



Provincia y Nación en el proceso de construcción de un Estado centralizado. Políticas sanitarias en Córdoba (1943-1946)

María José Ortiz Bergia¹

Resumen

Desde los años cuarenta en la Argentina se desplegó un intenso proceso de construcción estatal que generaría nuevas capacidades de elaboración de políticas públicas e intervención social. A su vez, este fenómeno fue acompañado por una creciente centralización del poder político-estatal en el Ejecutivo nacional. En ese contexto, el trabajo se propone realizar una aproximación a la cuestión desde una mirada centrada en una jurisdicción provincial, construyendo una narración que sitúe la historia de estas entidades políticas dentro del relato más amplio sobre la estructuración del Estado intervencionista. Con esa finalidad se analiza la trayectoria de una repartición sanitaria provincial y la de sus relaciones con los organismos del Estado federal, buscando desentrañar las reacciones que los aparatos públicos provinciales esbozaron frente al proceso de centralización de las políticas sociales que acompañó a la emergencia del peronismo.

Palabras clave: Estado nacional, centralización, políticas sanitarias, coordinación federal, Córdoba.

Province and Nation in the Process of Construction of a Centralized State. Health Policies in Córdoba (1943-1946)

Abstract

An intense process of state development, which generated social intervention and new capacities to produce public policies, took place since the forties in Argentina. This phenomenon was accompanied by trends towards an increasing centralization of the political power in the Executive branch of the government. Within this context, this paper attempts to explore these processes from a perspective based on a provincial jurisdiction, constructing an account that locates the history of this political entity within the more comprehensive story of the structuring of the Interventionist State. In order to achieve this purpose, the history of one

¹ Centro de Estudios Históricos “Prof. Carlos S. A. Segreti”, Universidad Nacional de Córdoba/Becaria del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Correo electrónico: ortizbergia.mj@gmail.com

provincial health department and its relationships with the Federal State organizations are analyzed, trying to unravel the reactions that the provincial state elaborated to the process of centralization of social policies, which accompanied the emergence of Peronism.

Key words: national State, centralization, health policies, federal coordination, Córdoba.

Fecha de recepción de originales: 22/11/2010

Fecha de aceptación para publicación: 06/11/2011

Provincia y Nación en el proceso de construcción de un Estado centralizado. Políticas sanitarias en Córdoba (1943-1946)

La coyuntura 1940-1945 ha sido analizada como un período de importantes cambios ideológicos que involucró a amplios sectores políticos, sociales, económicos y culturales, caracterizada por una nueva legitimación del Estado como espacio central en la gestación de condiciones estructurales para el progreso económico y social de la Argentina. A partir del Golpe de Estado del 4 de junio de 1943, ese clima de ideas prestó las bases para el despliegue de un intenso proceso de construcción estatal, generando nuevas capacidades de elaboración de políticas públicas e intervención social (Berrotarán, 2003, p. 9). Este fenómeno fue a su vez acompañado por la creciente centralización de las políticas públicas en el Ejecutivo nacional, tanto en detrimento del resto de los poderes nacionales como de las jurisdicciones provinciales y municipales (Campione, 2003; Berrotarán, 2003). De ese modo, los tempranos años cuarenta se caracterizaron en el país por importantes transformaciones estatales, jalones significativos de tendencias desarrolladas desde décadas previas, como la mayor intervención estatal en las problemáticas sociales y económicas y la centralización del poder político-estatal en el Estado nacional.

Ahora bien, en los estudios sobre estas modificaciones y la estructuración de un Estado centralizado, no sólo es relevante una mirada focalizada en los cambios operados a nivel nacional, sino también en los de sus interlocutores, provincias y municipios, en tanto activos protagonistas. Así, si pensamos el federalismo como un fenómeno dinámico, resultado de fenómenos oscilantes de acomodación, negociación, tensión y colaboración entre gobierno central y gobiernos locales (Carmagnani, 1993, p. 10), es necesario integrar el desenvolvimiento de las jurisdicciones menores en el análisis del proceso de centralización de las políticas públicas en la Argentina.

Desde esta perspectiva, Belmartino, Bloch, Carnino y Persello han

indagado la trayectoria de las relaciones entre Nación y provincias alrededor del sistema de salud público argentino en los años cuarenta. Específicamente, en su análisis sobre los discursos de la “Primera Conferencia Nacional de Salud Pública”, de septiembre de 1945, describen las diversas posiciones que las autoridades sanitarias provinciales articularon sobre la mentada coordinación nacional. Mientras algunas jurisdicciones apoyaban un sistema con una dirección técnica nacional única, otras proponían que se implementara a través de una división de tareas que delimitara campos de acción entre administraciones nacionales y provinciales. En pocas palabras, los autores muestran las diversas definiciones que las provincias dieron a la coordinación federal en la Argentina y cómo esas diferencias obturaron en parte la realización de arreglos duraderos en el campo de las políticas sanitarias (Belmartino y otros, 1991, p. 62).

Al avanzar sobre este problema, el estudio sistemático de las políticas sanitarias en Córdoba nos ha permitido observar que no sólo distintas provincias articularon posiciones disímiles respecto a la coordinación nacional en esa coyuntura, sino que las autoridades de una misma jurisdicción variaron sus opiniones en el transcurso de aquellos años. Más precisamente, los funcionarios cordobeses no tuvieron una posición uniforme respecto de las políticas nacionales durante el gobierno militar. Así, si bien en determinados momentos aceptaron las propuestas de colaboración y de ayuda técnica nacional, en otras rechazaron todo ofrecimiento de las reparticiones federales, defendiendo su autonomía en la definición y ejecución de las políticas públicas de la jurisdicción. A partir, entonces, de esa constatación, el propósito de esta investigación es el de analizar más en profundidad por qué se produjeron diferentes posiciones provinciales frente a la centralización de las políticas públicas. Para ello, hemos optado por indagar cuáles fueron las reacciones articuladas por los funcionarios sanitarios de la provincia de Córdoba frente a las propuestas de coordinación que emanaron de la Nación entre 1943 y 1946.

En particular, prestamos atención a la gravitación de las herencias institucionales como un elemento explicativo de las posturas de las autoridades cordobesas (Philp, 1998). Al respecto, consideramos que las posiciones de los funcionarios cordobeses frente a la coordinación nacional fueron en gran parte el resultado de evaluar cuáles eran las posibilidades de sus recursos materiales y técnicos para satisfacer autónomamente las demandas de atención sanitaria y qué tipo de aportes podían realizar las políticas nacionales a ese esquema sanitario provincial estructurado previamente.

En este punto resulta necesario señalar que en Córdoba el sistema de salud atravesó durante los años treinta un proceso de transformaciones respecto de las décadas previas, con la ampliación de la oferta de servicios médicos

públicos y una mayor intervención estatal en las condiciones de salud de la población (Ortiz Bergia, 2009). Los funcionarios sanitarios cordobeses en consecuencia disponían para los años cuarenta de un conjunto de recursos, saberes e instrumentos con los cuales dar respuestas a algunas demandas sanitarias sin la injerencia de las autoridades nacionales.

Sobre este punto es necesario indicar que Córdoba no constituyó un caso aislado, sino que durante el período de entreguerras otras jurisdicciones transitaron trayectorias similares con la estructuración de sistemas de salud locales. La provincia de Santa Fe, por ejemplo, durante la segunda mitad de los años treinta construyó un esquema sanitario que anticipó muchas de las características de las políticas sociales propias de los gobiernos peronistas (Belmartino y otros, 1991; Belmartino, 2007; Piazzesi, 2009). El estudio del caso cordobés puede servir por ende para realizar futuras comparaciones e identificar qué factores incidieron en la posición de cada provincia respecto a la construcción de un Estado centralizado.

El trabajo se organizó en tres secciones. La primera de ellas se dedica a describir el sistema de salud público cordobés estructurado en la década del treinta y las relaciones desplegadas entre la jurisdicción provincial y la nacional en esos años. La segunda reseña las características de la repartición pública provincial que se estudia, el Consejo Provincial de Higiene (en adelante CPH), en el marco de la intervención federal de 1943-1946. Mediante este análisis buscamos caracterizar la organización y el personal que dirigió el organismo y definió sus vínculos con las reparticiones nacionales. En una tercera sección por último nos dedicamos a analizar las interacciones entre la oficina provincial y las nacionales alrededor de la problemática de la salud, estudiando las disímiles resoluciones que se dieron a distintas cuestiones puestas en discusión en ese período alrededor de la coordinación sanitaria federal.

Para esta investigación trabajamos principalmente con documentación administrativa del Ministerio de Gobierno de la provincia de Córdoba. Dentro de ésta fueron particularmente importantes los tomos dedicados al Ministerio del Interior en los que se recopilan las comunicaciones y decretos dirigidos por el Estado nacional al gobierno provincial. Hemos consultado además dos periódicos cordobeses que ampliaban la información sobre las actividades de los gobiernos nacional y provincial en la jurisdicción: *Los Principios*, dependiente del Arzobispado de la provincia de Córdoba, y *La Voz del Interior*, un periódico de orientación cercana a las posiciones de la Unión Cívica Radical. Hemos relevado finalmente un variado conjunto de documentos que enriqueció nuestro estudio como artículos en revistas científicas, información del Boletín Oficial, memorias de gobierno y estadísticas.

El sistema de salud público cordobés en los años treinta

La provincia de Córdoba a lo largo del primer tercio del siglo XX participó en los procesos de cambio socioeconómico que protagonizó el área pampeana, con la incorporación al modelo agroexportador y las intensas transformaciones poblacionales generadas por el movimiento migratorio y la creciente urbanización. De ese modo, para 1943 Córdoba era una jurisdicción con una dinámica actividad económica, agropecuaria, comercial e incipientemente industrial, y una importante población que alcanzaba el millón y medio de habitantes.²

En ese contexto, a partir de los años veinte (Carbonetti, 2005; Moreyra, 2009) y más claramente de la coyuntura abierta por la crisis económica mundial de 1930, se produjeron una serie de modificaciones en torno a la salud pública provincial, como la mayor expectativa en el mejoramiento de las condiciones de acceso a la medicina, la propia ampliación del concepto de salud, no sólo como ausencia de enfermedad sino como una condición de bienestar integral, la expansión de la infraestructura sanitaria y la intensificación de la preocupación estatal por las políticas preventivas de salud. Uno de los aspectos más sobresalientes de este proceso fue la ampliación de la oferta médica asistencial de la provincia, pública y privada, esta última a través de asociaciones de beneficencia subvencionadas en su mayor parte con fondos provinciales y nacionales.³

En las siguientes tablas volcamos guarismos sobre el número de establecimientos hospitalarios y las camas disponibles en la provincia de Córdoba según jurisdicción y localización, y los profesionales de la salud que existían en esos establecimientos. En ellas se muestran dos aspectos de las transformaciones del sistema de salud provincial producidos en esos años: el crecimiento de la infraestructura hospitalaria y del número de profesionales de la salud,⁴ y

2 Para los años que estamos trabajando es difícil calcular la población cordobesa dada la falta de estadísticas fidedignas a lo largo del período 1914-1947. De todos modos, las oficinas públicas calculaban que en 1935 la población total de la provincia era de 1.235.398 y la de la capital provincial de 268.277. Finalmente, en el Censo Nacional de 1947 la población provincial se fijó en 1.491.987 habitantes y la de la ciudad capital en 386.828 habitantes. Dirección General de Estadísticas de la Provincia de Córdoba (1938). *Anuario estadístico, año 1935*. Córdoba: Talleres Gráficos de "Comercio y Tribunales"; Dirección Nacional de Servicio Estadístico. *IV Censo General de la Nación, año 1947*. Vol. 1-2, p. 172. Buenos Aires.

3 Los 18 establecimientos de beneficencia contabilizados en la estadística de 1943 figuraban en los presupuestos provinciales como beneficiarios de subvenciones, así también los hospitales municipales. Ley de Presupuesto de la Provincia de Córdoba de 1943.

4 Durante los años treinta, si bien existió una tendencia uniforme en el incremento del número de personal sanitario provincial, no sucedió lo mismo con los profesionales farmacéuticos; sin embargo, no podemos explicar las causas de ese fenómeno.

la tendencia hacia la descentralización de la oferta asistencial hacia el interior provincial.

Tabla 1. Camas hospitalarias de clínica general gratuitas en la provincia de Córdoba, por localización y jurisdicción, 1930-1943*.

	Localización	Nación	Provincia	Municipios	Org. Beneficencia	Totales
1930	Interior	240 (1)	40 (1)		396 (9)	676 (11)
	Capital	340 (1)			579 (4)	919 (5)
	Total	580 (2)	40 (1)		975 (13)	1595 (16)
1943	Interior	350 (1)	186 (8)	134 (4)	611 (15)	1281 (28)
	Capital	420 (1)	318 (1)**		331 (2)	1069 (4)
	Total	770 (2)	504 (9)	134 (4)	942 (17)	2350 (32)

Fuente: *Anuario Estadístico Provincial*, 1930 y 1943.

Notas: (-) Entre paréntesis contabilizamos el número de establecimientos.

*En general las cifras están subvaloradas dadas ciertas irregularidades en el relevamiento de la estadística.

** El significativo aumento en el número de camas responde a la provincialización del Hospital San Roque de dependencia particular en 1930.

Tabla 2. Personal sanitario en hospitales de clínica general gratuitos en la provincia de Córdoba, 1930-1943.

	1930	1943	Porcentaje de crecimiento
Médicos	198	589	197,47
Farmacéuticos	12	13	8,33
Hermanas de la caridad	74	106	43,24
Practicantes y otros empleados	496	1095	120,77
Total	780	1803	131,15

Fuente: *Anuario Estadístico Provincial*, 1930 y 1943.

El aumento de la infraestructura hospitalaria fue acompañado también por la construcción de dispensarios y salas de primeros auxilios provinciales, municipales y de beneficencia en pequeñas localidades del interior provincial. Éstos favorecieron la tendencia hacia la descentralización de la oferta sanitaria, facilitando la accesibilidad de la población rural a servicios médicos gratuitos.

En la siguiente tabla registramos los datos de los dispensarios de jurisdicción provincial que comenzaron a crearse a partir 1933.

Tabla 3. Dispensarios de Profilaxis General y Primeros Auxilios de la provincia de Córdoba en septiembre de 1943.

Tipo de Disp.	Nº de Disp.	Total de Camas	Ubicación
8 camas	6	48	Gigena, Hernando, Río Tercero, Balnearia, Río Segundo, Alejo Ledesma.
4 camas	29	116	Mina Clavero, San Agustín, La Paz, San Francisco del Chañar, Tulumba, Capilla de Remedios, Salsacate, Serrezuela, Soto, Ciénaga del Coro, Villa General Mitre, Las Arrias, San Vicente, La Playosa, Tancacha, Canals, Laguna Larga, Las Perdices, Noetinger, General Levalle, Villa Valeria, Buchardo, Jovita, Laborde, Las Varillas, Santiago Temple, Devoto, Ucacha, Reducción.
Sin internado	23		Quilino, Huerta Grande, San Javier, Unquillo, Obispo Trejo, Río Primero, Jesús María, Moldes, La Calera, Carrilobo, Villa Concepción, Santa Rosa, La Cruz, Despeñaderos, Los Reartes, La Carlota, Villa Ascasubi, Alicia, Sacanta, Tránsito, El Arañado, La Laguna, Lucio V. Mansilla.
Total	58	164	

Fuente: *Revista de la Dirección General de Estadística*, noviembre de 1943, (40), pp. 14-15.

Conjuntamente con esta ampliación de la oferta hospitalaria y de atención médica, se produjeron modificaciones en el organismo provincial dedicado a atender la problemática sanitaria, el Consejo Provincial de Higiene de Córdoba. Éste sufrió transformaciones en su estructura, en sus objetivos institucionales y en sus intervenciones sobre la sociedad. Para comienzo de los años cuarenta su campo de acción se extendía a la profilaxis y prevención de las enfermedades infectocontagiosas, la educación sanitaria, la reglamentación y el control de las profesiones vinculadas al arte de curar y la superintendencia sobre todas las instituciones y servicios sanitarios distribuidos por la provincia. Simultáneamente, el organismo fue dotado de una mayor capacidad de intervención a través de modificaciones en su organigrama, con el crecimiento de sus secciones y dependencias, la creación de laboratorios, espacios de investigación y de producción de insumos médicos (Ortiz Bergia, 2009). En breves

palabras, para el período bajo estudio, el sistema de salud cordobés disponía de una infraestructura sanitaria más amplia y el Estado intervenía más activamente en las condiciones de vida de la población que en las décadas previas.⁵

En lo que respecta a las relaciones entre las reparticiones provinciales y nacionales, éstas estuvieron particularmente condicionadas por la experiencia política que vivía la jurisdicción. Marta Philp (1998) destaca el fuerte contenido federalista que caracterizó a los gobiernos radicales (1936-1943), quienes hicieron de la defensa de las autonomías provinciales una bandera de su oposición política a los gobiernos nacionales. La autora sostiene que “el fortalecimiento de las instituciones provinciales se convirtió en uno de los medios de la lucha librado contra un gobierno nacional considerado ilegítimo.” (p. 15). Pero a ello habría que agregar que, al discutir sobre el problema del federalismo, las dirigencias políticas provinciales también ponderaron otras cuestiones que trascendieron sus luchas con los gobiernos nacionales. Durante esos años el debate sobre el federalismo estaba impregnado por los conflictos políticos-partidarios, pero en la base de su discusión además se dirimían decisiones fundamentales sobre quiénes definían los problemas socialmente significativos, los instrumentos para resolverlos y la forma de inversión de los recursos. En estos debates, en consecuencia, no sólo importaba la competencia partidaria, sino también la vida institucional de los aparatos públicos y sus elencos de funcionarios y burócratas.

Esta última cuestión constituye un elemento fundamental para nuestro análisis en la medida en que el período que nos propusimos estudiar, la etapa de intervención federal entre 1943 y 1946, se caracterizó por su excepcionalidad política, no sólo por la existencia de autoridades no elegidas democráticamente, sino nombradas directamente por el Poder Ejecutivo Nacional. Las autoridades políticas de las intervenciones federales eran en ese contexto representantes directos de los gobiernos nacionales, de lo que derivaba su obediencia a las directivas emanadas por éstos:

“[el interventor federal] en el desempeño de su cometido debe coordinar su acción en absoluta coincidencia con las directivas impresas por el Gobierno de la Nación, en forma tal que exista la necesaria unidad en todo el territorio del país.”⁶

⁵ No obstante, es necesario mencionar que, aún en ese contexto de ampliación de la esfera de actuación estatal, el desenvolvimiento de la oficina sanitaria fue permanentemente afectado por una crónica inadecuación entre los recursos económicos a su disposición y las políticas sanitarias que los funcionarios intentaban impulsar (Ortiz Bergia, 2009).

⁶ Ministerio de Gobierno, 11 de enero de 1945, t. 25, f. 240r, Archivo de Gobierno de la Provincia de Córdoba (en adelante AGPC).

Esta situación de excepcionalidad generó las condiciones para que en el proceso de diseño e implementación de las políticas públicas, la gravitación de los intereses político-partidarios fuera menor que en el período inmediato anterior. Esto nos brinda la oportunidad de indagar en otras variables que condicionaron las relaciones interjurisdiccionales e incidieron en las respuestas que los aparatos públicos provinciales articularon frente al proceso de centralización de las políticas sociales en los años cuarenta.

El Consejo Provincial de Higiene en la intervención federal

El Golpe de Estado de 1943 generó importantes modificaciones en la vida política cordobesa. En un comienzo el gobierno militar fue recibido con una actitud receptiva por parte de las autoridades radicales, quienes apoyaban el propósito de retornar a la normalidad constitucional quebrada por una década de gobiernos ilegítimos.⁷ Pero a mediados de agosto de ese año comenzaron a producirse los primeros conflictos entre el gobierno federal y la cúpula radical, producto de la intervención del Consejo de Educación,⁸ las medidas de carácter anticomunista y el reemplazo de algunos funcionarios por dirigentes de extracción conservadora. Estas acciones de cariz autoritario y represivo justificaron el distanciamiento del radicalismo respecto de las nuevas autoridades y generaron la renuncia colectiva de los jefes de las reparticiones provinciales. Hacia octubre el recrudescimiento del accionar autoritario y la intervención universitaria dieron lugar a nuevas dimisiones y a la formación de una más clara oposición política al gobierno.

El Consejo Provincial de Higiene no fue ajeno a los conflictos del radicalismo saliente. Con las renuncias colectivas producidas en agosto de 1943, su presidente, el Dr. Guillermo Stuckert, destacado profesional local y militante sabatinista⁹ presentó la suya y en su reemplazo fue designado el Dr. Bernardo Bas. Éste lograría mantenerse en el cargo a lo largo de casi todo el período de intervención, entre agosto de 1943 y mayo de 1946. El nuevo titular del organismo contaba con una tradicional inserción académica como profesor adjunto

7 Incluso, tanto el presidente del comité radical, Mauricio Yadarola, como el ex-gobernador, Santiago del Castillo, se dirigieron a los empleados públicos para que se mantuvieran en sus cargos y cooperaran con las nuevas autoridades. *Los Principios*, 30 de junio de 1943, p. 5.

8 Los sectores católicos promovieron la medida considerando que era necesario eliminar algunas disposiciones laicistas y moralmente deplorables implantadas en la educación provincial durante el sabatinismo saliente, como aquellas que restringían la educación religiosa y establecían la coeducación de los niños de ambos sexos. *Los Principios*, 21 de agosto de 1943, p. 4.

9 El sabatinismo constituyó una línea interna del radicalismo intransigente de Córdoba que se consolidó y adquirió preponderancia en la provincia a partir de la gobernación de Amadeo Sabattini (1936-1940).

de la cátedra de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas (en adelante FCM) de la Universidad Nacional de Córdoba y un recorrido por cargos estatales como médico de la Asistencia Pública. El elemento decisivo para su designación habría sido de todos modos su pertenencia a los grupos católicos provinciales.¹⁰

En la vida interna del organismo algunas renunciaciones y exoneraciones acompañaron su trayectoria institucional en especial a lo largo de 1943. A finales de ese año fue exonerado un importante profesional local, el Dr. Agustín Caeiro,¹¹ director del Dispensario Antituberculoso Provincial, por firmar el manifiesto titulado "Democracia efectiva y solidaridad americana". En apoyo del funcionario varios otros presentaron sus renunciaciones, constituyendo los movimientos más significativos generados en ese ámbito producto de la conflictividad política. Sin embargo, más allá de tales recambios, la mayor parte de la burocracia interna del CPH se mantuvo en sus puestos prolongando la labor de los funcionarios provenientes de los gobiernos radicales.¹² Si tomamos en consideración al secretario general y a los jefes y sub-jefes de sección para junio de 1943,¹³ constatamos que de once funcionarios ocho siguieron trabajando hasta enero de 1944, dos de ellos se mantuvieron en sus cargos hasta por lo menos diciembre de 1944¹⁴ y cuatro hasta junio de 1945.¹⁵ En lo que respecta a los nuevos nombramientos, dos se produjeron en agosto y octubre de 1943, uno en febrero de 1944, y aparecen en la documentación hasta comienzos de 1945.¹⁶

Esa continuidad de la burocracia habría tenido importantes consecuencias en el CPH, asegurando cierta coherencia en sus objetivos y una memoria institucional capaz de orientar la trayectoria de las intervenciones públicas posteriores. La permanencia en la conformación de la repartición sanitaria favorece

10 Eran notorias sus vinculaciones familiares con prominentes representantes del catolicismo cordobés. Era primo de Juan Cafferata, destacado dirigente católico social con una importante trayectoria legislativa en el Congreso Nacional a lo largo de las primeras décadas del siglo XX, y de Antonio Nores, médico local director del Hospital Misericordia de la Sociedad de Beneficencia de Córdoba (1922-1947), legislador provincial entre las décadas del diez y del veinte, presidente del directorio de *Los Principios* -órgano periodístico del Arzobispado de Córdoba- y de la Comisión Directiva de la Legión Cívica de Córdoba.

11 El Dr. Agustín Caeiro fue un destacado médico cordobés discípulo del fisiólogo Gumersindo Sayago y del fisiólogo Oscar Oriás, renombrados médicos e investigadores; todos exonerados de la Universidad en 1943.

12 Los datos se obtuvieron de la documentación existente en el AGPC, serie Ministerio de Gobierno, años 1943-1946.

13 Pascuale, Riso Patrón, Sappia, Linares Garzón, Faya, Arata, Rusconi, Pavcovich, Velo de Ipola, Rothlin y Saibene. Ministerio de Gobierno, 28 de junio de 1943 [1944], t. 4, f. 60r, AGPC.

14 Velo de Ipola y Sappia.

15 Pascuale, Linares Garzón, Arata y Saibene.

16 Karlen, Bustos y Martínez Carreras.

también la hipótesis de que las nuevas autoridades militares se apoyaron como norma administrativa en las burocracias previas, porque éstas contaban con experiencia acumulada y legitimidad en el desempeño de sus cargos, vital para el normal desenvolvimiento de los aparatos estatales (Berrotarán, 2003, p. 13).¹⁷ Esta cuestión habría sido especialmente importante en el contexto cordobés porque las autoridades máximas de la provincia, interventores federales y ministros, tuvieron estancias muy breves en el gobierno, volviendo necesaria la continuidad de empleados que aseguraran el regular funcionamiento de la maquinaria estatal.¹⁸

Algo similar sucedería con la estructura interna del organismo y con su dependencia institucional. En el transcurso de los tres años de intervención el Consejo mantuvo su inserción dentro del Ministerio de Gobierno y, a su vez, la fisonomía que había adoptado en los años treinta sufrió escasas modificaciones. En 1939, una serie de reformas legislativas habían intentado adecuar la repartición a las nuevas problemáticas sanitarias que emergían en la agenda pública, jerarquizando las áreas de laboratorios, de análisis y de producción de insumos médicos, y adoptando una estructura consistente en seis secciones y cuatro subsecciones.¹⁹ Bajo la intervención federal, las innovaciones en su organigrama se restringieron a nuevos ámbitos dependientes de las secciones creadas previamente, con cambios en la organización de las tareas y con la generación de espacios de producción de insumos y de análisis que mejoraran los instrumentos de intervención sanitaria.²⁰

La agenda del CPH también tuvo importantes continuidades. Los ejes de acción se mantuvieron en la prestación de atención asistencial junto a la profilaxis de las enfermedades infectocontagiosas y las políticas de prevención. Solamente se produjeron novedades en la ampliación de los objetivos institucionales y en algunas innovaciones que respondieron a proyectos elaborados en espera de su ejecución o que fueron incorporados a instancias de los nuevos funcionarios. Se destacaron los intentos por integrar a la agenda

17 Algo distinto sucedió al interior de los grandes establecimientos hospitalarios como el Hospital San Roque y el Hospital Rawson, y de otros establecimientos sanitarios bajo jurisdicción provincial que sufrieron una mayor inestabilidad producto de exoneraciones y de intervenciones a sus directores.

18 En los tres años de intervención federal, se sucedieron siete interventores, más de veinte ministros y trece fueron los comisionados municipales a cargo de la ciudad de Córdoba.

19 1º) Presidencia; 2º) Profilaxis General e Higiene; 3º) Asistencia Médico-Social; 4º) Asuntos Legales; 5º) Laboratorios: A) Bacteriología y Serología, B) Instituto Antirrábico, C) Química, D) Bromatología y Farmacia Central; 6º) Inspección de Farmacias.

20 Una de las reformas más importantes fue la creación de la Subsección de Profilaxis de la Brucelosis. *Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba*, dto. 3014 A, 13 de noviembre de 1943, pp. 7954-55; dto. 3287 A, 30 de noviembre de 1943, p. 8369.

de la repartición el tratamiento de afecciones que hasta el momento habían tenido una escasa trascendencia en las esferas oficiales, como fue el caso de la brucelosis -fiebre de malta o mejor conocida como fiebre ondulante-, o de preocupaciones sociales que adquirieron una mayor presencia pública producto del impulso de los funcionarios, como el problema de la “denatalidad” y los abortos ilegales, resultado de la inserción en los aparatos públicos de sectores vinculados al catolicismo, como su presidente Bernardo Bas.²¹

En breves palabras, podemos concluir que la trayectoria del organismo sanitario en el transcurso de la intervención federal se mantuvo relativamente dentro de la estructura que lo había caracterizado a lo largo de la década previa. Su agenda de prioridades sufrió escasas innovaciones y su organigrama y burocracia mantuvieron una significativa continuidad.

Las relaciones provincia y Nación alrededor de las políticas sanitarias

La creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social en octubre de 1943 tuvo como finalidad centralizar dentro del organigrama del Estado nacional los distintos servicios sanitarios existentes, quedando excluidos los organismos provinciales y municipales.²² Sin embargo, en sus considerandos y articulados se hacía especial referencia a estas jurisdicciones menores al señalar que era necesaria la coordinación de los servicios sanitarios del país, dado que:

“las exigencias de la salud pública del pueblo son la suprema ley; y por consiguiente es inadmisibile sostener que nuestro régimen constitucional o legal pueda haber trabado, por razón de límites jurisdiccionales, la eficiencia gubernamental en materia de endemias, epidemias y enfermedades sociales que no reconocen tales límites para su propagación, y que por lo tanto tampoco debe existir para su prevención, curación y asistencia.”²³

En apoyo de esas sentencias se señalaba que por disposiciones de la Corte Suprema las reparticiones nacionales podían actuar sobre plagas animales y vegetales y, como consecuencia, no podía utilizarse un criterio distinto respecto

21 En 1942, Bas había editado un pequeño libro titulado *Aborto y Denatalidad*, en el que realizaba una dura crítica a las prácticas de control voluntario de los nacimientos, el aborto y el uso de sistemas de anticoncepción (Bas, 1942).

22 Para aproximarse a la trayectoria de esta repartición, ver Gaggero y Garro (2009); y en especial Ramacciotti (2009).

23 Decreto Nacional 12.311/43. Creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. Ministerio de Gobierno, 1943, t. 53, f. 625r, AGPC.

a la sanidad humana. Se establecía también que la comisión encargada de formular un proyecto de reglamentación decidiría sobre la posible incorporación de los establecimientos dependientes de otras autoridades públicas.²⁴

La creación de la Dirección Nacional de Salud Pública (en adelante DNSP) en agosto de 1944 y la sanción de su reglamento en noviembre del mismo año supuso el diseño de un modelo de relaciones interjurisdiccionales entre la Nación y las provincias un poco mejor definido. En su primer artículo extendía la esfera de acción de la DNSP sobre todo el territorio de la Nación con el objetivo de “promover y preservar la salud de los habitantes del país, asegurando la asistencia médico-social y tratamiento de las enfermedades.” Asimismo, estableció que la Nación asignaría una Ayuda Federal para “Obras y Servicios” de las administraciones provinciales a condición de que éstas se adecuasen a una serie de requisitos a establecerse.²⁵ En la búsqueda por precisar esas cuestiones se convocó a la “Primera Conferencia Nacional de Salud Pública” en septiembre de 1945, en donde los representantes de las provincias, territorios nacionales y funcionarios del Estado nacional se reunieron para acordar principios a partir de los cuales alcanzar la coordinación de la política sanitaria del país a través “de la descentralización de su ejecución y la centralización de las decisiones”.²⁶

Ahora bien, más allá de esas instancias formales en las que las distintas jurisdicciones buscaron consensuar la mejor forma de diseñar e implementar las políticas sociales, en esos años las reparticiones nacionales propusieron al organismo cordobés, a través de una serie de intervenciones más esporádicas y menos estructuradas, mecanismos de coordinación sanitaria. A partir del análisis de esas situaciones registradas en la documentación administrativa estudiaremos cómo se desarrollaron las relaciones entre las reparticiones de ambas administraciones.

Una primera puerta de entrada a esta cuestión son las disímiles respuestas elaboradas por los organismos públicos frente a los brotes epidémicos de ese período. Como se ha señalado para otros contextos (Ramacciotti, 2006), estos episodios constituyen acontecimientos extremos en los que a través del número de víctimas que difunde la prensa se dibujan los límites, vacíos y deficiencias de las condiciones de vida de la población y de la infraestructura sanitaria. Reveladas esas carencias, los brotes epidémicos también permiten medir

24 Ministerio de Gobierno, 1943, t. 53, fs. 624r y 627r, AGPC.

25 Creación de una repartición equivalente a nivel provincial, una inversión de recursos adecuada a criterio de la DNSP y su control financiero e inspección.

26 Ministerio del Interior, Dirección Nacional de Salud Pública. *Memoria del Primer Congreso Nacional de Salud Pública* (1945), Buenos Aires.

la capacidad de respuesta de los aparatos públicos volviéndolos un elemento de análisis valioso de las políticas sanitarias. Dos episodios, uno de parálisis infantil o poliomielitis y otro de viruela, nos permitirán investigar la puesta en escena de los vínculos entre el organismo provincial y la DNSP.

A finales de 1943 se produjeron varios casos de parálisis infantil en el territorio provincial y nacional. Si bien el número de víctimas en la provincia fue escaso, 11 en la ciudad capital y 18 en la campaña, la incertidumbre y la alarma de la población llevaron al CPH a difundir información sobre la enfermedad. En esa coyuntura el organismo se dedicó a emitir mensajes a través de la prensa sobre medidas generales de higiene pública y a realizar discusiones con especialistas locales para asesorarse sobre los mejores mecanismos de tratamiento de la afección. En ese contexto, el CPH recibiría una comunicación de la DNSP en la que ésta proponía mancomunar esfuerzos dispersos, unificar y coordinar la acción sanitaria contra la polio, para lo que solicitaba “una amplia colaboración de las autoridades e instituciones sanitarias de la provincia”. La respuesta a instancias del jefe de higiene del CPH, Alfredo Martínez Carreras, fue que como existían más casos de los habituales era factible “la colaboración” entre los dos organismos. Para ello remitió la nómina de enfermos y un informe de las actuaciones realizadas.²⁷ Es necesario mencionar que en esos años la información disponible sobre la parálisis infantil era escasa y no se poseían dispositivos adecuados para su prevención y para el tratamiento de los enfermos. Desde esa perspectiva, para la repartición cordobesa cualquier colaboración proveniente de la Nación resultaba extremadamente útil en el abordaje de la problemática.

Pero las respuestas articuladas por el CPH no se mantuvieron siempre iguales, sino que fueron variando según los recursos con los que se disponía para atender las demandas sanitarias de la población. Esto se puso en evidencia en 1944 cuando se produjeron algunos casos de viruela en plena ciudad capital. A diferencia del caso anterior, las autoridades provinciales desarrollaron una política fuertemente ofensiva, explicable por los mejores instrumentos terapéuticos y la herencia de capacidades desarrolladas en la década previa en la realización de campañas de vacunación masiva de la población.²⁸ A diferencia

²⁷ Ministerio de Gobierno, 1943, t. 53, fs. 722r y 730r, AGPC.

²⁸ En 1936, se había puesto en evidencia la capacidad de respuesta del organismo frente a una emergencia sanitaria de estas características producto de una serie brotes de viruela en otras provincias como Salta, Entre Ríos y Buenos Aires. Este episodio impulsó a las autoridades a desplegar una intensa campaña de vacunación y revacunación. Hacia finales de ese año se habían distribuido 400.000 vacunas (Cámara de Diputados, Secretaría Técnica Parlamentaria, 1992, p. 64). El mismo presidente del Departamento Nacional de Higiene en una entrevista realizada en la prensa cordobesa destacaba sobre el organismo local: “Indudablemente, le cabe a Córdoba y a sus autoridades sanitarias el haber sido la primera provincia que atacó con mayor energía, eficacia e intensidad la tarea de vacunación y revacunación de la mayor

de la polio, en la Argentina la viruela era una enfermedad relativamente controlada para los años cuarenta y para la cual se contaba con un instrumento preventivo eficaz y bastante aceptado entre la población, la vacuna antivariólica (Ramacciotti, 2006).

Como desde 1922 en el territorio provincial no se registraban casos de viruela, la propagación de la afección producto de una enferma procedente de Jujuy, que dejó el saldo de aproximadamente siete enfermos, tuvo una fuertísima repercusión pública. La reacción de las autoridades sanitarias cordobesas fue extrema pero eficaz. Se implantó una estricta cuarentena en los sitios en los que los enfermos se encontraban, un cordón sanitario alrededor de toda la ciudad de cerca de 380.000 habitantes y la vacunación masiva y compulsiva de la población. Poco después las autoridades informaban que habían vacunado a 312.971 personas en la capital cordobesa y a 750.000 en todo el territorio provincial.²⁹

Pero en ese contexto de vasto despliegue de acciones por parte del poder público provincial el principal obstáculo de la campaña fue la escasez de vacunas que debían ser provistas por las autoridades nacionales. El presidente del DNSP, Manuel Augusto Viera, incluso emitió por medio de la prensa un mensaje calificando de exagerada la alarma producida por la situación de la viruela en el país y por la escasez de vacunas en la capital cordobesa, expresando que era casi imposible la vacunación de más de 25.000 personas por día en esa ciudad.³⁰ Esta reacción de la repartición nacional encuentra su explicación en lo que puede ser considerado como un acto de insubordinación por parte de las autoridades locales frente a expresas disposiciones que emanaban de la Nación tendientes a centralizar la información sanitaria. Un año antes la repartición nacional había reglamentado la denuncia de las enfermedades infectocontagiosas en las jurisdicciones provinciales. Con fecha de agosto de 1943 se había notificado a las intervenciones federales la necesidad de que el Departamento Nacional de Higiene conociera con anticipación los casos de brote epidémico, porque su desconocimiento “traba la acción sanitaria y afecta el prestigio de la institución”. Por esta decisión era éste el encargado de difundir la información oficial y “Ningún funcionario nacional, provincial o municipal, estará autorizado para publicar o afirmar por la prensa u otro medio de difusión la existencia de tales enfermedades antes que la autoridad sanitaria

parte de su población.” *La Voz del Interior*, 19 de diciembre de 1936, p. 6.

29 Ministerio de Gobierno, 1945, t. 36, f. 669r, AGPC; *La Voz del Interior*, 4 de octubre de 1944, p. 6.

30 *La Voz del Interior*, 16 de septiembre de 1944, p. 5.

nacional lo haya hecho, salvo disposición legal que lo justifique.”³¹ Esta reglamentación había sido reiterada por el presidente del DNSP, Eugenio Galli, en enero de 1944.³²

Sin embargo, al día siguiente de la comunicación de Viera en los periódicos, Bernardo Bas, presidente del CPH, comunicaba a la prensa que en conversaciones con el presidente del DNSP éste había justificado su posición anterior en el extravío de la información que le transmitió el Consejo respecto al número de enfermos y a la necesidad de vacunas, prometiendo el envío inmediato de 100.000 unidades más. El funcionario local agregaba que sólo en la capital provincial se podían vacunar 50.000 personas por día con personal del Consejo y con la colaboración de otras entidades sanitarias, oficiales y particulares.³³ Días después se estimaba que la vacunación había alcanzado ese récord.³⁴

El episodio pone de relieve varios aspectos del problema que aquí pretendemos abordar. Primero, se reeditaron viejos conflictos entre las reparticiones nacionales y provinciales vinculados a la dotación de recursos críticos para la labor sanitaria. A lo largo de la década del treinta, la ampliación de la producción local de insumos había sido justificada en la necesidad de recortar la dependencia respecto al Departamento Nacional Higiene dado que, desde la perspectiva cordobesa, éste no podía satisfacer las demandas simultáneas de las jurisdicciones provinciales y nacionales.³⁵ Segundo, los acontecimientos antes señalados evidencian dos cuestiones importantes que condicionaron las posiciones de los funcionarios sanitarios cordobeses respecto a la coordinación nacional: primero, la dotación de recursos técnicos de la repartición local para resolver en forma autónoma las problemáticas sanitarias de su jurisdicción y, segundo, los incentivos materiales que el gobierno nacional podía proporcionar al provincial. Si se profundiza más en este último punto a lo largo de esa coyuntura, la asignación de recursos materiales y técnicos nacionales al organismo provincial fue uno de los elementos centrales en la gestación de

31 Ministerio de Gobierno, 1944, t. 67, f. 160r, AGPC.

32 Ministerio de Gobierno, 1944, t. 67, f. 157r, AGPC.

33 *Los Principios*, 17 de agosto de 1944, p. 2.

34 *La Voz del Interior*, 19 de septiembre de 1944, p. 8.

35 Una de las principales coyunturas críticas se produjo en 1941, cuando se dio una importante proliferación de casos de difteria y el Departamento Nacional de Higiene tuvo dificultades para satisfacer los pedidos de todo el país (Ministerio de Gobierno, 5 de julio de 1941, t. 35, f. 66r, AGPC). Incluso, en la prensa se hicieron expresas las quejas que señalaban que el organismo nacional mantenía una política de privilegios, dando preferencia a las necesidades de insumos de la Capital Federal. *Los Principios*, 29 de abril de 1941, p. 4.

posiciones locales favorables a la coordinación federal. En esos términos, el CPH fue receptivo a los pedidos de la Dirección Nacional en sus propuestas de coordinación de las actividades para el tratamiento de la parálisis infantil³⁶ y también a la oferta de asistencia en el control de otras afecciones.

Como evidencia del punto anterior, a lo largo del período de intervención federal existió una colaboración permanente entre los funcionarios provinciales y nacionales en el tratamiento del paludismo endémico en la zona serrana de la provincia.³⁷ Esto se expresó a través del intercambio de informes, instrucciones y recursos en la lucha antipalúdica.³⁸ El Dr. Carlos Alvarado, a cargo de la Dirección General de Paludismo Nacional, realizó estudios sobre la epidemia en la zona serrana provincial, informe que había remitido al CPH y éste utilizaba en sus intervenciones. El Consejo incluso realizó tempranas experiencias en la aplicación del pesticida DDT en 1945, con el asesoramiento de la DNSP y de médicos delegados por esa repartición.³⁹ Para febrero de 1946, Bernardo Bas informaba de un viaje realizado a Buenos Aires para adquirir DDT, producto con el que quería complementar la labor de saneamiento invernal de las larvas con la de los mosquitos alados por medio del trabajo “a domicilio” de los guardias sanitarios. Esta decisión debió basarse en los conocimientos proporcionados por Alvarado desde su cargo en el organismo nacional.⁴⁰ Pero si en esas coyunturas las autoridades locales fueron receptivas a las propuestas de coordinación o colaboración de la DNSP, posiciones contrarias esbozaron cuando los incentivos materiales nacionales distaron de ser lo suficientemente atractivos para delegar la toma de decisiones y el control de las políticas sociales provinciales. En esas ocasiones, la negativa se basó en que las propuestas de coordinación federal no proporcionaban mejoras sustanciales al esquema sanitario provincial. Precisamente en una evaluación de ese tipo se

36 Ministerio de Gobierno, 1943, t. 53, fs. 722r y 727r, AGPC.

37 La enfermedad, transmitida por medio del mosquito Anopheles, afectaba para los años cuarenta una extensa zona del norte argentino y en Córdoba se extendía por el noroeste del territorio provincial. Los dispositivos sanitarios contra la enfermedad se encontraban en un momento de transición, entre las estrategias de lucha anti larvaria desarrolladas a lo largo de los años treinta y, a partir de 1945, con la erradicación del mosquito adulto mediante la aplicación de pesticidas como el DDT.

38 Al respecto, constatamos que entre septiembre y diciembre de 1944 la Nación asignó a la provincia casi 20.000 pesos de subsidio y distintos elementos para la campaña antipalúdica como palas y mochilas de empetrolamiento de río (Ministerio de Gobierno, 1945, t. 36, f. 64r; fs. 145r y 146r, AGPC). Sobre esta cuestión recientemente María Laura Rodríguez ha destacado la importancia de las colaboraciones entre ambas reparticiones en lo que considera una transición importante en la política antipalúdica provincial (Rodríguez, 2010).

39 *La Voz del Interior*, 13 de abril de 1945, p. 8.

40 Ministerio de Gobierno, 4 de febrero de 1946, t. 13, f. 82v, AGPC. Sobre el desarrollo de la campaña contra el paludismo desde la Secretaría de Salud Pública, ver Carter (2009); Álvarez (2010).

fundamentó el rechazo de la intervención federal de Córdoba a su adhesión a la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia dependiente de la DNSP en 1944. Luego de exhaustivos análisis de varias comisiones de funcionarios del CPH, la decisión se tomó al constatar que el organismo nacional no estaba dispuesto ni dotado para asignar a Córdoba beneficios concretos. A los ojos de las autoridades locales, la repartición nacional les proponía someter su infraestructura sanitaria solventada con fondos provinciales a la superintendencia del organismo nacional a contraprestación de potenciales ayudas en un futuro no determinado. Los funcionarios consideraban que la DNSP no disponía de los recursos presupuestarios para ejecutar políticas en la provincia y si deseaba impulsar nuevas obras podía hacerlo sin que fuera necesario ceder el control técnico de los establecimientos provinciales.⁴¹ Lo interesante de este trámite es que se inició a finales de 1942 y el decreto ratificando el rechazo fue de octubre de 1944.⁴² De ese modo, más allá de los cambios producidos en el marco político cordobés, en el ámbito burocrático existieron permanencias en las formas de abordar las intervenciones de las reparticiones nacionales sobre el territorio provincial.

Pero el rechazo a la delegación del control técnico no sólo se puso en evidencia cuando el balance de los beneficios a favor de la provincia no fue del todo favorable, sino también cuando las autoridades locales consideraron que disponían de los recursos técnicos y materiales para resolver en forma autónoma las problemáticas sanitarias de la población. Esa fue la situación en el caso de la brucelosis, con la cual los funcionarios del CPH fueron recelosos de las intervenciones externas que pudieran implicar una disminución de sus atribuciones. Sobre esta cuestión es necesario señalar que durante los años treinta esta zoonosis adquirió cierta notoriedad en la repartición cordobesa. Desde el comienzo de esa década, médicos del CPH empezaron a interesarse por la enfermedad, emprendiendo investigaciones y, posteriormente, elaborando sueros y vacunas específicas para el tratamiento preventivo del ganado. De todos modos, si bien se avanzó en la investigación, en general la provincia careció de infraestructura para su tratamiento y para el desarrollo de campañas preventivas.

Precisamente en 1942 médicos del organismo habían publicado un artículo en el *Boletín del CPH* donde difundían los resultados de los estudios que se estaban realizando en el organismo local en torno al problema de la brucelosis en el noroeste provincial. Esta afección en el ámbito cordobés incidía

41 Ministerio de Gobierno, 10 de agosto de 1944, t. 68, fs. 317r y 342r, AGPC.

42 *Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba*, 3 de octubre de 1944, dto. 9751 A, p. 9572.

especialmente en los hatos de cabras e infectaba a humanos en la zona noroeste, la región más deprimida económicamente de la provincia. En ese informe los médicos, uno de los cuales permaneció en la repartición por lo menos hasta mediados de 1946,⁴³ destacaban la necesidad de dar a conocer la extensión de la enfermedad en la provincia y de impulsar el accionar oficial: “En la precitada repartición se estudia y conoce el problema, pero depende de la decisión final del Gobierno de la Provincia que esta investigación sea o no un ventanal abierto en el porvenir de nuestros departamentos del Norte.” (Goobar e Illia, 1942, p. 3). La voluntad política provino de la nueva autoridad del organismo, quien comprometió a los interventores federales en la realización de una campaña orientada a este mal específico.⁴⁴

El Ministerio de Agricultura de la Nación, justamente en ese contexto, propuso al CPH emprender una campaña conjunta de tratamiento de la brucelosis animal que suponía desplazar los proyectos del Consejo. Su presidente optó por rechazar la oferta nacional, justificando la decisión en que la repartición provincial contaba con una estructura, conocimientos y experiencias para llevarla a cabo por sí misma con eficacia sin la dependencia de otros organismos. Propuso empero la conformación de un consejo interjurisdiccional.⁴⁵ Los funcionarios cordobeses adoptaron por tanto una actitud distinta respecto a la que previamente habían tenido en ocasión de los ofrecimientos de ayuda técnica para el tratamiento del paludismo y de la polio. Las posiciones de cooperación y de rechazo a las disposiciones nacionales parecían, entonces, elaborarse en base a los cálculos sobre la capacidad de las intervenciones locales para responder autónomamente a las necesidades sanitarias de la jurisdicción y, a su vez, sobre los beneficios factibles de obtener mediante la centralización de las decisiones sanitarias.

El episodio alrededor de la brucelosis también nos permite identificar un último elemento factible de explicar las posiciones adoptadas por los funcionarios cordobeses, la gravitación de sus intereses profesionales en la estructuración de las intervenciones estatales. Este problema se liga con las características de las burocracias locales y con el desarrollo de saberes expertos dentro de las reparticiones provinciales.⁴⁶ En Córdoba existía una fuerte tradición en

43 Ministerio de Gobierno, 7 de junio de 1946, t. 13, f. 471r, AGPC.

44 A pocos días de asumir el cargo, el nuevo presidente elevaría un proyecto elaborado por los técnicos del CPH para crear un sistema de tratamiento de la enfermedad aprobado meses después, pero lo limitado de los recursos invertidos en la campaña impidió que se produjeran cambios significativos en la situación sanitaria de la población enferma.

45 Ministerio de Gobierno, 1944, t. 66, fs. 201r y 202r, AGPC.

46 La literatura sobre la importancia de los saberes técnicos o expertos en la construcción de capacidades estatales es en años recientes una temática asiduamente abordada por los historiadores argentinos (Neiburg y Plotkin, 2004;

los organismos sanitarios de vinculación con los espacios de construcción de conocimiento social, en especial de la Universidad Nacional de Córdoba, esto generaba que las carreras burocráticas y académicas de los funcionarios se potenciaron mutuamente.⁴⁷ De ese modo, podemos suponer que esa burocracia médico-administrativa, conformada a instancias del crecimiento del aparato estatal (Armus, 2007, p. 279), estaba especialmente interesada en expandir aún más las intervenciones sanitarias del Estado cordobés. Por tanto, es posible especular sobre la incidencia que los intereses profesionales de los médicos del CPH tuvieron en las formas de evaluar la centralización de las políticas públicas. En parte los argumentos utilizados por Bernardo Bas (1942) para justificar el rechazo a la dependencia del Ministerio de Agricultura en el tratamiento de la brucelosis apelaron al desarrollo de conocimientos previos por parte de los médicos de la repartición. Más precisamente, por el jefe de la sección de Laboratorios, el Dr. Pablo Arata,⁴⁸ quien junto a otros profesionales había identificado la enfermedad en humanos en la campaña provincial en 1929, momento a partir del cual los médicos locales se dedicaron a analizar su etiología y expansión, intervenciones en las que Arata había tenido participación (Brandán, 1932). Tanto éste como Jacobo Goobar, autor del artículo de 1942, habían dedicado tiempo en el laboratorio y en el campo al estudio de la afección y volcaron sus experiencias en el diseño de la campaña de 1944. Es posible pensar, en consecuencia, que esos conocimientos previos y los intereses de los médicos en la campaña sanitaria fueron elementos importantes en el rechazo a la coordinación nacional.

A modo de síntesis

El proceso de construcción de un Estado interventor estuvo acompañado en la Argentina por tendencias hacia una creciente centralización de las decisiones sobre políticas públicas en torno al Poder Ejecutivo Nacional, tanto

Bohoslavsky y Soprano, 2010). Siguiendo a estos últimos, estas investigaciones han tendido a analizar al “Estado desde adentro” buscando comprender “la organización y dinámica institucional del Estado y de sus agencias” y reconociendo la pluralidad de trayectorias de los aparatos estatales, de sus políticas sectoriales y de los singulares elencos de funcionarios insertos en la trama estatal (Bohoslavsky y Soprano, 2010, pp. 20-21).

47 Tanto Bas como sus predecesores (Alejandro Centeno [1930-1931], Francisco de la Torre [1932-1935] y Guillermo Stuckert [1936-1943]) contaban con una inserción docente en la Facultad de Ciencias Médicas, en asociaciones científicas como el Círculo Médico y en establecimientos sanitarios de la provincia, el municipio y las asociaciones de beneficencia. Otro tanto sucedía con los médicos de menor rango.

48 Profesor de Microbiología de la FCM de la UNC entre 1919-1946, además, formó parte del personal de Laboratorios del CPH y posteriormente fue su jefe, entre 1918-1947. Finalmente, fue médico del Hospital San Roque durante varios años y director de la Asistencia Pública en 1940. *La Voz del Interior*, 28 de diciembre de 1949, p. 8.

en detrimento del resto de los poderes nacionales como de las jurisdicciones provinciales y municipales. En ese marco, el propósito de este trabajo fue el de analizar las reacciones y respuestas de una repartición pública provincial frente a las crecientes intervenciones nacionales sobre la jurisdicción. Para ello, nos limitamos a caracterizar las relaciones entre el organismo encargado de la salud pública en Córdoba, el CPH, y las oficinas nacionales en el contexto de la intervención federal de 1943-1946.

Una primera cuestión a destacar consiste en reconocer que el problema de las políticas públicas y la centralización de sus decisiones en el gobierno nacional constituyeron en Córdoba, desde los años treinta, una temática que concitaba discusiones importantes. En esa década, la problemática de las autonomías provinciales había estado especialmente condicionada por los conflictos partidarios que enfrentaban a esta provincia y a la Nación en el marco de los gobiernos sabattinistas. Pero, una vez producido el Golpe de Estado y desplazadas las autoridades radicales del gobierno provincial, no hemos podido identificar una tendencia de claro alineamiento a las directivas emanadas por las oficinas sanitarias nacionales. En cambio, hemos reconocido en el funcionariado cordobés respuestas pragmáticas frente a las tendencias centralizadoras de las políticas públicas, ponderando en cada caso los costos y los beneficios de la injerencia de las reparticiones nacionales en el espacio local. Así, en cada coyuntura analizada, la burocracia sanitaria cordobesa esgrimió diferentes reacciones no subsumibles a una entera subordinación o resistencia frente a las oficinas nacionales.

Esto en parte puede ser explicado a partir de procesos producidos en la década anterior. En ese sentido, la infraestructura y las experiencias sanitarias construidas en los años treinta dotaron a la repartición cordobesa de elementos importantes para la atención de la salud de la población. Las posiciones locales respecto a la intervención nacional no fueron por tanto arbitrarias, sino el resultado de evaluaciones sobre la capacidad de sus recursos técnicos y materiales para resolver los problemas socialmente significativos de la época. Cuando éstos bastaron para satisfacer las demandas sanitarias de la provincia, los funcionarios cordobeses tendieron a adoptar posiciones contrarias a las propuestas de coordinación nacional que implicaban una restricción de su autonomía. En cambio, articularon una postura distinta cuando los organismos nacionales proporcionaron incentivos materiales y profesionales que mejoraban las capacidades provinciales para atender la salud de la jurisdicción. Estas variaciones, en definitiva, llamarían la atención sobre la complejidad de las interacciones entre el Estado nacional y los estados provinciales en el proceso de centralización de las políticas públicas y, a su vez, permitirían pensar que

los desarrollos institucionales de los años treinta tuvieron un sustancial peso en la definición de ese proceso.

Referencias bibliográficas

- ÁLVAREZ, A. (2010). *Entre muerte y mosquitos. El regreso de las plagas en la Argentina (siglos XIX y XX)*. Buenos Aires: Biblos.
- ARMUS, D. (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa.
- BAS, B. (1942). *Aborto y denatalidad*. Córdoba: Editorial Pereyra.
- BELMARTINO, S. (2007). Coyuntura crítica y cambio institucional en salud: Argentina en los años '40. *Salud Colectiva*, 3(2), 177-202.
- BELMARTINO, S., BLOCH, C., CARNINO, M. I. y PERSELLO, A. V. (1991). *Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina 1940-1960*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- BERROTARÁN, P. (2003). *Del plan a la planificación. El estado durante la época peronista*. Buenos Aires: Imago Mundi.
- BOHOSLAVSKY, E. y SOPRANO, G. (Eds.) (2010). *Un estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*. Buenos Aires: Prometeo-Universidad Nacional General Sarmiento.
- BRANDÁN, R. (1932). Sesión Científica del 20 de mayo de 1932: Contribución al estudio de la fiebre ondulante en Córdoba. *Revista Médica*, Círculo Médico de Córdoba, 157-170.
- CAMPIONE, D. (2003). *Prolegómenos del peronismo. Los cambios en el Estado Nacional 1943-1946*. Buenos Aires: FISyP/Manuel Suárez Ed.
- CARBONETTI, A. (2005). La conformación del sistema sanitario de la Argentina. El caso de la Provincia de Córdoba, 1880-1926. *Dynamis*, 25, 87-116.
- CARMAGNANI, M. (Coord.) (1993). *Federalismos latinoamericanos: México, Brasil, Argentina*. México: Fondo de Cultura Económica.
- CARTER, E. D. (2009). 'God Bless General Perón': DDT and the Endgame of Malaria Eradication in Argentina in the 1940s. *Journal of History of Medicine and Allied Sciences*, 64 (1), 78-122.
- GAGGERO, H. y GARRO, A. (2009). *Mejor que decir es hacer, mejor que prometer es realizar. Estado, gobierno y políticas sociales durante el peronismo (1943-1955): proyectos y realidades*. Buenos Aires: Biblos.
- GOOBAR, J. K. y ILLIA, H. A. (1942). Investigación de brucelosis en 'Los

- Leones'. Dpto. Cruz del Eje, Prov. de Córdoba. *Boletín del Departamento de Higiene de la Provincia de Córdoba*, 10, 11-26 (Separata).
- MOREYRA, B. I. (2009). *Cuestión social y políticas sociales en la Argentina. La modernidad periférica. Córdoba, 1900-1930*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- NEIBURG, F. y PLOTKIN, M. (Comp.) (2004). *Intelectuales y expertos. La constitución del conocimiento social en la Argentina*. Buenos Aires: Paidós.
- ORTIZ BERGIA, M. J. (2009). *De Caridades y Derechos. La construcción de políticas sociales en el interior argentino. Córdoba, 1930-1943*. Córdoba: Centro de Estudios Históricos.
- PHILP, M. (1998). *En nombre de Córdoba. Sabattinistas y peronistas: estrategias políticas en la construcción del Estado*. Córdoba: Ferreira.
- PIAZZESI, S. (2009). *Conservadores en Provincia. El iriondismo santafecino 1937-1943*. Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral.
- RAMACCIOTTI, K. (2009). *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires: Biblos.
- RAMACCIOTTI, K. I. (2006). Las sombras de la política sanitaria durante el peronismo: Los brotes epidémicos en Buenos Aires. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, LVIII (2), 115-138.
- RODRÍGUEZ, M. L. (2010). La Campaña Sanitaria Antipalúdica de 1945: Un panorama de transición en la Región Noroeste de Córdoba, Argentina. Ponencia presentada en IV Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad, Argentina y América Latina. Tucumán, 12, 13 y 14 de agosto de 2010. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Tucumán.
- SECRETARÍA TÉCNICA PARLAMENTARIA, CÁMARA DE DIPUTADOS. (1992). *Mensajes a la Legislatura acerca del Estado de la Provincia. Gobernador Amadeo Sabattini*. Córdoba.