: 3 y 24-XI-1949: 4.

Fue con motivo de la realización de la *campaña al sur mendocino* que se realizó la cuarta visita –en el año 1950–, y cuando también se realizaron acciones concretas. Esta campaña, que abarcó los departamentos de San Rafael, Malargüe y General Alvear¹²⁰, tuvo por finalidad cumplir con los objetivos de medicina preventiva y social definidos por el orden nacional, principios que, como sabemos, se encontraban plasmados en el plan quinquenal. Fue una de las más importante realizadas en la provincia de Mendoza y, según lo destacó el gobernador, el punto de partida para la realización de campañas en otros departamentos como por ejemplo Lavalle, San Carlos, Guaymallén y Luján¹²¹. Esta campaña se caracterizó por su larga duración (de un mes aproximadamente), y el tipo de acción realizada (preventiva, social, tecnológica y curativa). También tuvo la particularidad de los organismos intervinientes, ya que contó con la presencia del Ministerio de Salud Pública Provincial (a través de la Dirección de Medicina Preventiva Provincial y la Dirección de Medicina Tecnológica), una delegación del Ministerio de Salud Pública de la Nación y la Dirección General de Sanidad de Cuyo –compuesta por representantes nacionales y provinciales–¹²². Se ha sostenido que la regionalización sanitaria, realizada hacia 1950, por medio de la creación de las Direcciones Sanitarias, puede pensarse como una decisión política que intentó resolver las complejas relaciones entre la centralización normativa y la descentralización ejecutiva. Las Direcciones Sanitarias o “Comandos” podían actuar independientemente y así se pretendía lograr la satisfacción de las demandas locales¹²³.

Durante esta campaña el Ministerio de Salud Pública y el Director de Medicina Tecnológica junto a un grupo de dietistas, visitantes, vacunadores, y personal auxiliar recorrieron las minas en explotación, realizando estudios sobre higiene y sanidad. Se inspeccionaron los yacimientos del Sosneado, Volcán, Minacar y la Valenciana en el departamento de General Perón (actual departamento de Malargüe)¹²⁴, que hasta el año 1950 perteneció al departamento de San Rafael¹²⁵. Si bien no podemos determinar acerca de la eficacia de esta labor, y aunque este sea

¹²⁰ Las visitas y giras fueron al Sosneado, Malargüe, Minacar y zonas aledañas, Bardas Blancas, Ranquil Norte, Ranquil-Có, Costa del Río Barrancas, Calmuco, Mechen-Huil, entre otras (Mensaje del Gobernador a la Legislatura, 1952: 189).

¹²¹ Ibidem.

¹²² Mensaje del Gobernador a la Legislatura, 1950: 80.

¹²³ Se crearon seis regiones sanitarias, la de Buenos Aires-Litoral, la del Norte, la del Noroeste, la del Centro, la de Cuyo y la del Sur (cit. por Ramacciotti, 2006: 123). Para el caso de Cuyo, a la Dirección Sanitaria le siguió la creación del Consejo de Sanidad de Cuyo (Los Andes, 9-XI-1950: 50).

¹²⁴ Mensaje del Gobernador a la Legislatura, 1950: 79-81.

¹²⁵ Ver Hirschegger, 2006.

el único ejemplo con que contamos, vemos cómo se fue cumpliendo con uno de los objetivos del Ministerio en materia de medicina del trabajo, y que en definitiva era algo que obedecía al pensamiento de Carrillo¹²⁶.

Otra de las acciones llevadas a cabo –según el diario *Los Andes*– fue la desinfección de un “gran número” de viviendas y la realización de propagandas por medio de carteles acerca del cuidado de la salud¹²⁷. Aunque la prensa informa acerca de un “gran número” de viviendas, desconocemos su cantidad, algo que no nos permite afirmar si dicha acción fue importante. Lo mismo sucede con la difusión sanitaria, ya que no se especifica qué tipo de propaganda se realizó y en qué zonas del departamento. Por último, se mencionan obras tendientes a suministrar agua potable a la población como la instalación de tanques, decantadores, cañerías, perforaciones, etc. en Villa Atuel, Monte Comán, Cañada Seca y Malargüe; pozos para agua potable en Colonia Bombal, 25 de Mayo, Villa Atuel, Salto de las Rosas, Monte Comán y Cuadro Nacional¹²⁸.

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

Primero que nada hay que destacar el lugar que ocupaba este tipo de afecciones¹²⁹ en la provincia, algo que ni la prensa ni las autoridades gubernamentales resaltan. En el año 1949 el número de enfermos en la provincia fue de 30.500, de los cuales el 24% correspondía a San Rafael, es decir, alrededor de 7.300 casos. A su vez, en el departamento, de los enfermos existentes, el 71% padecía alguna de estas enfermedades. Sin embargo, las cifras revelan una disminución general de la morbilidad hacia 1952 que de 7.300 pasó a 2.272, es decir, a sólo el 22% de los enfermos¹³⁰.

¹²⁶ Ramacciotti, 2005: 185.

¹²⁷ *Los Andes*, Mendoza, 8-IV-1950: 4.

¹²⁸ Mensaje del Gobernador a la Legislatura, 1949: 78-79; Mensaje del Gobernador a la Legislatura, 1950: 65; Oficina de Prensa e Informaciones del Poder Ejecutivo, 1951: 27-123.

¹²⁹ Se puede incluir dentro de este tipo de enfermedades a la tuberculosis, sífilis, tifoidea, brucelosis, difteria, coqueluche, amebiasis, poliomiéltis, entre otras.

¹³⁰ Ministerio de Asistencia (Anuario Estadístico de la Provincia de Mendoza, 1954: 46 y Guibourdenche, 1956). A partir de 1951 se han excluido los enfermos correspondientes a Malargüe.

3.2. El gobierno comunal. Servicio de Maternidad Integral

Dentro de la política sanitaria peronista fue central el servicio de la “Maternidad Integral” que (...) suponía un nuevo abordaje tanto técnico como social. El primero que permitiera una prestación médica de calidad, y el segundo, que garantizara la protección tanto de la madre como del niño en todas sus etapas (preconcepcional, prenatal, intranatal y postnatal, hasta la edad preescolar inclusive)¹³¹.

Con el objetivo de llevar a la práctica una de las directivas del gobierno nacional, fue creada en el año 1951 –por ordenanza de la Municipalidad de San Rafael N° 998/51– la Dirección de Salubridad y Asistencia Social. El objetivo de esta reforma era agrupar en un solo organismo todo lo referido a la higiene en el ámbito del municipio, esto es, lo relacionado al expendio y control de alimentos (leche, carne, pescados, etc.), y al faenamiento de animales de consumo. Además, se incorporan a la Dirección los servicios de odontología, de parteras a domicilio y el Dispensario Municipal gratuito de ayuda a la Maternidad e Infancia, todos gratuitos¹³².

A través de la creación de la “Caja Municipal de Asistencia a la Maternidad e Infancia”, en el año 1949, la municipalidad incorporaría a su plan de gobierno algunos principios plasmados en el PPQ y en las Constituciones Nacional y Provincial, los cuales fomentaban la asistencia e higiene a la maternidad e infancia¹³³. Ley Orgánica de Municipalidades sólo establecía en el Capítulo “Asistencia Social y Moralidad Pública”, que correspondía al Concejo Deliberante la asistencia maternal a domicilio y la protección a la infancia¹³⁴. Pero lo novedoso aquí es que –a través de la Caja– la Municipalidad ejercería una acción integral, que abarcaba el servicio médico¹³⁵, obstétrico¹³⁶ y de asistencia sanitaria y social¹³⁷.

¹³¹ Di Lisia, 2004: 69.

¹³² Según ordenanzas N° 255, 611 y 878/47 (Acta N° 128 del 11 de junio de 1951, Libro de Actas del Honorable Concejo Deliberante de la Municipalidad de San Rafael).

¹³³ Presidencia de la Nación, 1946: 104.

¹³⁴ Art. 82 inc. 1° (Ley Orgánica de Municipalidades N° 1.079, 4 de enero de 1934).

¹³⁵ Incluía el control del recién nacido; consultorio de lactantes y niños en edad preescolar; consulta de madres y policía sanitaria de la familia; gota de leche; lactario para distribución gratuita de leche y venta al público; defensa del niño contra el contagio tuberculoso e individualización, vigilancia y protección de niños infectados; registro y control de niños colocados fuera del hogar; asesoramiento en el régimen de producción, higienización y distribución de leche que se expende en la Municipalidad; intervención y denuncias en las infracciones a las leyes y ordenanzas municipales que protegen el trabajo, cuando pueden afectar la salud del niño o de la madre; consultorio odontológico infantil; y análisis y rayos X (Art. 2 inc. a de la Ordenanza N° 878 de 1949, Honorable Concejo Deliberante de la Municipalidad de San Rafael, 1949).

Además, el proyecto de ley orgánica presentado en el año 1953, aunque nunca tuvo sanción definitiva, ampliaba el ámbito de actuación de la Municipalidad, estableciendo que correspondía al Concejo “dictar ordenanzas de amparo y asistencia a la maternidad y a la primera infancia...”¹³⁸, no limitándolo a lo exclusivamente domiciliario.

Si bien en los presupuestos municipales de 1950 y 1951 se asignaron montos para el funcionamiento de la Caja¹³⁹, dichas asignaciones no figuran a partir del año 1952, lo cual nos hace sospechar acerca de la desaparición del organismo, al menos en la forma como había sido creado. No obstante, sigue estando, en la vía formal, la función de la municipalidad en este ámbito, ya que en el mismo año fue inaugurado el Instituto Materno-Infantil “Eva Perón”. Esta organización sanitaria fue creada por la Municipalidad a cuyo cargo estaría su funcionamiento. Por las funciones que se les asigna¹⁴⁰ creemos que el mencionado instituto vendría a cumplir el papel que tenía la Caja. Junto con el Instituto mencionado, y como complemento de los servicios sanitarios para la madre y el niño, la municipalidad inauguraba también la Oficina Bromatológica¹⁴¹. A raíz de esto nos preguntamos si con la creación del Instituto se pretendía cubrir los servicios asistenciales que el hospital Schestacow no estaba en condiciones de prestar o lo hacía en forma deficiente. Si bien dicho instituto fue creado a través de ordenanza municipal, lo encontramos como una de las obras proyectadas dentro del cronograma del gobierno provincial, lo que nos lleva a pensar que en la elaboración de su agenda pública, la municipalidad estuvo supeditada a las directivas y decisiones de aquel nivel de gobierno.

¹³⁶ Incluía la consulta pre-concepcional; higiene de embarazo y profilaxis pre-natal; consulta obstétrica; atención de partos en los domicilios; control de la aplicación de leyes y ordenanzas de protección al embarazo y puerperio; profilaxis de la fatiga doméstica y en el pre y post parto o de la desatención de los hogares numerosos o pobres (inc. b, *Ibidem*).

¹³⁷ Demografía médica, fichero y encuesta sanitaria y social; educación sanitaria; control de vacunación antivariólica, antidiftérica, antitífica, antitetánica, antituberculosa, BCG; baños para embarazadas, madres y niños; control sanitario de alojamiento familiar; visitas domiciliarias e instrucciones sobre atención de niños enfermos; desinfección de ropas (inc. c, *Ibidem*).

¹³⁸ Art. 36, inc. 1º del proyecto de ley orgánica de Municipalidades (Ministerio de Gobierno de la Provincia de Mendoza, 1953: 36).

¹³⁹ Item “Asistencia Social” del Presupuesto Municipal para el ejercicio 1950 (Ordenanza N° 894, Honorable Concejo Deliberante de la Municipalidad de San Rafael, 31 de diciembre de 1949) y Presupuesto Municipal para el ejercicio 1951 (Ordenanza N° 987, Honorable Concejo Deliberante de la Municipalidad de San Rafael, 1950).

¹⁴⁰ Este organismo municipal estaba destinado a prestar una atención sanitaria y social al alcance de todas las mujeres incluyendo un servicio de parteras a domicilio, gratuidad de la asistencia profesional y todos los elementos indispensables para atender primeramente a la madre, y luego a los recién nacidos (Los Andes, Mendoza, 13-I-1952: 4).

¹⁴¹ *Ibidem*.

Aunque no disponemos de ejemplos concretos que indiquen la actuación de la municipalidad hacia este sector, las altas tasas de mortinatalidad (45,32 y 40,13) y mortalidad infantil (84,14 y 85,35) entre 1949-1952, nos llevan a conjeturar acerca de la insuficiente atención prenatal e infantil en el departamento, aunque no puede dejar de mencionarse que hubo altos índices de natalidad en estos años (33,78 y 31,10)¹⁴². En cierta medida, podemos atribuir esta situación a la propia gestión del organismo municipal (en caso de haber funcionado), debido a su corta duración (aproximadamente tres años) y a la escasez de sus recursos, ya que en los pocos años en que la caja figuró en el presupuesto, se mantuvieron los mismos montos para su funcionamiento (\$60.000)¹⁴³. Además, si bien no podemos especificar cuánto asignaba la provincia para el departamento de San Rafael ya que el presupuesto provincial no lo detalla, el hecho de que el Concejo Deliberante –en el año 1950– sancionara una Minuta de Comunicación al Departamento Ejecutivo para que procediera a gestionar ante las autoridades provinciales un aumento de las partidas en el rubro referente a Salud Pública y a los servicios asistenciales del departamento, debido a las deficiencias en los mismos¹⁴⁴, es un indicio de la necesidad de recursos para mejorar el sistema de salud departamental. En este sentido, también sería importante evaluar la participación de gobierno provincial en la asistencia a la madre y el niño, ya sea a través de la provisión de recursos, o de la propia labor realizada por sus dependencias en el departamento, como por ejemplo los servicios materno-infantiles prestados por el hospital Schestakow. Otros factores a tener en cuenta son las grandes distancias hasta los centros asistenciales, la escasez de personal sanitario, el consumo de aguas no potables y la falta de conocimientos esenciales principalmente en la campaña (alimentación, profilaxis de las enfermedades más comunes).

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

¹⁴² Guibourdenche de Cabezas, 1956.

¹⁴³ Ordenanza N° 894 (Presupuesto Municipal, 1950) y Ordenanza N° 987 (Presupuesto Municipal, 1951).

¹⁴⁴ Los Andes, Mendoza, 11-X-1950: 4 y Acta N° 108 del 30-VII-50 (Libro de Actas del Honorable Concejo Deliberante de la Municipalidad de San Rafael, 1950: 96).

Los ejemplos de gestión que pudo haber ejercido la municipalidad en materia sanitaria han sido difíciles de detectar. Por un lado, los discursos del gobierno y de la prensa rara vez destacan la actuación o participación de la municipalidad en pro de la salud del departamento. Sin embargo, en el período estudiado hemos verificado una intensa actividad del Concejo Deliberante –que incluyó debates y ordenanzas–. Salvo la creación de la Caja y del Instituto Materno-Infantil “Eva Perón”, la producción legislativa del Concejo Deliberante estuvo relacionada con las funciones tradicionales del municipio¹⁴⁵. Los temas más recurrentes referidos a la salud fueron aquellos relacionados con la vigilancia de la elaboración y expendio de sustancias alimenticias; la reglamentación de establecimientos o industrias incómodas o insalubres¹⁴⁶; el control y la inspección de ferias, mercados, mataderos, plazas de matanza¹⁴⁷; la adopción de medidas para evitar las epidemias, profilaxis de las enfermedades venéreas e infecciosas¹⁴⁸; y la provisión de servicios públicos¹⁴⁹.

Aunque cabe corroborar acerca de su efectivo cumplimiento, podemos decir que el gobierno municipal intentó contribuir al mejoramiento de la salud pública en el departamento, ya sea diseñando medidas preventivas (Comisión Sanitaria de vacunación antivariólica a los distritos), solicitando al gobierno provincial la adopción de medidas para los establecimientos asistenciales (como la provisión de medicamentos para la Sala de Primeros Auxilios del distrito de Villa Atuel)¹⁵⁰ y, en algunos casos, aportando recursos propios para el funcionamiento de dichos establecimientos.

A MODO DE SÍNTESIS

En el presente trabajo, hemos podido comprobar un mayor aporte del gobierno provincial en beneficio de la salud de la población del departamento, a pesar del discurso predominante del gobierno nacional de centralizar los servicios de salud de todo el territorio. Las construcciones hospitalarias, el aumento y participación en la prestación de servicios asistenciales y las medidas de carácter preventivo realizadas en las campañas y giras sanitarias, son prueba de ello. Además, la disminución del número de personas que padecían enfermedades infectocontagiosas y de

¹⁴⁵ Acta N° 106 del 30-VI-1950 (Ibidem: 65).

¹⁴⁶ Acta N° 107 del 10-VI-1950, (Idem, p. 71), Acta N° 112 del 29-VIII-1950 (Idem: 16-117).

¹⁴⁷ Idem: Acta N° 115 del 20-09-1950 (Idem: 133).

¹⁴⁸ Acta N° 88 del 30-IX-1949 (Ibidem).

¹⁴⁹ Acta N° 115 del 20-IX-1950 (Idem: 133).

¹⁵⁰ Idem: 64.

su participación en el total provincial y departamental, es un pequeño ejemplo acerca los resultados positivos de éstas políticas sobre la salud de la población.

Sin embargo, se han verificado ciertas deficiencias en los servicios asistenciales, falta de concreción de algunas obras previstas en los planes, y escasez de recursos en algunos establecimientos provinciales.

Nuestro estudio no debe agotarse en los factores estudiados, sino que deben tenerse en cuenta otras medidas como las relacionadas con los servicios públicos, el personal médico y técnico, etc. Por otra parte, no sólo es importante la labor realizada por los organismos de gobierno, sino también la incidencia que pudo haber tenido el sector privado como por ejemplo a través de la Fundación Eva Perón, ya que muchas de las obras de carácter social realizadas en la provincia fueron fruto de su labor.

En el Segundo Plan Quinquenal de Gobierno (1953-1957) hubo ciertos elementos de continuidad con respecto al primero, ya que al igual que éste, tuvo como propósito principal llevar la asistencia médica integral a toda la población¹⁵¹. En este sentido, queda por investigar el desarrollo de la salud en el departamento de San Rafael durante la segunda etapa de la planificación peronista, de modo de poder realizar un análisis comparativo entre ambos períodos y, de esta forma, verificar el efectivo cumplimiento y efectos de las políticas de salud durante todo el gobierno peronista.

FUENTES

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

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

Constitución de la Provincia de Mendoza de 1949, *Anales de la Legislación Argentina*.

Gobierno de Mendoza, Secretaría de Informaciones, *Agua, Vivienda y Salud. Tres años de labor Justicialista*, Mendoza, 1952.

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

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

¹⁵¹ Presidencia de la Nación: 81-82.

Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos para el ejercicio de 1947, Imprenta Oficial, Mendoza, 1947.

Ley N° 1.695, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos para el ejercicio de 1948, Imprenta Oficial, Mendoza, 1948.

Ley N° 1.796, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos para el ejercicio de 1949, Imprenta Oficial, Mendoza.

Ley N° 2.126, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos para el Ejercicio de 1953, Provincia de Mendoza, Ministerio de Hacienda, 1953.

Ley N° 1.565, Mendoza, 6 de septiembre de 1946.

Ley N° 1.610, Mendoza, 30 de diciembre de 1946, Mendoza.

Ley N° 1.617, Mendoza, 5 de enero de 1947, Mendoza.

Ley N° 1.795, Mendoza, 23 de septiembre de 1949.

Ley N° 1.900, Mendoza, 26 de septiembre de 1950.

Mensaje del Gobernador a la Legislatura, Mendoza, 1949.

Mensaje del Gobernador a la Legislatura, Diario de Sesiones de la Honorable Cámara de Senadores del 1 de junio de 1950, T. 1, Sesiones preparatorias, ordinarias y extraordinarias, Mendoza.

Mensaje del Gobernador a la Legislatura, Diario de Sesiones de la Honorable Cámara de Senadores del 1 de junio de 1951, T. 1, Sesiones preparatorias, ordinarias y extraordinarias, Mendoza.

Mensaje del Gobernador a la Legislatura, Diario de Sesiones de la Honorable Cámara de Senadores del 4 de junio de 1952, T. 1, Sesiones preparatorias, ordinarias y extraordinarias, Mendoza.

Mensaje del Gobernador a la Legislatura, Diario de Sesiones de la Honorable Cámara de Senadores del 4 de junio de 1953, T. 1, Sesiones preparatorias, ordinarias y extraordinarias, Mendoza.

Oficina de Prensa e informaciones del Poder Ejecutivo, *Agua, Vivienda y Salud*, Mendoza, 1951.

Ordenanzas municipales: N° 894/50 y 897/51.

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

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

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

"23 de mayo de 1946: Creación de la Secretaría de Salud Pública", 6 de junio de 2007, disponible en www.saludciudad.com.ar/index.php.

IVº Censo Nacional de Población, T. I, vol. I, Buenos Aires, 1947.

BIBLIOGRAFÍA

Andrennacci, Luciano et al. (2004). *Acerca del Estado de Bienestar en el Peronismo Clásico (1943-1955)*. En Bertranou, Julián et al., compiladores, *El país del no me acuerdo. (Des)memoria institucional e historia de la política social en Argentina*, Buenos Aires: Prometeo Libros, pp. 83-114.

Bacolla, Natalia (2003). *Política, administración y gestión en el peronismo santafecino, 1946-1955*. En Macor, Dario y Tcach, César, editores, *La invención del peronismo en el interior del país*, Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral, pp. 111-161.

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

Di Lisia, María Herminia y Rodríguez, Ana (2004). *El cuerpo de la mujer en el marco del Estado de Bienestar en la Argentina. La legislación peronista (1946-1955)*. En *Boletín Americanista* N° 54, Barcelona: Universidad de Barcelona, Facultad de Geografía e Historia, pp. 63-85.

Hirschegger, Ivana (2005). *La legislación municipal mendocina durante los gobiernos peronistas 1949-1953*. En *Res Gesta* N° 43, Santa Fe: Pontificia Universidad Católica Argentina, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales del Rosario, Instituto de Historia, pp. 113-137.

----- (2005). *Jurisdicción y autonomía municipal durante los gobiernos peronistas en Mendoza*. En *Separara del Decimotercer Congreso Nacional y Regional de Historia Argentina*, Buenos Aires: Academia Nacional de la Historia.

- Hespanha Antonio (1993). *La gracia del derecho. Economía de la cultura en la Edad Media*, Madrid.
- Lvovich, Daniel y Suriano, Juan (editores) (2005). *Las políticas sociales en perspectiva histórica, Argentina, 1970-1952*, Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Neri, Aldo (1983). *Salud y Política Social*, Buenos Aires: Hachette.
- North, Douglass (1993). *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*, México: FCE.
- Philp, Marta (2003). *La invención del Estado en el imaginario político peronista. El caso Cordobés*. En Macor, Darío y Tcach, César (editores), *La invención del peronismo en el interior del país*, Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral, pp. 57-84.
- Ramacciotti, Karina y Valobra, Adriana (2003). *Relaciones de género en la campaña sanitaria de la Secretaría de Salud Pública de la Argentina (1946-1949)*. En Ramacciotti, Karina, Valobra, Adriana (comp.), *Generando el peronismo. Estudios de cultura, política y género (1946-1955)*, Buenos Aires: Proyecto Editorial, pp. 19-64.
- (2005). *Una mirada sobre el estudio de la política social en la Argentina*. En *Nuevo Tomo, Revista de Historia y Pensamiento Crítico*, N° 1, pp. 127-142.
- (2005). *Las voces que cuestionaron la política sanitaria del peronismo (1946-1949)*, en Lvovich, Daniel y Suriano, Juan (editores), *Las políticas sociales en perspectiva histórica, Argentina, 1970-1952*, Buenos Aires: Prometeo Libros, pp. 169-195.
- (2006). *Las sombras de la política sanitaria durante el peronismo: los brotes epidémicos en Buenos Aires*. En *Asclepio, Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Vol. LVIII, N° 2, Universidad de Buenos Aires, pp.115-138.
- Suriano, Juan (2004). *Los historiadores y el proceso de construcción del Estado Social*. En Bertranou, Julián; Palacio, Juan Manuel y Serrano, Gerardo (compiladores), *El país del no me acuerdo. (Des)memoria institucional e historia de la política social en Argentina*, Buenos Aires: Prometeo Libros, pp. 33-68.

Torres, Juan Carlos y Pastoriza, Elisa (2002). *La democratización del bienestar*. En Torres, Juan Carlos, *Nueva Historia Argentina, Los Años Peronistas (1943-1955)*, T. VIII, Buenos Aires: Editorial Sudamericana, pp. 257-312.



