



HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local

E-ISSN: 2145-132X

historelo@unal.edu.co

Universidad Nacional de Colombia
Colombia

Rodríguez, María Laura

Las políticas hospitalarias peronistas: el caso de la provincia de Córdoba, Argentina (1946-1955)

HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local, vol. 5, núm. 9, enero-junio, 2013, pp. 283-316

Universidad Nacional de Colombia

Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345832082009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

HISTORELo

Vol 5, No. 9 / enero-junio de 2013 / ISSN: 2145-132X

REVISTA DE HISTORIA REGIONAL Y LOCAL

Las políticas hospitalarias peronistas: el caso de la provincia de Córdoba, Argentina (1946-1955)

*Public Health Care Policies during Peronism: The Case of
the Province of Córdoba, Argentina (1946-1955)*

María Laura Rodríguez

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Recepción: 25 de octubre de 2012

Aceptación: 29 de enero de 2013

Páginas 283 - 317

i

Las políticas hospitalarias peronistas: el caso de la provincia de Córdoba, Argentina (1946-1955)

Public Health Care Policies during Peronism: The Case of the Province of Córdoba, Argentina (1946-1955)

María Laura Rodríguez*

Resumen

En este trabajo abordamos las transformaciones del universo hospitalario de la provincia de Córdoba durante el peronismo (1946-1955), a partir de la articulación entre fuentes primarias y aportes bibliográficos especializados. Para ello, abandonamos una tradición historiográfica dominante, tributaria de estudios de las dinámicas de la ciudad de Buenos Aires o de análisis de procesos que involucran, como principal protagonista, cuando no único, al nivel federal. Ponemos en perspectiva

* Es Licenciada en Historia, Magister en el marco del programa europeo *Phoenix EM Dynamis of Health and Welfare*, dirigido por la *Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales* de París, Francia, y Doctora en Ciencia Política. Actualmente se desempeña como Profesora Asistente en la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, y como becaria postdoctoral en el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la Argentina. Cuenta con numerosas presentaciones en Congresos y Jornadas Nacionales e Internacionales, siendo autora y co-autora de numerosos artículos y libros en el marco de distintos Programas de Investigación en Historia de la Salud y la Enfermedad. En los últimos años, ha obtenido una beca Erasmus Mundus para perfeccionar sus estudios en Políticas de Bienestar y Salud desde una perspectiva histórica. Correo electrónico: marialaurarodriguez@ciecs-conicet.gob.ar

las limitaciones y los alcances en las intervenciones articuladas por las instancias estatales, nacional y provincial, en el plano local, y la institucionalidad formal entre nación y provincias a lo largo del período. Mostramos que los ritmos de las políticas públicas y sus resultados fueron radicalmente distintos a los vaivenes identificados al nivel de las políticas nacionales orientadas al ámbito hospitalario. En esta línea, consideramos las novedades e inercias materiales y las complejidades en el proceso de avance estatal, en relación a las tradicionales atribuciones que las asociaciones de beneficencia tenían sobre la administración de un vasto conjunto de nosocomios existentes en la provincia. Finalmente, buscamos dar cuenta de dicha especificidad, abordando un conjunto de variables ligadas a complejos procesos sociopolíticos de afirmación y consolidación de un peronismo local que nació sin la huella de la industrialización.

Palabras claves: historia social, Estado, sistema hospitalario, políticas públicas, peronismo, Córdoba, Argentina.

Abstract

From primary sources and specialized academic literature this paper analyzes changes that have occurred in the hospital system of the province of Córdoba during Peronism (1946-1955). It leaves both a historiographical tax-based tradition view focused on the city of Buenos Aires and an analysis of the process occurred at the federal level. The paper puts in perspective the scope and limitations of national and provincial governmental interventions at the local level as well as the formal institutional relationships between the national state and the Argentinean provinces. It shows that the dynamics of the public health care policies and changes at the provincial hospital system were radically different from what happened at the national level. For this purpose, it takes into account the actions

taken by the state regarding the several attributions that the charities had on the administration of numerous hospitals in the province of Córdoba. Finally, it shows this specificity through the analysis of a set of variables associated with the consolidation of a local Peronism which was originated without the trace of the industrialization system.

Keywords: *social history, state, hospital system, public policies, Peronism, Córdoba, Argentina.*

Introducción

La historia social de la salud y la enfermedad se ha venido dinamizando como parte de un proceso de renovaciones historiográficas en las últimas décadas. En la estructuración de esta nueva agenda, aún en vías de conformación y revisión, si bien se incorporan nuevos recortes temáticos, tanto como preguntas y enfoques de las ciencias sociales (Armus 2005, 13-31), aún es posible identificar vacíos significativos. Partiendo de este horizonte, procuraremos generar una visión más completa de las transformaciones sanitarias que devinieron en el interior argentino durante los años de los gobiernos peronistas (1946-1952/1952-1955), potenciando el estudio de las políticas sanitarias, las problemáticas del poder y el Estado. El lugar que han ocupado dichas categorías en los análisis reproduce una especie de tradición historiográfica dominante, tributaria de estudios sobre las dinámicas de la ciudad de Buenos Aires o de procesos que la involucran como principal protagonista, cuando no única, al nivel federal (Servetto y Moyano 2009, 9). Las investigaciones más sistemáticas,¹ sobre el sistema de salud y el subsistema público, si bien han analizado las limitaciones, tensiones y brechas del proceso de avance estatal en el sector, cuando se refirieron al interior nacional, se concentraron en cómo los ras-

1. Aunque distintas contribuciones colocan en perspectiva cuestiones ligadas a la salud pública durante el peronismo, los trabajos de Belmatino (2005) y de Ramaciotti (2009), (2008, 87-178) constituyen los abordajes más sistemáticos y abarcativos sobre el período.

gos y los ritmos de las políticas nacionales habrían afectado a los espacios locales.

Reconociendo al Estado como el generador de reglas por excelencia (Man 1991, 28) y con el objetivo de dejar de mirar, a éste y sus políticas, exclusivamente desde la perspectiva de las agencias del Poder Ejecutivo Nacional (Bohoslasky y Soprano 2010, 26), nos concentramos en un estudio de caso provincial.

Centrarnos en la provincia de Córdoba remite al interés por destacar que las especificidades sociopolíticas identificadas en los años de surgimiento y de consolidación del peronismo en el plano local no fueron anecdóticas.²

Tanto a nivel internacional, como nacional y provincial, a medida que avanzaba el siglo XX, en el marco definido por la crisis de la década del 1930 y por la II Guerra Mundial, se generaron las condiciones para la transformación del aparato estatal y su avance ante las problemáticas sociales. En Argentina, en un contexto de crisis política, que se cerró parcialmente con el Golpe de Estado de 1943, se produjo una coyuntura especialmente favorable al avance estatal, de la mano del proceso de sustitución de importaciones, el desarrollo de nuevas industrias y la incorporación de amplios sectores al sistema político (Belmartino y Bloch 1980, 3). Estas condiciones, a la postre, marcarían una notable diferencia para los gobiernos peronistas, lo que convirtió a los trabajadores en los interlocutores válidos del régimen, en el contexto de un proceso de industrialización sin precedentes. Fue en este ambiente sociopolítico e ideológico altamente politizado en el que se identificaron las más significativas conexiones entre el movimiento sanitarista y las expresiones

2. La provincia de Córdoba está ubicada en el centro del territorio argentino, entre los distritos del litoral y lo que se denominaba las provincias del interior. Esta posición generó en ella dos tendencias muy marcadas desde una perspectiva de desarrollo político, económico y social. Una de estas tendencias, miraba hacia el Norte y había generado progresos en épocas de la Colonia. Durante este período, la provincia y la ciudad de Córdoba se convirtieron en paso obligado del comercio del litoral hacia las regiones norteañas. La otra tendencia miraba hacia el sudeste y comenzó a desarrollarse con el crecimiento de la inmigración y la consecuente colonización de esas tierras, entre mediados y fines del siglo XIX, que se acentuó a principios del siglo XX. Este proceso, de larga vida en el espacio provincial, generó una bipolaridad tanto política como económica que comenzó a dilucidarse a favor de la zona de reciente colonización cuando el país se integró definitivamente a la economía mundial, en el contexto de la división internacional del trabajo, como proveedora de materias primas y siendo objeto de un importante flujo migratorio (Anguiera 1988, 6). Esto generó fuertes desequilibrios económico-sociales, entre las dos regiones, empobreciendo a las zonas norteañas de antigua colonización.

ideológicas antiliberales fuertemente desarrolladas en Argentina a partir de 1943 (Loncarica y Sánchez 2005, 225).

Aunque el intervencionismo estatal articulado durante el periodo peronista devino con una fuerza inusitada alrededor de las problemáticas de la salud y el sistema de atención médica, sería imposible idealizar el proceso que devino en la sanidad nacional. La dinámica estuvo atravesada no sólo por limitaciones económicas, sino también por procesos sociopolíticos que limitaron, de modo considerable, sus alcances y reprodujeron fragmentaciones al interior del subsector público. En esa línea de lecturas, el tipo de procesos identificados en la provincia de Córdoba a lo largo de los gobiernos peronistas, entre 1946 y 1955, permite plantear que las tardías estatizaciones de los hospitales administrados por las iniciativas de beneficencia en el plano local, tanto como el papel protagónico que asumieron las instancias estatales de la provincia en estas acciones,³ se ligaron a las particularidades de las intervenciones locales. Las mismas son especialmente visibles al considerar las políticas públicas (y sus resultados) al nivel del sistema hospitalario provincial. Según mostraremos, dichas secuencias de avance estatal habrían sido radicalmente distintas a las observadas alrededor de los vaivenes de las políticas nacionales en el área.⁴

A partir de bibliografía especializada y de un análisis basado en fuentes primarias —especialmente producidas por el gobierno de la provincia— sostenemos que, mientras al nivel de las políticas nacionales los primeros años del peronismo trajeron consigo una dinámica de expansión sin precedentes en el sistema hospitalario, el universo de nosocomios de la provincia se mantuvo sin modificaciones significativas. En Córdoba, las transformaciones más sustantivas en esta área se produjeron luego de 1949, en el marco de una flagrante retracción nacional. Dichas

3. La matriz de procesos ligada a las estatización de las asociaciones de beneficencia que administraban hospitales en la provincia es considerada originalmente en Rodríguez (2012, 208-247) y recientemente se publicó un artículo que aborda, en parte, algunas de estas políticas sectoriales de avance estatal. Ver Ortiz Bergia (2012, 67-96).

4. De acuerdo con Ramaciotti (2009, 16), desde 1946 a 1949-50 se identificó una etapa caracterizada por la expansión de los centros hospitalarios, la que encontró su límite en los recortes presupuestarios profundizados a partir de 1950.

dinámicas de intervención y sus resultados dejarán al descubierto, además de determinados vacíos en las acciones nacionales en el territorio provincial, improntas históricas que no pueden ligarse, de modo mecánico, a una matriz de directivas descentralizadoras (Ramaciotti 2008, 118) definidas por las autoridades nacionales en la década de 1950. Al contrario, las políticas provinciales deben explicarse a partir del análisis de los cambiantes procesos sociopolíticos que definieron los primeros años y la posterior consolidación del peronismo local.⁵

Para dar cuenta de las improntas que venimos conjeturando, pondremos en perspectiva dos ejes de análisis. Por un lado, consideraremos los clivajes que definieron la vinculación institucional formal entre Nación y provincias; por otro, analizaremos las políticas estatales nacionales y provinciales, como acciones y omisiones⁶ —así como sus resultados— a partir de ciertos indicadores claves. Desde un plano, pondremos en perspectiva los comportamientos de los valores de financiación del sistema, de la creación de nuevos nosocomios, el número de camas, médicos, etcétera; desde otro, consideraremos cómo las políticas marcaron consecuencias sobre las instituciones, vistas como reglas de juego formales (North 1990), en relación a la permanencia o no de las iniciativas de beneficencia como administradoras de los más importantes hospitales existentes en la provincia. En este sentido, aunque nos concentramos en un plano de la institucionalidad formal, no desconocemos la existencia de otras reglas que refieren a dinámicas informales asociadas a estrategias políticas coyunturales de alianzas de poder en un cambiante contexto de afirmación del peronismo provincial.

A partir de los aportes de la historiografía especializada en la vida sociopolítica de Córdoba (Tcach 1991; 2003, 33-79) (Philp 1998), planteamos que, durante

5. Diversos aportes reconocen el papel de las instancias estatales locales en la ejecución de las políticas peronistas, aunque tienden a identificarlas a partir de entenderlas insertas en las directrices nacionales. Sin ingresar en investigaciones empíricas sobre dichos procesos, estas ideas son planteadas por Neri (1984); Andrenucci, Falapa y Lvovich (2004, 105).

6. Entender las políticas públicas como acciones y omisiones se inscribe en una acercamiento, en parte tributario del enfoque propuesto por Oszlack y O' Donnell (1984, 99-128), en su énfasis en que el análisis de un referente acotado a ciertas políticas, contribuye a un conocimiento más exhaustivo del Estado, desagregado y puesto en acción, en su imbricación con un proceso social dado.

la etapa conflictiva de consolidación del peronismo local, la inestabilidad de los gobiernos provinciales —situación en la que no estuvieron ausentes los intereses y acciones del Poder Ejecutivo Nacional— condicionó los alcances de las acciones de las instancias provinciales en la configuración material del sistema hospitalario local. Además, este contexto político particular definiría las condiciones para la reproducción de las relaciones de poder entre los miembros de los gobiernos locales y los sectores interesados en el sostenimiento de las iniciativas de beneficencia; las que, tradicionalmente, habían constituido, desde sus orígenes, el sistema sanitario local (Carbonetti 2005). Ello, implicó la reproducción de una trayectoria por la cual las políticas de estos primeros años del peronismo provincial se habrían ligado al diseño institucional preexistente (Mahoney 2000).

La coyuntura que marcó las transformaciones en las políticas y sus resultados en la provincia se vinculó a una etapa de consolidación en la penetración del peronismo local, devenida luego del ascenso a la gobernación del brigadier San Martín, a fines de 1949. Esta inauguración de un momento de mayor estabilización política local estuvo aunada a una etapa de crecimiento demográfico y despegue industrial inusitado (Dadone 1974, 184). Estas mismas lógicas de consolidación habrían marcado los nuevos ritmos y modalidades de las intervenciones públicas, así como un panorama de ruptura en las relaciones de poder que venían definiéndose históricamente como alianzas estratégicas en el plano local. En definitiva, estos cambios fueron los que trajeron consigo ciertas transformaciones en las reglas de juego existentes hasta entonces, definiendo un marco propicio para las intervenciones y estatizaciones de las iniciativas de beneficencia a cargo de hospitales y, con ello, el definitivo avance del poder provincial en el sistema.

Una etapa de pocas innovaciones, 1946-1949

Tensionar la complejidad de las políticas peronistas en la provincia de Córdoba nos lleva, en primera instancia, a reconocer el contradictorio desarrollo de procesos acontecidos en los primeros años de iniciado el gobierno peronista. Desde el Primer Plan Quinquenal de la Nación, se insistió en que las políticas orientadas al sistema hospitalario gratuito constituían un elemento que tendería a la democratización de la salud. Desde este marco, aún reconociendo tensiones y brechas, Ramaciotti muestra que las intervenciones nacionales articuladas entre 1946 y 1949-50 definieron una dinámica caracterizada por la expansión de los centros hospitalarios en el interior de la Argentina.⁷ Sin embargo, la Resolución de 1947, que había estipulado la creación de una red hospitalaria coordinada por regiones, zonas y distritos sanitarios, sólo habría dejado en la provincia de Córdoba la construcción y habilitación de un Centro de Salud, el de la localidad de Las Varillas (Ramaciotti 2008, 117). Marcando una impronta muy similar, la Primera Caravana Sanitaria (1947),⁸ de acuerdo con Ramaciotti (2008, 141-145), el primer y más claro intento de la Secretaria de Salud Pública (SSP) de mostrar un organismo eficiente a la hora de acercar “la salud” a las masas, sólo habilitó un hospital en la provincia, el de Río Cuarto, aunque estrictamente, dicho nosocomio había sido construido en 1942 y sólo le restaba la habilitación correspondiente.

A pesar de que se hallan documentadas otras obras,⁹ en el marco del esfuerzo sanitario nacional, aquel mentado despliegue que habría implicado la Caravana

7. Esta lectura, inicialmente planteada en los trabajos de Ramaciotti (2008, 118-178; 2009), son ratificadas en un artículo posterior. Véase Ramaciotti (2010, 143-170).

8. El despliegue visual y material con que se efectuó dicha movilización reveló no sólo el caudal político con el cual contaba la SSP, sino también la búsqueda realizada en pos de lograr la legitimidad política en el mismo año que se sancionaban las leyes sanitarias nacionales. Dicha Caravana Sanitaria “[...] tuvo dos objetivos principales: por un lado, satisfacer las demandas hospitalarias a lo largo del país y, por otro, posicionar a la SSP como organismo ‘eficiente, racional y dinámico’, que únicamente pretendía buscar el bien común, al margen de intereses electorales o partidarios” (Ramaciotti 2008, 142).

9. En este caso, no referimos a la creación de nuevos hospitales. De acuerdo con Ramaciotti (2008, 141-145) fueron habilitados distintos consultorios externos en el Hospital “Aurelio Crespo” de Cruz del Eje y consultorios oftalmológicos en el Hospital Regional de Río Cuarto, así como un Pabellón de internación con 500 camas en la Colonia Psiquiátrica Oliva.

no trajo consigo significativas novedades en el sistema hospitalario en la provincia mediterránea, tal como venía definido antes de 1946.

Considerando algunos indicadores de la evolución material de los hospitales existentes en la provincia, que para la sub-etapa 1946-1948 ofrecen datos completos,¹⁰ no constituye una excepción hallar escasas variaciones entre el número de camas en cada uno de los nosocomios en comparación con los valores presentes en los años 1944-1945. Incluso, en el caso de los importantes hospitales Misericordia y Rawson de la ciudad capital de Córdoba, así como en varios nosocomios de importantes localidades del interior provincial,¹¹ también encontramos a partir de 1946 una mengua en el número de profesionales de la medicina insertos en cada uno de ellos.

En cuanto al número de camas, los datos disponibles dan cuenta de una dinámica errática entre hospital y hospital. Entre los 14 hospitales con datos completos, en 8 de ellos, los valores siguieron constantes o bien disminuyeron a partir del ascenso del peronismo.¹² Los datos no sólo muestran una marcada heterogenei-

10. Basamos nuestra identificación de tendencias de la evolución material del sistema hospitalario provincial a partir de datos disponibles en 14 nosocomios que presentaron información completa, sobre los 43 existentes en los informes estadísticos de la Provincia entre 1944 y 1948. De los 14 considerados, 3 estaban ubicados en la ciudad de Córdoba, capital de provincia (Capital), y el resto en diferentes localidades del interior provincial (Interior). Archivo Estadístico de la Provincia de Córdoba (en adelante AEPC), Documentos de la Dirección de Estadísticas, Censos e Investigación de la Provincia de Córdoba, Ministerio de Hacienda, Economía y Previsión Social, Síntesis Estadística del Quinquenio 1944-1948, 1953, Córdoba, Argentina.

11. AEPC, Documentos de la Dirección de Estadísticas, Censos e Investigación de la Provincia de Córdoba, Ministerio de Hacienda, Economía y Previsión Social, Síntesis Estadística del Quinquenio 1944-1948, 1953, Córdoba, Argentina, 36-41.

12. Los 3 casos de instituciones de atención médica que conservaron la misma cantidad de lechos desde 1944 a 1948 fueron los casos del San Roque (ciudad de Córdoba), San Juan de Dios (Interior) y Pedro Vella de Corral de Bustos (Interior) y, en los 5 casos en que el número de camas disminuyó en los primeros tiempos del peronismo, se incluyeron el Rawson (Capital); el Iturraspe de San Francisco (Interior), el de Villa del Rosario (Interior), Abel Ayerza de Marcos Juárez (Interior) y el de Caridad en Río IV (Interior). AEPC, Documentos de la Dirección de Estadísticas, Censos e Investigación de la Provincia de Córdoba, Ministerio de Hacienda, Economía y Previsión Social, Síntesis Estadística del Quinquenio 1944-1948, 1953, Córdoba, Argentina, 36-41.

dad de situaciones según el nosocomio que se considere,¹³ sino también dejan al desnudo una problemática más estructural que surge al ligar las tendencias repasadas con aquellas propias del financiamiento y su origen. En la mayoría de los hospitales donde el número de camas y de médicos disminuyó o se mantuvo en idénticas condiciones que en años anteriores a 1946, el aporte económico de las instancias nacionales también disminuyó o se mantuvo en los mismos niveles que se venían manejando desde los años de la intervención militar iniciada en 1943. Paralelamente, en todos los casos donde el aporte nacional directo disminuyó, el financiamiento provincial mostró un comportamiento ascendente con relación a los valores nacionales y en cuanto a las sumas giradas por la provincia en los años anteriores a 1946.¹⁴ Ahora bien, a pesar de esta tendencia, los montos de dinero destinados por la provincia durante estos años se correspondieron con un tipo de inversión en el área de la salud pública que nunca superó los 4 puntos porcentuales del presupuesto anual.¹⁵ Salvo en el caso de Hospital San Roque, donde los apor-

13. Las orientaciones ascendentes tanto como las descendentes, en el número de camas, fueron marcadamente variables de caso en caso, encontrando los extremos expansivos en la situación devenida en el hospital Misericordia (Capital) en el que durante los primeros años del peronismo el número de camas aumentó en 140 unidades acercándose a un 50% de incremento, mientras que, al contrario, en el nosocomio San Antonio de la Carlota (Interior) estos años trajeron consigo sólo una cama más a las ya existentes. Cuando referimos a los casos en los que descendió el número de camas, podemos mencionar el ejemplo del hospital Abel Ayerza, el que a partir de 1947 pasó a tener 7 camas menos que en los años anteriores o el de Caridad de Río IV donde descendieron 37 de estas unidades. AEPC, Documentos de la Dirección de Estadísticas, Censos e Investigación de la Provincia de Córdoba, Ministerio de Hacienda, Economía y Previsión Social, Síntesis Estadística del Quinquenio 1944-1948, 1953, Córdoba, Argentina, 36-41. Al considerar este último caso, debemos tener en cuenta que, con la Caravana de 1947, aquella importante localidad del sur de la provincia pasó a contar con un nuevo nosocomio, lo que en alguna medida podría permitir considerar el descenso de camas en el de Caridad como una medida de redistribución de recursos al interior del sistema.

14. Sólo en el nosocomio de la localidad de Villa del Rosario los aportes provinciales disminuyeron en la etapa indicada, en este caso se pasó de 22.500 pesos en 1945 a 18.000 en 1947 y a 13.500 pesos al año siguiente. AEPC, Documentos de la Dirección de Estadísticas, Censos e Investigación de la Provincia de Córdoba, Ministerio de Hacienda, Economía y Previsión Social, Síntesis Estadística del Quinquenio 1944-1948, 1953, Córdoba, Argentina, 84-99.

15. AEPC, Documentos de la Dirección de Estadísticas, Censos e Investigación de la Provincia de Córdoba, Ministerio de Hacienda, Economía y Previsión Social, Síntesis Estadística del Quinquenio 1944-1948, 1953, Córdoba, Argentina, 84-99.

tes provinciales prácticamente se duplicaron entre 1944 y 1948 —nosocomio que había sido provincializado en 1941 y 1942—, en el resto de los casos las oscilaciones ascendentes se definieron en variaciones mínimas.¹⁶ Este tipo de improntas se correspondió con la falta de transformaciones del sistema hospitalario provincial, más allá de las intervenciones nacionales ya repasadas.

No obstante el contexto definido hasta aquí, no debe hacernos olvidar que las mismas omisiones en las intervenciones estatales constituyen, sin duda, una determinada toma de posición y no sólo refieren a un universo de limitaciones, sino también de acciones concretas, de intereses, reglas de juego y dinámicas de poder que es preciso develar históricamente. Desde la perspectiva de las políticas nacionales, durante los primeros años del peronismo, es posible identificar un conjunto de factores que permiten reconstruir un contexto histórico desde donde interpretar la ausencia de novedades en el universo hospitalario local. Según inferimos de ciertos aportes especializados, los límites económicos del proyecto sanitario nacional para el interior del país, no deben relacionarse sólo con el impacto que habrían traído consigo las restricciones marcadas a partir de la crisis de 1949. En los años iniciales, las dificultades para el mantenimiento de un flujo constante y regular de fondos deben pensarse en el marco de la inexistencia de “[...] una red de servicios en condiciones de hacer efectivas las prestaciones” (Belmartino 2005, 115), proyectadas por el peronismo, en un país marcado históricamente por una profunda heterogeneidad de las condiciones socioeconómicas entre sus espacios. El contexto político y económico, marcadamente favorable, en que se movía la Secretaría de Salud Pública y su titular Ramón Carrillo, definido por una “[...] creciente inyección económica de recursos durante los tres primeros años de gestión [y donde] la nueva agencia estatal contó con una mayor autonomía política” (Ramaciotti 2008, 138), no fueron condiciones para que entrara en marcha el Fondo Nacional de Salud Pública, sancionado legalmente en 1947 (Belmartino 2005, 115).

16. AEPC, Documentos de la Dirección de Estadísticas, Censos e Investigación de la Provincia de Córdoba, Ministerio de Hacienda, Economía y Previsión Social, Síntesis Estadística del Quinquenio 1944-1948, 1953, Córdoba, Argentina, 84-99.

En qué medida esta situación habría afectado la distribución diferencial de políticas en el interior nacional constituye una cuestión en gran medida aún abierta.¹⁷ De todas maneras, un análisis que descansa en las limitaciones económicas no tendría mucho para decirnos, ya que, a lo sumo, corroboraríamos la existencia de un contexto dado, que por sí sólo poco aporta a explicar porqué, en estos primeros años del peronismo, el universo hospitalario de la provincia se mantuvo sin novedades. Mucho menos nos diría porqué las transformaciones locales se produjeron en plena crisis económica nacional.

Resultó útil alejar nuestra mirada de las limitaciones en el alcance concreto de las acciones nacionales en el sistema hospitalario provincial y concentrarnos en esclarecer ciertas problemáticas en la institucionalidad formal que definía la relación Nación-provincias. Requerimos cierta precisión en la definición de los conceptos y en la identificación de los procesos que los historian, los que muchas veces sólo pueden diferenciarse en un nivel estrictamente analítico, que iremos desglosando a lo largo del escrito.

El término centralización es especialmente problemático por cuanto se refiere, a la vez, a improntas de avance del estado nacional sobre los provinciales —no sólo en el plano estrictamente sanitario—, y también a procesos ligados a la presencia hegemónica de las instancias estatales (nacionales y provinciales) sobre los distintos ámbitos de un área.

Asimismo, considerar la centralización implica reconocer la existencia de problemáticas normativas y ejecutivas, así como de aquellas definidas al nivel de la estructura institucional para producir políticas.

17. Se suele sostener que las políticas sociales peronistas consiguieron un mayor alcance en las aéreas urbanas (Ross 1993, 105-124) y que, en lo que refiere al sistema hospitalario, el proyecto de Carrillo sólo habría logrado “[...] concretar una importante expansión y modernización del sistema de servicios, con énfasis en la zonas más postergadas del interior del país [...]” (Belmartino 2005, 114). No obstante, resulta inverosímil sostener que la provincia de Córdoba fuera parte de una política diferencial planificada por parte de las instancias nacionales, de existir condiciones locales para que su heterogéneo territorio no fuera considerado un espacio de necesidades prioritarias, al considerar que las concreciones nacionales se movieron en “[...] campo fragmentario en materia de estadística sanitaria oficial [...]” (Ramaciotti 2008, 160).

El proyecto sanitario del peronismo nacional apareció como centralizante, al menos en su formulación y, en este sentido, Carrillo adhirió a una perspectiva unificadora para definir la relación entre Nación-provincias (Belmartino 2005, 113). Reconocemos que, en los procesos de conformación de las institucionales estatales y en el diseño de las políticas de salud para el interior del país, estuvieron presentes principios y directivas emanadas de aquel nivel superior del gobierno.¹⁸ Desde una perspectiva, se ha enfatizado en que este devenir estuvo atravesado por la “[...] influencia creciente de las decisiones tomadas por el gobierno nacional sobre los gobiernos provinciales” (Philp 1998, 109). Sin embargo, esta última investigación insistió para el caso de la provincia de Córdoba en que, si bien se produjo un claro proceso de centralización entendido como avance de la Nación sobre la autonomía de la provincia, ello, por lo menos hasta 1949, no se tradujo en un proceso de construcción de instituciones productoras de políticas sociales a la altura de los discursos (Philp 1998, 108-118). Y, en esa línea, agregamos, el avance nacional tampoco se trasladó a la ejecución de políticas, por lo menos ello queda manifiesto en lo que refiere al sistema hospitalario.

Estamos acercándonos a explicar el significado concreto y las implicaciones operativas de un diseño nacional de relaciones con las provincias definido por la organización de la salud pública a nivel nacional a partir de “[...] acuerdos de coordinación con la provincias [...] y control directo de la salud en la Capital, Territorios Nacionales, puertos y fronteras” (Andrenacci, Falapa y Lvovich 2004, 105). Insistir en una matriz de centralización normativa y también en materia de política partidaria, no se contradice con reconocer el rol hegemónico de las instancias provinciales en la articulación de las políticas. Asimismo, ello no implicaría visualizar una limitación de la presencia nacional, sino más bien remite a situaciones de autonomía y de atribuciones concurrentes. En el primer sentido, ligado a nuestro período de estudio, observamos que, luego de 1946, al producirse la transformación de la División Nacional de la Salud Pública en SSP, fue restablecida la autonomía de los organismos de salud pública de las provincias (Andrenacci, Falapa y Lvovich

18. Véase Philp (2003, 57-84) y Hirschegger (2010).

2004, 104-105). En el segundo sentido, nos referimos a aquellas atribuciones concurrentes de las acciones públicas provinciales que se inscriben en las lógicas de la autonomía funcional territorial que poseen las instancias subnacionales, desde la sanción de la Constitución Nacional en 1853 (Pirez 1986, 114).

Nuestro interés en remarcar estas improntas supera la intención de destacar el rol de las instancias provinciales en la ejecución de las políticas orientadas a hospitales en estos primeros años del peronismo y se vincula a la necesidad de contextualizar rasgos y ritmos de las políticas sanitarias argentinas. Resulta oportuno destacar que, en un trabajo reciente, Ortiz Bergia, al observar las tardías estatizaciones (provincializaciones) de los hospitales que estaban en manos de las asociaciones de beneficencia en la provincia de Córdoba, frente a las tempranas estatizaciones en Capital Federal (nacionalizaciones), se refirió convenientemente a una falta de uniformidad en el proceso de avance estatal. Esta cuestión, según marcó la autora, fue decisiva en la consolidación del sistema de salud público fragmentado (Ortiz Bergia 2012, 70).

Por un lado, estamos de acuerdo con Ortiz Bergia (2012, 71) en referir a una fragmentación jurisdiccional y a la ausencia de un proceso de centralización uniforme en la Argentina —el que la historiadora asoció, en el caso local, con que el avance estatal no “[...] afectó en forma semejante a todas las asociaciones de beneficencia existentes sino, predominantemente, a las que administraban hospitales y a las encargadas de los asilos de mayores dimensiones”—. No obstante, por otro lado, entendemos que es necesario superar el estudio de las modalidades de los procesos devenidos a nivel local que realiza la autora, procurando explicaciones de las tendencias intervencionistas provenientes del aparato público y sus cambios en el tiempo. Sólo reconociendo dichas matrices es posible entender de modo más satisfactorio la fragmentación de las políticas y sus resultados, en un momento histórico cabalmente reconocido por la importancia estratégica que pasa a ocupar el Estado en la resolución de las problemáticas sociales en la Argentina.

Potenciando el potencial comprensivo que posee la historia, mantenemos que existen elementos para explicar las orientaciones repasadas a partir de poner en perspectiva un conjunto de cambiantes procesos políticos de afirmación de un peronismo

local, propio de un contexto socioeconómico y político que no puede asimilarse a los devenidos en Capital Federal. Dicha experiencia local fue parte de una singularidad más amplia, ya que, en gran parte del interior argentino existió una debilidad pronunciada en los procesos de industrialización y, por tanto, una débil presencia de la clase obrera en los inicios de esta experiencia política. De acuerdo con Macor y Tcach (2003, 5-31) estas especificidades, en el caso de la provincias de Córdoba (pero también en la de San Fé), definieron el significativo peso que tuvieron, en el partido peronista y en el aparato estatal, los sectores conservadores; la conflictividad que atravesó al peronismo local en los primeros años —a nivel interno y con relación al poder nacional— así como sus procesos de transformación institucional.

En varios sentidos asociados la especificidad del peronismo y de la vida política local de sus primeros años en la provincia, nos permite abrir sugerentes ejes de análisis alrededor del tipo de acciones y omisiones que predominaron en la definición del sistema hospitalario provincial. Dos rasgos resultan claves en este sentido: la inestabilidad o debilidad del peronismo local y la significatividad del componente conservador en sus filas, especialmente a nivel del Estado provincial.

La gestión del primer gobernador peronista en Córdoba comenzó con conflictos entre el recién estrenado oficialismo y la oposición. Luego de varias situaciones escandalosas en las que llegó a participar la policía y el Ejército, las tensiones llegaron a su cenit en abril de 1947. En junio de ese año, luego de que se considerara la posibilidad de un juicio político al gobernador, varios diputados de la Legislatura provincial visitaron al propio presidente Perón, quien resolvió disolver por Decreto la Legislatura; unos días más tarde se declaró intervenida la provincia y sus tres poderes (Tcach 1991, 129-134). Luego de este episodio, se inauguró un proceso más bien orientado a disciplinar internamente al propio Partido peronista y a los funcionarios estatales, lo que trajo como consecuencia, tal vez más visible, un proceso de recambio en las autoridades del Poder Ejecutivo y de intervenciones federales, que se mantuvo hasta fines de 1949 (Tcach 1991, 133). En términos estrictos, luego de superada la época militar hasta 1949, sobrevinieron tres autoridades distintas en el máximo escaño provincial y, entre ellos, sólo el primer gobernador, Aucher,

surgió de elecciones. Esta dinámica de inestabilidad no puede ser desconocida al considerar la escasa o nula transformación en el sistema hospitalario local que, según creemos, debe ser leída como parte de un proceso más general, donde la salud pública no ocupó un espacio central en la agenda de unos gobiernos involucrados en una conflictividad política permanente.

Inclusive, aquella particularidad del peronismo local permite entender que las reglas de juego que venían sosteniendo las prerrogativas de las asociaciones de beneficencia se mantuvieran indemnes durante estos años. En gran medida, la debilidad del peronismo local se debe entender teniendo presente el peso de los sectores conservadores clericales como destacadas figuras del Estado provincial y hombres clave en la conformación del partido peronismo local y en los gobiernos de esta etapa. A pesar de que, en Córdoba, el catolicismo no logró consolidarse en la política institucional a partir de un partido político moderno propio, su participación activa en la vida sociopolítica de la provincia —a través de sus profundas relaciones con los sectores del poder político—, su influencia sobre la sociedad en su conjunto, así como el desarrollo asociativo de tinte religioso, le permitieron generar y mantener su influencia viva y creciente. Esta situación fue especialmente favorecida por el “humus” cultural altamente conservador de la provincia de Córdoba, el que produjo un profundo impacto en las elites socioculturales y políticas locales (Tcach 2003, 54). Este fue el tipo de matriz que habría generado el sostenimiento de ciertas reglas de juego, ligadas a alianzas de poder con los sectores conservadores asociados a las iniciativas la beneficencia y promotoras de las improntas propias de la caridad más que la de los derechos sociales.

Desde este tipo de configuraciones, interpretamos no sólo el significativo aumento, por parte de las autoridades del gobierno provincial, de beneficios económicos otorgados a la Iglesia (Tcach 1998, 86), sino también, que las fuentes locales contradigan que, como sostiene Ramaciotti (2010,159), a partir de 1946, el Estado nacional haya dejado de transferir fondos a las iniciativas de beneficencia o que muchas de aquellas asociaciones continuaran funcionando con recursos propios.

Expansión y reconfiguración del sistema hospitalario en el plano local

1949 apareció como un año clave. En parte, la relevancia de ese año se asoció al inicio de una etapa de concreciones y transformaciones materiales e institucionales sin precedentes en la provincia. Tanto las fuentes de gobierno provincial, como la bibliografía especializada, dan cuenta de un proceso de avance de las instancias provinciales en la transformación del sistema hospitalario a partir de varios ejes. En primer lugar, su expansión a partir de la creación de nuevos establecimientos y la incorporación de la gran mayoría de los nosocomios existentes en la provincia a la dependencia del máximo organismo de salud pública provincial. En segundo lugar, como parte de esta primera tendencia, se produjo la refuncionalización de unidades asistenciales, de existencia previa a 1946, especialmente a partir de la intervención y estatización de todos los nosocomios existentes en la provincia que se hallaban administrados por las asociaciones de beneficencia.¹⁹ Uno y otro resultado se puede resumir con la referencia a un proceso de progresivo avance estatal.

De acuerdo con los datos disponibles, de 9 nosocomios que dependían directamente del organismo sanitario provincial en 1949 (Philp 1998, 123), se habría pasado a 34 hospitales, a comienzos de 1951 (Gobierno de la Provincia de Córdoba 1998, 115). Luego de que fuera aceptada la renuncia del gobernador San Martín en octubre del 1951, encontramos integrados 94 hospitales, distribuidos a lo largo y ancho de todo el territorio de la provincia.²⁰ Finalmente, en el Presupuesto de 1955, pudieron contarse, a cargo del poder provincial, un total final de 107 unidades de este tipo.²¹

El momento nuevo aparece asociado a la creación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Philp 1998, 188-122), uno de los resultados macroins-

19. Oficina de Información Parlamentaria de la Legislatura de la Provincia de Córdoba (en adelante OIP.LPC), *Compilación de Leyes de la Provincia de Córdoba, Presupuesto, 1955*, t. 35, Córdoba, Argentina, 174-271.

20. OIP.LPC, *Compilación de Leyes de la Provincia de Córdoba, 1952*, t. 32, Córdoba, Argentina, 284-309.

21. OIP.LPC, *Compilación de Leyes de la Provincia de Córdoba, Presupuesto, 1955*, t. 35, Córdoba, Argentina, 174-250.

titucionales del avance del poder nacional sobre el provincial, concretado en las reformas constitucionales nacionales y provinciales de 1949 (Ortiz 1997). En esta línea de dinámicas, debemos advertir dos niveles de problemáticas, cuyo abordaje debe discernirse. Por un lado, aunque se refiriera a un proceso de avance de la Nación sobre la autonomía política y en cuanto a la estructura institucional de la provincia para producir políticas, específicamente en materia de las acciones públicas orientadas a la salud; estos años estuvieron definidos por el quiebre de las mayores aspiraciones sanitarias nacionales. Por otro, las novedades que se definen en las políticas dirigidas al sistema hospitalario —y sus resultados—, a partir de fines de 1949, se insertan en una compleja dinámica de consolidación del peronismo local y de alteración en las relaciones de poder que sustentaron su experiencia política de los años previos. Estos procesos fueron en gran medida definidos desde y en un plano local y protagonizados por el Poder Ejecutivo provincial.

En la línea que venimos sosteniendo, al considerar el plano de la ejecución sanitaria objeto de nuestro estudio, se deben relativizar los procesos que Philp identificó como el proyecto peronista de “nacionalización de las políticas provinciales” (1998, 118). Más bien, las instancias nacionales ingresan en una etapa de franca retracción en la expansión (Belmartino y Bloch 1980, 16), en cuanto a las unidades hospitalarias y en cuanto a sus objetivos iniciales de avanzar sobre las organizaciones que basaban su acción sanitaria en la caridad o beneficencia.²² En este último ámbito de políticas, particularmente problemático para los espacios del interior de país y específicamente para la provincia de Córdoba, que poseía un sistema asistencial en el que predominaban los actores de beneficencia, desde la esfera nacional, también se resaltó el rol que debían cumplir las provincias. Una de las respuestas fundamentales de las instancias nacionales frente al panorama de retracción de los gastos sociales en los presupuestos federales,²³ fue la descentralización de la asis-

22. En 1949, el recientemente designado primer Ministro de Salud, Ramón Carillo, comenzó a mostrar más cautela en torno a la expropiación/ nacionalización de los hospitales de beneficencia y los hospitales privados (Ramaciotti 2008, 171-172).

23. Nos referimos a la crisis económica iniciada en 1949 y a las restricciones en los gastos públicos consolidada a partir del Plan de Austeridad de 1952, procesos que se correspondieron con la pérdida de protagonismo de la Secretaría de Salud Pública en la construcción hospitalaria. (Ramaciotti 2008, 141).

tencia sanitaria, delegándose en las provincias y en los municipios, tanto el control estadístico, como la provisión de los servicios de salud (Ramaciotti 2008, 118). Seguramente, la postura aludida en el Segundo Plan Quinquenal peronista fuera la más clara expresión en este sentido; se sostuvo que “[...] la Nación ejercerá su acción médico asistencial en las provincias y territorios, hasta tanto adquieran la capacidad técnica y económica para afrontar sus propios problemas y deberes en lo que respecta a la salud de su población” (Belmartino y Bloch 1980, 15).²⁴

Las normativas enfatizaron la coordinación entre Nación y Provincia.²⁵ Por un lado, a partir de la Ley Orgánica de Ministerios de la provincia de Córdoba de 1950, se marcó que “[...] lo inherente a la sanidad de la población, medicina sanitaria, asistencial y social de la Provincia [...] es de competencia de su Ministerio de Salud y Asistencia Social, en coordinación con el de la Nación [...]” (Philp 1998, 163).²⁶ Es decir, que no se debería pensar en las políticas provinciales articuladas en el sistema hospitalario como acciones y omisiones desvinculadas de las instancias nacionales, claro que dicha ligazón no superó un nivel normativo.

Concretamente, en la provincia fue posible identificar durante estos años la organización de conferencias, audiciones radiales, publicaciones, etcétera, “[...] bajo las directivas impartidas por el Ministerio de Salud Pública”.²⁷ También se pudieron observar procesos de reestructuración de la Dirección de Salud Pública provincial a cargo de importantes funcionarios nacionales.²⁸ Sin embargo, dicha matriz, definida en términos de cooperación, no pareció ser un rasgo que fuera más allá de la centralización normativa, es decir, no atravesó las dinámicas de ejecución de políticas públicas llevadas adelante por la provincia, no al menos en lo que refiere al sistema hospitalario, espacio

24. Las negritas son nuestras.

25. En el Plan Sanitario de 1952-1958 parte del segundo Plan Quinquenal peronista, se señaló como uno de los componentes de la descentralización, la búsqueda en profundizar la coordinación entre las instancias nacionales y los organismos ministeriales provinciales (Andrenucci, Falapa y Lvovich 2004, 107).

26. Las negritas son nuestras.

27. Archivo de Gobierno de la Provincia de Córdoba (en adelante AGPC), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la provincia de Córdoba, t. 20, 1955, f. 2.

28. AGPC, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la provincia de Córdoba, t. 5, 1952, s/f.

de profundas transformaciones en estos años. Al parecer, tal como afirmó Cao (2007, 16), no se logró en estos años articular una dinámica de coordinación entre los tres niveles de la administración pública en la Argentina (nacional, provincial y municipal). Todo parece indicar que, en nuestro período de estudio, los organismos sanitarios de los poderes ejecutivos, como ámbitos de la administración pública, habrían funcionado a partir de una lógica de “modelo dual”, donde el ámbito nacional funcionaba por un lado, y el municipal y provincial, por otro.

Uno de los puntos que confirma la anterior tendencia es la inexistencia en una Ley que asegurara una sistematicidad en los aportes nacionales, en materia de sanidad en las provincias.²⁹ Claro que ello no niega algunas participaciones económicas puntuales y otras promesas nacionales cuya concreción no hemos podido verificar.³⁰

Ahora bien, cabe preguntarse ¿Cómo fue posible que las acciones de las instancias provinciales pudieran concretar resultados indiscutibles en las transformaciones del sistema hospitalario provincial, en un contexto de retracción nacional?³¹ y donde la postulada coordinación con las instancias nacionales quedó

29. Los contornos trazados por el Segundo Plan Quinquenal de la Nación seguramente pusieron coto final a este tipo de pretensiones del Ministerio de Salud Nacional y de su Ministro Carrillo en particular. En la misma dirección, interpretamos que desde esta época, hasta el final de período peronista, desde las instancias nacionales “[...] no se implantó ninguna de las formas de financiación alternativa al recurso a Rentas Generales y, además, el Estado prosiguió con su política de contención del gasto público” (Belmartino y Bloch 1980, 15).

30. Más allá de los discursos o declaración de intenciones, concretamente, la participación nacional se habría restringido, a principios de 1950, al envío de 800.000 pesos para los hospitales cordobeses y, en noviembre de ese mismo año, de 400.000 pesos para el Hospital Tránsito Cáceres de Allende. (“Editorial”. 1950. *Los Principios*, enero 8; “Editorial”. 1951. *La Voz del Interior*, marzo 17). En cuanto a los ingresos que recibieron los gobiernos provinciales de estos años, otra particularidad fue la donación de 5.000.000 pesos de la Fundación Eva Perón al Ministerio provincial en 1950. En esta última dirección, si bien no hemos logrado establecer cómo se invirtió este dinero, es claro que esta última suma no fue menor, ya que el presupuesto del Ministerio de este año ascendió a 17.000.000 pesos (Philp 1998, 123). Aunque no podemos mostrar evidencias de que los recursos girados por las instancias nacionales hayan sido gastados en la intervención e incorporación a la órbita estatal de algunos nosocomios de beneficencia, la coincidencia de fechas es significativa, aunque, salvo el caso de lo dispuesto por la Fundación Eva Perón, las cifras fueron bastante magras.

31. Aún en este contexto de austeridad nacional, según Alzugaray (2008, 185-190), en la provincia de Córdoba, la Nación habilitó nuevos pabellones en la Colonia Neuropsiquiátrica de Oliva en 1949; el centro psiquiátrico de Río IV, como anexo al Hospital 17 de Octubre de esa localidad; el Hospital Rural de Monte Buey (Dpto. Marcos Juárez) en 1952 y, finalmente, en 1953, un servicio de Psicocirugía en la referida Colonia de Oliva.

diluida o al menos desdibujada. ¿Qué transformaciones habrían generado que las acciones estatales provinciales marcaran un cambio tan postergado en el sistema hospitalario, en un contexto nacional de restricciones? Luego de 1949, la consecución de la estabilidad de los gobiernos locales, en un contexto socioeconómico expansivo, y la crisis del componente conservador en el Estado provincial fueron creando condiciones para los cambios en las políticas públicas y sus resultados.

En principio, el ascenso del gobernador San Martín marcó, en la provincia, la vuelta a la estabilidad y la permanencia institucional. Desde la caída del gobernador radical Del Castillo, en 1943, no se había logrado, en la provincia, otra experiencia con las mismas características de continuidad institucional. Esa misma estabilidad fue una condición fundamental que permitió, al gobernador, proyectar y concretar un Plan de Obras Públicas,³² que superaba una matriz coyuntural. El mismo mandatario dio respuesta al diagnóstico que realizara ya en su primer mensaje a la Legislatura provincial el 1 de mayo de 1949, cuando sostuvo que “[...] El problema hospitalario de Córdoba demanda y merece preferible atención y dedicación [...]” (Gobierno de la provincia de Córdoba 1998, 99).

Los mecanismos de articulación institucional y de financiación del Plan, puesto en marcha por el Brigadier, constituyen una evidencia de la propia sistematicidad y profundidad de las acciones públicas dispuestas por estos años, sólo comprensibles reconociendo ciertos clivajes fundamentales de la vida sociopolítica de la provincia. Desde el Poder Ejecutivo provincial, se articularon singulares estrategias en las transferencias de recursos públicos para el financiamiento de las concreciones proyectadas en el marco de un Plan Cuatrienal.³³ En esta materia, el hombre que fuera el Ministro de Hacienda, Economía y Previsión Social durante la administración referida, Francisco Vocos (1998, 94), explicó que el gobernador había enfatizado en una

32. Constituye una cuestión ampliamente reconocida que, a partir del ascenso del Brigadier, se articuló un proyecto de gobierno que cristalizó en un Plan de Obras Públicas, por el cual “[...] se construyeron miles de viviendas obreras, nuevas escuelas y centros sanitarios” (Tcach 1991, 172). Aunque, por sus amplias pretensiones, el Plan fue calificado como “fantasía” por la oposición, las destacadas concreciones en materia de servicios sanitarios asistenciales fueron una cuestión que no puede ponerse en duda, al menos en cuanto al sistema asistencial hospitalario.

33. OIP.LPC, Compilación de Leyes de la Provincia de Córdoba, 1949, t. 29, Córdoba, Argentina, 18.

gestión dirigida a potenciar las políticas de desarrollo económico y el saneamiento de los recursos de las arcas fiscales, mediante una prolija administración.

En esta línea de dinámicas, se identificaron una serie de factores históricos de fundamental importancia. En primer lugar, se debe considerar que los recursos que solventaron el Plan de expansión hospitalaria no formaron estrictamente parte del presupuesto provincial. El costo total del Plan de Obras públicas (no sólo restringido a materia sanitaria) ascendió a la extraordinaria cifra de 240.006.500 pesos,³⁴ suma que multiplicó por dos el presupuesto total de la provincia para 1949. Por la Ley 4139, los gastos mencionados fueron cubiertos con un empréstito interno, para lo que el Poder Ejecutivo provincial fue autorizado a emitir títulos internos de renta, enfatizando el rol del Banco de la Provincia de Córdoba en su carácter de agente financiero de las iniciativas estatales, aunque limitándose, en esas responsabilidades, sólo al Estado provincial (y no a los municipales o al Nacional).³⁵

Los mecanismos financieros repasados sólo marcan una primera dimensión de las problemáticas abordadas, que también se vincularon a una dinámica de transformaciones en las políticas de inversiones provinciales en la salud pública. A partir de 1949, en todos los presupuestos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y hasta el final del período peronista, verificamos la consolidación de una tendencia ascendente en la proyección de gastos. Durante el breve lapso en que el Dr. Antinucci administró la gobernación y durante la administración encabezada por el médico, Dr. Raúl F. Lucini, último gobernador peronista, desde junio de 1952 y hasta que se produjo la “Revolución Libertadora” —que puso fin al gobierno democrático en 1955— los porcentajes presupuestados para la salud pública provincial superaron ampliamente el 15 % del total de los presupuestos.³⁶ Hallamos, en esos años, la mínima expresión en las proyecciones del presupuesto de 1950, para el año 1952, situadas en el 15, 8 %.

34. OIP.LPC, *Compilación de Leyes de la Provincia de Córdoba*, 1949, t. 29, Córdoba, Argentina, 18.

35. OIP.LPC, *Compilación de Leyes de la Provincia de Córdoba*, 1949, t. 29, Córdoba, Argentina, 19.

36. OIP.LPC, *Compilación de Leyes de la Provincia de Córdoba*, 1950, t. 30, Córdoba, Argentina, 30; OIP.LPC, *Compilación de Leyes de la Provincia de Córdoba*, 1953, t. 33, Córdoba, Argentina, 123.

Claro que las condiciones macroeconómicas que atravesaba la provincia no eran idénticas a las nacionales. Por estos años, Córdoba estaba transformándose de manera acelerada. Según las estimaciones del organismo estadístico Provincial,³⁷ mientras que en 1944 la provincia poseía una población de 1.413.222, en 1951 llegó a los 1.623.647 habitantes. Este proceso no estaba generándose de la nada. Se vinculó a un desarrollo de la actividad industrial en la provincia, que tuvo características y ritmos particulares que la distinguieron de las dinámicas identificadas en los grandes centros industriales del país, con eje en La Plata-Buenos Aires-Rosario, hallando su momento de expansión a partir de 1950, en el contexto del rápido proceso de industrialización operado en el plano local.³⁸

Los ritmos del despegue industrial de la provincia no constituyen sólo una cuestión ligada a las problemáticas socioeconómicas. Como hemos señalado, reconocer estas relativamente tardías dinámicas de despegue industrial local, remite también a procesos particulares de consolidación del peronismo fuera del caso de Buenos Aires (Macor y Tcach 2003, 30). Por tanto, el cambio de escenario en esta segunda etapa, no puede sólo abordarse pensando en el nivel socioeconómico; el contexto original de articulación del peronismo local, donde el peso del conservadurismo clerical fue superlativo, también ingresó en una progresiva transformación. Aunque, en sus años iniciales, el componente conservador clerical le permitió al peronismo triunfar en la provincia, también fue ese mismo componente el que provocó en última instancia su implosión (Tcach 2003, 51). La explicación de las causas del conflicto entre la Iglesia y el peronismo, cuestión abordada fundamentalmente desde una perspectiva nacional, ha resultado una problemática bastante controvertida en la historiografía. Desde la postura que nos interesa resaltar, Perón no habría sido capaz de obtener el consentimiento o —al menos— la neutralidad de la Iglesia para afirmar su liderazgo

37. AEPC, Documentos de la Dirección de Estadísticas, Censos e Investigación de la Provincia de Córdoba, Ministerio de Hacienda, Economía y Previsión Social, Síntesis Estadística del Quinquenio 1944-1948, 1953, Córdoba, Argentina, 4; AEPC, Documentos de la Dirección de Estadísticas, Censos e Investigación de la Provincia de Córdoba, Ministerio de Hacienda, Economía y Previsión Social, Síntesis Estadística del Trienio 1944-1948, 1953, Córdoba, Argentina, 7.

38. Este desarrollo, según Dadone (1974, 155-158), fue en gran medida autónomo en relación a otros centros industriales del país, ya que el tipo de industrias —metalmecánicas— que conformaron el grueso de la actividad local fueron relativamente más dinámicas.

sobre la sociedad (Tcach 1991, 237). Las elevadas expectativas que la Iglesia y los sectores conservadores se habían creado, de acuerdo al elevado nivel del respaldo inicial que le había ofrecido el peronismo, fueron justamente las que permitieron entender que “[...] la elite católica, aún gozando de posiciones de privilegio en los organismos gubernamentales [...]” rechazó el imaginario político,³⁹ que se estaba construyendo desde el peronismo (Tcach 1991).

A partir de dichos cambios, fue posible identificar ciertos quiebres en las relaciones de poder vigentes y, con ello, en las reglas de juego que habían sido privilegiadas y sostenidas en los años iniciales del peronismo local. Esta transformación fue observable en lo que refiere a las novedades en la configuración del sistema hospitalario, especialmente en lo que atañe al avance estatal en relación a las asociaciones de beneficencia que venían administrando hospitales. Estas improntas se ligaron históricamente a lógicas de consolidación del peronismo, dirigidas a la generación de políticas que estimulaban la expansión del partido-movimiento en la sociedad y en el Estado, con independencia de los criterios eclesiásticos, búsquedas evidentes, apenas iniciada la gestión de San Martín (Tcach 1991, 174). A pesar de que este proceso de construcción del poder político no fue una dinámica exclusivamente gestada a nivel local, en Córdoba, este tipo de estrategias que desconocía los valores y los criterios culturales de amplios sectores sociales locales y de sus actores de poder, generó un clima particular de tensión. Este ambiente fue incrementándose y se profundizó en 1954 “[...] en virtud de la apelación de las masas y la influencia sobre sectores militares [...]” (Tcach 1991, 236), antesala del golpe de estado de 1955 que marcó la caída del peronismo en la Argentina.

39. En Córdoba, el quiebre de estas relaciones desencadenó el inevitable quiebre del peronismo local y desembocó, a fines de 1954, en una estrategia católica estructurada a partir de cuatro ejes de acción (Tcach 1991, 246- 248). En primer lugar, la eliminación, en el seno de la Iglesia, de cualquier rastro peronista; en segundo lugar, la creciente movilización de la Acción Católica a amplios sectores de la ciudadanía; en tercero, la profundización de las relaciones con los partidos políticos de la oposición al oficialismo, y en cuarto y último lugar, la búsqueda de identificar a las Fuerzas Armadas con los objetivos de la Iglesia. Finalmente, el enfrentamiento que se produjo en Córdoba “[...] asumió características de guerra civil” (1991, 267), desencadenándose una movilización militar que convergía con los procesos de oposición y crisis del régimen peronista a nivel nacional, y que terminaron por desencadenar el Golpe de Estado de septiembre de 1955.

Las acciones públicas del brigadier San Martín involucraron el avance del peronismo en distintos espacios que la Iglesia consideraba irrenunciables. Dichas medidas se manifestaron en el anuncio de la instalación de casinos en Córdoba, en una supuesta disposición de retirar los crucifijos de las escuelas, en la introducción del “Justicialismo Argentino” como materia obligatoria en todos los colegios de la provincia y en, quizás el más terrible de los fantasmas de la Iglesia, la disminución de subsidios oficiales para sus obras (Tcach 1991, 175-176).

Aunque la religión católica ocupó un destacado lugar en la nueva Constitución provincial de 1949 e inclusive el catolicismo fue convertido en la religión oficial, la Iglesia y sus sectores cercanos no podían tolerar ciertas tendencias presentes en la expansión del peronismo en la sociedad (Tcach 1991). En este panorama, manifestamente conflictivo, el avance estatal sobre las tradicionales prerrogativas que poseía la Iglesia y los sectores conservadores locales sobre la beneficencia —en este caso definidas alrededor de la administración de hospitales que además recibían aportes públicos considerables desde el origen del sistema asistencial— acicateó aún más el cambio en las reglas de juego. En esta área, dicho proceso cristalizó, al nivel de la institucionalidad formal, al votar el Presupuesto provincial de 1950, cuando se disminuyeron sensiblemente los subsidios para obras de la Iglesia Católica, mostrando la escasa autonomía de los legisladores peronistas de origen católico conservador frente al Poder Ejecutivo.

En el plano sanitario, el Presupuesto de 1950 marcó la aparición de los primeros hospitales intervenidos,⁴⁰ y, para mediados de 1951, se resolvió una medida más abarcadora por la que pasaron a “[...] depender funcionalmente de la Dirección de Salud Pública [19] hospitales intervenidos”.⁴¹ A partir de esta ruptura, represen-

40. OIP.LPC, *Compilación de Leyes de la Provincia de Córdoba*, t. 30, 1950, Córdoba, Argentina, 345-350.

41. Los hospitales mencionados fueron: Hospital Transito Cáceres de Allende; Hospital De Niños; Hospital de Alienadas; Hospital Sanatorio N. S. de la Misericordia; Hospital Vicente Agüero de Jesús María; Hospital Iturraspe de San Francisco; Hospital de Alta Gracia; Hospital Pastuer de Villa María; Hospital de San Vicente de Paul de Villa del Rosario; Hospital San Antonio de la Carlota; Hospital Abel Ayersa de Marcos Juárez; Hospital de Morteros; Hospital Cárcano de Laboulaye; Hospital de Huinca Renacó; Hospital Rawson de Ucacha; Hospital de Santa Rosa de Río I, y, Hospital de Laborde. AGPC, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la provincia de Córdoba, t. 4, 1951, f. 305.

tada por las intervenciones que marcaban “[...] la dependencia funcional de los nosocomios”,⁴² se abrió una dinámica más definitiva que recorrió los últimos años de la gestión peronista, cuyos rasgos fundamentales fueron la quita de la personería jurídica a las asociaciones benéficas y las provincializaciones de los nosocomios.

Conclusión

Si bien desde distintos estudios marcan los límites del proceso de avance del Estado Nacional en el sector de la salud durante el peronismo, aún persiste la asociación entre las dinámicas de expansión y modernización del sistema sanitario asistencial en el interior del país y las acciones de las instancias nacionales. Aunque nuestro trabajo, al centrarse en un estudio de caso concreto, no pretendió relativizar el alcance de las políticas nacionales en el interior de la Argentina, ha mostrado que, en el caso del sistema hospitalario de la provincia de Córdoba, las intervenciones nacionales no marcaron un “antes y un después” de 1946. De manera convergente, hemos mostrado que el rol de las instancias provinciales fue, en gran medida, definitorio de las inercias y los cambios en la configuración del mismo. Por lo menos, hasta 1949, la falta de concreciones se habría asociado a la conflictividad e inestabilidad política institucional, panorama que tuvo su corolario en la intervención del peronismo y de los tres poderes del Estado en 1947, por criterio del poder nacional en uso de sus atribuciones. El permanente recambio en el Poder Ejecutivo provincial, entre esta última fecha y finales de 1949, no habría favorecido la generación de acciones públicas orientadas a la expansión y reconfiguración del sistema asistencial hospitalario de la provincia de Córdoba, ni a convertir a la salud pública en una prioridad de la agenda de los gobiernos. La inestabilidad de estos años no puede desvincularse del significativo peso que tuvieron los sectores conservadores clericales en la configuración del peronismo local y del Estado provincial. Durante esta etapa, las atribuciones de las asociaciones de beneficencia difícilmente podrían en-

42. AGPC, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la provincia de Córdoba, t. 4, 1951, f. 305.

tenderse, si no consideramos el tipo de relaciones de poder que conformaron al peronismo local.

Los rasgos y modalidades de las políticas que transformaron el universo hospitalario local se inscribieron en un panorama de procesos distintivos de la etapa iniciada en 1949. Por un parte, esta dinámica se fue afianzando alrededor de tres conjuntos de factores asociados. Por un lado, se vinculó al proceso de consolidación. Institucionalmente, ello se evidenció en la aparición del Ministerio de Salud y Asistencia Social provincial, lo que, sin duda, mostró una arista del avance nacional sobre la provincia. Por otro lado, este mismo proceso de transformación fue solventado a partir de un cambio radical en la política de asignación de gastos en la salud pública provincial. Desde este particular escenario, se señaló la mayor originalidad del caso de la provincia de Córdoba, en un contexto de retracción nacional de los gastos en políticas sociales en general y de salud pública en particular. Es que, la expansión y reconfiguración del sistema hospitalario provincial se financió, en gran medida, en forma independiente de los recursos nacionales. Finalmente, dicha particularidad no podría comprenderse sin remitir a la expansión económica industrial desarrollada en esta segunda etapa. Sin embargo, esta situación, relativamente excepcional en el caso de la provincia de Córdoba, no podría haber generado una transformación del sistema hospitalario, si los incrementos en los recursos fiscales no hubieran sido canalizados hacia la salud pública. Para ello, fue imprescindible cierta dinámica de estabilización de las autoridades estatales. Los planes de Obras Públicas y las proyecciones y concreciones iniciadas durante el gobierno del Brigadier San Martín fueron fundamentales. Alrededor de las acciones públicas consideradas, también observamos una importante continuidad en las orientaciones de los distintos gobiernos de la etapa, identificando, en los últimos años del período bajo análisis, la culminación del proceso a partir de las provincializaciones de los hospitales que tanto tiempo habían estado administrados por la beneficencia.

De acuerdo a dichos ritmos específicos, en el avance estatal sobre las sociedades de beneficencia, hemos planteado la posibilidad de asociar las intervenciones con una política peronista de avance sobre la sociedad y el Estado, articulada desde

el mismo ascenso del Gobernador San Martín. Según creemos, las intervenciones referidas habrían sido un factor adicional de conflictividad entre estos actores y los gobiernos, y deben ser leídas en un contexto de transformaciones de las relaciones de poder y de las reglas de juego que excedió el plano local. En Córdoba, dichos procesos fueron especialmente álgidos y se inscribieron en contexto de crecimiento económico y demográfico.

Como hemos sostenido a lo largo del trabajo, la especificidad local no puede abordarse satisfactoriamente a partir del estudio de las dinámicas y vaivenes nacionales. Aunque debemos ser sumamente prudentes al momento de pretender extrapolar los procesos analizados hacia otras realidades del interior nacional, al pensar las políticas sanitarias argentinas, las problemáticas de la fragmentación jurisdiccional y las improntas históricas asociadas a la provincialización deberían ocupar un lugar estelar. Alrededor de ello, resulta claro que, en las páginas por escribir de esta agenda de investigaciones del área, se debería potenciar una perspectiva que fortalezca la capacidad explicativa de la historia.

Referencias

Archivo de Gobierno de la Provincia de Córdoba, (AGPC), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la provincia de Córdoba, t. 4. 1951; t. 5, 1952; t. 20, 1955.

Archivo Estadístico de la Provincia de Córdoba, (AEPC), Documentos de la Dirección de Estadísticas, Censos e Investigación de la Provincia de Córdoba, Ministerio de Hacienda, Economía y Previsión Social, Síntesis Estadística del Quinquenio 1944-1948, 1953, Córdoba, Argentina.

Angueira, María del Carmen. 1988. *Transformaciones de la Ciudad de Córdoba: factores operativos (1880-1914)*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Andrenucci Luciano, Fernando Falapa y Daniel Lvovich. 2004. “Acerca del Estado de Bienestar en el peronismo clásico (1943-1955)”. En *En el país del no me acuerdo. (Des) memoria institucional e historia de política social en la Argentina*, comp. Julián, Bertranou, Juan Manuel Palacio y Gerardo Serrano, 83-114. Buenos Aires: Prometo.

Alzugaray, Rodolfo A. 2008. *Ramón Carillo el fundador del sanitarismo nacional*. Buenos Aires: Ediciones Colihue.

Armus, Diego. 2005. *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*. Buenos Aires: Lugar.

Belmartino, Susana, 2005. *La atención médica Argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*, Buenos Aires: Siglo XXI editores.

Belmartino, Susana y Carlos Bloch. 1980. “La política sanitaria argentina y las estrategias de desarrollo”. *Cuadernos Médicos Sociales*. 14: 5-25.

Bischoff, Efrain. 1995. *Historia de Córdoba*, Buenos Aires: Editorial Plus Ultra.

Bohoslavsky, Ernesto y Soprano Germán. (2010). *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*. Buenos Aires: Prometeo Libros - Universidad Nacional de General Sarmiento.

Carbonetti, Adrián. 2005. “El sistema sanitario en la provincia de Córdoba”, 1880- 1926. *Dynamis*. 25: 87-116.

Cao, Horacio. 2007. *Introducción de la Administración Pública Argentina. Nación, provincias y municipios*. Buenos Aires: Editorial Biblos, Colección Política, Estado y Administración Pública.

Dadone, Aldo. 1974. Cien de la industrialización en Córdoba 1873-1973. *Revista de Economía Banco de la provincia de Córdoba*. 24: 150-186.

“Editorial”. 1950. *Los Principios*, enero 8.

“Editorial”. 1951. *La Voz del Interior*, marzo 17.

Gobierno de la Provincia de Córdoba. 1998. *Aproximaciones al Gobernador San Martín*, Córdoba, Argentina: Colección Gobernadores de Córdoba, Secretaría General de la Gobernación.

Hirschegger, Ivana. 2010. “El primer peronismo y la aplicación diferencial de políticas estatales. La salud pública en la provincia de Mendoza (Argentina), 1946-1955”. *Mediterránea Ricerche*. 7: 149-170.

Kohn Loncarica, Alfredo (*in memoriam*) y Norma Isabel Sánchez. 2005. “El sanitarismo argentino y su contribución a la salud pública en Latinoamérica: la obra de Cecilio Romaña”. En *Historia de la Ciencia II*, ed. César Lorenzanno, 223-240. Buenos Aires: Eduntref.

Macor, Darío y César Tcach. 2003. *El enigma peronista. La invención del peronismo en el interior del país*. Santa Fe, Argentina: Universidad Nacional del Litoral.

Mahoney, James. 2000. “Path dependence in historical sociology”. *Theory and Society*. 29: 507-548.

Neri, Aldo. 1984. *Salud y Política Social*. Buenos Aires: Hachette.

Oficina de Información Parlamentaria de la Legislatura de la Provincia de Córdoba (OIP.LPC), Compilación de Leyes de la Provincia de Córdoba, 1949, t. 29; 1950, t. 30; 1952, t. 32; 1953, t. 33; 1955, t. 35, Córdoba, Argentina.

Ortiz, Esteban. 1997. *La Reforma peronista de la Constitución de Córdoba de 1949*. Buenos Aires: Centro de Investigaciones Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba.

Ortiz Bergia, María José. 2012. "Asistencia benéfica y gobiernos peronistas en Córdoba". En *Políticas sociales, entre Demandas y Resistencias. Argentina 1930-1970*, ed Carolina Biernat y Karina Ramacciotti, 67-96, Buenos Aires: Biblos.

Oszlak, Oscar y O'Donnell, Guillermo. 1984. "Estado y Políticas estatales en América Latina. Hacia una estrategia de investigación". En *Para investigar la administración pública*, comp. Kliksberg & Sulbrandt, 99-128. Madrid: Inap.

Philp, Marta. 1998. *En nombre de Córdoba. Sabattinista y Peronistas. Estrategias en la construcción del Estado*. Córdoba, Argentina: Ferreira.

Philp, Marta. 2003. "La invención del estado en el imaginario político peronista. El caso Cordobés". En *El enigma peronista", La invención del peronismo en el interior del país*, eds. Darío Macor y César Tcach, 57-84. Santa Fe, Argentina: Universidad Nacional del Litoral.

Pirez, Pedro. 1986. *Coparticipación federal y descentralización del estado*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Ramacciotti, Karina. 2008. *Las políticas sanitarias del primer peronismo: ideas, tensiones y prácticas*. Tesis Doctoral. Facultad de ciencias sociales de la Universidad de Buenos Aires.

_____. 2009. *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires: Editorial Biblos Historia.

_____. 2010. "Las instituciones sanitarias en la Argentina". En *Medicalización y Sociedad. Lecturas críticas sobre la construcción social de enfer-*

medades, coord. Cannellotto, Adrián y Edwin Luchatenberg, 143-170. Buenos Aires: Unsam edita.

Rodríguez, María Laura. 2012. *Políticas sanitarias en el interior nacional: el caso de la provincia de Córdoba entre la intervención militar y el primer peronismo (1943-1955)*. Tesis doctoral. Universidad Nacional de Córdoba.

Ross, Peter. 1993. "Justicia social: una evaluación de los logros del peronismo clásico". *Anuario del IEHS*. 105-124

Tcach, César. 1991. *Sabattinismo y Peronismo. Partidos políticos en Córdoba 1943- 1955*. Buenos Aires: Sudamericana.

_____. 2003. "Obreros rebeldes, sexo y religión en el origen del peronismo cordobés". En *El enigma peronista. La invención del peronismo en el interior del país*, eds. Darío Macor y César Tcach, 33-79. Santa Fe, Argentina: Universidad Nacional del Litoral.

Vocos, Francisco. 1998. "Gestión económica y financiera del gobierno de San Martín". En *Aproximaciones al Gobernador San Martín*, Gobierno de la Provincia de Córdoba, 94-96. Córdoba, Argentina: Colección Gobernadores de Córdoba, Secretaria General de la Gobernación.

