

PROYECTOS Y CONCRECIONES

OBRAS Y POLÍTICAS PÚBLICAS
DURANTE EL PRIMER PERONISMO
EN MENDOZA (1946-1955)



CECILIA RAFFA | IVANA HIRSCHEGGER (DIRECTORAS)
ANAHÍ BALLENT (PRÓLOGO)



PROYECTOS Y CONCRECIONES

OBRAS Y POLÍTICAS PÚBLICAS
DURANTE EL PRIMER PERONISMO
EN MENDOZA (1946-1955)

Proyectos y concreciones : obras y políticas públicas durante el primer peronismo en Mendoza 1946-1955 / Cecilia Raffa ... [et al.] ; dirigido por Cecilia Raffa ; Ivana Hirschegger ; prólogo de Anahí Ballent. - 1a ed ilustrada. - Mendoza : Universidad Nacional de Cuyo. Secretaría de Ciencia, Técnica y Posgrado, 2018.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-575-192-7

1. Infraestructuras. 2. Obras Publicas. 3. Políticas Públicas. I. Raffa, Cecilia II. Raffa, Cecilia, dir. III. Hirschegger, Ivana, dir. IV. Ballent, Anahí, prolog. CDD 320.6

Diseño gráfico y diagramación: Carolina Andrade

Imagen de portada:
Departamento General de Irrigación, proyectista: Raúl Panelo Gelly. Fuente: revista Arquitectura Gráfica, 1948.

CECILIA RAFFA | IVANA HIRSCHEGGER (DIRECTORAS)

ANAHÍ BALLENT (PRÓLOGO)

ÍNDICE

- 7 **Prólogo**
Anahí Ballent

- 15 **Proyectos y concreciones: introducción**
Cecilia Raffa e Ivana Hirschegger

- 25 **Capítulo I**
El sur en el centro: obras hídricas en la provincia
Laura Ortega

- 67 **Capítulo II**
Vivienda: el surgimiento de los barrios de escala masiva
Verónica Cremaschi

- 107 **Capítulo III**
La salud pública: cambios institucionales, recursos y ejecuciones
Ivana Hirschegger

- 137 **Capítulo IV**
Escuelas para todos los niños, los únicos privilegiados
Isabel Durá Gúrpide

- 173 **Capítulo V**
Turismo social: entre simbolismos y materializaciones
Cecilia Raffa

- 199 **Apéndice**
El Centro de Gobierno
Cecilia Raffa

- 209 **Trayectorias de las autoras**



Inauguración del Hospital Presidente Perón, 29 de mayo de 1952. Fuente: Archivo Histórico de Mendoza

CAPÍTULO III

LA SALUD PÚBLICA: CAMBIOS INSTITUCIONALES, RECURSOS Y EJECUCIONES

Ivana Hirschegger

Sistema de salud pública en Mendoza: introducción

La expansión de la actividad del Estado provincial en materia sanitaria, tanto en Mendoza como en el resto del país, fue un proceso que comenzó a gestarse de manera paulatina a finales del siglo XIX, evidenciándose mayores signos de intervención y centralización estatal a mediados del siglo XX,¹ particularmente con la creación de un ministerio en 1950. La administración de la salud pública durante los gobiernos conservadores (1932-1943) estuvo al frente de la Dirección General de Salubridad y Asistencia Pública, dependiente primero del Ministerio de Industrias y Obras Públicas y luego del Ministerio de Gobierno y Asistencia Social. Durante este período y como parte del proyecto de modernización estatal², desde el sector político se planteaba que una mayor eficiencia en la prestación de los servicios de salud y una adecuada distribución de los recursos, debía partir de la reorganización técnica y administrativa del sistema sanitario. Así el traspaso de algunas dependencias municipales, la injerencia sobre nuevas áreas, una nueva ley de ministerios (en 1938), entre otras medidas, resultaron experiencias de reorganización. Sin embargo, en 1950, la creación del Ministerio de Salud Pública provincial lograría concretar y profundizar los cambios de carácter técnico y administrativo del aparato provincial que venían propiciándose durante el ciclo conservador. La estructura del Estado adquirió, al igual que a nivel nacional, mayor complejidad incorporándose al área diferentes departamentos y direcciones para atender la problemática sanitaria en su conjunto.

En el marco de este importante cambio institucional, el capítulo analiza algunos aspectos del sistema de salud pública provincial durante el primer peronismo en Mendoza, atendiendo por un lado, aquellos rasgos que definieron el carácter centralizado del Estado como fueron: la creación de nuevas agencias estatales, la expansión sobre nuevas problemáticas y el avance sobre otras jurisdicciones como fueron las municipales. Todo ello bajo la visión de que esto no implicó una ruptura con el pasado sino avances de un proceso comenzado en etapas anteriores. Además, interesa indagar si la mayor complejidad y centrali-

1 Piazzesi, S.(2009). Conservadores en Provincia. El Iriondismo santafesino. 1937-1943, Santa Fe, UNL, 2009; Bacolla, Natacha (2015). Nuevas capacidades estatales para una sociedad transformada. Instituciones y políticas sanitarias en la provincia de Santa Fe en la primera mitad del siglo XX, en: Trabajos y Comunicaciones N° 42; Ramacciotti, Karina y Biernat, Carolina (2016). Dossier: Nación, provincias y municipios en la centralización del sistema sanitario argentino, 1900-1955, en: Trabajos y Comunicaciones N° 44.

2 Ospital, María Silvia (2009). Modernización estatal y regulación económica en provincias vitivinícolas. Mendoza, 1936-1946, en: *Revista Mundo Agrario* N° 18.

zación del aparato estatal incidió en las capacidades del Estado provincial para distribuir el bienestar social. Siguiendo a Ortiz Bergia, adoptamos el concepto de “capacidades estatales” como las diferentes y variables “aptitudes de las instancias de gobierno para obtener resultados”, enfocándonos específicamente en sus componentes administrativos como los recursos humanos, la organización interna y las bases financieras.³ En este último caso, nos preguntamos si la reestructuración del organigrama sanitario y la incorporación de nuevas agencias estatales fueron acompañados de los recursos económicos necesarios para atender las cuestiones sanitarias más importantes. Este interrogante nos lleva a su vez a analizar cómo fueron distribuidos esos recursos, es decir, en qué medida el presupuesto provincial se orientó a una prestación más eficiente de los servicios, o a ampliar el aparato burocrático frente a la reestructuración técnico-administrativa del sistema.⁴

Además de observar las transformaciones desde el punto de vista institucional, burocrático y de distribución de recursos, en el marco de las políticas sanitarias, se valorarán específicamente aquellas vinculadas con las obras públicas, dada la importancia que venían adquiriendo tanto en ésta época como en la precedente, no sólo desde el punto de vista económico, simbólico o estético, sino también del bienestar social.⁵ En cuanto a este tema el peronismo en la provincia

3 Ortiz Bergia, María José (2016). La centralización estatal en la Argentina y el sistema de salud público cordobés en la primera mitad del siglo XX”, en: *Trabajos y Comunicaciones*, N° 44. Se trata de analizar los aspectos administrativos pero sin desconocer que el concepto de “capacidades estatales” desde la Ciencia Política involucra lo administrativo y lo político, esto último se refiere a aquella interacción política que, enmarcada en ciertas reglas, normas y costumbres, establecen los actores del Estado y el régimen político con los sectores socioeconómicos e incluso hasta con aquellos que operan en el contexto internacional. Alonso, Guillermo (2001). Notas para el análisis de capacidades institucionales en el sector público. Documento de trabajo UNSAM, Buenos Aires; Isuani, Fernando (2007). Capacidades Estatales para la implementación interorganizacional de políticas pública, en IV Congreso de Administración Pública, Bs. As..

4 Nos interesa también observar algunos cambios y continuidades heredados de una década que ha sido identificada como una coyuntura crítica en la construcción del Estado intervencionista, a partir de la creación de nuevas agencias estatales y el crecimiento de las funciones y atribuciones en diferentes áreas como las políticas económicas, la obra pública, la estadística y la política social (Ortiz, Bergia, María José (2015). La compleja construcción del Estado intervencionista. Lógicas políticas en la conformación de una estructura estatal provincial, 1930-1955, en: *Trabajos y Comunicaciones* N° 42, 2015).

5 Jáuregui, Anibal (2012). Obras Públicas y Eficiencia Burocrática (1932-1943), en: *Revista Travesía* N° 14-15, Tucumán.; Fernández, Noelia (2013). Construir la provincia. Estado, Política y Obras Públicas en el gobierno de Manuel Fresco, 1936-1940, Tesis para la Maestría en Ciencias Sociales con Mención en Historia de la Universidad Nacional de Luján, Buenos Aires; Ballent, Anahí (2004). La red nacional de caminos

siguió la tendencia de los gobiernos conservadores al considerar tres ejes principales: los hospitales urbanos, los hospitales regionales que brindaban servicios complejos y permitían la internación de los habitantes de su zona de influencia; y la construcción de hospitales rurales y salas de primeros auxilios en la campaña, de manera tal de expandir los servicios de salud hacia las áreas rurales y llevar el auxilio médico a los habitantes que no podían trasladarse hasta los centros urbanos (ya fuera por distancia, por cuestiones de salud, o por los limitados recursos). Es decir, en el ámbito sanitario se retomaban ideas y prácticas previas, ya que desde la década de 1930 -y aun antes-, se buscaba abarcar núcleos poblacionales excluidos de los servicios sanitarios.

A partir de la tipología de establecimientos mencionada, pondremos el foco en la efectiva concreción de las obras públicas proyectadas, las dificultades presentadas, las zonas mayormente beneficiadas, para observar por último qué relación existió entre la construcción de nueva infraestructura y la prestación de servicios, en definitiva, cuáles fueron los resultados en las condiciones de vida de la población.

Concretamente, el estudio de las características del Estado provincial en materia sanitaria que involucra transformaciones institucionales, nuevos campos de acción, relaciones inter-jurisdiccionales, gestión de obra pública, prestación efectiva de servicios, etc.; son aspectos que permitirán una reconstrucción y conocimiento más integral del sistema sanitario mendocino de mediados del siglo XX.

y la construcción de lugares turísticos en la década de 1930”, Ponencia presentada al Taller Internacional Desplazamientos, Lugares, Identidades, Buenos Aires; Piglia, Melina, (2014). Automóviles, turismo y caminos. Los clubes de automovilistas y la formación de las políticas turísticas y viales en la Argentina (1918-1955), Buenos Aires; Petitti, Mara (2016). Educación y obra pública durante el primer peronismo. La construcción de escuelas en la provincia de Buenos Aires, en: *Anuario del Instituto de Historia Argentina*, Vol 16, N° 1; Raffa, Cecilia (2016). Propuestas técnicas y prácticas políticas: Arquitectos en la Dirección de Arquitectura (Mendoza, 1932-1955), en: Rodríguez Vázquez, Florencia, y Raffa, Cecilia, *Profesionalizando un Estado provincial, Mendoza. 1890-1955*, Instituto de Historia Americana y Argentina, Mendoza, Facultad de Filosofía y Letras, UNCuyo.

1. Dos décadas de cambios en la provincia: de la Dirección General de Salubridad y Asistencia Pública al Ministerio de Salud Pública

Reorganización sanitaria provincial: una necesidad de vieja data en la provincia

La administración de la salud pública durante los gobiernos conservadores (1932-1943) estuvo al frente de la Dirección General de Salubridad y Asistencia Pública, dependiente del Ministerio de Gobierno y Asistencia Social a partir de 1938.⁶ Si bien en la década de 1920 – e incluso antes- el sistema habría sufrido algunas transformaciones,⁷ la dirigencia política de los años 30, reconocía con mayor énfasis la necesidad de reorganizar el sistema sanitario, dada la deficiente y escasa prestación de servicios provocada por la desorganización técnica y administrativa del área en cuestión. Esta situación que atravesaba la salud pública provincial, se manifestaba en los servicios brindados por la Dirección General de Salubridad y los hospitales de su jurisdicción como el Emilio Civit, San Antonio, Luis Lagomaggiore, Carlos Ponce, Diego Paroissien y los Regionales de San Martín, Rivadavia (zona Este), General Alvear y San Rafael (zona Sur). Estos establecimientos entre 1932 y 1934 habían disminuido sus prestaciones a enfermos hospitalizados, servicios de ambulancia, vacunaciones (antidiftérica y antivariólica), desinfecciones, farmacia, como así también la cantidad de enfermos atendidos⁸; pues el presupuesto provincial habría sufrido recortes entre estos años. Esta situación no respondía a la problemática social imperante, por ejemplo aquella relacionada con las cifras de las enfermedades infecciosas como la difteria, la viruela y la tuberculosis en los diferentes departamentos de la provincia.⁹

La reorganización sanitaria requería, desde el punto de vista de la dirigen-

6 Dado que con anterioridad pertenecía al Ministerio de Industrias y Obras Públicas.

7 Richard-Jorba, Rodolfo (2012). Los gobiernos radicales de los Lencinas en Mendoza, en: *Avances del Cesor*, Vol. VIII.

8 Por ejemplo en 1932 la Dirección General de Salubridad prestó alrededor de 300.000 servicios, mientras que en 1934 no superó los 200.000 (Anuario de la Dirección General de Estadísticas de la Provincia de Mendoza del año 1932, Mendoza, 1933, p. 179; Anuario de la Dirección General de Estadísticas de la Provincia de Mendoza del año 1934, Mendoza, Imprenta Oficial, 1935, p. 219; Provincia de Mendoza, Labor de Gobierno Período 1938-1941, Gobernador Rodolfo Corominas Segura, Mendoza, Imprenta Oficial, s/p.

9 Con respecto a la difteria, por ejemplo, las cifras de mortalidad a causa de este mal registradas por la Dirección General de Estadísticas y enviadas al Departamento Nacional de Higiene daban cuenta que en cuatro años la difteria se había multiplicado, aumentando la mortalidad entre 1929 y 1932 (de 35 casos a 181). Diario *Los Andes*, 16 de marzo de 1933, p. 5; 17 de marzo de 1933, p. 5;

cia, el conocimiento racional y técnico de las verdaderas necesidades de las dependencias, de manera de evitar gastos innecesarios y superfluos. Para esto se ordenaba a la Dirección, Asistencia Pública, Droguería Central, Estación de Desinfección, Hospitales, Salas de Primeros Auxilios, Dispensarios, etc., a realizar un inventario de todas sus existencias (muebles, útiles, materiales, insumos, etc.).¹⁰ Además se proponía la creación de nuevas agencias dentro de la estructura sanitaria como fueron las de medicina preventiva y curativa.¹¹ El traspaso de organismos municipales a la órbita provincial fue otra de las alternativas para hacer más eficientes los servicios y responder a las necesidades de la población. Esto se produjo en relación a la lucha antivenérea, mediante la transferencia del Curatorio antivenéreo “Benito Sicardi” de capital, cuyo funcionamiento estaba afectado por la carencia de recursos.¹²

El hecho de que la mortalidad infantil fuera uno de los problemas más graves en Mendoza al comenzar la década de 1930,¹³ hizo que se impulsaran nuevas políticas de asistencia social que implicaban una mayor protección a la maternidad e infancia en relación a los gobiernos anteriores, teniendo en cuenta que estos servicios también habrían sufrido disminuciones en los primeros años.¹⁴ Así, durante el gobierno de Guillermo Cano (1935-1938) se creó la “Oficina de Servicio Social” para asesorar y dar asistencia sobre puericultura, higiene y alimentación a este sector de la población.¹⁵ Esta actividad, que se hacía efectiva a través de Visitadoras de Higiene Social y Escolar, egresadas de la escuela de reciente creación, era llevada a cabo en cooperación con asociaciones benéficas como por el Asilo de Huérfanos y la Casa de Protección de la Madre Obrera.¹⁶ La creación de la escuela de Visitadoras de Higiene Social y Escolar, sumada a la escuela de enfermeros en 1942, manifestaba el interés en la formación de profesionales

10 Ministerio de Industrias y Obras Públicas, Decreto N° 53, 29 de enero de 1937.

11 *Los Andes*, 5 de setiembre de 1938, p. 4.

12 *Los Andes*, 11 de enero de 1933, p. 4; 11 de febrero de 1933, p. 5

13 Provincia de Mendoza, Mensaje del Gobernador Ricardo Videla a la Legislatura, 1934, p. 19.

14 De 417.189 en 1932 a 381.625 en 1934 (Anuario Estadístico de 1932, op. cit. p. 180; Anuario Estadístico de 1934., p. 220). Los servicios eran: atención en consultorios de lactantes, régimen dietético (lactancia, alimentación), inyecciones y vacunación, consultorio obstétrico, inspección domiciliaria, recetas, cocina del lactante.

15 Informe Anual sobre la marcha de la Administración Pública, Período 1935-1936 del Gobernador de la Provincia Guillermo Cano a la Honorable Legislatura, Mendoza, 1936, p. 224.

16 Informe Anual..., (1936), p. 225; Labor de Gobierno Período 1938-1941..., p. 39.

y fue además una de las iniciativas vinculada a formar un aparato burocrático especializado en el área de salud.¹⁷ Este mayor interés por parte del gobierno a la protección del binomio madre-hijo puede verse en la “maternidad José Federico Moreno” de capital que prestaba servicio médico y social.¹⁸ Se destaca la existencia del Servicio de Protección a la Maternidad y Primera Infancia y del Consultorio de niños de Segunda Infancia, como así también la incorporación de nueva infraestructura como salas de maternidad y pabellones de niños en los hospitales de la provincia, tal como veremos luego.

Por su parte, la ley de Ministerios de 1938 que creó el Ministerio de Gobierno y Asistencia Social, significó una mayor asociación y coordinación de la salud y la asistencia social, unificando asuntos que eran atendidos separadamente. Anteriormente, mientras las cuestiones laborales, la protección de los menores y niños, las subvenciones a instituciones de beneficencia, entre otros temas estaban bajo la órbita del Ministerio de Gobierno; la Dirección General de Salubridad quedaba bajo jurisdicción de la cartera de Industrias y Obras públicas. Por lo tanto, un único ministerio pasó a absorber lo relativo a regímenes o sistemas carcelarios y de establecimientos penales y correccionales; el Patronato de Liberados y Menores; la protección del sub-normal (sordomudo, ciegos, delincuente, abandonado, etc.); los reformatorios, asilos y colonias; la protección a la madre y al niño; la legislación del trabajo; el seguro obrero y el seguro social; la salubridad; los hospitales, salas de primeros auxilios, consultorios, dispensarios y servicios sanitarios en general y la policía sanitaria. Además, subvencionaba hospitales, asilos, colonias, o corporaciones de ayuda social.¹⁹

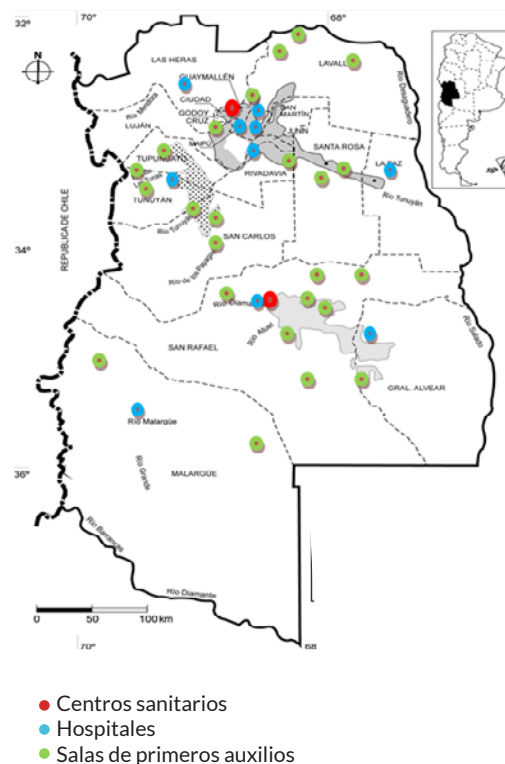
Aunque con algunos altibajos, la expansión de los servicios comenzó a crecer a partir de mediados de la década, alcanzando mayores cifras en el año 1940, durante la gestión de Corominas Segura.²⁰ Entre otras cosas, debido a los aumentos progresivos de los presupuestos provinciales, los cuales destinaban mayores recursos para “Salud”, y a una mayor racionalidad en los gastos gracias a iniciativas como la elaboración de inventarios sobre existencias de los establecimientos, el control de distribución de insumos por parte de la Droguería o Despensa

17 Informe Anual..., (1936), p. 11.

18 De asesoramiento, gestiones en defensoría de menores, colocación de madres y de niños, etc.

19 Provincia de Mendoza, Boletín Oficial, 14 de enero de 1939.

20 Labor de Gobierno Período 1938-1941..., s/p.



Mapa N° 1: Establecimientos asistenciales provinciales. Fuente: Elaboración propia

Central²¹, y la designación de comisiones para realizar un sistema de estadísticas analítico para conocer la situación de cada establecimiento (hospitales, salas, etc.) en cuanto a los enfermos internados, personal de servicios, consumo de artículos, etc. Durante la gobernación de Adolfo Vicchi (1941-1943), por ejemplo, se creó una Comisión Asesora Ad-Honorem presidida por profesionales que debía estudiar el problema hospitalario integrada.²²

Por otra parte, bajo la premisa de mejorar y dar mayor eficiencia y economía a la función sanitaria se unificó el comando sanitario mediante la creación de dos núcleos básicos denominados “centros sanitarios”, uno con asiento en la capital y administrado por la Dirección General de Salubridad para los establecimientos del Gran Mendoza, zona Este y Norte de la Provincia. El otro centro sanitario, ubicado en la ciudad de San Rafael, bajo la Subdirección General de Salubridad, organismo técnico que centralizaba los servicios de todo el Sur (Mapa N° 1). A estos dos centros sanitarios (conectados entre sí) convergían las actividades que desarrollaban cada uno de los hospitales inmediatamente próximos a los mismos, las de las salas de primeros auxilios provinciales y los consultorios de primera y segunda infancia (para el caso de la capital).

Si bien se ha realizado aquí una breve reseña de los cambios introducidos por los conservadores, debe destacarse que la provincialización de establecimientos municipales, una mayor expansión hacia la dimensión social, la coordinación y unificación de los servicios sanitarios, que también se repitieron en otras provincias,²³

21 Ministerio de Industrias y Obras Públicas, Decreto N° 53, 29 de enero de 1937

22 Provincia de Mendoza (1944). Labor Gubernativa, Gobernador Adolfo Vicchi, 1941-1943, pp. 29-31.

23 Aunque en algunos aspectos los cambios adquirieron mayor dimensión en relación a nuestra provincia. En Santa Fe se sancionó la ley de “Asistencia hospitalaria y Organización de la Asistencia Social”, se creó el Departamento de Salud Pública (DPS), que ubicaba bajo este organismo técnico la unificación del comando sanitario para una mayor descentralización de servicios y una máxima eficiencia con mínima erogación. Además, se provincializaron establecimientos municipales y sociedades de beneficencia y se produjo en esta provincia un auge de la medicina social que consideraba a las enfermedades como un fenómeno social que involucraba varios problemas como la alimentación, vivienda, educación, etc. El DPS incorporaba varias agencias estatales destinadas a la asistencia médica preventiva y curativa, abarcando también varias dimensiones específicamente sociales y poblacionistas con las oficinas de servicio social, sanidad escolar, higiene urbana y rural, acciones que eran reforzadas por la acción de una agencia específica de educación, propaganda y divulgación sanitaria, un museo de higiene, biblioteca y publicaciones a través de diversos medios de comunicación. Por otra parte, en 1941, dentro de la reforma de la ley de Ministerios fue creado el Ministerio de Salud Pública y Trabajo Organizaba una red de hospitales generales, sanatorios de llanura para tuberculosos, colonias para niños, etc. (Bacolla, Natacha (2016). Nuevas capacidades estatales para una sociedad transformada: Instituciones y políticas sanitarias en la provincia de Santa Fe primera mitad del siglo

fueron elementos adoptados por el peronismo en Mendoza, aunque la organización del sistema sanitario entre los años 40 y 50 adquiriría otro matiz.

2. Nuevos campos de acción y provincialización de establecimientos municipales

A nivel nacional, con la creación de la Secretaría de Salud Pública (SSP) en el año 1946, transformada en Ministerio en 1949, se instrumentaron una serie de medidas orientadas a la ampliación y centralización de las competencias y actividades estatales. Desde su creación, la Secretaría estuvo dirigida por Ramón Carrillo, quien sentó las bases del nuevo sistema de salud argentino. El objetivo fundamental de centralizar la atención médica y la asistencia social era lograr un sistema unificado de salud, que abarcara el cuidado médico, curativo, preventivo y social. Esta idea daba cuenta del intento del Estado de ejercer jurisdicción sobre todas aquellas actividades que incidían en la salud de la población (alimentación, vivienda, trabajo, salario, higiene laboral). Pero la centralización no solo debía abarcar los aspectos sanitarios, sino que incluiría la subordinación de las autoridades de salud provinciales al gobierno nacional. Fue con este fin que se crearon los ministerios de salud en las provincias.

Como ya mencionamos, hasta principios de la década de 1950, la Dirección General de Salubridad y Asistencia Pública, dependiente del Ministerio de Gobierno y Asistencia Social, fue el organismo dedicado a atender los aspectos sanitarios de la provincia. Sin embargo, la ley provincial N° 1.850 de 1950 dispuso que la salud de la población pasaría a estar regulada por el Ministerio de Salud Pública Provincial (MSPP). La creación de este organismo implicó, al igual que a nivel nacional,²⁴ cambios más profundos en la fisonomía del Estado y una estructura más compleja para atender las cuestiones sanitarias en su conjunto y de una manera más eficiente. Surgieron así nuevos departamentos y direcciones con diversas funciones administrativas y relacionadas a la medicina preventiva, curativa, del trabajo, legal, de cultura sanitaria y de extensión y coordinación de

XX, en: *Trabajos y Comunicaciones*, N° 44, 2016). En Tucumán, por ejemplo, surgió una legislación destinada a unificar los servicios sanitarios e integrar la asistencia médica y social como fue la ley de Asistencia médica y social en 1933, y la ley de Centralización técnica y administrativa de los servicios sanitarios, en 1936, aunque en los hechos la administración sanitaria no tuvo modificaciones en su funcionamiento (Fernández, María Estela y Rosales María del Carmen (2016). Trayectorias locales y proyecciones nacionales en el proyecto de centralización sanitaria en Tucumán (1900-1950), en: *Trabajos y Comunicaciones*, N° 44.

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

los servicios asistenciales y hospitalarios. Si bien algunas de estas acciones ya se realizaban con anterioridad, se crearon nuevas dependencias como la Dirección de Cultura Sanitaria, Medicina Tecnológica, Medicina Preventiva y Social, el Departamento de Medicina del Deporte, entre otras.²⁵

Por ejemplo, en 1950 y en relación a las enfermedades infectocontagiosas, se realizó la *campana al sur mendocino*, con acciones concretas de medicina preventiva, social, tecnológica y curativa principalmente en zonas alejadas pertenecientes al secano. Fue una de las más importantes realizadas en la provincia de Mendoza, no sólo por las tareas emprendidas, el alcance territorial de las mismas, su larga duración (de un mes aproximadamente), sino también por los organismos intervinientes, ya que contó con la coordinación del Ministerio de Salud Pública de la Nación, de la Dirección General de Sanidad de Cuyo -compuesta por representantes nacionales y provinciales-, y del Ministerio de Salud Pública Provincial (a través de la Dirección de Medicina Preventiva Provincial y la Dirección de Medicina Tecnológica). Se evidenció entonces una acción concurrente entre la Nación y la provincia, y la intervención de diferentes estructuras gubernamentales en la ejecución de la política sanitaria. Durante esta campaña y en materia de medicina del trabajo, el Ministerio de Salud Pública Provincial y el Director de Medicina Tecnológica junto a un grupo de dietistas, visitantes sociales, vacunadores, y personal auxiliar recorrieron las minas en explotación, realizando estudios sobre higiene y sanidad e inspeccionando los yacimientos del Sosneado, Volcán, Minacar y la Valenciana (estos tres últimos del distrito de Malargüe). Si bien la *campana del sur mendocino* fue la más importante de todo el período, las giras y visitas de las autoridades continuaron en la segunda etapa. Por ejemplo, en el año 1954, una Comisión Sanitaria presidida por el director de Medicina Social -dependiente del Ministerio de Asistencia de la Provincia- partió a las localidades del sur una para inspeccionar el estado sanitario y estudiar las condiciones para la instalación centros materno-infantiles. Por último, debemos mencionar

25 Le correspondía lo relacionado a la salud de los habitantes y debía dirigir y controlar la higiene pública, la medicina preventiva, profiláctica y social, así como también intervenir en cuestiones de legislación, política, organización del régimen sanitario; la higiene urbana y rural, preescolar y escolar, industrial, etc.; la medicina sanitaria (profilaxis y tratamiento de enfermedades endémicas y sociales), la asistencia médico-social (asistencia médica gratuita, atención integral a la madre y al niño, hospitales para agudos, crónicos, servicio sanitario ambulante, maternidades y hospitales de niños, centro materno infantiles, sanatorios, etc.), promover la educación y estudios sanitarios (divulgación sanitaria, estadísticas y censos, fomento de la investigación científica, etc.), y por último, le correspondía “el arte de curar”, control y dirección de personal sanitario, reglamentación de la carrera sanitaria, la escuela de enfermeros, farmacia, etc. (Ley Orgánica de Ministerios, Capítulo VII: Salud Pública, en *Boletín Oficial*, Mendoza, 16 de enero de 1950, pp. 265-266).

el “plan de difusión sanitaria” impulsado por la Dirección General de Sanidad de Cuyo en Coordinación la Municipalidad de San Rafael, consistente en un ciclo de conferencias cuyos temas centrales eran: “higiene mental del trabajo”, “protección de la mujer que trabaja”, “el aire en los lugares de trabajo”, “El niño, hijo de la obrera industrial.”²⁶

Otro rasgo centralista que caracterizó al Estado provincial fue el mayor avance sobre las jurisdicciones municipales. A diferencia de otras provincias como Tucumán y Córdoba, en las que la provincialización de los establecimientos municipales se produjo recién entre las décadas de 1940 y 1950,²⁷ en Mendoza dicho proceso tuvo su primer antecedente a principios del siglo XX, con el viejo hospital San Antonio de Capital.²⁸ Luego y como ya señalamos, en 1932, se produjo otro caso con la transferencia del Curatorio antivenéreo “Benito Sicardi” de ciudad.²⁹

Hasta la década de 1940 las salas de primeros auxilios podían clasificarse en aquellas administradas por el gobierno de la provincia y aquellas bajo jurisdicción de los municipios. Sin embargo, a fines de esta década se produjo el traspaso definitivo de las salas municipales a la órbita provincial. Esto se debió, según el gobernador Carlos Evans (1952-1955) en su mensaje a la Legislatura, a la intención de unificar el “comando sanitario” y poner en práctica la centralización de los servicios de atención médica, de manera de lograr un régimen uniforme y eficaz en calidad y cantidad de servicios.³⁰ Debe suponerse además, teniendo en cuenta la experiencia del Curatorio “Benito Sicardi”, que fue la falta de recursos y los problemas económicos por los que atravesaban los municipios -ya desde la década de 1930-, uno de los factores que impulsó el traspaso mencionado. Se producía así, la misma tendencia que en otros territorios del país en la cual se transfirieron a las provincias establecimientos que hasta entonces estaban bajo la órbita del municipio, tal el caso de Córdoba.³¹

26 Hirschegger, Ivana (2010). El bienestar social durante el peronismo clásico. La expansión de los servicios de salud hacia las áreas rurales de los municipios de la provincia de Mendoza (1946-1955), en: *Mundo Agrario*, 2010 vol. 11 p. 1 - 39.

27 Ortiz Bergia (2016) ; Fernández y Rosales (2016).

28 Richard-Jorba, Rodolfo (2010). Empresarios, ricos, trabajadores pobres. Vitivinicultura y desarrollo capitalista en Mendoza (1870 - 1918), en: *Prohistoria*, Rosario, p. 273.

29 Diario *Los Andes*, 11 de enero de 1933, p. 4; 11 de febrero de 1933, p. 5.

30 Mensaje del Gobernador a la Legislatura, Mendoza, 1952, p. 57.

31 Ortiz Bergia, María José (2012). Provincia y Nación en el proceso de construcción de un Estado

Debemos recordar que la concepción de unificación del “comando sanitario” que fuera utilizada por el primer peronismo y que tenía por objetivo dar mayor eficiencia y economía a la función sanitaria, es anterior a ésta época, ya que fue heredada de los gobiernos conservadores bajo un esquema de relación entre los establecimientos y dependencias sanitarias en el que se establecían dos núcleos básicos denominados “centros sanitarios” (Ver Mapa N° 1). Aunque con algunas modificaciones, como la incorporación del Instituto Neuropsiquiátrico, Medicina de Urgencia, centros materno-infantiles, el Departamento de Higiene Escolar y nuevas salas de primeros auxilios; el gobierno peronista adoptó esta idea.

2.1. Presupuestos provinciales: incremento del empleo público, políticas salariales y otros gastos

En la provincia de Mendoza, los recursos destinados a solventar los gastos en salud estuvieron condicionados por la presencia de crisis económicas, como así también por las políticas sociales tendientes a favorecer al personal de la administración pública. Estos factores tuvieron como correlato que la complejización del aparato sanitario entre fines de 1940 y principios de 1950 no fuera acompañada de los recursos necesarios para hacer más eficientes los servicios públicos. Entre los años 1949-1951 la provincia se caracterizó por el mayor aumento del presupuesto destinado a “Salud”, llegando a casi el 85% (de \$19.000.000 a \$35.000.000), frente al 57% producido en el período 1946-1948, sin embargo, y a diferencia de otras provincias,³² al momento de crearse el Ministerio de Salud Provincial el porcentaje en relación al presupuesto disminuyó, pasando del 14,5% al 9% entre 1949 y 1951. Adquirió así la misma participación relativa que había tenido en los primeros años de la década de 1930,³³ cuando la provincia atravesó déficit financieros que limitaron su capacidad presupuestaria para la prestación de los servicios necesarios.

Esta política de constricción de ciertos gastos en el área social encuentra explicación en varios factores. Por un lado, la crisis económica a nivel nacional y

centralizado. Políticas sanitarias en Córdoba (1943-1946), en: *Quinto Sol. Revista de Historia Regional*; Vol. 16, La Pampa, 229.

32 Como Córdoba, cuya participación relativa se duplicó en 1951 (Ortiz Bergia, María José (2016). La centralización estatal en la Argentina y el sistema de salud público cordobés en la primera mitad del siglo XX, en: *Trabajos y Comunicaciones*.

33 Provincia de Mendoza, Labor de Gobierno Período 1938-1941, s/p.

los desequilibrios de la agroindustria local (la vitivinícola) producidos a partir de 1949, obligaron al gobierno a orientar mayores inversiones hacia las actividades productivas. Por otra parte, caracterizó al presupuesto provincial, un aumento de los cargos en el área de salud, el cual venía experimentándose desde años anteriores. De los 1140 cargos en 1940 la repartición pasó a tener 1425 en 1943, incrementándose a 2249 en 1949.³⁴ El crecimiento del empleo público y las mejoras salariales absorbieron entonces mayores porcentajes del presupuesto, en detrimento de otras políticas sanitarias como la dotación de insumos para ciertos establecimientos, aumentando además aquellos ítems en relación a los primeros años de gobierno. Por ejemplo, en el año 1943 el 57% del presupuesto de “Salud” iba dirigido a sueldos del personal técnico y administrativo, y el 43% restante cubriría los gastos como la distribución en los distintos hospitales, dispensarios y salas de primeros auxilios de drogas, productos químicos, de farmacia, entre otros.³⁵ Esta tendencia no tuvo grandes variaciones en relación a 1946, pero se destaca un aumento notable hacia 1951: el 70% para el pago de personal y solo el 30% para gastos corrientes (Cuadro N° 1), continuando este tipo de distribución en los años posteriores.³⁶

| Ítems | 1943 | 1946 | 1951 |
|---------------------|------|------|------|
| Sueldos en personal | 57 | 60 | 70 |
| Gastos corrientes | 43 | 40 | 30 |

Cuadro N° 1: Presupuestos provinciales: porcentajes en sueldos en personal y gastos corrientes de la repartición (1943, 1946 y 1951). Ley 1526, Presupuesto General para el año 1943, Imprenta Oficial, Mendoza, 1944; Ley N° 1.563, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos, Mendoza (1946); Ley N° 2.019, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos para el Ejercicio 1951, Mendoza, 1952.

34 Ley 1526, Presupuesto General para el año 1943, Imprenta Oficial, Mendoza, 1944; Ley N° 1.796, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de recursos, 1949.

35 Alquiler de inmuebles, combustibles y lubricantes, útiles, maquinaria, limpieza, tasas e impuestos, pasajes, fletes, adquisiciones varias, uniformes y equipos, máquinas, motores y herramientas, etc. (Ley N° 1.563, Presupuesto General de Gatos y Cálculo de Recursos, Mendoza, 1946.

36 Ley N° 2278, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos para el ejercicio 1954, Ministerio de Hacienda, Mendoza, 1954, p. 155.

Este aumento de empleos fue característico de toda la administración pública provincial, por lo que otras reparticiones vinculadas también con la problemática sanitaria, como fue el Ministerio de Obras Públicas, Economía y Riego, vio crecer su personal (de 308 en 1943 a 655 en 1949). Evidentemente, la expansión de la estructura del aparato sanitario y la programación políticas públicas en relación a nuevas áreas, necesitaba mayor personal, principalmente especializado. Así, ante la creación de nuevas agencias fue notable el ingreso de *administrativos, técnicos y personal de servicios*,³⁷ destacándose en los dos primeros la presencia de profesionales como médicos, dietistas, farmacéuticos, odontólogos, veterinarios, químicos, enfermeros, etc.

El hecho de que el pago de sueldos absorbiera mayores porcentajes estuvo relacionado con aquel aumento de personal, pero también con una política orientada a evitar la caída de los salarios reales (dado el aumento del costo de vida de la población). También pudo ser una política para incentivar el ingreso de profesionales a los servicios de salud,³⁸ en virtud de que varios establecimientos de la provincia, sobre todo las salas de primeros auxilios se caracterizaban por la escasa cantidad de personal especializado, especialmente médicos y enfermeros.³⁹

Desde fines del siglo XIX la progresiva incorporación de especialistas y profesionales respondió a la creciente demanda del Estado de un saber especializado para la materialización de sus políticas públicas.⁴⁰ Así, la medicina, la abogacía, la ingeniería y la arquitectura fueron las profesiones

37 Entre 1946 y 1951 el ingreso de personal a la repartición fue considerable, llegando a casi el 40% (2.046 a 2.836). Así, de los aproximadamente 1.500 *administrativos y técnicos* existentes en 1946, pasaron a componer el ministerio unos 2.114 (aumento del 40%). Para las salas de primeros auxilios en particular, se habían asignado unos 37 médicos de residencia permanente. No obstante la incorporación de nuevos profesionales, fue importante también la de personal de servicios (60%). Ley N° 1.796, Presupuesto General..., (1949) .; Ley N° 2.019, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos para el Ejercicio 1951 (1952), Mendoza, pp. 98-110.

38 Ramacciotti, Karina (2010). *Administración sanitaria: reformas y resultados obtenidos, Argentina (1946-1955)*, en Ernesto Bohoslavsky y Germán Soprano (editores). *Un Estado con rostro humano Funcionarios e instituciones estables en Argentina (desde 1880 hasta la actualidad)*. Buenos Aires, Universidad Nacional General Sarmiento, pp. 183-185

39 Diario *Los Andes*, 1 de agosto de 1948, p. 7; 18 de setiembre de 1948, p. 5; 23 de setiembre de 1949, p. 8.

40 Rodríguez Vázquez y Raffa (2016).

que proporcionaron a la administración pública los instrumentos necesarios para modernizar sus estructuras, pues se pensaba que la incorporación de técnicos provenientes de las universidades lograría mayor autonomía administrativa y un margen de acción más amplio, ya que estaban alejados de intereses socioeconómicos y políticos predominantes. Sostiene Ramacciotti que los profesionales de la salud propusieron soluciones técnicas y morales para mitigar los efectos sociales producidos por las epidemias, las endemias, y las enfermedades sociales, dándose mayor protagonismo a los médicos considerados como los únicos que podían planificar, implementar y dirigir el nuevo ente burocrático.⁴¹ La conformación de una nueva burocracia estatal médica, tuvo como objetivo otorgar mayor grado profesional a la administración sanitaria, y esto se reflejó en nuestra provincia en nuestra provincia ya a mediados de la década de 1930 con el decreto que aprobaba la reglamentación de concursos médicos para la provisión de cargos técnicos.⁴² Por su parte, ante el interés en la formación y capacitación de técnicos y como una de las iniciativas vinculadas a formar un aparato burocrático especializado en el área de salud,⁴³ se creó en esa década la Escuela de Visitadoras de Higiene Social y Escolar,⁴⁴ y la Escuela Mixta de Enfermeros en 1942. Hacia 1950 la política de enseñanza sanitaria llegaría al departamento de San Rafael, instalando allí una escuela de enfermeros, materializando así una política de formación de personal técnico-auxiliar para la zona sur de Mendoza.⁴⁵

En 1954 la incorporación de nuevos empleados a la repartición sanitaria (personal técnico, administrativo y de servicios) se atenúa y es con-

41 Sobre relaciones entre campo técnico y político puede verse Fernández, Noelia (2013). *Construir la provincia. Estado, Política y Obras Públicas en el gobierno de Manuel Fresco, 1936-1940*, Tesis para la Maestría en Ciencias Sociales con Mención en Historia de la Universidad Nacional de Luján, Buenos Aires.

42 Decreto 319, 27 de noviembre de 1935 (en *Mensaje del Gobernador a la Legislatura*, 1935, pp. 150-155).

43 Informe Anual sobre la marcha de la Administración Pública, Período 1935-1936 del Gobernador de la Provincia Guillermo Cano a la Honorable Legislatura, Mendoza, 1936, p. 11.

44 *Informe Anual...*, (1936), p. 225; *Provincia de Mendoza*, Labor de Gobierno Período 1938-1941, Gobernador Rodolfo Corominas Segura, Mendoza, Imprenta Oficial, s/p. p. 39.

45 Mensaje del gobernador a la Legislatura (1951), p. 96.

siderablemente menor a 1951 (16%),⁴⁶ pero esta disminución se registra principalmente en farmacéuticos, bioquímicos, dietistas y enfermeros de los diferentes establecimientos de la provincia,⁴⁷ y de médicos que prestaban servicios en forma permanente en las salas de primeros auxilios. Con respecto a estos profesionales, debía existir uno por cada mil habitantes, pero el déficit de estos en los departamentos, principalmente en la campaña, fue general.⁴⁸ Esta disminución de personal de la salud no impidió, como ya adelantamos, que los sueldos de personal continuaran absorbiendo los mayores porcentajes (64%).

Este tipo de políticas tuvieron como contrapartida una menor provisión de elementos de curación y camas para dispensarios, hospitales de campaña y salas de primeros auxilios, siendo una característica de todo el período. Al observar cómo distribuía el gobierno provincial sus gastos corrientes vemos que entre 1949 y 1951 los mayores porcentajes se destinaban para gastos del Ministerio y los hospitales de la Capital, entre ellos el Hospital Emilio Civit y el Hospital de Infectocontagiosos (rondando el 60 y 65%); y en segundo lugar, para financiar los que demandara el Hospital Central (entre el 12% y el 20%), también ubicado en la ciudad de Mendoza. Por lo tanto, fueron menores los porcentajes previstos para los *Dispensarios, hospitales de campaña y salas de primeros auxilios* (que varió entre el 12 y 15%). Esta situación es peor aun si se tiene en cuenta que del total asignado para estos establecimientos, el porcentaje que cubriría la compra de elementos y productos medicinales no superaba el 4,5%,⁴⁹ significando además, una baja en los porcentajes respecto de 1946, que preveía el 5,6% de los recursos del total destinado a estos establecimientos. Esta distribución de los recursos produjo que algunas salas de primeros auxilios (por falta algodón, alcohol, vacunas y otros elementos básicos) no

46 Ley N° 2278, Presupuesto General..., (1954), p 135.

47 Anuario, Síntesis estadística y geográfico-económica de Mendoza (1954), p. 48.

48 En municipios de escaso desarrollo como Tunuyán, solo atendían 3 médicos, para una población de más de 18.000 habitantes.

49 La mayor participación la tuvo el rubro racionamiento y alimentos (entre el 55 y 70%).

entraran en funcionamiento.⁵⁰ A esto debía sumarse la falta de médicos que ya señalamos.

En 1954 sólo el 2% iba destinado a gastos de servicio sanitario, elementos de laboratorio, drogas, productos químicos y de farmacia de los establecimientos de campaña,⁵¹ lo que seguramente incidió en la disminución de sus servicios que señalaremos posteriormente, y en la falta de camas para la internación de los enfermos de las zonas rurales.⁵²

3. Planificación, obra pública y servicios médico-asistenciales: algunas concreciones del período

La planificación durante el gobierno peronista tuvo un lugar central ya que mediante mecanismos racionales y previsores se buscaba atenuar la complejidad y la incertidumbre en la ejecución de los programas sociales. En el marco del Primer Plan Quinquenal (1947-1951), fue confeccionado el *Plan Análítico de Salud*, el cual sintetizaba las aspiraciones técnicas de un conjunto de profesionales (técnicos) convocados por el gobierno para elaborar el proyecto sanitario.⁵³ El Plan Analítico incluyó un ambicioso proyecto de construcciones hospitalarias, siendo la construcción de grandes obras (ciudades hospitales y centros sanitarios) en los núcleos más poblados del interior del país de competencia nacional.

Si bien para Mendoza se proyectaron dos estaciones sanitarias, cuatro hospitales locales, un hospital materno infantil, doce establecimientos de maternidad integral, cuatro centros materno-infantiles, siete centros ambulatorios y un hospital regional,⁵⁴ no todas estas obras fueron construidas. En los hechos, se construyó el Hospital Ferroviario Regional en el departamento de San Rafael (y

50 En Villa Atuel de San Rafael (Diario *El Comercio*, Mendoza, 13 de setiembre de 1949, p. 3).

51 Ley N° 2278, Presupuesto General..., (1954), p. 167.

52 Anuario, Síntesis estadística y Geográfico-económica de Mendoza 1953, p. 43; Anuario..., 1954, p. 48 y 52.

53 Ramacciotti, Karina (2010). Administración sanitaria: reformas y resultados obtenidos, Argentina (1946-1955)", en Ernesto Bohoslavsky y Germán Soprano (editores). *Un Estado con rostro humano Funcionarios e instituciones estables en Argentina (desde 1880 hasta la actualidad)*. Buenos Aires, Universidad Nacional General Sarmiento, pp. 183-185.

54 Plan Analítico del Plan Quinquenal. Secretaría de Salud Pública (*Los Andes*, Mendoza, 28 de mayo de 1948, p. 6).

consultorios externos en el distrito Monte Comán), se crearon centros materno-infantiles en diferentes departamentos de la provincia, y se dotó de edificios modernos a ciertos centros de salud (por ejemplo de San Rafael). Estos establecimientos constituían una novedad en cuanto debían brindar una atención de carácter integral que abarcaba la medicina asistencial, la sanitaria y la social.⁵⁵

En cuanto al gobierno provincial, debía realizar obras de menor envergadura en los pueblos o zonas que necesitasen hospitales o servicios más reducidos y debían elaborar un plan regulador de los establecimientos ya existentes para repararlos, aumentar su capacidad, ampliarlos y complementarlos con nuevos servicios.⁵⁶

3.1. Hospitales urbanos y rurales

En el marco del Primer Plan Quinquenal, fueron delineados dos planes trienales de obras y servicios públicos, el primero bajo la gobernación de Faustino Picallo y el segundo de Blas Brisoli. Las leyes de N° 1565 (1946) y 1617 (1947), autorizaban emisiones de títulos para financiar la obra pública; y las N° 1.795 (1949) y su modificatoria y N° 1.900 (1950), enumeraban un conjunto de obras referidas a edificios de gobierno, escuelas, colonias hogares, construcciones hidráulicas, agua potable, hoteles de turismo, vialidad, vivienda, etc. Respecto de la salud, preveían un importante plan de construcciones hospitalarias⁵⁷ que incluía los hospitales urbanos, los hospitales regionales que brindaban servicios com-

55 Para cubrir el sector de medicina asistencial, el Centro de Salud contaría con consultorios clínicos, de especialidades (cardiología, otorrinolaringología, oftalmología, etc.) y externos. Por su parte, para atender las cuestiones de medicina sanitaria se construiría un departamento para tuberculosos, tratamiento ambulatorio, catastro radiológico y colocación del recién nacido sano, broncoscopías, pluroscopías y readaptación. En dicho centro se programaría la realización de campañas de vacunación para prevenir o curar enfermedades transmisibles, y se llevarían a cabo acciones relacionadas con la higiene social como por ejemplo la localización de focos y catastro serológico. Con respecto a la higiene pública, se incluía la vigilancia de la provisión de agua y eliminación de desechos, baños y lavaderos públicos, control de alimentos, inspección de establecimientos alimenticios (leche y carne especialmente) y fiscalización de establecimientos de expendio. La medicina social comprendía la protección materno infantil, examen post y pre natal, puericultura y sanidad infantil, medicina escolar, club de madres, jardín de infantes, consultorio de adolescentes, exámenes periódicos de la población (*Los Andes*, Mendoza, 28 de marzo de 1950, p. 3; 9 de diciembre de 1951, 6).

56 Carrillo, Ramón (1974). *Contribuciones al conocimiento sanitario*, Obras Completas, T. II, Buenos Aires, Segunda Edición, Eudeba.

57 *Boletín Oficial de la provincia de Mendoza*, leyes N° 1617, 1947; 1.795, 1949 y su modificatoria N° 1.900, 1950; *Provincia de Mendoza, Mensajes del Gobernador a la Legislatura (1947-1955)*; *Los Andes*, 1 de setiembre de 1948, p. 6; Gobierno de Mendoza (1951). *Agua, Vivienda y Salud*, Mendoza, Ed. Oficial, p. 22.

plejos y permitían la internación de los habitantes de su zona de influencia, y los hospitales rurales.

Sobre estos ejes giró también la política de obra pública de los gobierno conservadores, ya que los planes de obras fueron orientados a reparaciones e instalaciones menores (cambios de cañerías, hornos incineradores de basura, etc.), como así también construcciones para cubrir diferentes servicios en los hospitales (pabellones de niños y salas de maternidad, salas de cirugía, pabellones para crónicos, tuberculosos e infecciosos). Sin embargo, se trató de una planificación con dificultades de concreción, en virtud del mal estado de las finanzas públicas y del retraso de los subsidios del gobierno nacional que caracterizó a los primeros años. La carencia de recursos afectaba así la continuidad de obras de ampliación en el Hospital Carlos Ponce, Rivadavia, San Rafael y Maipú.⁵⁸ Otro ejemplo fue el retraso de la construcción del Curatorio Antivenéreo Benito Sicardi -traspasado a la provincia en 1933- en el Hospital San Antonio,⁵⁹ hacia 1941 el mismo no estaba terminado.⁶⁰

Hacia el año 1938 las dificultades financieras obligaron a revisar el plan de obras públicas que se ejecutaba “parcialmente”, según el gobernador Corominas Segura, paralizando gran parte de las obras públicas proyectadas. Un año más tarde, el Poder Ejecutivo remitió a las Cámaras Legislativas un proyecto de ley propiciando un plan de obras públicas a desarrollarse paulatinamente y ajustado a las posibilidades financieras de la provincia. Dicho plan preveía en su conjunto las leyes N° 1190, 1216, 1235 y 1298 que tenían principio de ejecución, pero las modificaba y unificaba para darles una estructura orgánica. De esta manera, se resolvían las dificultades producidas en el cumplimiento de aquellas leyes, por la falta de negociación de títulos que autorizaban a emitir para la terminación de las obras comenzadas y por la insuficiencia de los créditos máximos permitidos para cada una.⁶¹

58 *Los Andes*, 1 de enero de 1936, p. 13; *Mensaje...*, 1936, pp. 226-227.

59 *Mensaje...*, 1936, pp. 226-227.

60 *Labor de Gobierno...*, op. cit., 1938-1941, s/p.

61 *Ibidem*. La nueva ley, sancionada bajo el N° 1351, preveía los fondos necesarios para regularizar íntegramente las diversas situaciones creadas por la aplicación de la ley 1235, cubriendo las insuficiencias de créditos en los ítems de esta última, pagar obras ejecutadas, terminar las iniciadas, concluir los estudios de construcciones comprometidas, autorizar el pago de expropiaciones y disponer la construcción de determinadas obras.



Figura I: Hospital para Infectocontagiosos "Presidente Perón". Ministerio de Economía, Obras Públicas y Riego, "Las obras públicas que ha hecho y hace el gobierno de Mendoza", Mendoza, 1948.

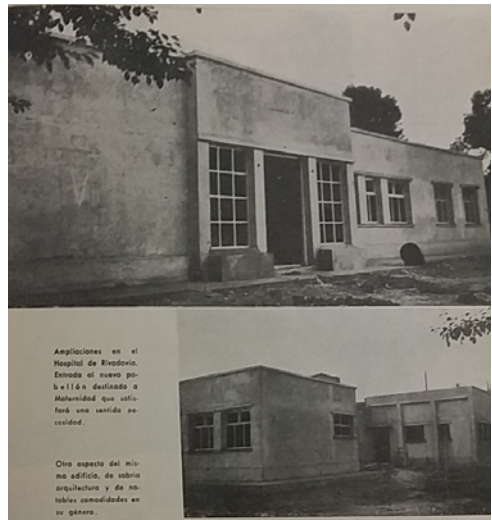


Figura II: Ampliaciones del Hospital Regional de Rivadavia, Ministerio de Economía, Obras Públicas y Riego, "Las obras públicas que ha hecho y hace el gobierno de Mendoza", Mendoza, 1948.

Más allá de las dificultades económicas, lograron crearse pabellones de niños en los hospitales Emilio Civit y Carlos Ponce, entre otros servicios hospitalarios.⁶² La obra de mayor envergadura la constituyó el Hospital Central, de escala regional, en 1941. Según Raffa, el mismo significó, desde el punto de vista arquitectónico, un avance en la concepción compositiva de los hospitales en Mendoza, propuesta técnica que apuntaba hacia la modernización hospitalaria.⁶³

Ya durante el primer peronismo se proyectó el cierre del hospital de Tunuyán, la remodelación del Hospital Schestakow (San Rafael), ampliaciones en el hospital Carlos Ponce (Capital), refacciones en el hospital Regional de San Martín y General Alvear y distintas salas de primeros auxilios y dependencias asistenciales.⁶⁴ El déficit de camas en los hospitales ante el constante incremento de la población y el derrumbe del hospital San Antonio, llevó a que se propiciaran dos obras, aunque sin resultados satisfactorios, como fue la construcción en el sector norte de la ciudad, de un establecimiento similar al hospital Central, tipo policlínico, en edificio monoblok, 8 pisos con capacidad para 600 camas; y un hospital Central para el departamento de San Rafael que sustituyera al Schestakow, de construcción "anticuada" y que no cubría las necesidades de la población.

A pesar de los problemas financieros que transitaba la provincia (entre ellos déficit presupuestario de 1948) y del desinterés de las empresas de construcción para concurrir a los llamados a licitación, dado el aumento de los materiales de construcción y jornales, el gobierno de la provincia puso su empeño para mantener la ejecución de ciertas obras del plan trazado,⁶⁵ sancionando leyes como la de "Reconocimiento de mayores costos" que incluía la ejecución de las obras adjudicadas desde 1940 en adelante. Los años que correspondieron a los primeros planes trienales pueden caracterizarse por la ejecución de obras, la mayoría

62 Labor de Gobierno..., 1938-1941, p 208.

63 Raffa (2016), p.94.

64 Dos salas de primeros auxilios en Santa Rosa, una con maternidad; ampliación de salas de primeros auxilios en Junín, Sala de Phillips (San Martín), pabellones de maternidades en Chilecito (San Carlos) y en Uspallata (Las Heras).

65 Acudió a medidas como la negociación de títulos deuda pública de la provincia, la fijación de precios básicos oficiales, reconocimiento de aumentos en concepto de mano de obra, etc. y sustitución de los depósitos de garantía en efectivo o en títulos de la deuda pública, por una fianza a satisfacción del Estado, el mantenimiento de precios-oficiales de los artículos, etc. Para la ejecución de obras acudió entonces a los créditos a corto plazo de la nación. La financiación transitoria de las obras públicas se consolidaría mediante la colocación de títulos de la deuda pública interna de la provincia (*Mensaje del Gobernador a la Legislatura de 1949*, 1950, pp. 64, 48-50).

de las cuales fueron terminadas en el marco del segundo plan quinquenal provincial (1952-1955), mientras gobernó la provincia Carlos Evans, pues recién a principios de los años 50 comienzan a equilibrarse los presupuestos provinciales y lograr cierto "saneamiento" de las finanzas públicas.⁶⁶

En relación con los hospitales urbanos se creó al oeste de la ciudad de Mendoza (en las proximidades del Barrio Cano) un moderno hospital de Infectocontagiosos denominado "Presidente Perón" (actual Lagomaggiore). En figura N° I puede observarse el edificio en construcción, una vista general del pabellón principal para enfermos (arriba), el edificio destinado a la cocina y otras dependencias (abajo a la izquierda), y a la Administración y consultorios externos (abajo a la derecha).⁶⁷ Además, se realizaron ampliaciones en hospitales provinciales ya existentes como el Néstor Lencinas (pabellón de readaptación) y Emilio Civit (centro quirúrgico, consultorios externos, cocinas, despensas, cámaras frigoríficas, entre otras). También fueron concretadas obras en los hospitales regionales como el de Tunuyán (consultorios externos), el de General Alvear (ampliaciones) y el de Rivadavia.⁶⁸ Con respecto a éste último en la Figura N° II puede observarse la entrada al nuevo pabellón de maternidad. También se realizaron ampliaciones y refacciones en el hospital regional Teodoro Schestakow de San Rafael (Figura N° III).

66 *Mensaje...* (1950), pp. 50-51.

67 Este hospital fue diseñado por el Arquitecto Alberto Belgrano Blanco, cuya trayectoria durante el peronismo en Mendoza puede destacarse por ser integrante del equipo ganador del concurso para el Plan Regulador, reformador y de extensión, junto a los arquitectos Fermín Bereterbide, Juan Scasso y Mauricio Cravotto; fue parte del primer directorio del Instituto Provincial de la Vivienda (1947-1948); se desempeñó como adscripto en la Dirección provincial de Arquitectura (DPA) y miembro del Consejo Consultivo de la Dirección General de Salubridad (Raffa, Cecilia, Dir (2017), *Arquitectos en Mendoza*, biografías, trayectorias profesionales y obras (1900-1960), Tomo I, Instituto de Historia del Arte, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Cuyo, p. 67).

68 *Mensajes...*, 1948-1954; Gobierno de Mendoza, *Agua...*, pp. 27-123.



Figura III: Hospital Regional Teodoro Schestakow de San Rafael, Oficina de Prensa e informaciones del Poder Ejecutivo (1952), *Agua, Vivienda y Salud. Tres años de labor justicialista*, Mendoza.



Figura IV: Micro-hospital "Eva Perón" (en Malargüe), Oficina de Prensa e Informaciones del Poder Ejecutivo (1952), *Agua, Vivienda y Salud. Tres años de labor justicialista*, Mendoza. .



Figura V: Hospital Rural "El Algarrobal" (Las Heras), Ministerio de Economía, Obras Públicas y Riego, "Las obras públicas que ha hecho y hace el gobierno de Mendoza", Mendoza, 1948.

La dispersión de la población mendocina en un vasto territorio rural, en donde los establecimientos sanitarios se hallan generalmente a gran distancia entre sí, generaban problemas vinculados a la atención médica. Para solucionar estos problemas y siguiendo las disposiciones del segundo plan quinquenal provincial que también ponían énfasis en zonas de campaña,⁶⁹ algunas salas de primeros auxilios fueron convertidas en hospitales rurales. Tal el caso de micro-hospital "Eva Perón" en Malargüe (Figura N° IV), el cual puede observarse en la Foto N° 3; "el 17 de octubre", en Guaymallén⁷⁰ y "El Algarrobal" en Las Heras (Figura N° V).

3.2. Salas de Primeros Auxilios de campaña

Al igual que los hospitales rurales, la misión de las salas de primeros auxilios era prestar servicios a la población rural comprendida en un radio de acción y en las que se preveía, inclusive, la posibilidad de tener un pequeño número de enfermos internados cuando su gravedad impidiera el traslado a un hospital o cuando el médico no considerara necesario su derivación hacia los establecimientos de mayor complejidad. Para prestar este tipo de servicio se planteaba entonces la construcción de salas de primeros auxilios tipo B, de estructura uniforme y que debían poseer un consultorio externo, una sala de internación con capacidad para cuatro camas, una sala de curaciones, un depósito para materiales, lavandería y baños. El personal a cargo de ellas debía contar con dos habitaciones, cocina y baño.⁷¹

Si bien desconocemos si todas las salas adquirieron en adelante dicha estructura, tenemos registro que en Real del Padre (San Rafael) el edificio construido tuvo estas características.⁷² Por su parte, en el Cuadro N° 2 podemos observar un aumento considerable de estas con respecto a principio de la década de 1940 (de 22 a 59), algo que se debió a varios motivos, entre ellos el traspaso de todas las salas municipales a la provincia, como hemos señalado anteriormente. El otro factor que incidió fue la construcción de edificios nuevos para aquellas que durante la década previa habían utilizado parte de las instalaciones de las escuelas o bien locales alquilados. También se crearon salas en lugares donde no existía

69 Gobierno de Mendoza, Segundo Plan Quinquenal Provincial, 1952, p. 27.

70 *Mensaje del Gobernador a la Legislatura de 1952, Mendoza, 1953, p. 172.*

71 *Gobierno de Mendoza, Agua..., p. 134.*

72 *El Comercio, 15 de mayo de 1951, p. 5.*

este servicio, algunas de las cuales habían sido proyectadas por los gobiernos anteriores y recién lograron ser ejecutadas a mediados de la década de 1950, como por ejemplo las de Malargüe, Goudge, El Sosneado y La Llave (San Rafael).⁷³ De esta manera, se dotó a la provincia de 20 edificios nuevos en diferentes departamentos⁷⁴ como así también obras de reparación y ampliación de algunas ya existentes.⁷⁵ Se produjo así un avance de obras públicas en aquellos municipios o distritos rurales como Lavalle, Tupungato (Figura N° VI), San Carlos, Junín (Figura N° VII), Las Malvinas de San Rafael (Figura N° VIII), Santa Rosa (Figura N° IX), pero también en zonas de frontera provincial como fue la instalada en el "Arco de Desagüedero", primer servicio sanitario que atendía a los pobladores de La Paz (Mendoza) y la provincia de San Luis.



Figura VI: Sala de Primeros Auxilios en San José (Tupungato), Oficina de Prensa e Informaciones del Poder Ejecutivo (1952), *Agua, Vivienda y Salud. Tres años de labor justicialista*, Mendoza.

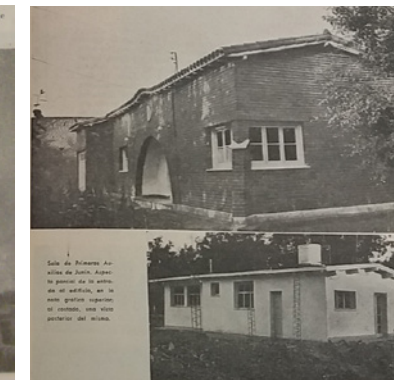


Figura VII: Sala de Primeros Auxilios en Junín, Ministerio de Economía, Obras Públicas y Riego, "Las obras públicas que ha hecho y hace el gobierno de Mendoza", Mendoza, 1948.



Figura VIII: Sala de Primeros Auxilios en Las Malvinas (San Rafael), Gobierno de Mendoza (1952), *Agua, Vivienda y Salud. Tres años de labor justicialista*, Mendoza, Ed. Oficial.

73 *Labor de Gobierno.... 1938-1941, s/p.; Mensaje del Gobernador...(1954), p. 46.*

74 San Rafael, General Perón, General Alvear, La Paz, Tupungato, Las Heras, Maipú, Godoy Cruz, Junín, San Martín y Lavalle.

75 En San Rafael, Las Heras, Junín, Luján, San Carlos y Santa Rosa (*Agua vivienda y salud...*, pp. 26-120. Mensajes.... op. cit., 1954, pp. 45-46).

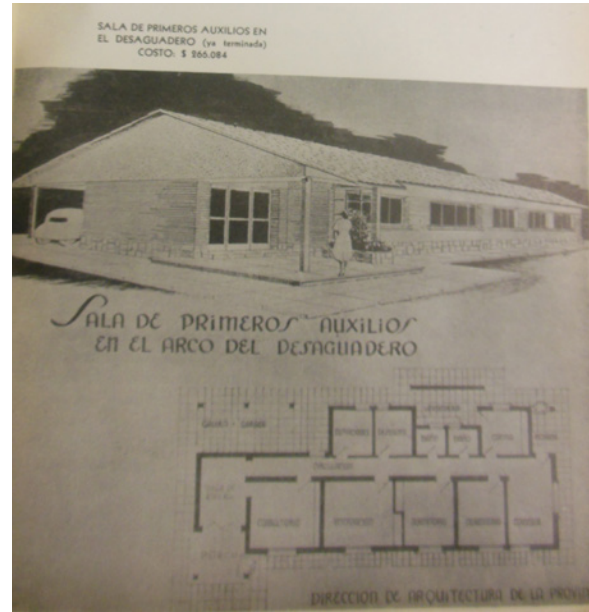


Figura IX: Sala de Primeros Auxilios en La Dormida (Santa Rosa), Oficina de Prensa e informaciones del Poder Ejecutivo (1952), *Agua, Vivienda y Salud. Tres años de labor justicialista*, Mendoza.

En el Mapa N° 1 puede observarse la distribución de diferentes hospitales y algunas salas de primeros auxilios en los diferentes departamentos de la provincia. La cantidad de estas por departamento figuran en el Cuadro N° 2.

| Departamentos | 1940 | 1954 |
|----------------|-----------|-----------|
| Luján | - | 3 |
| Godoy Cruz | - | 2 |
| Maipú | - | 5 |
| Guaymallén | - | 4 |
| San Carlos | 2 | 4 |
| San Martín | 1 | 9 |
| General Alvear | 1 | 2 |
| Capital | - | - |
| Tunuyán | 2 | 2 |
| Las Heras | 1 | 3 |
| Rivadavia | - | 2 |
| Lavalle | 6 | 6 |
| La Paz | 1 | 2 |
| San Rafael | 5 | 6 |
| Tupungato | 1 | 1 |
| Junín | - | 5 |
| Santa Rosa | 2 | 3 |
| Total | 22 | 59 |

Cuadro N°2: Salas de primeros auxilios de jurisdicción provincial (1940 y 1954). Fuentes: Labor de Gobierno Período 1938-1941, Gobernador Rodolfo Corominas Segura, Mendoza, Imprenta Oficial, s/p; Mensajes del Gobernador a la Legislatura, Mendoza, 1954.

No obstante el avance en la construcción de infraestructura médico-asistencial que hemos señalado, en algunos casos no significó una mayor expansión de servicios observándose disparidades entre zonas. Por un lado, los hospitales urbanos aumentaron sus servicios entre 1950 y 1954, entre otras cosas porque los presupuestos provinciales asignaban mayores fondos para solventar gastos de los establecimientos urbanos.

Sin duda, estas prestaciones tendrían una incidencia positiva en la salud de la población, tal como lo demuestra la disminución de los enfermos infectocontagiosos entre esos años (36%).⁷⁶ La tuberculosis pulmonar, una de las principales causas de muerte en la provincia, pasó de 26 por mil a 11 por mil, y la sífilis, de 7 por mil a 3 por mil. En estos descensos seguramente contribuyó la construcción de un nuevo Hospital para Infecciosos en la ciudad y las ampliaciones realizadas en otros hospitales departamentales. Por ejemplo en San Rafael se construyó un pabellón de infecciosos,⁷⁷ necesario debido al gran porcentaje de enfermos de este tipo a nivel municipal (70%) y provincial (23%). A finales del período sólo el 15% de los enfermos poseía alguna de estas enfermedades.⁷⁸

Otros establecimientos, en cambio, tuvieron un crecimiento más lento; mientras existió un panorama negativo para las zonas rurales que dependían de las salas de primeros auxilios, que disminuyeron sus prestaciones, zonas que tenían mayor porcentaje de enfermos en relación a su población (Ver Cuadro N° 3).

Esta situación dispar entre zonas probablemente se produjo por las características en la distribución de recursos provinciales, como así también a que algunas de las obras construidas no fueran inmediatamente puestas en funcionamiento, ya fuera por carecer de materiales e insumos de curación o personal especializado para atender a los enfermos

| Departamentos | Población total | N° de Enfermos | % |
|----------------|-----------------|----------------|----------|
| Luján | 30.225 | 675 | 2 |
| Godoy Cruz | 50.686 | 1.334 | 2,5 |
| Maipú | 47.338 | 1.768 | 3 |
| Guaymallén | 62.737 | 2.583 | 4 |
| San Carlos | 15.933 | 615 | 4 |
| San Martín | 37.464 | 1.528 | 4 |
| General Alvear | 28.181 | 1.260 | 4,5 |
| Capital | 111.633 | 5.627 | 5 |
| Tunuyán | 17.256 | 874 | 5 |
| Las Heras | 25.548 | 1.678 | 6 |
| Rivadavia | 24.907 | 1.452 | 6 |
| Lavalle | 14.126 | 1.056 | 7,5 |
| La Paz | 6.731 | 549 | 8 |
| San Rafael | 97.585 | 7.349 | 7,5 |
| Tupungato | 7.426 | 632 | 8,5 |
| Junín | 19.304 | 1.768 | 9 |
| Santa Rosa | 7.978 | 917 | 11,5 |
| Total | 605.058 | 30.706 | 5 |

Cuadro N° 3: Provincia de Mendoza: Morbilidad Infectocontagiosa. Porcentajes de enfermos en relación con la población total. 1948. Fuente: Elaboración propia sobre la base de los datos extraídos de Series Estadísticas de la Provincia de Mendoza, Número Especial del Boletín Informativo (N°4), Instituto de Investigaciones Económicas y Tecnológicas, 1949, p. 8.

76 Anuario. Síntesis Estadística de la Provincia de Mendoza, Mendoza, 1954, p. 47

77 *Los Andes*, 10-8-1947, p 5; 12-8-1947, p. 6; 18-3-1949, p.4; *Diario El Comercio*, 12-8-1947, p. 4; 18-3-1948, p. 4; 31-5-1948, p. 5.

78 Guibourdenche de Cabezas, Martha (1956). San Rafael visto a través de las estadísticas, Mendoza; Anuario. Síntesis Estadística de la Provincia de Mendoza, 1953, p. 46.

4. Los años 50: un balance sobre los éxitos y fracasos del proyecto político

El proceso de centralización sanitaria del primer peronismo retomó algunas iniciativas de las décadas previas. El traspaso de dependencias municipales, una estructura sanitaria basada en un comando único, y una mayor expansión del Estado hacia nuevos ámbitos fueron algunas prácticas que se observaron a mediados de los años 30. Sin embargo, las transformaciones sustanciales se produjeron con la creación del Ministerio de Salud Pública Provincial en 1950, algo que otorgaría mayor fortalecimiento a las capacidades de intervención debido a la creación de nuevas agencias estatales. Sin embargo, dicha reestructuración no contó con las bases económicas suficientes para lograr una prestación integral de los servicios, ya fuera porque distintas coyunturas económicas incidieron negativamente en las finanzas provinciales, o bien porque la política de gobierno se orientó al incrementar el aparato burocrático. Si bien el aumento de personal de la repartición, principalmente de profesionales, fue una medida necesaria frente a la complejidad que había adquirido la estructura sanitaria provincial, tuvo como contrapartida la restricción en otros gastos, manifestándose principalmente en las zonas rurales, con menores posibilidades de financiamiento para la marcha de los establecimientos.

La obra pública de carácter médico asistencial tuvo una importancia fundamental tanto para el conservadurismo como para el primer peronismo, aunque ambos gobiernos tuvieron que sortear problemas de recursos que imposibilitaron, en algunas oportunidades, el desarrollo de la obra pública de manera continua y sin interrupciones. No debe negarse sin embargo, el avance en materia de trabajos públicos, adquiriendo mayor dimensión entre las décadas de 1940 y 1950, en parte, porque se partía de planes orgánicos, y se superaba la falta de previsiones y de estudios técnicos que caracterizó a la etapa anterior. En el marco de una planificación destinada a reducir disparidades entre territorios, la obra pública fue proyectada para cubrir diferentes zonas de la provincia, el área urbana con los hospitales de mayor complejidad (urbanos, regionales), y la campaña con los hospitales rurales y las salas de primeros auxilios, caracterizándose los inicios de los 50 como la etapa de finalización de mayores obras.