



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR

DEPARTAMENTO DE HUMANIDADES

TESIS DOCTOR EN HISTORIA

**UNA APROXIMACION A LA HISTORIA DE LA SALUD EN RIO NEGRO,
CHUBUT Y NEUQUEN. DEL TERRITORIO A LA PROVINCIALIZACION.**

LIC. RUBEN ANGEL SUAREZ

Bahía Blanca

Argentina

2014

RESUMEN

El desarrollo de esta tesis se propone estudiar los subsectores de salud pública de las provincias de Río Negro, Chubut y Neuquén, a partir del análisis de su génesis institucional. Estas provincias irrumpen en el escenario nacional con plenos derechos de ciudadanía a fines de la década del '50.

La inestabilidad propia del período, produjo fuertes contradicciones hacia el interior de las sociedades regionales y de sus aparatos institucionales, ya que al mismo tiempo que accedían al ejercicio pleno de su autonomía, eligiendo democráticamente a sus autoridades, esos nuevos gobiernos se veían constreñidos tanto por el contexto nacional de discontinuidad política como por su causa más evidente, la proscripción del peronismo.

Se inscribe esta tesis dentro de lo que se define como la historia de la salud pública, la cual está desarrollada desde una perspectiva histórica-institucional regional. Esta temática tiene en cuenta la dimensión política de la salud pública, el rol del Estado, las relaciones de poder y la organización del sector médico, en un contexto donde adquieren especial relevancia las relaciones entre las instituciones de salud y las estructuras económicas, sociales y políticas.

La fase final del proceso de provincialización de los Territorios Nacionales mencionados fue resuelta en poco más de un año. Esta circunstancia, implica que en ese corto tiempo fueron concretizados los aspectos burocráticos-administrativos necesarios para el nuevo status jurídico. Al mismo tiempo y a nivel de la sociedad regional, distintos sectores integrantes de ese conjunto, como la organización de la medicina privada, tuvieron la oportunidad de manifestarse, tanto en el marco estrictamente político al participar directamente de los procesos electorales o posicionando sus intereses económicos en la nueva estructura provincial.

PREFACIO

Esta Tesis se presenta como parte de los requisitos para optar al grado académico de Doctor en Historia, de la Universidad Nacional del Sur y no ha sido presentada previamente para la obtención de otro título en esta Universidad u otra.

La misma contiene los resultados obtenidos en investigaciones llevadas adelante a título personal entre el mes de abril del año 2008 y el mes de mayo del año 2014, bajo la dirección de la Profesora Dra. Mabel Cernadas, del Área de Historia Argentina y Americana. Se deja constancia que el director original de esta tesis fue el Dr. Pedro Navarro Floria, de la Universidad Nacional de Río Negro, pero su fallecimiento el domingo 5 de diciembre del año 2010, hizo que asumiera esa responsabilidad en forma directa, la Dra. Mabel Cernadas, co-directora del proyecto, tal cual lo exige el reglamento de posgrado de esta casa.

Departamento de Humanidades
Universidad Nacional del Sur

AGRADECIMIENTOS

En nuestro país, el conocimiento y la capacitación permanente siguen siendo un valor y en ese sentido debo destacar la tarea que lleva adelante la Universidad Nacional del Sur de Bahía Blanca para continuar, entre otras cosas, con el no arancelamiento para los programas de Posgrado. Muchos son los factores que hacen esto posible, pero son más visibles el esfuerzo, la dedicación y la convicción de aquellos que desde hace mucho tiempo, han asumido con total responsabilidad, generosidad y solidaridad, que la educación gratuita en la Argentina es una forma de construcción de ciudadanía y por lo tanto es un hecho político.

Debo mencionar en primer término mi agradecimiento a la predisposición de la Dra. Mabel Cernadas de Bulnes, quién orientó y dirigió esta tesis y permitió con su esfuerzo y dedicación, la concreción de la misma. Es necesario expresar que su labor dentro de la Universidad excede lo meramente formal, y desde hace ya mucho tiempo, la distingue su enorme capacidad y valentía para asumir desde su compromiso personal, la difícil responsabilidad que significa asegurar el tránsito del posgrado en las mejores condiciones posibles.

Destaco y agradezco además, el buen clima de trabajo profesional y sobre todo, el respeto y la dedicación a la tarea que se me brindó en todo momento, no sólo en el ámbito educativo específico sino también, de parte de aquellos integrantes de la institución dedicados a las tareas administrativas y de seguimiento del proyecto. De la misma manera hago mención al Dr. Pedro Navarro Floria quien acompañó los primeros tramos de esta investigación, brindando su confianza y atención con total profesionalismo. Agradezco a la distancia a la Dra. Martha Ruffini, quién durante mi tránsito por el profesorado de Historia del Centro Universitario Zona Atlántica de la Universidad Nacional del Comahue, en Viedma, brindó su ejemplo de total compromiso y asumió la responsabilidad plena de la defensa de la educación pública. También mi agradecimiento sincero a la Prof. Rosana Fondrini de Viedma, por su mirada comprensiva y esclarecedora.

Asimismo debo decir que las metas que se logran a nivel individual siempre son producto de esfuerzos colectivos que deben ser rescatados y valorados en toda su

dimensión. Es necesario saber que la decisión de incorporarme al programa de posgrado de la Universidad Nacional del Sur, fue una decisión familiar y de esa manera se asumieron todos los riesgos, esfuerzos, incomodidades y demás aspectos que conlleva una actividad de este tipo. Por lo tanto, la compañera que me regaló la vida, Rosita Arrascoyta, hizo suyo el proyecto y con su presencia imprescindible, acompañó del principio al fin todo este proceso educativo.

Asimismo, son muchas las personas que desde el anonimato y distintos lugares de pertenencia, casi todos ellos alejados del mundo académico, hicieron posible este presente a partir de su apoyo, amistad, preocupaciones y sentimientos comunes. En tal sentido debo nombrar a mi familia ampliada de Río Colorado, Viedma, Patagones y el Balneario El Cóndor, con quienes comparto los días y los sueños, porque ellos me ayudaron a encontrar mi lugar en el mundo.

Por último, la presente tesis está expresamente dedicada al recuerdo de Juan Angel Suárez y a Esther Gullacci, mi familia, a quién disfruté poco, pero lo suficiente como para aprender, que todo esfuerzo nunca es en vano y que todo llega en algún momento, solamente hace falta no dejar de soñar.

También está dedicada a la memoria y al compromiso militante de Liliana Pizá, estudiante del Depto. de Humanidades de esta Universidad, nacida en Río Colorado el 25 de mayo de 1952, secuestrada en la localidad bonaerense de Berisso, el 26 de abril de 1977 y trasladada al centro clandestino de detención "La Cacha", en Olmos. En el mismo sentido, para Elsa "Coca" Pablo, también nacida en Río Colorado, secuestrada en la provincia de Córdoba en Julio de 1976 y llevada al centro clandestino de detención "La Perla". Ambas compañeras permanecen aún hoy desaparecidas, y todos las seguimos buscando. Sus familias me brindaron generosamente su comprensión en momentos difíciles y hoy comparto esta nueva realidad.

A Oscar Meilán y Vilma Rial, sobrevivientes de "La Escuelita". A Cristina Cévoli y al recuerdo permanente de Eduardo "Bachi" Chironi. Todos ellos me brindaron trabajo, amistad y un lugar en sus familias, lo que me ayudó a construir un futuro. "Bachi" Chironi, hace un tiempo que nos dejó, producto de las secuelas que le quedaron luego de su paso por "La Escuelita" de Bahía Blanca, pero sus palabras fueron la fuente necesaria para aceptar

este desafío: *Los sueños de los compañeros, son un compromiso más para nosotros en nuestra tarea de repensar la historia y la memoria.*

A Juan Bautista Devesa, uno de mis amigos-hermanos de Río Colorado, junto a Roberto, Omar, Rúben y sus familias. Siempre recordaré de Juan, su mirada, sus silencios y su compromiso de amigo sin límites.

A Maite Abascal y a la Prof. “Negra” Barrionuevo. Hoy ya no están, pero ambas me ayudaron desde distintos lugares, a descubrir la otra historia.

Y a Ramón Minieri, quién me honra desde hace mucho tiempo con su amistad. En su momento recorrió los pasillos de la Universidad Nacional del Sur y por la intolerancia y la irracionalidad del poder de turno, nunca más pudo volver.

Muchas gracias a todos. *Rubén Ángel Suárez*

INDICE DE ABREVIATURAS

AHP: Archivo Histórico Provincial, Provincia de Chubut

AIG: American International Group

AMM: Asociación de Médicos Municipales de la ciudad de Buenos Aires

BM: Banco Mundial

CGP: Confederación General de Profesionales

COMRA: Confederación Médica de la República Argentina

CONFEMEL: Confederación Médica de América Latina y el Caribe

COPADE: Consejo de Planificación y Acción para el desarrollo de la provincia de Neuquén

CPSP: Consejo Provincial de Salud Pública de la provincia de Río Negro

CRSP: Consejo Regional de Salud Pública de la provincia de Río Negro

CTA: Central de Trabajadores Argentinos

CURZA: Centro Regional Zona Atlántica de la Universidad Nacional del Comahue

FEMECA: Federación Médica de la Capital Federal

FMI: Fondo Monetario Internacional

IMCA: International Managed Care Advisors

IMG: International Medical Group

MMH: Modelo Médico Hegemónico

OMS: Organización Mundial de la salud

OPS: Organización Panamericana de la salud

UBA: Universidad de Buenos Aires

UCRI: Unión Cívica Radical Intransigente

UCRP: Unión Cívica Radical del Pueblo

UTA: Unión Tranviarios Automotor

(En todas las citas se ha respetado la ortografía, la gramática y la sintaxis original).

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	I
PREFACIO	II
AGRADECIMIENTOS	III
INDICE DE ABREVIATURAS	VI

I. INTRODUCCION

- I.1. Presentación y delimitación del objeto de estudio (2)
- I.2. Hipótesis y objetivos (5)
- I.3. Estado de la cuestión: recorrido historiográfico (7)
- I.4. Territorio teórico-metodológico (16)
- I.5. Estructuración de la tesis (24)

II. PRIMERA PARTE

Política y salud pública. El espacio sanitario en la Argentina (27)

Capítulo 1

- 1. Reformismo social y salud: la provisión de la atención médica (28)
 - 1.1. El positivismo como marco de las políticas públicas de intervención social (32)
 - 1.2. Las “multitudes” argentinas entre el higienismo y el sanitarismo (37)

Capítulo 2

- 2. Cambios en el modelo de acumulación y su relación con el paradigma sanitario (47)
 - 2.1. Nuevas estrategias de intervención en la salud pública (48)
 - 2.1.1. Aspectos generales de la salud pública durante el peronismo desde los inicios con Ramón Carrillo a la Fundación Eva Perón (48)
 - 2.1.2. El proceso de construcción de un nuevo paradigma social: de la “ayuda social” del peronismo a las “políticas sociales” del desarrollismo (53)
 - 2.2. Políticas sanitarias nacionales y su relación con los organismos internacionales de salud (58)
 - 2.2.1. Una forma de intervención acotada: La presencia de la OPS en la Argentina durante la gestión de Ramón Carrillo (60)
 - 2.2.2. Formas de intervención ampliadas a partir de la Revolución Libertadora: El Informe de la OPS del año 1957 como antecedente inmediato de la atención gerenciada para la salud en América Latina durante la década del '80 (63)
 - 2.3. Cambios en el modelo de acumulación y su relación con el paradigma sanitario (66)

Capítulo 3

3. La política como nueva forma de intervención en salud. La corporación médica entre la adhesión y la oposición al peronismo (69)

3.1. La huelga médica de 1958. De conflicto gremial a enfrentamiento político (76)

III. SEGUNDA PARTE

Los subsectores de salud públicos de las provincias de Río Negro, Chubut y Neuquén (81)

Capítulo 4

4. De territorio a provincia. Transición política y nueva institucionalidad en un proceso de participación ciudadana restringido (82)

4.1. El discurso fundacional y la materialización del subsector público de salud (90)

Capítulo 5

5. Condicionamientos tempranos en el subsector de salud de Río Negro. Un modelo acotado (94)

5.1. Antecedentes sobre el sistema de salud pública en el Territorio de Río Negro (97)

5.2. La etapa de la provincialización (99)

5.3. La materialización del subsector público de salud. De la Conferencia Médica de San Carlos de Bariloche a la sanción de la ley n° 60 de 1959 (100)

5.4. Etapa de las Intervenciones Federales. 1955-1958 (100)

5.4.1. Espacios de poder políticos corporativos: la organización médica preexistente (103)

5.4.2. Conferencia médica de San Carlos de Bariloche (110)

5.4.3. Creación del Consejo Provincial de Salud Pública (CPSP) 1959. La transferencia de los hospitales nacionales a la jurisdicción provincial (113)

5.5. La Convención Constituyente. Las discrepancias por los intereses regionales (119)

5.5.1. La salud en la Constitución de 1957 de la provincia de Río Negro (122)

5.6. La etapa de primer gobierno constitucional. La sanción de la ley n° 60 del año 1959 (126)

5.6.1. La creación del subsector de salud público y su relación con las necesidades político-institucionales. Lo fundacional como concreción de las aspiraciones de grupo (130)

5.6.2. Consecuencias de la sanción de la ley 60. Las estrategias de intervención del colegiado médico y la respuesta del sector gubernamental (135)

Capítulo 6

6. La encrucijada sanitaria de Chubut. Las intencionalidades estatales y los liderazgos del sector médico organizado (141)

6.1. Distintos momentos en el análisis de la formación del subsector público de salud: del sistema territorialiano a la sanción de la ley n° 60/58 de Asistencia Hospitalaria y Organización de la Asistencia Social (143)

6.2. Los antecedentes de la salud pública (145)

- 6.3. El período de la última Intervención Federal del gobierno provisional (148)
- 6.4. El sector médico corporativo (151)
- 6.5. La Convención Constituyente y la salud pública (159)
- 6.6. El primer gobierno Constitucional. De discurso del gobernador el 1 de mayo de 1958 a la sanción de la ley n° 60/58 (169)
- 6.7. De las continuidades a las rupturas. Los intereses corporativos durante el primer gobierno constitucional. La controversia entre AMECH y la Dirección de Salud Pública a cargo del doctor José Francisco Franzó (173)
- 6.8. La sanción de la ley n° 53/58: Dirección General de Salud Pública y Seguridad Social. Entre la “seguridad social” y la “asistencia social” (178)
- 6.9. Ley n° 60/58. Ley de Asistencia Hospitalaria y Organización de la Asistencia Social (184)

Capítulo 7

7. Equilibrios y adecuación en la construcción de la organización sanitaria de Neuquén (192)
 - 7.1. Distintos momentos en el análisis de la formación del subsector público de salud: del sistema territorialiano al primer discurso de campaña del candidato a gobernador Felipe Sapag en 1962 (194)
 - 7.2. El sector médico organizado (200)
 - 7.3. Acciones en el área sanitaria durante la última intervención federal y el primer gobierno constitucional (202)
 - 7.4. La Convención Constituyente de 1957 y el mandato constitucional en salud pública(204)
 - 7.5. El gobierno de Angel Edelman y Alfredo Asmar. Hacia el discurso de Felipe Sapag(212)

IV. CONCLUSIONES (221)

V. BIBLIOGRAFIA Y FUENTES (245)

VI. ANEXO (262)

Cuadro n° 1: Convencionales Constituyentes de Río Negro. 1957.

Cuadro n° 2: Primera Legislatura de Río Negro

Cuadro n° 3: Esquema de las diferentes etapas del proceso de enunciación y materialización del discurso fundacional del subsector público de salud. Provincia de Río Negro.

Cuadro n° 4: Convencionales Constituyentes de Chubut. 1957.

Cuadro n° 5: Primera Legislatura de Chubut.

Cuadro n° 6: Esquema de las diferentes etapas del proceso de enunciación y materialización del discurso fundacional del subsector público de salud. Provincia de Chubut.

Cuadro n° 7: Convencionales Constituyentes de Neuquén. 1957.

Cuadro n° 8: Esquema de las diferentes etapas del proceso de enunciación y materialización del discurso fundacional del subsector público de salud. Provincia de Neuquén.

I. INTRODUCCION

I.1. **Presentación y delimitación del objeto de estudio**

La presente tesis, aborda el proceso de construcción de los subsectores de salud en las provincias de Río Negro, Chubut y Neuquén, a partir de la provincialización de los Territorios Nacionales que se inicia en 1955. El recorte espacial de la Patagonia norte y central es una opción resultante de observar a tres provincias que nacen institucionalmente en el mismo momento histórico y comparten idéntico signo político. Durante este proceso, sus trayectorias individuales presentaron resultados disímiles en lo referido al esquema sanitario resultante.

Como el objeto de esta tesis está referido a la concreción del sector de salud pública en nuevas provincias que se incorporan al Estado Nacional, es necesario conceptualizar brevemente sobre lo que realmente define el término, en este caso a escala provincial.

Las formas de organización de la salud en nuestro país son básicamente tres, la estatal o pública, la ofrecida por las obras sociales y la privada. El sector público está integrado por una red de hospitales de jurisdicción nacional, provincial o municipal, y por centros de salud de baja complejidad, destinados sobre todo, a responder a los problemas más comunes de las comunidades locales. La seguridad social conformada por las obras sociales es un sector sumamente heterogéneo y complejo. Según su naturaleza institucional se agrupan en organizaciones sindicales, estatales, provinciales, de personal directivo y de administración mixta, en donde su dirección está integrada por representantes del Estado y de los beneficiarios. El subsector privado está compuesto por una extensa red de consultorios que funcionan de forma autónoma o dependiente de sanatorios, clínicas o centros de diagnóstico, propiedad de individuos o de sociedades anónimas. Este sector presta servicios a pacientes particulares o provenientes de obras sociales de los prepagos médicos. Esta última categorización surge de la iniciativa de empresas aseguradoras, grupos financieros, de profesionales o de entidades no médicas. El perfil sumamente diversificado y heterogéneo que presenta el sistema sanitario argentino es el resultado de un proceso histórico¹.

¹ Graciela Vidiella, *El derecho a la salud*, Buenos Aires, Eudeba, 2000, pp. 102-103. Véase también: Horacio Luis Barragán; Adriana Moiso; María de los Angeles Mestorino y Oscar Alfredo Ojea, *Fundamentos de Salud Pública*, La Plata: Edulp; 2007. Susana Belmartino, *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores Argentina, 2005. Jorge Katz y colaboradores, *El sector salud en la República Argentina, su estructura y comportamiento*, Buenos Aires, Fondo de Cultura

La existencia de un sector de salud pública dependiente del Estado central, durante el período de los Territorios Nacionales anterior a 1955, dio inicio al proceso de construcción del sistema de salud de las provincias. De esta manera, comienza una trayectoria de construcción sanitaria institucional, que recorre el fin de la época territorialiana, la etapa de transición de las Intervenciones Federales y los primeros momentos de los gobiernos provinciales. Se debe tener en cuenta que la efectivización de los subsectores de salud pública, está vinculado al contexto social y temporal.

Cuando se logró generar un discurso, que en alguna medida, implicó una intencionalidad institucional fundacional específica en cada una de las provincias, consideramos que esa circunstancia marca el fin del proceso de conformación del subsector de salud público provincial.

El discurso fundacional derivó en un corpus legislativo propio, lo cual materializó la organización del sector y creó un ámbito nuevo, el sanitario, en donde el Estado comenzó a responder nuevas demandas y garantizar derechos de inclusión social. De esta manera, el proceso de provincialización y los primeros momentos de los nuevos gobiernos constitucionales provinciales, constituyen el núcleo central de la problemática de esta tesis referida a la salud pública. El espacio temporal elegido está acotado por el período comprendido entre el derrocamiento del peronismo en 1955 y la puesta en marcha de las legislaturas provinciales, donde, la sanción de las leyes constitutivas de los aparatos de salud, en algunos casos se producen en 1959, y en otros recién a comienzos la década de 1960.

La construcción histórica del Estado, la Nación y la sociedad desde las últimas décadas del siglo XIX, dio inicio a un complejo sistema de interacciones, que conformaron el andamiaje de construcción social en el cual fueron definidos diferentes planos y componentes que estructuraron la vida social organizada².

Estos planos se muestran con un orden determinado, cuya especificidad depende de circunstancias históricas complejas y también de los problemas y desafíos que se le presenten al propio proceso de construcción social en el tránsito de su desarrollo histórico³.

Económica, 1993. Hugo Arce, *El sistema de salud. De dónde viene y hacia dónde va*, Buenos Aires, Prometeo Libros, 2010.

² Oscar Oszlak, *La formación del Estado argentino*, Buenos Aires, Emecé Editores, 2009, p. 15.

³ *Ibídem*

Por lo tanto, dentro de esta instancia de realización del andamiaje estatal, es primordial tener presente, las relaciones existentes entre los sujetos que en la época definieron tanto las estrategias como los dispositivos estatales de dominación social. De la misma manera, es necesario observar las subjetividades y experiencias de las poblaciones que reconocían, se apropiaban y/o rechazaban la legitimidad de lo anterior⁴. Estas consideraciones se deben entender dentro de un esquema espacial que contempla no solo el gran espacio nacional sino también el ámbito territorial, ya que durante casi setenta años, el Estado central definió el orden institucional donde se desarrollaron las experiencias políticas de esos habitantes.

Estos nuevos gobiernos enfrentarán la responsabilidad de dar respuestas a demandas que hasta poco tiempo atrás eran atendidas por el Estado central. Durante toda la época territorialiana, esa sociedad no solamente hizo explícita sus exigencias de autonomía y provincialización en términos de inclusión a la titularidad de los derechos políticos, sino que también reclamó sobre necesidades en áreas específicas como educación, salud, justicia, economía y política comunal⁵. Lo territorialiano, se constituye en una categoría analítica válida que complejiza la problemática⁶, y la exigencia de autonomías, tendrá como resultado la construcción de subjetividades e identidades propias.

Esto nos permite preguntarnos, si realmente en la construcción de estos nuevos sectores estatales, ahora con la autonomía propia que da la entidad provincial, se plasmó la voluntad de concretizar esas aspiraciones históricas. Al intervenir en forma directa o indirecta factores múltiples que formaron parte del proceso, se pusieron en evidencia nuevos componentes en lo que hace al plano de salud, entre la sociedad regional y el estado emergente. Esto se produjo dentro de un esquema de tres dimensiones, en donde la política social internacional, la política sanitaria nacional y las tendencias hospitalarias generaron múltiples espacios de articulación, mediación y conflictos⁷.

⁴ Germán Soprano, “Estados nacionales, regiones y fronteras en la producción de una historia social de orden estatal en América Latina”, en: Ernesto Bohoslavsky y Milton Godoy Orellana (editores), *Construcción estatal, orden oligárquico y respuestas sociales. Argentina y Chile, 1840-1930*, Buenos Aires, Prometeo Libros, Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento, 2010, p. 323.

⁵ Mario Arias Bucciarelli, “Los territorios nacionales como problema historiográfico. Avances, perspectivas desafíos”, *III Jornadas de Historia Política, VI Jornadas del Programa Historia Política. Las provincias en la política nacional*, Facultad de Derecho, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, 30 de septiembre y 1 de octubre de 2013.

⁶ *Ibidem*

⁷ Hugo Arce, *El sistema de salud: de dónde viene y hacia dónde va*, Buenos Aires, Prometeo Libros, 2010, p. 21.

I.2. Hipótesis y objetivos

En función de lo antedicho, el presente trabajo se propone estudiar los subsectores de salud pública de las provincias de Chubut, Neuquén y Río Negro, a partir del análisis de su génesis institucional de 1955 en adelante. El mismo está enmarcado en el período de estructuración del sistema institucional provincial en su conjunto, que comprende al subsector de salud pública. Dicho período se ajusta a este propósito, ya que de esta manera se delimita el entorno temporal fundacional de las instituciones que a partir de ese momento, definirán y llevarán adelante las políticas públicas del sector.

La fase final del proceso de provincialización de los Territorios Nacionales mencionados se concretó en poco más de un año. Esta circunstancia, implicó que en ese corto tiempo no solo fueron definidos aspectos burocráticos-administrativos necesarios para el nuevo status, sino que a nivel de la sociedad regional, gran parte de los distintos sectores integrantes de ese conjunto, ahora ya con plenos derechos, tuvieron la oportunidad de manifestarse a partir de su participación durante los procesos electorales o posicionando sus intereses económicos y sociales en la nueva estructura provincial. Se debe advertir, que al estar el peronismo proscrito, una parte de la sociedad provincial no participó en esta fase final del proceso de provincialización.

Este es el momento,

“en que el Estado se corporiza interrelacionándose con la sociedad, es decir que se produce la yuxtaposición de lo político con lo económico, y aparecen tanto, el nuevo aparato burocrático como la clase política, con intereses y fines propios”⁸.

Dentro de este esquema, se definieron los actores que interesan para el desarrollo de esta tesis, representados en el sector político gubernamental, el político partidario y las nuevas sociedades provinciales con sus distintos segmentos participativos. Esto permitió generar una pregunta inicial, que se orientó a dilucidar: ¿cuáles fueron las condiciones sociales y políticas que caracterizaron al período y qué grado de intervención tuvieron a su vez los distintos sectores sociales para manifestarse e interactuar en la construcción del subsector público de salud?

⁸ Orietta Favaro y Horacio CAO, “Los Estados provinciales. Una conceptualización provisoria”, en: Orietta Favaro (coord.), *Sujetos sociales y política. Historia reciente de la Norpatagonia Argentina*, Buenos Aires, La Colmena, 2005, p. 37.

A su vez, y en función de las problemáticas señaladas se abren interrogantes que ayudan a completar nuestro esquema de análisis: ¿Es posible visualizar en el proceso de construcción de los subsistemas de salud pública la intervención de estructuras organizadas del sector médico privado? ¿Existieron formas de organización que se constituyeron en fuerzas orientadoras de políticas públicas? ¿De qué manera se articularon las orientaciones políticas sanitarias generadas desde la sociedad regional con las propuestas por el gobierno central en los nuevos escenarios provinciales? ¿En qué medida asumieron los nuevos estados provinciales la responsabilidad plena del diseño de las estructuras de salud pública provincial?

El planteo que conllevan estos interrogantes serán explicitados caracterizando las distintas etapas del proceso de construcción de los subsectores públicos de salud, identificando las influencias de las políticas sanitarias nacionales durante la organización de los subsectores de salud pública provinciales y reconociendo las representaciones de la sociedad regional, en un escenario de tensiones y conflictos de intereses durante el período de estructuración del sistema institucional provincial.

La **hipótesis general** se sostiene sobre el supuesto de que durante el proceso de construcción de los aparatos institucionales provinciales tanto de Chubut, Neuquén y Río Negro, hubo intervenciones directas de fuerzas sociales que se constituyeron en orientadoras de los modelos de salud pública adoptados. Para nuestro caso, estos sectores integrantes de la sociedad regional, estuvieron materializados en el sector médico organizado, cuya presencia fue más que significativa en la constitución de los subsectores de salud públicos provinciales. El accionar de los mismos permitió distinguir distintas estrategias de intervención, las que se manifestaron en forma directa, indirecta o tangencial.

A partir de esta idea general y como **hipótesis subsidiaria**, sostenemos que la intervención del colegiado médico fue producto de una estrategia conjunta desarrollada entre el actor gubernamental y la sociedad médica, lo que permitió que éste último sector expresara libremente sus intereses particulares en consonancia con las tendencias sanitarias vigentes en la época. Asimismo, y como complemento de lo anterior, se afirma que esto fue posible porque desde el poder político, tanto el emanado del orden nacional como desde el nuevo poder provincial, se generaron las condiciones necesarias para que el sector médico se transforme en actor principal del proceso de construcción del área de salud. Ello

posibilitó su presencia efectiva no sólo en la etapa de la transición institucional, sino también, durante la construcción del marco legal constituyente de los aparatos de salud pública provinciales y en la etapa posterior de la continuidad constitucional.

El **objetivo general** consiste en conocer desde el punto de vista sanitario las condiciones sociales y políticas que caracterizaron el período, momento en el cual los diferentes actores sociales interactuaron en este proceso de construcción colectiva. Para tal fin nos focalizaremos inicialmente en la definición del campo de estudio, constituido para nuestro caso por el escenario nacional y por los espacios territorianos/provinciales, como así también por la emergencia del entramado institucional social y político, tanto el preexistente como el recientemente inaugurado.

Los **objetivos específicos** determinan el modo en el que se articularon los intereses entre los distintos actores sociales, conformados ahora como fuerzas concurrentes dentro de un mismo proceso. De la misma manera, se trató de determinar si en alguna de las tres provincias, el sector sanitario constituyó un marco identificador y de reconocimiento social particular. Se sumó a esto, la posibilidad de ponderar la producción de poder que la sociedad civil generó a partir de la provincialización y del funcionamiento de las instituciones que la representaban en el plano estatal. Para finalizar se trató de reconocer la forma en que se compatibilizaron estas expectativas y reclamos que esa sociedad dirigió hacia el Estado, cuál fue su respuesta y qué canales de mediación/negociación, habilitó para la satisfacción de esas demandas.

I.3. Estado de la cuestión: recorrido historiográfico

La línea de trabajo desarrollada en esta tesis, se referencia en la producción bibliográfica de lo que se conoce como historia de la salud pública, cuyo énfasis no está puesto, en los problemas de la salud individual, sino en la de los grupos. Ella consiste en el estudio de las acciones políticas implementadas para preservar o restaurar la salud colectiva en los momentos en que el estado o algunos sectores de la sociedad impulsan acciones destinadas a combatir ciertas enfermedades a partir de una evaluación que excede lo estrictamente médico. En este sentido se contemplan factores políticos, económicos, culturales, científicos y tecnológicos.

La literatura existente seleccionada permite reconocer al menos dos líneas interpretativas sobre la salud pública y que tienen relación directa con nuestra tesis, inscribiéndola en un marco referencial nacional y también latinoamericano.

Para la primera de estas líneas, los trabajos de Eduardo Menéndez⁹ referidos al modelo médico hegemónico (MMH), analizan el rol del saber médico como coedificador de una nueva y moderna sensibilidad, ya que estudia la forma en que se consolida el monopolio del derecho de curar y su influencia sobre grupos concretos, referenciados éstos en los enfermos, las clases populares, la mujer, los adolescentes y los homosexuales. Eduardo Menéndez ha descrito un modelo médico biologista, individualista, pragmático y ahistórico, que al articularse con los sectores sociales dominantes, se incorpora protagónicamente a los saberes y prácticas hegemónicas del poder en sus procesos de producción y reproducción. Este aspecto se desarrollará en el apartado destinado al marco teórico metodológico.

Una segunda línea de trabajo está representada por la construcción de una historia de la salud a partir de un examen de la génesis, desarrollo y crisis del asistencialismo estatal o de la profesionalización y la emergencia de las instituciones de atención sanitaria. El reciente trabajo de Norma Isabel Sánchez¹⁰ permite avanzar el relato histórico referenciado a partir de la república liberal, momento en que se manifiestan nuevos paradigmas en el área de salud lo que dará inicio a inéditas formas de entender la salud pública a partir del relacionamiento del Estado con la sociedad civil.

Uno de los aportes más importantes fue el realizado por el doctor Ramón Carrillo¹¹, en sus escritos durante las décadas del cuarenta y cincuenta. En ellos planteaba la responsabilidad del Estado como actor necesario e insustituible en la administración y el financiamiento de la salud con el fin de impulsar mayores niveles de bienestar y por lo tanto, asegurar el ingreso a todos los individuos a la condición de ciudadanos. Esto debería hacerse no sólo en el sentido formal de igualdad ante la ley y goce de los mismos derechos políticos, sino en el sentido de que todas las personas, son merecedores de una vida digna. El Estado, mediante su aparato burocrático, sería el encargado de suministrar condiciones

⁹ Eduardo Menéndez, "Modelo hegemónico, crisis socio-económica y estrategias de acción en el sector salud", Rosario, *Cuadernos Médicos Sociales* n° 33, 1985.

¹⁰ Norma Isabel Sánchez, *La higiene los higienistas en la Argentina (1880-1943)*, Buenos Aires, Sociedad Científica Argentina, 2007.

¹¹ Ramón Carrillo, *Planes de Salud Pública. Obras completas*, Tomo IV, Buenos Aires, Eudeba, 1974.

mínimas de vida a todos los ciudadanos y por medio del uso del gasto público lograr el pleno estado de salud en los habitantes.

Dentro de esta línea de investigación, deben mencionarse los trabajos de Susana Belmartino¹², donde la historia de la atención médica aparece como uno de los tópicos más importantes de la sociedad argentina actual, los cuales son reconocibles en buena medida como problemas históricos. Es posible observar las dificultades, que tanto el Estado como las organizaciones de la sociedad civil tienen para arbitrar el conflicto por la delimitación de reglas y apropiación de recursos, la falta de respuesta a necesidades sanitarias básicas, la fragmentación de las identidades y los obstáculos que impiden la construcción de relaciones sociales fundadas en una solidaridad integradora. Dentro de este grupo, debe ser incluido el trabajo que la misma autora comparte con Carlos Bloch y Ernesto Báscolo¹³, como así también, las investigaciones de Hugo Doval, Ernesto Stein y Hugo Micucci¹⁴, dedicadas al análisis de los procesos de reforma de la atención médica en los escenarios locales producto de las reformas en los países centrales. En nuestro país, las reformas involucraron la transformación de los sistemas de atención médica y adquieren relevancia particular, ya que las modificaciones implementadas fueron motivo de intensa polémica. A esta investigación de Susana Belmartino se suma el trabajo colectivo de la autora con Carlos Bloch, María Isabel Carnino y Ana Virginia Persello¹⁵ dirigidas a estudiar las relaciones de poder y los impactos sociales de la enfermedad, las consecuencias en materia de intervenciones en salud pública y la construcción de la infraestructura sanitaria básica, lo cual completa el marco teórico referencial.

Las reformas que se dieron hacia el interior del sistema de salud argentino, también aparecieron en otros países de la región, y hay investigaciones dedicadas al tema desde una

¹² Susana Belmartino, *La atención médica argentina en el siglo XX: instituciones y procesos*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores Argentina, 2005. Susana Belmartino, "Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo", *Desarrollo Económico*, vol. 35 N° 137, Buenos Aires, Abril-Junio 1995. Susana Belmartino, "Servicios de salud y sistema político: Argentina, Brasil y Chile entre 1920 y 1970", en: Diego Armus (compilador), *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2005.

¹³ Susana Belmartino; Carlos Bloch, Ernesto Báscolo, *Reforma de la atención médica en escenarios locales: 1990-2000*, 1° ed. Buenos Aires, Lugar, 2003.

¹⁴ Hugo Doval, "La medicina, los medios y la estructura social. Aportes para el desarrollo histórico y la situación actual en la Argentina", en: Hugo Micucci; Hugo Doval y Ernesto Stein (1992), *Salud: crisis del sistema. Propuestas desde la medicina social*, Buenos Aires, Agora, 1992.

¹⁵ Susana Belmartino; Carlos Bloch, María Isabel Carnino y Ana Virginia Persello; *Fundamentos ahistóricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina, 1940-1960*, Buenos Aires, OPS/OMS, 1991.

perspectiva comparativa, como los trabajos publicados por Celia Iriart, Emerson Elías Merhy y Howard Waitzkin¹⁶. El mismo, fue financiado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en conjunto con la Escuela de Medicina de la Universidad de Nuevo Méjico y publicado en nuestro país por el Instituto de Estudios y Formación de la Central de Trabajadores Argentinos (CTA), en mayo de 1999. Los autores analizaron el proceso de exportación de la atención gerenciada en salud (*managed care*), que se realizó principalmente desde los Estados Unidos de Norteamérica y su incorporó a países latinoamericanos como Argentina, Brasil, Chile y Ecuador. Se estudiaron los cambios sectoriales a nivel económico e ideológico para mostrarlos en su carácter de construcción social y no como consecuencias de procesos naturales. Se demostró que las transformaciones comenzaron a fines de la década de los 50, época en la que se recomienda a los gobiernos revisar sus sistemas sanitarios con el objetivo de lograr una adecuada relación costo/beneficio. Dentro de estos esquemas de reestructuración, se pusieron de manifiesto las estrategias de los distintos actores que forman parte del mismo, en este caso representados por multinacionales del tipo Exxel Group, American International Group (AIG), Internacional Medical Group (IMG), Internacional Managed Care Advisors (IMCA) y otras de singular importancia. Esto hizo posible afirmar, que la reforma de los sistemas de salud latinoamericanos, se inscribió en la lógica impuesta por el capital financiero multinacional, a partir de la reconfiguración capitalista que sobrevino luego de la crisis de mediados de la década del setenta.

La perspectiva nacional se analizó desde la producción científica de Jorge Katz¹⁷, que propuso un modelo interpretativo global de la evolución histórica del sector durante las últimas décadas, al mismo tiempo que examinó los aspectos sobresalientes del sector salud en distintas provincias argentinas.

Es importante destacar también el aporte de Mario Testa¹⁸, quién realizó un análisis crítico, desde la epistemología, con el objetivo de incorporar conceptos y categorías explicativas de la salud y sus problemáticas. Identificó dos conceptos, por un lado, la

¹⁶ Celia Iriart; Emerson Elías Merhy y Howard Waitzkin, *La atención gerenciada en América Latina. Su papel en la reforma de los sistemas de salud*, Buenos Aires, Instituto de Estudios y Formación Central de los Trabajadores Argentinos (CTA), 1999.

¹⁷ Jorge Katz y colaboradores, *El sector salud en la República Argentina. Su estructura y comportamiento*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1993.

¹⁸ Mario Testa, *Pensar en Salud*, Buenos Aires, Lugar, 2004.

totalidad y por el otro, la historicidad, lo que constituyó la base fundamental de su argumentación. El concepto de totalidad postula que la salud, en cuanto fenómeno social, no puede ser analizada en forma aislada, ya que requiere un esfuerzo de conceptualización global que considere todas las dimensiones que la determinan. Por otro lado, la historicidad supone, que lo social es una construcción a lo largo de un proceso temporal y que por lo tanto, los fenómenos sociales sólo pueden examinados como producto de procesos históricos, introduciendo de esa manera la necesidad de entender la relación entre la ciencia y el contexto histórico en que la misma se desarrolla, o sea, su inserción en el mundo real.

Por último, hay diferentes estudios que abordaron aspectos variados de la problemática salud-enfermedad, como el realizado desde la Universidad de Buenos Aires por Vicente Enrique Mazzáfero y colaboradores¹⁹. El mismo puso de manifiesto, que los problemas de administración, el desarrollo y la racionalidad de conducción para la salud, van ligados a una adecuada relación entre el conocimiento y la política. Asimismo, mencionamos, por la importancia que tienen sobre el desarrollo temático, los trabajos referidos exclusivamente a la salud durante el peronismo, como los elaborados por Karina Ramacciotti²⁰, que pone en evidencia los conflictos que en la época generó la Fundación Eva Perón frente a la capacidad de Ramón Carrillo para llevar adelante su gestión como Ministro de Salud Pública.

En lo que hace al aspecto general de la problemática de la salud en la Patagonia, son muy importantes los trabajos de María Silvia Di Liscia²¹ en forma particular, o en

¹⁹ Vicente Enrique Mazzáfero y otros, *Medicina y salud pública*, Buenos Aires, EUDEBA, 1999.

²⁰ Sobre la salud pública en el peronismo ver: Karina Ramacciotti, *La política sanitaria del peronismo*, Buenos Aires, Biblos, 2009. Karina Ramacciotti, *La Fundación Eva Perón y las mujeres: entre la provocación y la inclusión*, Buenos Aires, Biblos, 2008. También es importante Karina Ramacciotti, “Administración sanitaria: reformas y resultados obtenidos, Argentina (1946-1955) en: Ernesto Bohoslavsky y Germán Soprano (compiladores), *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*, Buenos Aires, Prometeo Libros, 2010. Se debe agregar para el segmento del peronismo también la obra de Peter Ross, *The Construction of the Public Health System in Argentina 1943-1955*, The University of New South Wales, Sydney, Australia, 2006. Disponible en: <http://electroneubio.secyt.gov.ar/index2.htm>.

²¹ Sobre los temas de salud territorianos se pueden consultar los trabajos de María Silvia Di Liscia, “Imaginario y derroteros de la salud en el territorio argentino. Los territorios nacionales (fines del XIX y principios del XX)”, *Entre pasados*, Revista de Historia, n° 33, ISSN: 0327-649-X-32. 2008, p. 49-69. María Silvia Di Liscia; *Dificultades y desvelos de un Estado interventor. Instituciones, salud sociedad en el interior argentino /La Pampa, 1930-1946*, Facultad de Ciencias Humanas, ULPam. María Silvia Di Liscia, “Cifras y problemas. Las estadísticas y la salud en los Territorios Nacionales (1880-1940), en: *Salud Colectiva*, vol. 5, núm. 2, mayo-agosto 2009, pp. 259-278, Universidad Nacional de Lanús, Argentina. Disponible: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73111763008>. María Silvia Di Liscia, “Instituciones ‘portátiles’. La sanidad en los Territorios Nacionales (1880-1910)”, en: Ernesto Bohoslavsky y Germán Soprano

asociación con Ernesto Bohoslavsky²². En lo que hace a las temáticas específicas provinciales, es escasa la producción bibliográfica sobre salud pública.

Para la provincia del Neuquén, se realizó en el año 1990²³, una investigación histórica dirigida por el Prof. José César Villaruel, en conjunto entre el Departamento de Historia de la Universidad Nacional del Comahue y el Ministerio de Salud Pública de la provincia del Neuquén. Al decir de los autores, dicho análisis se propuso sobre un sector de la realidad histórica regional, como es el sistema de salud de la provincia de Neuquén, puesto en marcha en los primeros años de la década del sesenta. Se trató por lo tanto, de establecer la historia social del proceso de gestación y desarrollo de un espacio sanitario que hasta ese tiempo carecía de antecedentes similares. Este espacio, que ocupa la investigación, no se reduce a un conjunto de conocimiento y su circulación, técnicas y prácticas, sino que, se presenta como una forma particular de ejercicio de lo político. Es decir, que si en el desarrollo de la medicina es posible detectar un poder organizador de la sociedad, en el perfil de la salud pública de la provincia del Neuquén se advierte una forma particular de aquella afirmación general: la capacidad de contribuir a construir un orden social que posee la oferta médico hospitalaria. El trabajo en cuestión no fue publicado en su totalidad y solamente se editó una “Primera Parte” con dos capítulos como contenido. El primero de ellos, realizó una caracterización del proceso de interacción entre Estado y sociedad provincial, que incluyó una síntesis del desarrollo histórico de construcción institucional desde la época territorialiana hasta 1962. Esto les permitió a los autores, plantear una hipótesis general referida a la oferta de la Salud Pública, la que, como integrante de políticas sociales, se articuló y participó del conjunto de procesos, merced a los cuales un orden político y un sistema social se constituyen y reproducen. El segundo capítulo, se dedicó a las principales acciones del subsector oficial de salud en la década del 60, sobre todo a los aspectos de planificación y programación que se llevaron adelante y su relación

(compiladores), *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*, Buenos Aires, Prometeo Libros, 2010. María Silvia Di Liscia, Gilberto Hochman y Steven Palmer (organizadores), *Patologías de la Patria. Enfermedades, enfermos y nación en América Latina*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2012.

²² María Silvia Di Liscia y Ernesto Bohoslavsky, “La profilaxis del viento. Instituciones represivas y sanitarias en la Patagonia Argentina, 1880-1940”, en: *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 2008, vol. LX, nº 2, julio-diciembre, págs. 0-0, ISSN: 0210-4466

²³ PROVINCIA DE NEUQUEN, Ministerio de Salud Pública de la provincia de Neuquén, Departamento de Historia de la Universidad Nacional del Comahue, *Estado, sociedad, salud: Neuquén (1944-1972). Investigación histórica sobre el Plan de Salud Neuquino*, 1990.

con otras experiencias similares en el país. La publicación más reciente y significativa referida exclusivamente al área de salud pública es coautoría de Demetrio Taranda, Joaquín Perrén, Enrique Mases, Lisandro Gallucci y Fernando Casullo²⁴. Desde nuestra perspectiva, nos interesa la publicación de referencia, porque trata la relación entre los procesos nacionales y la realidad específica de la provincia a partir de la llegada al gobierno del Movimiento Popular Neuquino (MPN), que le dará al sector salud, una impronta particular sobre todo a partir de su relación con el Estado, el capital privado y las organizaciones sindicales y sus obras sociales.

Con relación a la provincia de Río Negro, la historiografía que se ha ocupado del problema se reduce a la publicación de un proyecto de investigación²⁵ realizado en el Centro Regional Zona Atlántica (CURZA) de la Universidad Nacional del Comahue. En el mencionado trabajo, el período de estudio se corresponde con los años 1994-1999, y los temas están relacionados fundamentalmente con los principios de organización y las diversas formas de procesamiento político en el campo de la salud, como así también de los modelos de pago de los servicios de salud y las estrategias llevadas adelante durante las reformas de los noventa. No obstante, hay un capítulo dedicado a la génesis del subsector público de salud provincial a partir de 1957. Se suma a esta publicación un proyecto de investigación sobre el Plan de Salud implementado entre 1973-1975 en Río Negro, durante el gobierno de Mario Franco. El mencionado trabajo fue realizado por un equipo de investigación a cargo del doctor Néstor Spángaro de la Universidad Nacional del Comahue, sede Neuquén. Hasta la fecha, solamente se han publicado en forma preliminar los informes generales del mismo. Se suma a estos antecedentes un trabajo reciente del doctor Alberto Dal Bó, y si bien la investigación excede el período que nos ocupa, pone de manifiesto la importancia e influencia del sector médico organizado en la provincia de Río Negro, en circunstancias en que el estado provincial propugnaba un modelo sanitario que afectaba en parte los intereses corporativos de los profesionales de salud durante 1973 y 1976.

²⁴ Demetrio Taranda, Joaquín Perrén, Enrique Mases, Lisandro Gallucci y Fernando Casullo, *Silencio Hospital. Una historia de la salud pública en Neuquén*, Neuquén, EDUCO-Universidad Nacional del Comahue, 2008.

²⁵ Carlos La Serna y José Antonio Gomiz Gomiz (compiladores), *La salud pública en los tiempos del neoliberalismo. El caso de la provincia de Río Negro*, Serie Políticas Públicas, Ediciones del CEAPPE (Centro de Estudios en Administración, Políticas Públicas y Estado), Maestría de Administración Pública, Centro Universitario Regional Zona Atlántica (CURZA), Universidad Nacional del Comahue, Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública (I.I.F.A.P.), Universidad Nacional de Córdoba, 2002.

Finalmente para la provincia de Chubut pueden señalarse para el tema que nos ocupa, el libro de Aquiles Ygobone²⁶, en donde dedicó un apartado de un capítulo a la situación sanitaria del Territorio Nacional de Chubut. Allí puso en evidencia, las carencias, falta de atención y presencia del estado, como características crónicas del sistema de salud territorial. En cuanto a lo específico, el trabajo de Aída Ester Iglesias y Luis Alberto Gerez²⁷, permitió visualizar distintos momentos de la época territorial y el posterior primer gobierno provincial a partir de la evolución de un hospital regional que en un primer momento tuvo una administración vecinal y luego pasó a la órbita estatal.

El libro de Eduardo Hualpa Acevedo²⁸ sobre el doctor Atilio Oscar Viglione, ayudó a construir un discurso que se encuentra vigente y con gran aceptación en el imaginario social de Chubut, al mismo tiempo que trató de legitimar una imagen hegemónica sobre el proceso de construcción de la salud pública y privada. En el mismo, pone énfasis en la valorización de una figura reconocida, la cual no generó confrontaciones, sino fue constructora de consensos permanentes. La ruptura de ese relato hegemónico se pone en evidencia al rescatar los procesos que se produjeron fuera de la región del Este de Chubut.

El trabajo de Jorge Oriola referido a la ciudad de Esquel²⁹, si bien no está dedicado exclusivamente al sector salud, los capítulos referidos a la prensa y a la situación sanitaria de la región, permitieron realizar un quiebre en el relato histórico sanitario. De esta manera, la presencia de Esquel, en el Oeste de Chubut, puso en escena, nuevos actores como el doctor José Francisco Franzó, y una forma distinta de concebir la salud pública, respecto al discurso dominante del extremo atlántico de la provincia.

Las investigaciones de Mónica Gatica, Susana López, María Laura Monedero y Gonzalo Pérez Alvarez³⁰, articularon una perspectiva regional superadora de la mirada “pampeanocéntrica”, y sumó el aporte desde las clases subalternas, donde se problematiza y

²⁶ Aquiles D. YGOBONE, *Renacimiento de la Patagonia. Contribución al estudio, investigación y solución de diversos problemas del sur argentino*, Buenos Aires, Ediciones Depalma, 1964.

²⁷ Aída Ester Iglesias y Luis Alberto Gerez (coordinadores), *En búsqueda de su propia historia. Hospital zonal de Trelew, Dr. Adolfo Margara*, Trelew, Biblioteca Popular Hospitalaria “Dora Seña”, 2006.

²⁸ Eduardo Hualpa Acevedo, *Dr. Atilio Oscar Viglione. Memoria*, Tomo I, Buenos Aires, Ediciones de La Galera, 2004.

²⁹ Jorge Oriola, *Esquel... del telégrafo al pavimento*, Buenos Aires, Honorable Senado de la Nación, 2003.

³⁰ Mónica Gatica; Susana López; María Laura Monedero y Gonzalo Pérez Alvarez, *Patagonia: Desarrollo y neoliberalismo*, Buenos Aires, Imago Mundi, 2005.

cuestionan aspectos tales como el discurso que cruzó la convención constituyente de 1957 y su relación con los sectores invisibilizados.

Es observable una carencia de investigaciones particulares sobre la historia de la salud pública para estas tres provincias patagónicas, en particular si se pretende una perspectiva comparativa, lo cual contrasta con otras temáticas referidas al mismo espacio geográfico. En tanto que temas como el mundo del trabajo en la Patagonia, la composición de la sociedad territorialiana, el asentamiento de las corrientes de inmigración, el establecimiento de las zonas productivas, el ordenamiento territorial, los escenarios y actores políticos emergentes de las estructuras territorialianas, los ferrocarriles, el peronismo y el petróleo, han sido y son motivo de numerosas investigaciones. Nuestra tesis es un planteo original sobre todo lo que consideramos el período de transición al incorporar al debate historiográfico nuevos sectores que se involucran directamente en la construcción institucional estatal, en este caso el de los subsectores de la salud pública.

En cuanto a las fuentes utilizadas en las tres provincias que conforman nuestro objeto de estudio, existen repositorios y archivos tales como: Archivo Histórico de Río Negro, Archivo Histórico de Chubut, Biblioteca Central de la Universidad Nacional del Comahue en Neuquén, Biblioteca de la Universidad de la Patagonia San Juan Bosco, Biblioteca del Consejo de Planificación y Acción para el Desarrollo (COPADE) de la provincia del Neuquén, Biblioteca del Depto. de Humanidades de la Universidad Nacional del Sur, Biblioteca de la Legislatura de Chubut, Biblioteca de la Legislatura de Río Negro. A nivel nacional se cuenta con documentación disponible en el Archivo General de la Nación Sección Interior, Biblioteca del Congreso de la Nación y la sección hemeroteca de la Biblioteca Nacional.

Actualmente las Legislaturas de las tres provincias tienen departamentos administrativos y bibliotecas donde se están confeccionando las bases de datos correspondientes y al mismo tiempo se están realizando procesos de digitalización de documentación histórica, hecho que asegura la disponibilidad de las fuentes seleccionadas para el presente trabajo.

En lo que respecta a la época territorialiana y al período de transición, existen informes especiales como la memoria de los Gobernadores del Territorio, los cuales concentran gran parte de la información necesaria para reconstrucción del período en lo que respecta a la

infraestructura sanitaria. También para la época, la existencia de periódicos que se ocupaban del quehacer regional, reflejaron tanto la actividad privada como la gubernamental.

I.4. Territorio teórico-metodológico

El marco teórico en que se inserta la presente investigación, corresponde al ámbito de la historia de la salud pública, centrada fundamentalmente en la utilización de una perspectiva de análisis que toma en consideración las interacciones que generan los diversos actores. En este sentido, la investigación a desarrollar es de tipo cualitativa, ya que nuestro interés es describir, comprender y explicar las representaciones de los distintos actores sociales en relación con la construcción de los subsectores públicos de salud provinciales. Por otra parte, las dimensiones políticas de los sectores y su capacidad de intervención permitieron visualizar diversos campos de estudio, delimitados no solo por el aparato burocrático estatal, sino también por las estructuras sociales económicas y políticas de la época. Es necesario tener presente que esta perspectiva crítica relacional, permitió reconstruir la complejidad del análisis del territorio de la Patagonia, posibilitando la interrelación de distintos marcos teóricos que se entrelazan dentro de las dimensiones temporal, espacial y política.

El estudio del desarrollo burocrático inicial de las nuevas administraciones provinciales, permitió asumir en los distintos tipos de material documental, los diferentes discursos de los actores involucrados, los que en cierta forma, legitimaron sistemas ideológicos culturales. Esos discursos, se constituyeron en fuentes válidas que facilitaron la comprensión de la realidad que buscamos conocer.

Las representaciones políticas que intervinieron en el proceso de construcción de la salud pública, a su vez,

“...van a generar políticas de salud que serán una definición de la intención de lograr un cierto desplazamiento -o consolidación- del poder hacia grupos sociales concretos, a través de ciertos contenidos específicos –el programa o proyecto de la política- y de ciertas acciones viabilizadoras –la estrategia- dirigidas a obtener alianzas, consensos o presentar batallas que debiliten el poder de los grupos que se oponen a esa política”³¹.

³¹ Mario Testa, *Pensar en Salud*, ... op. cit. p. 139.

En consecuencia, la historia de la salud pública no está ausente de las coyunturas propias de la vida cotidiana,

“... como tampoco del proceso de ampliación de la ciudadanía social y de aquello que, de modo impreciso en el entre siglo y mucho más claramente en el s.XX, se dio en llamar en algunos países de la región derechos de salud”³².

Esta perspectiva apuntó a realizar una mirada a la historia fundacional institucional de las provincias desde un plano teórico que no puede aislarse de la consideración de la estructura social en la que sus acciones se insertan. La temática tiene en cuenta la dimensión política de la salud pública, el rol del Estado, las relaciones de poder y la organización del sector médico, en un contexto donde adquirieron especial relevancia, las intersecciones entre las instituciones de salud y las estructuras económicas, sociales y políticas. Dicha perspectiva permitió observar las dificultades que tanto el Estado como las organizaciones de la sociedad civil, tuvieron para arbitrar el conflicto por la delimitación de reglas y apropiación de recursos. También fue posible visualizar la falta de respuesta a necesidades sanitarias básicas, la fragmentación de las identidades y los obstáculos que impidieron la construcción de relaciones sociales fundadas en una solidaridad integradora. Esa complejidad, inscribe a nuestro trabajo en un plano de análisis que denominamos “Política Sanitaria”, según la definición que ofrece Hugo Arce. La Política Sanitaria estudia las estructuras de protección social adoptadas por la sociedad, especialmente por la Seguridad Social, las medidas para regular el sistema de atención médica y las acciones preventivas adoptadas por las autoridades sanitarias, como así también las tendencias en la organización de los establecimientos públicos y privados³³. Es decir, se trata de analizar las acciones que los gobiernos adoptan cuando deben enfrentar problemas sanitarios y sociales de la población y para nuestro caso, la contingencia que brinda el paso de una sociedad regional territorialiana a una sociedad provincial de pleno derecho, brinda el escenario óptimo para efectuar dicho estudio.

En un marco más amplio, es una línea de trabajo que consideró a la enfermedad como tema de interés de la historia sociocultural. Al ser desarrollada por historiadores y también por demógrafos, sociólogos, antropólogos, científicos políticos y críticos culturales,

³² Diego Armus (compilador), *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*, Buenos Aires, Grupo Editorial Norma, 2002, p. 18.

³³ Hugo Arce, *El sistema de salud...* op.cit. p. 21.

nuevos aportes y perspectivas de análisis superaron las limitaciones que caracterizaban a la tradicional historia de la medicina.

Se generaron en este sentido por lo menos tres nuevos estilos narrativos en la historiografía específica. El primero de ellos, definido por una “historia biomédica”, se propone como el resultado del diálogo entre la historia natural de la enfermedad y algunas dimensiones de su impacto social que busca contextualizar el saber médico. En segundo lugar, la “historia de la salud pública”, constituye el enfoque que hemos adoptado en nuestra tesis. Esta perspectiva se encarga de visualizar la constitución del poder, al Estado, a la política y a los profesionales de la salud, y está particularmente atenta a las relaciones entre instituciones de salud y estructuras económicas, sociales y políticas con el fin de buscar señales que optimicen las intervenciones contemporáneas de la medicina en los asuntos de la salud colectiva. Por último, la “historia sociocultural de la enfermedad”, interpela a la medicina como un terreno incierto donde lo biomédico está penetrado tanto por la subjetividad humana como por los hechos objetivos. Estudia los procesos de profesionalización, medicalización, disciplinamiento, las dimensiones culturales y sociales de la enfermedad en sentido amplio, el rol del Estado, las condiciones de vida, las influencias externas en el desarrollo médico local, en las políticas de salud pública y en los procesos más amplios de construcción de los Estados nacionales³⁴. La historia de la atención médica es por lo tanto, uno de los conflictos más importantes de la sociedad argentina en toda su historia institucional, los cuales son reconocibles en buena medida como problemas históricos.

El tema de esta tesis tiene su anclaje temporal en un período que se enlaza con el acontecer territorialiano y la transición a un nuevo status territorial jurídico definido por la concreción de nuevas entidades que se suman al espacio nacional con derechos plenos. Por lo tanto, es necesario definir distintos planos de análisis en lo que hace al objeto de estudio.

El término “territoriano” dentro de la historiografía que refiere a la problemática de los Territorios Nacionales, considera su análisis a partir de tres dimensiones. Para tal fin nos remitimos y adecuamos al esquema propuesto por Mario Arias Buciarelli. La primera dimensión está referida al aspecto espacial, es decir a los entes geográficos diferenciados en la estructura jurídico-política del Estado argentino. La segunda dimensión, lo temporal,

³⁴ Diego Armus (compilador), *Entre médicos y curanderos...* op.cit. p. 12.

observa la etapa territoriana, para nuestro caso, definida a partir del golpe de Estado de 1955, aunque es necesario retrotraerse en el tiempo a los efectos de generar un espacio de análisis más amplio en lo que hace a la situación sanitaria regional. Y por último, la dimensión relacional, está considerada en función de que el territoriano era un habitante con derechos políticos restringidos, que desarrolló posteriormente, su nueva categoría de ciudadano³⁵.

Los procesos de construcción política y social en estos espacios territoriales conformaron un imaginario construido a lo largo del tiempo. La definición del espacio tiene una relación directa con el objeto de estudio, y al inscribir el presente trabajo dentro de la perspectiva de la historia regional, ésta debe ser entendida como un concepto operativo que permite completar los niveles explicativos de la disciplina, sin por ello perder especificidad³⁶.

Al centrar nuestro análisis en el proceso de construcción de los sistemas de salud desde la perspectiva de los ámbitos de poder en la sociedad regional, delimitamos el objeto de estudio a las nuevas provincias que surgieron a partir de 1955, incorporando nuevas problemáticas a la historia general.

En ese sentido es importante tener en cuenta dos cuestiones primordiales. La primera de ellas, suscripta por Martha Ruffini, expresa que los Territorios Nacionales no pueden desligarse del proceso formativo y de consolidación del Estado nacional, ya que constituyen uno de sus rasgos más significativos³⁷. La segunda, producto del análisis de Lisandro Gallucci, afirma, que no obstante, las restricciones impuestas a los habitantes de los territorios para su participación en la política nacional y aún sin contar con las estructuras de los Estados provinciales preexistentes, la población territoriana de la Patagonia norte fue capaz de imprimir su marca al orden impuesto en los territorios nacionales³⁸.

³⁵ Mario Arias Bucciarelli, “Los territorios nacionales como problema historiográfico... op. cit.

³⁶ Orietta Favaro y María Carolina Scuri, “La trastienda de la Historia Regional”; en: Orietta Favaro (coord.) *Sujetos sociales y política. Historia reciente de la Norpatagonia Argentina*, Buenos Aires, La Colmena, 2005, p. 12.

³⁷ Martha Ruffini, *La pervivencia de la república posible en los territorios nacionales: poder y ciudadanía en Río Negro*, Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2007, p. 29.

³⁸ Lisandro Gallucci, “Ciudadanía y orden institucional en la Patagonia Norte. Notables y subalternos en Neuquén durante las primeras décadas del siglo XX”, en: Ernesto Bohoslavsky y Milton Godoy Orellana, (editores), *Construcción estatal, orden oligárquico y respuestas sociales. Argentina y Chile, 1840-1930*,

En el mismo sentido, el estudio del espacio patagónico plantea un primer problema en cuanto a su conceptualización, ya que no hay acuerdo sobre la etimología y no hay una relación permanente ni lógica entre el nombre y la cosa³⁹. Esto implica, que el término en sí presenta una polisemia tal, que refleja un síntoma del desconocimiento que había del territorio hasta fines del s.XIX⁴⁰. Es importante dejar explícitamente asentado que el desarrollo de nuestro trabajo se realizó sobre una idea construida del espacio patagónico que antes supo adoptar otras representaciones, que marcaron en su debido tiempo la imagen que desde el mismo poder se intentaba construir. Lo anterior supone, que más allá de las desatenciones del Estado Nacional, la Patagonia siempre guardó una significación especial en la sensibilidad geopolítica argentina⁴¹. La enorme extensión de la Patagonia obligó a evitar una representación demasiado monolítica de esa superficie y a reconsiderar los ritmos de la incorporación de la misma al control estatal y al mercado regional⁴².

Uno de los aspectos más relevantes del proceso de consolidación del Estado-Nación desde finales del siglo XIX en adelante, es la incorporación de nuevos espacios territoriales bajo el status jurídico de “Territorios Nacionales” con fuerte dependencia del gobierno central. Estos territorios, fueron producto del ordenamiento jurídico e institucional que un Estado Nacional ya consolidado pergeñó para regular las relaciones sociales dentro de lo que consideraba sus fronteras internas. De esta manera, quienes asumieron la responsabilidad de la construcción del proceso político, no dejaron pasar la oportunidad de modelar desde el inicio mismo de su creación, a la sociedad que habría de desarrollarse en esas regiones, y para lo cual se fijó el objetivo de liberar a esos territorios, de los avatares y

Buenos Aires, Prometeo Libros, Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento, 2010. pp. 294-295.

³⁹ Ernesto Bohoslavsky, *El complot patagónico: nación, conspiracionismo y violencia en el sur de Argentina y Chile siglos XIX y XX*, Buenos Aires: Prometeo Libros, 2009, p. 30.

⁴⁰ *Ibidem*

⁴¹ Esta construcción de imágenes de la Patagonia se comienza a formalizar a partir del siglo XVI. Así se principia por historiar el “descubrimiento” de la Patagonia y la constitución de su primera y más duradera representación literaria y plástica: la Patagonia-maldición, que conjuga exotismo y pretensiones imperiales entre 1520 y c.1870. Acto seguido se expone la historia del territorio austral entre 1870 y 1910, momento en el que fueron desalojadas las sociedades indígenas y se afirmó el orden estatal y capitalista en el sur. La confianza en la llegada de tiempos promisorios se escondía detrás de la imagen de la Patagonia-progreso, sustentada en la epopeya de militares y “primeros pobladores”. Por último, se plantean algunas ideas para entender el surgimiento de una tercera representación, que recorre el siglo XX: la Patagonia-energía. Es una noción según la cual el territorio austral contiene recursos claves para la economía, la autarquía y la seguridad militar del país, por lo que allí debía redoblar la presencia estatal y la vigilancia sobre los merodeadores e infiltrados. Cfr. Ernesto Bohoslavsky, *El complot patagónico...* op.cit. p.30.

⁴² Lisandro Gallucci, “Ciudadanía y orden institucional...” op. cit. pp. 294-295.

de las convulsiones políticas experimentadas por las provincias durante el siglo XIX⁴³. Esto generó la idea de no conceder a los territorios nacionales la autonomía política que sí tuvieron las provincias en su momento. Si bien se otorgaron libertades civiles, el ejercicio político los ubicó en una situación de marginalidad, por lo que Martha Ruffini, categoriza a los habitantes de estos territorios, como ciudadanos incompletos, es decir, de derechos políticos restringidos⁴⁴. Podemos agregar, que el habitante de los territorios nacionales como sujeto, no es pensado como una entidad unívoca, ya que contiene una heterogeneidad y aunque está caracterizado por la exclusión de la comunidad política, reconoce múltiples dimensiones⁴⁵.

A mediados del siglo XX esas entidades se convertirán en nuevas provincias, las cuales transitaron una etapa inédita tanto desde lo social e institucional, como desde lo operativo y burocrático-administrativo. Para nuestro caso, los territorios nacionales estarán circunscriptos a los espacios territoriales de lo que se define como la Patagonia Norte, actuales provincias de Río Negro y Neuquén y Patagonia Central, actual provincia de Chubut.

Las nuevas provincias comenzaron su vida institucional en un marco político unificado por la victoria electoral de la Unión Cívica Radical Intransigente (UCRI) que permitió la asunción al poder de Arturo Frondizi en 1958, luego de un proceso que se inició a principios de 1955 y se interrumpió por el golpe de Estado de 1966. La Convención Constituyente del año 1957 y las nuevas Legislaturas provinciales posteriores, estuvieron influenciadas por la desperonización y el desmantelamiento del aparato sanitario peronista. A esto se le debe sumar, la reforma de la Constitución de 1949 y su relación con el Constitucionalismo social, y las nuevas corrientes sanitarias que comienzan a influir desde el exterior con el aporte que hacen los organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). En ese sentido, el cambio en el modelo de acumulación tuvo su correlato en el paradigma sanitario, al mismo tiempo que nuevos sectores, como las organizaciones médicas ya en funcionamiento, se incorporaron a la disputa que los nuevos marcos regulatorios

⁴³ Lisandro Gallucci, "Ciudadanía y orden institucional... op. cit. p. 296.

⁴⁴ Martha Ruffini, *La pervivencia de la república posible...* op.cit. p. 98.

⁴⁵ Mario Arias Bucciarelli, "Los territorios nacionales como problema historiográfico... op. cit.

produjeron. En lo político, otros sectores preexistentes, como el peronismo territorialiano, perdieron su posibilidad de ingreso a la disputa política.

La perspectiva de la historia política regional, hizo posible el abordaje de nuevos temas, por lo tanto, la reconstrucción de la historia reciente, permitió acceder a los pliegues del proceso de construcción del poder político y sectorial. La historia política, tal como la definen Orietta Favaro y María Carolina Scuri, ya no es la simple narrativa que se mueve en la frontera de las ideas políticas, sino que representa muchos temas-problemas en donde cobran especial protagonismo los actores sociales en tanto son sujetos individuales y colectivos responsables de su acción⁴⁶.

Nuestro análisis particular estableció un enfoque de tipo relacional, en donde se pusieron de manifiesto, los procesos históricos de construcción de instituciones y organizaciones. Esto posibilitó la identificación de diversas estrategias utilizadas por los respectivos actores, quienes interactuaron dentro de una trama institucional y comunitaria que establecía potencialidades y límites para sus interacciones. El planteo del problema, generó ejes temáticos de trabajo que fueron desarrollados a partir de la caracterización de las distintas etapas del proceso de construcción de los subsectores públicos de salud provinciales, las representaciones de la sociedad regional en un escenario de tensiones y conflictos de intereses y las influencias de las políticas sanitarias nacionales.

En nuestro caso suscribimos al planteo metodológico propuesto por Orietta Favaro y Horacio Cao⁴⁷ quienes analizaron a los estados subnacionales desde un recorte espacial periférico y su relación con el estado central. Su análisis, define un modelo de funcionamiento que permite comprender las tensiones propias de la centralización y descentralización, entre las fuerzas nacionales, representadas por la presencia directa de los diferentes organismos de la Administración Pública Nacional, y los centros de poder regionales. El mismo, permite observar la concentración de potestades del Estado Nacional y el despliegue del Estado provincial. Este análisis genera una doble vía de articulación hacia la sociedad regional y hacia el Estado central, teniendo en cuenta, que la representación de las provincias tiene rango constitucional y se expresa a partir de la presencia directa en el Congreso Nacional. De esta manera, se pudo determinar, que una sociedad regional funciona a partir de dos tipos de fuerzas orientadoras de políticas, las

⁴⁶ Orietta Favaro y María Carolina Scuri, "La trastienda de la Historia... op.cit. p. 12.

⁴⁷ Orietta Favaro y Horacio Cao, "Los Estados provinciales. Una conceptualización ... op.cit , pp. 26-28.

conformadas por las orientaciones políticas surgidas desde la propia sociedad regional y las conformadas por las orientaciones políticas propias del Estado central.

En salud pública, y en el plano nacional, dos dimensiones definieron el período. La primera de ellas, de características temporales, refiere al momento evolutivo de la construcción de la salud pública en Argentina, que se constituyó desde 1955 hasta 1970 y que Jorge Katz, Hugo Arce y Alberto Muñoz, definieron como de “formación del modelo pluralista de planificación descentralizada”⁴⁸. El derrocamiento de Juan D. Perón, implicó en el plano sanitario, un proceso de desmantelamiento de la política peronista acuñada por Ramón Carrillo y profundizó la idea de la descentralización sanitaria, lo cual reflejó la influencia de tendencias ideológicas e intelectuales preeminentes en los organismos sanitarios internacionales. Es en esta etapa donde se afianzó la modalidad pluralista de la oferta de servicios, cuya diversificación se había revertido parcialmente en el período peronista a partir de la expansión de la oferta estatal. Para la misma época los prestadores privados se corporizaron socialmente, a partir de la formación y consolidación de entidades representativas de distintos sectores, como los médicos, clínicas y sanatorios, odontólogos y bioquímicos/farmacéuticos.⁴⁹

La segunda dimensión, de características ideológicas, vincula al sector salud con la imposición de un modelo ideológico de práctica médica que tiene que ver con la materialización del modelo médico hegemónico (MMH). Esta conceptualización efectuada por Eduardo L. Menéndez, debe entenderse como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII logró una relación de subalternidad respecto al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales. De esta forma, logra identificarse como la única manera de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado. Este proceso opera en los países capitalistas metropolitanos, en los países de capitalismo dependiente y en los denominados “socialistas de Estado”. No importa en el contexto que se establezca, la expansión del MMH genera tensiones y rupturas. Por modelos médicos, incluido el

⁴⁸ Jorge Katz; Hugo Arce y Alberto Muñoz, “El modelo organizacional vigente y sus orígenes histórico-institucionales”, en: Jorge Katz y colaboradores, *El sector salud en la República Argentina, su estructura y comportamiento*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1993. p. 19

⁴⁹ *Ibídem*

hegemónico, entendemos aquellas construcciones que, a partir de determinados rasgos estructurales suponen la consideración no solo de la producción teórica, técnica e ideológica de las instituciones específicas, incluidos los “curadores”, sino también la participación en todas estas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento. Así se reconocen tres modelos básicos: el MMH, el Modelo Alternativo Subordinado y el Modelo de Autoatención. A su vez el MMH supone el reconocimiento de tres submodelos: el individual privado, el médico corporativo público y el médico corporativo privado. Los tres modelos presentan los siguientes rasgos estructurales: biologismo, concepción teórica evolucionista/positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo y eficacia pragmática. A su vez la relación salud/enfermedad es considerada como mercancía (en términos directos o indirectos), hay una orientación básicamente curativa, basada en la eliminación del síntoma. Se produce además una relación médico/paciente de tipo asimétrica, lo cual genera la subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión (institución psiquiátrica). Así se concibe al paciente como responsable por su enfermedad y hay una inducción a la participación subordinada y pasiva de los “consumidores de acciones de salud”, producción de acciones que tienden a excluir al “consumidor” del saber médico. La profesionalización formalizada no va a legitimar otras prácticas y hay una identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos. Por otra parte, se potencia la idea a la medicalización de los problemas, lo que genera una fuerte tendencia inductora al consumismo médico, acentuando el predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad. Estos aspectos en líneas generales corresponden inicialmente a la práctica médica individual y privada dominante durante el siglo XIX y en la época actual⁵⁰.

I. 5. Estructuración de la tesis

La presente tesis se encuentra organizada en dos partes. En la primera de ellas se realiza un encuadre del tema salud a nivel nacional, su derrotero y cambios de paradigmas

⁵⁰ Sobre el tema consultar las siguientes obras: Eduardo L. Menéndez, “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988. Eduardo L. Menéndez, “Modelo hegemónico, crisis socio-económica y estrategias de acción en el sector salud”, Rosario, *Cuadernos Médicos Sociales*, nº 33, 1985. Eduardo L. Menéndez, *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2009. Véase además: Hugo Spinelli (compilador), *Salud colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*, Buenos Aires, Lugar, 2004.

en el tiempo. Alrededor de la década de 1920, tanto la doctrina y la técnica del sanitarismo como las demandas formuladas por diferentes instituciones en el interior del sector salud, comenzaron a reclamar una mayor intervención del Estado en el área. En la siguiente década se forma un campo doctrinario favorable a la intervención del Estado Nacional en la organización de los servicios de salud.⁵¹

La política de intervención estatal en el campo de la salud, legitimado en el terreno doctrinario, se hizo efectiva a partir de la creación en 1946 de la Secretaría de Salud Pública, elevada luego, al rango ministerial, momento en el que se estructura un modelo de organización sectorial que tendrá vigencia hasta la primera mitad de los años cincuenta. El peronismo construyó un régimen de tipo corporativo fuertemente controlado desde la cúspide. La relación entre aparato estatal e instituciones intermedias se articula en un juego de beneficios y concesiones recíprocas, con un fuerte control vertical fundado en la singular capacidad de Perón para movilizar recursos y adhesiones para sus políticas de Estado. La Revolución Libertadora pone fin a este ordenamiento y las instituciones que conformaban una pirámide relativamente ordenada, quedan liberadas de vínculos y responsabilidades, conservando y en ocasiones acrecentando la cuota de poder delegado que habían conseguido acumular⁵².

La segunda parte se propone estudiar los subsectores de salud pública de las provincias de Chubut, Neuquén y Río Negro, a partir del análisis de su génesis institucional. El mismo está enmarcado dentro de lo que definimos como el "período de estructuración del sistema institucional provincial" en su conjunto. En el mismo, reconocemos una etapa "preformativa", conformada por las estructuras sanitarias nacionales existentes en los territorios, y una etapa "formativa", compuesta por las acciones que llevan adelante las Intervenciones Federales y los momentos iniciales de los nuevos gobiernos provinciales. En esta última, es posible distinguir dos momentos diferenciadores, el primero de ellos llamado "enunciativo" y el segundo, denominado de "materialización" del subsector público de salud. De esta manera, queda delimitado el entorno temporal

⁵¹ Comienza a hablarse de planificación, de integración de prácticas preventivas, de un abordaje integral del problema orientado a vincular trabajo, previsión, asistencia social y atención médica. La existencia de una organización que normatice las actividades a nivel nacional se expresa en un referente extraído de la estrategia militar: la unidad de comando. Véase Susana Belmartino, *La atención médica argentina en el siglo XX...*, op. cit.p. 104.

⁵² *Ibidem*, p. 106.

fundacional de las instituciones que a partir de ese momento, definieron y llevaron adelante las políticas públicas del sector.

A partir de 1956, las Intervenciones Federales en los territorios, iniciaron un proceso que finalizó con la entrega del gobierno a las nuevas autoridades electas provinciales en 1958. Esto produjo la incorporación de nuevas entidades al espacio nacional organizado, y al mismo tiempo, el período se constituyó en un punto de inflexión en el desarrollo del sector salud en nuestro país, ya que se abandonó un paradigma sanitario vigente desde la primera mitad de la década del cuarenta. Quedan definidos en esta época, los sectores que nos interesan para el desarrollo de la tesis, las representaciones político-partidarias y las nuevas sociedades provinciales con sus distintos segmentos participativos, para nuestro caso, el sector médico organizado.

II. PRIMERA PARTE

Política y salud pública. El espacio sanitario en la Argentina

Capítulo 1

1. Reformismo social y salud: la provisión de la atención médica

En las últimas décadas del siglo XIX, se inicia en Argentina un proceso de formación de instituciones estatales y de organización espacial, dentro de un esquema en donde las relaciones sociales serán establecidas a partir de las pautas provistas por la ideología positivista. Sobre la misma se creó un modelo de acción, donde las instituciones trazaron el límite, en cuyo interior se asimilarán los sectores integrables a la modernidad, en tanto que la variable coercitiva operará institucionalmente⁵³.

Las políticas sociales que se desarrollaron hacia fines del siglo XIX fueron impulsadas por el sector más reformador de la clase dominante con el objetivo de mantener el control sobre los sectores populares, al mismo tiempo que intentaron lograr un consenso social que por la vía de la coerción no era posible alcanzar. Un nuevo grupo de poder se generó dentro del mismo aparato burocrático-administrativo del Estado, y comenzó a influir, tanto en el poder político como en la sociedad civil, diferenciando los intereses del Estado, de los intereses sectoriales. La irrupción de los intelectuales de la llamada “generación del 80” puso punto final a las últimas manifestaciones de la ideología romántica que introdujo la “generación del 37”, e inició la transición final del romanticismo al positivismo.

En la Argentina del orden y progreso, el discurso oficial se centró en el peligro interno encarnado por la figura del indio y el gaucho, y posteriormente en la imagen del anarquista. En ese sentido, M. Foucault, sugiere que el concepto de racismo fue “reapropiado” en los siglos XIX y XX. Esto conformó un mecanismo de dominación que impulsó el poder del Estado para quitar de vida de sus ciudadanos a partir de un discurso biológico. Se colocó a las víctimas como responsables de una progresiva degeneración de la raza, y por lo tanto, se exigió su desaparición, en cuanto modo de garantizar la salud del conjunto social. Ello se obtiene sólo a través de la fragmentación del campo biológico, la jerarquización de los sujetos y la calificación de los mismos en “buenos” y “malos”, como una manera de desfasar dentro de la población a unos grupos con respecto a otros⁵⁴. Por un lado la civilización continúa siendo progreso, inmigración, educación nacional para algunos y formas culturales europeas para casi todos, mientras que desde otra perspectiva, la

⁵³ Adriana Alvarez, “Ramos Mejía: Salud Pública y multitud en la Argentina finisecular”, en: Mirta Lobato (editora), *Política, médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud argentina*, Buenos Aires, Biblos, 1996, p. 75.

⁵⁴ Michel Foucault, “Genealogía del racismo”, disponible en: http://psico-web.com/sociología/foucault_genealogia01.htm (consulta realizada mayo 2012)

barbarie es comprendida como un momento que debe encontrar su propia superación a partir de su absorción en un estado superior de la sociedad⁵⁵.

Para la época, coexisten dos repúblicas. Una “abierta”, como lo prometió el preámbulo de la Constitución, que proclamó el imperio irrestricto de las libertades civiles y la apertura más amplia hacia “todos los hombres del mundo que quieran habitar el suelo argentino”, y una república “restrictiva”, en la cual las libertades políticas fueron condicionadas por la estructura de poder. Será la conocida práctica de los gobiernos electores, que sobre la base del fraude electoral sistemático tendían a asegurarse la continuidad del régimen. De esta forma, la construcción del Estado nacional a partir de la centralización y edificación de las instituciones estatales nacionales, afirmó en lo económico el rumbo agro-exportador y librecambista, mientras que al mismo tiempo implicó la integración social, económica y política del país, pero desde un modelo bicéfalo. El alto grado de desarrollo demográfico y económico en el Litoral y la Pampa Húmeda, incluyó dentro de este esquema, a las provincias de Buenos Aires, Santa Fé, Córdoba, parte de Entre Ríos y el territorio de La Pampa. De esta manera, la mayor parte del país integrado por las provincias del Noroeste y Nordeste, la región cuyana y la Patagonia quedaron al margen de la urbanización y de los procesos de movilidad social forjados en la región más desarrollada, lo que produjo el afianzamiento de las diferencias regionales en el transcurso de las décadas posteriores⁵⁶

Se consolida en el plano político la fachada de un régimen constitucional copiado de las repúblicas representativas, pero que en coherencia con el régimen social predominante, se reveló como instrumento oligárquico de dominio y hegemonía no sólo frente a los sectores díscolos de las elites provinciales o fracciones marginales de pequeños terratenientes, sino también con respecto a los sectores populares en principio rurales y crecientemente urbanos⁵⁷.

El positivismo se consolida hacia finales del siglo XIX y principios del siglo XX en un momento histórico propicio por los innumerables cambios tecnológicos provocados por

⁵⁵ Maristella Svampa, *El dilema argentino: civilización o barbarie. De Sarmiento al revisionismo peronista*, Buenos Aires, Ediciones El Cielo por asalto, 1994, pp. 43-44.

⁵⁶ María Silvia Di Liscia, “Desde fuera y desde dentro. Enfermedades, etnias y nación (Argentina, 1880-1940)”, en: Gilberto Hochman, María Silvia Di Liscia y Steven Palmer (organizadores), *Patologías de la Patria. Enfermedades, enfermos y nación en América Latina*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2012, p. 125.

⁵⁷ Mario Rapoport, *Historia económica, política y social de la Argentina (1880-2003)*, Buenos Aires, Emecé Editores, 2008, p.34.

la Revolución Industrial, a la vez que coincide con la decadencia del sentido metafísico y religioso del conocimiento. La búsqueda del hombre por respuestas trascendentales para su existencia, por saber el porqué de las cosas, ya no va a estar orientada hacia la religión, sino que fija su atención en la ciencia, porque la misma le brinda seguridad, confianza y confort. El hombre no está a merced de la naturaleza, sino que ahora, es un ser que encuentra respuestas lógicas al estudiar en forma analítica los mecanismos de los objetos que se encuentran a su alrededor. En la Argentina,

“el positivismo tuvo dos dimensiones intrínsecamente ligadas: por un lado, postulaba una visión dentro de las coordenadas del determinismo biologicista de la época; por otro, dicho determinismo iba acompañado de una concepción progresista y evolucionista de la sociedad, erigiéndose en instrumento esencial en contra de las fuerzas sociales reaccionarias que se manifestaban enemigas del proceso de secularización”⁵⁸.

Desde la impronta de la biología el positivismo argentino en su reflexión sobre lo nacional integra los dos elementos perturbadores de la vieja y nueva sociedad argentina: el nativo y el inmigrante. Reconoce no obstante los peligros del cosmopolitismo en la formación de un sentimiento nacional y acentuó el rol de la escuela, a la par que siguió creyendo en la civilización por el trabajo, afirmando el rol positivo de la inmigración, aún por razones racionales. El positivismo argentino se presenta como una culminación del pensamiento sarmientino a la luz del científicismo de la época y va a articular tanto al “organismo” como al “espíritu”, relacionando de esta manera a la salud con la educación.

Para la época, el liberalismo ocupa el centro del escenario en la organización política de los países occidentales. Este modelo a la luz de los cambios que se produjeron en las estructuras industrial, productiva y cultural, y sus consecuencias en la urbanización de las ciudades, necesitó una salida para enfrentar los problemas del momento. Cuando la unidad nacional comenzó a concretarse, la educación se colocó en la mira del gobierno central⁵⁹ y la escuela permitió la realización de la obra civilizadora que persiguió el objetivo de socialización política, para construir un perfil de ciudadanía que garantizó la cohesión nacional, la moralización de la sociedad y el mantenimiento del orden social⁶⁰.

“la utilización del espacio y del tiempo educativos para generar y disciplinar sujetos sociales fue una estrategia integrante de la concepción sarmientina, usada

⁵⁸ Maristella Svampa, *El dilema argentino: civilización...*, op. cit. p. 115.

⁵⁹ Lucía Lionetti, *La misión política de la escuela pública. Formar a los ciudadanos de la república (1870-1916)*, Buenos Aires, Miño y Dávila Editores S.R.L., 2007, p. 17.

⁶⁰ *Ibíd.*, p. 209.

intensamente por las generaciones posteriores al 80, que la convirtieron en una operación de control social. Comenzaba tal operación con la elección de los modelos de sistematización de aquel espacio y de aquel tiempo. Así desde el sistema escolar, los positivistas elaboraron estrategias normalizadoras cuyo punto de apoyo fue la instauración de un ritual moderno capaz de sustituir, al menos superficialmente, el discurso pedagógico eclesiástico, y los discursos pedagógicos familiares y de clase del hijo del inmigrante”⁶¹

Al ser el positivismo la corriente dominante en el pensamiento intelectual a partir de la segunda mitad del s.XIX, su hegemonía coincide con la época en la cual se establecen las bases de la educación laica y republicana, se promulgan las leyes de obligatoriedad, se reforma la enseñanza media creando las ramas científicas y de las humanidades modernas y se extiende el modelo humboldtiano de la universidad productora de conocimientos. Esta relación directa entre desarrollo del sistema educativo y la coexistencia con las ideas positivistas, ha llevado a establecer una relación de causa-efecto, aunque es necesario tener en cuenta la postura de Inés Dussel, cuando hace notar que es necesario contemplar la época en su totalidad de forma tal de recuperar la complejidad y diversidad de los discursos pedagógicos que se recrearon en la misma⁶².

1.1. El positivismo como marco de las políticas públicas de intervención social

El optimismo pedagógico fue una de las características de este período y se esperan beneficios en las variadas dimensiones de la vida social como resultado de la generalización de la instrucción elemental, ya que la educación era concebida como el fundamento más sólido del orden y la estabilidad social⁶³.

También se produjo la incorporación del discurso médico en el modelo escolar, y entre las diversas causas que posibilitaron esta conjunción podemos nombrar el alto consenso entre la población que adquirió el lenguaje de la medicina y los poderes mágicos que se le atribuía, especialmente incrementados a pocas décadas de las epidemias⁶⁴ de la

⁶¹ Adriana Puiggrós, *Sujetos, disciplina y currículo en los orígenes del sistema educativo argentino (1885-1916)*, Buenos Aires, Editorial Galerna, 1990, p. 115.

⁶² Inés Dussel, “¿Existió una pedagogía positivista? La formación de los discursos pedagógicos en la segunda mitad de siglo XIX”, en: Pablo Pineau; Inés Dussel y Marcelo R. Caruso; *La escuela como máquina de educar: tres escritos sobre un proyecto de modernidad*, Buenos Aires, Paidós, 2005, p. 53.

⁶³ Héctor Recalde, *El Primer Congreso Pedagógico/2 (1882)*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina S.A., 1987, p.129.

⁶⁴ Para las epidemias en Argentina durante la segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo XX ver: Adriana Alvarez; Irena Molinari y Daniel Reynoso (editores), *Historias de enfermedades, Salud y Medicina en los siglos XIX y XX*, Universidad Nacional de Mar del Plata, 2004.

segunda mitad del siglo XIX. Se sumó a esto, la prioridad que tomó el tema del cuerpo en la población inmigrante, que veía bruscamente como se modificaban sus condiciones de vida, sus hábitos higiénicos, alimenticios y también de relación social y sexual⁶⁵. Estos cambios dados a lo largo del período conservador, si bien se produjeron en forma lenta, tuvieron una continuidad a lo largo de todo el proceso constructivo de la salud pública, y en cierta forma, como lo destaca Norma Isabel Sánchez, continúan las políticas de salud, pues no debe olvidarse que desde mucho antes, incluso desde la etapa colonial, se le prestaba atención al estado sanitario de la nación⁶⁶.

Durante casi todo el siglo XIX, la política asistencial llevaba adelante por el Estado se vinculó directamente con la beneficencia y la escasa presencia estatal se complementó con la iniciativa privada. Esta adquiere un rol protagónico a partir del accionar de grupos religiosos, filantrópicos, gremiales y de las asociaciones que conformaron las colectividades extranjeras que van integrándose al país. Las corrientes migratorias que se dieron durante las décadas de 1830 y 1860 generaron un nuevo espacio destinado a la atención sanitaria, corporizado por la aparición de los primeros hospitales de colectividades extranjeras fundados en Buenos Aires como el Francés⁶⁷, el Británico⁶⁸, el Español⁶⁹, el

⁶⁵ Adriana Puiggrós, *Sujetos, disciplina y currículo...*, op.cit. pp. 117-118.

⁶⁶ Norma Isabel Sánchez, *La higiene y los higienistas...*, op. cit. p. 87.

⁶⁷ Jean Baptiste Washington de Mendeville, Cónsul General de Francia en las Provincias Unidas del Río de la Plata, casado con Mariquita Sánchez, viuda de Martín Thompson. El cónsul fundó, el 17 de septiembre de 1832, la Sociedad Francesa Filantrópica del Río de la Plata (Société Philanthropique Française du Rio de la Plata), que comenzó a funcionar con 35 miembros. En 1843, la Asociación Filantrópica (que contaba con 560 miembros de los 3000 que vivían en Buenos Aires y las provincias), acordó la creación de una Casa de Socorros con 12 camas, donde los socios e indigentes podían ser atendidos en forma gratuita (el resto de los pacientes debía abonar 10 pesos, una suma que no cubría sangrías ni operaciones). Su primer director fue el médico francés Hermann Duchesnois. Entre 1848 y 1853 (no consta con precisión), la Sociedad Francesa finalmente compró un edificio en la calle Libertad (entre Córdoba y Paraguay) y la Casa de Socorros comenzó a funcionar allí, ya como hospital, hasta 1887. El 15 de mayo de ese año fue trasladado a La Rioja 951 (actual ubicación) y pasó a denominarse Hospital Francés. Al finalizar la guerra de la Triple Alianza, la epidemia de la fiebre amarilla penetró en la ciudad de Buenos Aires y el hospital se destinó a la atención de los enfermos. El crecimiento del Hospital Francés durante el siglo XX fue incesante. Se habilitaron nuevos pabellones, salas de internación, se amplió el área quirúrgica, se creó el Centro Neurológico, el de Nefrología y se abrieron nuevas sedes en la ciudad de Buenos Aires. En la década del '70, el hospital atravesó una crisis institucional que amenazó con su desaparición. Pasada la crisis, el hospital continuó en un camino de crecimiento sostenido, sobre todo desde el punto de vista académico, y se convirtió en sede de las Universidades de Buenos Aires y del Salvador en carreras de grado y posgrado. Se establecieron también importantes vínculos con Francia a través del intercambio de profesionales médicos y de enfermería y del envío de médicos residentes para completar su formación en diferentes hospitales universitarios franceses. Para los años '90, ya integraba el listado de los 10 mejores hospitales del país. Sin embargo, la crisis económica del 2001 no dejó afuera al Hospital Francés. Los insumos en dólares y la economía nacional "pesificada", sumado a la deficiente administración que reinaba en el hospital desde hacía varios años, se conjugaron para acrecentar la problemática del centro. El 14 de octubre del 2008, finalmente el Hospital

Italiano⁷⁰ y el Alemán⁷¹. A partir de 1880 aumentó el protagonismo del Estado y comenzó a notarse una tendencia a centralizar la acción sanitaria y proyectarla a nivel nacional⁷², de

Francés pasó a la órbita del PAMI (Instituto Nacional de Seguros Sociales para Jubilados y Pensionados), cambiando su nombre por el de Unidad Asistencial por la Salud "Dr. César Milstein". Cfr. Claudia Cejas, *Historia del Hospital Francés de Buenos Aires*, RAR, Volumen 75, Número 4, 2011, pp. 345-351.

⁶⁸ El Hospital Británico de Buenos Aires, fue fundado por un grupo de ciudadanos británicos integrantes de las colectividades irlandesa, galesa, escocesa e inglesa de la Sociedad Británica de Filantropía, quienes en 1844 adquirieron una casa en la calle Independencia para el Dispensario Médico Británico. Su misión inicial era brindar cuidados médicos a los residentes británicos como así también a los marineros de barcos británicos. Los primeros médicos en el Dispensario – pronto conocido como Hospital Británico – fueron el Dr. Robinson y el Dr. John Mackenna. Para satisfacer la creciente afluencia de pacientes, el Hospital se mudó a la esquina de Viamonte y Uruguay. Allí fue donde, en 1847, el Dr. Mackenna llevó a cabo la primera operación con anestesia general en la Argentina. El Hospital se mudó en 1861 a la esquina de Defensa y Caseros, año en el que se designó primer Oficial Médico Residente al Dr. Robert Reid, de la Universidad de Edimburgo. Su dedicación en el Hospital fue admirable, muriendo en 1870 de fiebre amarilla mientras atendía a los enfermos. El equipo de enfermeras y médicos del Hospital, liderado por el Dr. John Alston, quien tenía experiencia en enfermedades tropicales, prestaron sus servicios en forma generosa para tratar a los enfermos en esa epidemia. Su Escuela de Enfermería es la más antigua del país y funciona de manera interrumpida desde 1890, y muchas de las estudiantes de enfermería han provenido del interior, en especial de las provincias del Noroeste y de las comunidades galesas de la Patagonia, que luego se reinsertan en el sistema de salud argentino. Actualmente también funciona como unidad docente de la Universidad de Buenos Aires y como Hospital Universitario de la Universidad Católica Argentina. (Disponible en: www.hospitalbritanico.org.ar)

⁶⁹ Con la denominación de "Sala Española de Comercio y Asilo de Beneficencia", nació la sociedad a mediados del año 1852, siendo la primera agrupación española que se constituyó en el Río de la Plata después de la emancipación continental. El día 5 de Septiembre de 1852, en el local ubicado en la calle Santa Clara, luego Potosí y hoy Alsina 679, queda inaugurada la Sala Española de Comercio y Asilo de Beneficencia. El 30 de Junio de 1872, en el solar adquirido en la calle Belgrano y Rioja, se procede a colocar la primera piedra del edificio que habría de demorar luego 5 años en su construcción. Por fin el 8 de Diciembre de 1877 fue inaugurado el Hospital Español, que fue puesto bajo la advocación de la Santísima Virgen Inmaculada Concepción de María, por celebrarse ese día su misterio y por ser además patrona de España. Fue el máximo exponente de la obra del arquitecto Julián J. García Nuñez y una de las más significativas de la arquitectura de su época. (Disponible en: www.hospitalespanolba.com.ar)

⁷⁰ La historia de un hospital para atender a la comunidad italiana asentada en el Río de la Plata comienza en 1836 en una reunión en la casa del encargado de negocios del reino de Cerdeña. La adquisición de los terrenos y el comienzo de las obras comienzan a ritmo acelerado pero la situación política de Italia provoca problemas y resistencias en las recaudaciones y donaciones como expresión de la incipiente división de la "colonia italiana" en tendencias monárquicas y republicanas. Hasta pasado 1860 coexistían dos sociedades italianas, la Sociedad Nacional Italiana y la Unione e Benevolenza, quienes recién en 1862 con el advenimiento de la unidad e independencia de Italia constituyeron una nueva "Comisión Edilicia" formada por miembros de las Sociedades Nacional Italiana y Unione e Benevolenza. En Mayo de 1865 el edificio estaba casi concluido cuando se inicia la Guerra del Paraguay y el hospital es cedido para atención de los heridos de guerra brasileños en 1867. Luego es también cedido al Municipio de Buenos Aires para la atención de los afectados por la epidemia de cólera que había aparecido en Rosario y en San Nicolás y que llegaba al Barrio de la Boca de ésta capital, requiere el edificio para usarlo como lazareto y con el objeto de recibir pobres de diversas nacionalidades. La nueva consignación de este hospital se produjo en 1869 para ser utilizado por el Ministerio de Guerra y Marina. Finalmente servirá una vez más como lazareto durante la Gran Epidemia de Fiebre Amarilla de 1871. Recién el 8 de diciembre de 1872, con la presencia de autoridades argentinas e italianas abrió sus puertas finalmente el Hospital Italiano. (Angel Jankilevich, "Historia del Hospital Italiano", *Colección Revista Hospital y Comunidad*, disponible en: revistahyc@ciudad.com.ar)

⁷¹ El 26 de agosto de 1867, un grupo de socios de la Deutscher Krankenverein, la Sociedad Alemana de Socorros a enfermos, se reunió en el Colegio Alemán de la calle Esmeralda, para darle forma al "Hospital Verein" o "Asociación del Hospital Alemán". El primer hospital contó con 24 camas de internación y un

esa manera, con el comienzo del nuevo siglo, se produjo un notable crecimiento del hospital público⁷³. Paralelamente se registró un incremento importante del mutualismo, destinado a brindar atención médica a los afiliados. La medicina privada se desarrolló prioritariamente en consultorios particulares, aunque también logró controlar algunos establecimientos asistenciales⁷⁴.

Los grandes núcleos urbanos comenzaron a mostrar problemas hasta entonces desconocidos, dado que las infraestructuras edilicias y sanitarias no satisfacían las necesidades que provocaban la llegada de grandes contingentes de extranjeros. Los problemas propios de este proceso fueron el hacinamiento, la falta de higiene, la aparición de nuevas enfermedades como consecuencia de la carencia de viviendas y de agua potable. El sector salud comenzó a mostrar falta de hospitales y de una asistencia pública que diera cobertura a los sectores más afectados, por lo que este proceso generó como resultado la aparición de numerosas enfermedades, muchas de ellas con carácter epidémico. El Estado se involucró en áreas problemáticas o “cuestiones” que generaron momentos de resolución importantes y con la significación propia, de una coyuntura histórica determinada.⁷⁵

anexo para albergar la administración. En 1871, durante la epidemia de fiebre amarilla se crea el primer comité de primeros auxilios. Posteriormente hacia 1880 se crean dos nuevos pabellones y en 1886 es declarado “institución modelo” por una comisión nacional que lo inspecciona debido al rebrote de cólera. Uno de los momentos más importantes del hospital fue en 1933 con la llegada del nazismo al gobierno alemán. En esa ocasión la Comisión Directiva del Hospital rechazó por improcedente el pedido de la Embajada Alemana de enviar un telegrama para adherirse al régimen. En 1946 se funda la Escuela de Enfermería del Hospital bajo la tutela pedagógica de la Cruz Roja Argentina. (Disponible en: www.hospitalaleman.com.ar)

⁷² En esa época se crean la Junta de Higiene y la Junta de Sanidad del Puerto, entidades que estaban destinadas a realizar tareas de saneamiento público y a fiscalizar las condiciones de salubridad en puertos y trenes. Cfr. Graciela Vidiella, *El derecho a la salud...*, op. cit. p. 104.

⁷³ Desde la Comisión Asesora de Hospitales e Institutos creada en 1906, Domingo Cabred impulsa la creación de numerosas unidades sanitarias, aportando aproximadamente 11.800 nuevas camas en diferentes lugares del país. Entre los hospitales impulsados por Cabred se pueden señalar entre otros, el Sanatorio de los Tuberculosos de Santa María (Córdoba), la Colonia para Alienados de Oliva (Córdoba), la Colonia para Leprosos de Isla del Cerrito (Corrientes), el Hospital para Palúdicos de Güemes (Salta), el Instituto del Cáncer Angel Roffo (Capital federal). Cfr. Graciela Vidiella, *El derecho a la salud...*, op.cit., p. 104.

⁷⁴ Graciela Vidiella, *El derecho a la salud...*, op.cit., p. 104.

⁷⁵ La expresión “cuestión social” fue lanzada a fines del siglo XIX para poner en evidencia los disfuncionamientos que se habían producido con la transformación socio-económica del país. En Europa se la utilizaba para explicar las tensiones y los conflictos de la sociedad industrial. Abarcaba un conjunto amplio de problemas que iban desde los temas vinculados con la vivienda, alimentación, educación y salud hasta los problemas políticos derivados de cuestiones como inclusión-exclusión de los pobres, los sectores populares o las masas según expresiones de la época y que remite a un tema mayor como el de la gobernabilidad, una cuestión importante que cobra fuerza en la Argentina finisecular. Cfr. Mirta Zaida Lobato, “Lecturas de historia de la salud en Argentina. Una introducción”, en: Mirta Zaida Lobato (edit.), *Política. Médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina*, Buenos Aires, Biblos, 1996, p. 13. Ver también: María Silvia Di Liscia, “Desde afuera y desde dentro. Enfermedades, etnia y nación...”, op. cit. p. 127.

Comenzó a interpretarse al sector urbano como un espacio patógeno, origen de enfermedades que no reconocían barreras sociales al transformarse en epidemias, la elite dirigente comenzó a llevar adelante una serie de medidas destinadas a buscar soluciones. Se manifestó en este momento una primera etapa donde la iniciativa privada asociada en gran medida con la filantropía, se mezclaba con las iniciativas emanadas de los poderes estatales. En las últimas décadas del siglo XIX, el Estado realizó intervenciones de tipo “indirectas” cuya característica era la preeminencia de las instituciones benéficas, las que en muchos casos eran subsidiadas y constituidas como tales desde el poder público. Esta división entre lo público y lo privado hace que las formas de vinculación tanto con el enfermo como con las diferentes fuentes de financiamiento difieran entre sí. En la conformación del sistema público de la época, en lo que respecta a los hospitales, debemos diferenciar a las instituciones que dependen de los diversos niveles del estado, de aquellas que son públicas pero que están a cargo de las sociedades de beneficencia. En el ámbito privado reconocemos las instalaciones que eran propiedad de médicos o empresas médicas, las pertenecientes a mutualidades y especialmente los hospitales de las colectividades extranjeras⁷⁶.

En lo que hace a la práctica médica en los hospitales públicos, la mayor parte de los profesionales brindaba sus servicios sin recibir retribución alguna; no así en los espacios privados, donde percibían honorarios, ya sea por pago directo de los pacientes o a través de alguna de las formas de cobertura existentes. El consultorio privado es el ámbito donde el profesional entabla una relación directa, personal y de confianza con sus pacientes. En ese lugar se reafirma su hegemonía frente al conjunto social. Al ser el profesional elegido por el enfermo, éste tomaba a su cargo los problemas de enfermedad del núcleo familiar, a la par de ser también consejero. En los circuitos de atención que comprendían los servicios públicos y de beneficencia, era posible suponer que ese vínculo sería más débil, porque el paciente formaba parte de la numerosa población de indigentes que acudía a esas instalaciones para ser atendida. Eran los mismos profesionales quienes acudían al hospital u otros centros asistenciales del ámbito público de mañana y por la tarde recibían su clientela

⁷⁶ Susana Belmartino, *La atención médica argentina en el siglo XX...*, op. cit., p.23.

en un conjunto disperso de consultorios y pequeñas clínicas y en un número reducido de sanatorios que conformaban la amplia red del servicio privado⁷⁷.

Dentro de este esquema era el médico la figura central, el cual ejercía su labor profesional en solitario o asociado con otros profesionales de características similares, en un sistema de práctica médica que aún no requería de instalaciones complejas, ni estaba tan establecida aún la división por especialidades.

1.2. Las “multitudes” argentinas entre el higienismo y el sanitarismo

La profesión médica en la época, se constituyó como un actor, a la vez homogéneo y múltiple. Los médicos eran las únicas voces autorizadas para abordar los problemas relativos a la enfermedad, prevención y cura, no sólo en la dirección de los servicios, sino también en la definición de los valores sociales superiores involucrados en su desarrollo. Esto, les permitió contar con un respeto profesional, con conocimientos capaces de “curar” las enfermedades, actividad para la que se había preparado. A partir de ese momento,

“la carrera médica dejó de ser meramente repetitiva (casi de charlatanes), de autoridad, teórica, para adentrarse en el diseño de la educación-formación moderna, con investigación, experimentación, renovación, imposición del método científico (al extremo, que a veces, se deshumanizó). Se impuso conjuntamente con el auge del darwinismo el reduccionismo biológico, típico del positivismo, un nuevo pensamiento y discurso, que prestó gran atención a las doctrinas alienistas y a la higiene”⁷⁸

La nueva visión de la medicina y su práctica, comenzó un movimiento conocido como “higienismo”, que fue caracterizado, lo mismo que al “sanitarismo”, el movimiento posterior, por el Dr. Alfredo G. Kohn Loncarica. Estos dos movimientos se diferenciaron, no sólo por su desarrollo en el tiempo, sino también por sus diversas características médico-sociales. La consolidación del higienismo coincidió con la generación del ochenta, aunque sus orígenes se pueden ubicar en la actuación del Dr. Guillermo Rawson, y su culminación se ubica hacia el año 1943, cuando se producen los cambios políticos que llevarán a la aparición del peronismo y el surgimiento del sanitarismo⁷⁹.

⁷⁷ Susana Belmartino, *La atención médica argentina en el siglo XX...*, op.cit. p. 24.

⁷⁸ Norma Isabel Sánchez, *La higiene y los higienistas...*, op.cit. p. 31.

⁷⁹ Extraído del Prólogo del Dr. Abel Agüero para el libro de Norma Isabel Sánchez, *La higiene y los higienistas...*, op.cit. p. 19.

Un elemento importante de la ideología que se construyó para fundamentar y reafirmar su autonomía frente a los poderes en manos de legos, es la afirmación de la mayor eficacia terapéutica alcanzada con una relación personal y privada con el paciente, la que resultaría afectada, si se permitiera la injerencia de terceros. Varios son los elementos que fortalecerán el reconocimiento social de la condición de privilegio del médico, como por ejemplo, el carácter personal de la relación médico-paciente ya nombrada, el inviolable secreto que resguarda las confidencias realizadas en el interior del consultorio y la asimilación de una ideología que otorgaba prioridad a los derechos del individuo para protegerlo de cualquier intrusión fundada en el interés social. Todo era complementado con la idea de la vocación de servicio, y la aceptación social generalizada de la eficacia de su práctica⁸⁰. En este sentido, es importante la afirmación del Dr. Alfredo G. Kohn Loncarica:

“Hay cierto desprecio de los profesionales de la medicina por todo lo que tiene que ver con comprender los procesos históricos y en general por lo que hoy se conoce como humanidades médicas, es decir, un conjunto de disciplinas sociales y humanas vinculadas a la medicina –explica categórico el Dr. Kohn Loncarica-. Esta subestimación es de larguísima data. No tiene nada de actual, sino que es una vieja problemática de nuestros planes de estudio. Es un fenómeno que tiene múltiples causas, pero básicamente se explica porque los planes de estudios están cristalizados en un modelo positivista, en una concepción reduccionista de la medicina, con un arraigo muy fuerte en lo biológico, en lo orgánico y en lo somático. Una concepción que se estructuró en la segunda mitad del siglo XIX y que de alguna manera se mantuvo vigente durante todo el siglo XX. Todo lo que se ha hecho para contrarrestar esta visión de la currícula, y de la medicina en general, ha tenido una penetración relativa”⁸¹.

Este tipo de organización se transformó en definitiva, en la cristalización de la historia misma de la salud y de la política de la época, es decir, que en un momento dado es la organización quién resume todo un desarrollo ligado a otras determinaciones sociales, culturales, políticas y económicas. Cada uno de estos poderes se manifiesta de distintas maneras durante el proceso de construcción social de la salud pública. y produce también distintas consecuencias en lo que hace a la resolución del problema. Lo anterior está relacionado a lo político, definido en este caso como la actividad que realizan los grupos que componen la sociedad en torno a la relación que constituye el poder. De esta manera, se

⁸⁰ Susana Belmartino, *La atención médica argentina...*, op.cit. , p. 45.

⁸¹ Entrevista de Javier Rubel al Doctor Alfredo G. Kohn Loncarica, publicada en *Mundo Hospitalario* en julio 2000, Año IX, n° 70. Disponible en: www.medicos-municipales.org.ar/repor0700.htm

establece la continuidad como característica del proceso de construcción de la salud pública cuando reconoce dos momentos en los cuales se transita con cierta lentitud de uno a otro:

“en el primero, la población, en términos generales, sentía apatía, desinterés por la medicina estatal, el binomio salud/enfermedad pertenecía al ámbito privado. En el segundo, revierte esta peculiar situación y gira hasta la confirmación del modelo médico hegemónico, cuando el profesional se maneja con autoridad y, a la vez, la comunidad demandante, paradójicamente al mismo tiempo que es sumisa, disciplinada, se encamina hacia una clara conciencia de los derechos que tiene sobre su cuerpo, con reclamos de tipo colectivo que el nuevo modelo de Estado tendrá que satisfacer, dado que la población, finalmente, hará casi una veneración de la salud”⁸²

Para la segunda mitad del siglo XIX, ya los hombres de ciencia habían aceptado que así como en el pasado la gran preocupación había sido la teología y el derecho, era ahora la medicina la que acaparaba una parte importante del pensamiento científico, produciéndose como consecuencia la plena medicalización de Occidente. Esto implicaba que a partir de ese momento, se produjera una total aceptación por parte de los legos, de que los médicos y la ciencia, constituían la primera línea de defensa contra las enfermedades y el sufrimiento. En la Argentina del orden conservador, el poder y el prestigio asociados al ejercicio de la medicina, son rasgos reconocidos tanto por la sociedad como por el Estado. Es en este período donde maduró una ideología profesional con fundamentos elitistas e individualistas, basada en las reivindicaciones de autonomía del poder político, el derecho a la autorregulación y la legitimación de la práctica por medio de un conocimiento especializado y aplicado según los principios de un estricto código de ética. El control de lo anterior, quedaba limitado a la esfera de la conciencia de cada uno de los profesionales. Esta autorepresentación, será de aceptación generalizada, y la universidad, será el ámbito donde se formarán quienes estarán capacitados para llevar el alivio al pueblo⁸³.

A partir de ahora, la clase gobernante necesitará de estos profesionales, y será de sumo valor para ellos, contar con el apoyo de los políticos. Durante toda su formación universitaria el profesional internalizaba un conjunto de valores destinados a orientar su conducta frente a colegas y pacientes. Las normas destinadas a regular la conducta del médico se asimilaban en la universidad, constituida en un ambiente selecto, donde se convivía con el ejemplo de los mayores y el cotidiano enfrentamiento con el sufrimiento

⁸² Norma Isabel Sánchez, *La higiene y los higienistas...*, op.cit. p. 91.

⁸³ *Ibíd.*, p. 31.

humano, que según manifestaba la intelectualidad de la época, hacía nacer en los espíritus altruistas el deseo de consagrarse a su servicio. Un ejemplo de esto está dado por la inscripción que se encontraba en la tarima que recibía a los futuros médicos que iban a defender su tesis en la Facultad de Medicina de la Universidad, y que sintetizaba toda una concepción del médico y la medicina: “Dios te ha instituido sacerdote del sagrado fuego de la vida”⁸⁴.

Este proceso de profesionalización incluyó el ejercicio monopólico de la actividad médica, la búsqueda de la autonomía, la delimitación de los alcances profesionales y la inclusión en el cuerpo profesional de aquellos que cumplían los requisitos establecidos. Por consiguiente, quedaron excluidos quienes no reunían tales requisitos, es decir los que no eran reconocidos como profesionales, y por lo tanto, no estaban autorizados para el ejercicio de la medicina⁸⁵. Con una capacidad de control propia de su elevada autonomía, el prestigio social creciente y la capacidad de asociarse, comenzando por la Academia de Medicina⁸⁶ y el Círculo Médico Argentino⁸⁷, el cuerpo médico desarrolló un creciente poder social y una alta calificación científica.

El orden conservador en la parte final de la segunda mitad del siglo XIX, comenzó a imitar las instituciones de los países dominantes de la Europa Atlántica. Existió una obsesión por el “progreso”, y los liberales comenzaron a utilizar un lenguaje distintivo. El representante más genuino para el sector salud de este reformismo social y que interpreta la

⁸⁴ Susana Belmartino, *La atención médica argentina...*, op. cit. p. 47.

⁸⁵ En el censo de 1895, los curanderos dejaron de estar registrados, En 1869 todavía eran reconocidos y superaban en número a los médicos en las áreas rurales. (Cfr. Alberto Dal Bó, *Hospitales de reforma. Crónicas para evitar el olvido*, Buenos Aires, Biblos, 2008, p. 32.) El censo de 1869 señala para todo el país la existencia de 1.047 curanderos y curanderas y 453 médicos. Para la ciudad de Buenos Aires, 9 curanderos y curanderas y 154 médicos; para la campaña 118 curanderos y curanderas y 89 médicos. Cfr. Ricardo González Leandri, “La profesión médica en Buenos Aires, 1852-1870”, en: Mirta Zaida Lobato (edit.), *Política. Médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina*, Buenos Aires, Biblos, 1996, p. 41.

⁸⁶ Creada en 1822 siendo gobernador de la provincia de Buenos Aires Martín Rodríguez. De los distintos momentos que atravesó la institución, podemos destacar el período a partir de 1870 cuando tiene poder de resolución en las tareas docentes de los estudios médicos e influye en la conducción de la Facultad de Medicina. Cfr. Norma Isabel Sánchez, *La higiene y los higienistas...*, op.cit. pp. 240-241.

⁸⁷ Al incorporarse la Facultad de Medicina a la Universidad de Buenos Aires, pierde su carácter autónomo al mismo tiempo que comienza a gravitar la Academia de Medicina en la designación de los cargos docentes. Surgen críticas frente a esta situación y un grupo de estudiantes convocan a una reunión presidida por José María Ramos Mejía y fundan el Círculo Médico Argentino en 1879. Desarrolla su actividad hasta 1955 en donde es cerrado definitivamente en tiempos de la Revolución Libertadora. Durante el peronismo recibió en algunas circunstancias apoyo económico de la Fundación Eva Perón. Cuando se produce el cese definitivo de sus actividades el edificio y la biblioteca fueron transferidos a la Universidad y a la Facultad de Medicina. Cfr. Norma Isabel Sánchez, *La higiene y los higienistas...*, op.cit. p. 245.

realidad social en clave positivista, es José María Ramos Mejía, quién avanza en su pensamiento sobre lo que define como “las multitudes argentinas”⁸⁸. Analiza por lo tanto la multitud entendida como entidad social o política, aceptándola como un fenómeno universal, pero concibiéndola como una entidad particular para el caso argentino, a la cual le asigna un rol político que debe cumplir para no convertirse en una multitud socialista, que es lo que verdaderamente teme Ramos Mejía⁸⁹. En el sector salud fue no solamente reformista, sino que también desarrolló un perfil fundacional, estando también presentes en su pensamiento, las ideas de la centralización, dentro de un esquema de fórmula federalista planteado por la formación del nuevo Estado nacional. La concreción del Círculo Médico, a partir de su iniciativa, plasmó todo el esfuerzo de una generación que había luchado por la reforma de la enseñanza superior. Fue también creador de la Asistencia Pública, llegando a presidir el Departamento Nacional de Higiene y el Consejo Nacional de Educación.

La Asistencia Pública⁹⁰, presidida y organizada por Ramos Mejía en Buenos Aires, pasó a ser el factor que a juicio de los positivistas médicos, solucionó el mal social del momento. La vulnerabilidad que tenían las crecientes urbanizaciones en el desarrollo de enfermedades, no hacían otra cosa que obstaculizar los proyectos políticos liberales. El modelo, necesitó de una población resguardada para que esos focos de infección, no se convirtieran en factores de disconformidad social que pudieran alimentar las ideas socialistas, que de por sí, gran parte de la población inmigrante tenía internalizada.

Frente a la organización hospitalaria de fines del s.XIX, el reformismo sanitario llevado adelante a partir de las ideas positivistas de Ramos Mejía, entre otros, organizó un nuevo modelo de hospital. Este modelo de atención se desarrolló dentro de los supuestos

⁸⁸ Ramos Mejía ejerció diversas actividades institucionales. Políticamente se identificaba con Carlos Pellegrini, a quién atribuía todas las cualidades de buen médico que debe curar el organismo enfermo. Su preocupación desde la medicina fue una distinción lombrosiana entre lo anormal y lo patológico que invadió el positivismo penal de la época; sus temas fueron así la locura, el crimen, los arrebatos de las multitudes en tanto a través de una retrospectiva histórica como a partir del análisis de los nuevos tipos sociales emergentes que indicaban una resistencia a la socialización. El fenómeno de la inmigración masiva lo llevó a pensar la relación que el Estado debía desarrollar para con esas nuevas masas, donde el trabajo y la escuela humanizaban al mismo tiempo que nacionalizaban al inmigrante. Cfr. Maristella Svampa, *El dilema argentino: civilización...*, op. cit. p. 120.

⁸⁹ Adriana Alvarez, “Ramos Mejía: la salud pública y multitud...”, op. cit. p. 79.

⁹⁰ La epidemia de cólera de 1886 pudo ser enfrentada con cierto éxito gracias a las medidas adoptadas desde la Asistencia Pública. Algunas de ellas y que tuvieron en principio el rechazo de muchos sectores eran la cremación de cadáveres y el aislamiento de los pacientes. Cfr. Norma Isabel Sánchez, *La higiene y los higienistas...*, op.cit. p. 22.

del higienismo que desde hacía ya varios años estaba dominando el ambiente de la medicina local.

La noción de progreso en las décadas finales del siglo XIX y principios del siglo XX, se circunscribía preferentemente al bienestar de las clases altas de la sociedad, por encima de las necesidades de los sectores populares⁹¹. Los hospitales⁹² constituyeron las vías de salida que la salud brindó a los sectores más vulnerables de la población. En este período, convivieron, no obstante, distintas formas de internación⁹³. El intento que llevaron adelante los reformistas sociales por contar con una infraestructura sanitaria diferente, tuvo su contrapartida en lo demográfico, pues los censos registran una mortalidad elevada en 1869, y una caída neta de las tasas entre 1887 y 1904, para luego producirse una estabilización hasta 1914⁹⁴.

La Asistencia Pública fue organizada en base al modelo higienista francés⁹⁵ de la época. Su característica fundamental fue la centralización de los servicios, modelo adoptado en nuestro país como respuesta a los múltiples problemas que provocaba la urbanización creciente. Al ser influenciada la medicina nacional por las ideas positivistas,

⁹¹ Los servicios de agua corriente comenzaron a instalarse en el centro de la ciudad de Buenos Aires en 1870; recién para 1905 llegaron a barrios populares como La Boca. Para ese mismo año un tercio de la población de Buenos Aires aún no contaba con el servicio. Cfr. Norma Isabel Sánchez, *La higiene y los higienistas...*, op.cit. p. 22.

⁹² Los hospitales también han sido categorizados desde el estudio de la salud pública. Una clasificación identifica tres etapas: Período del Hospital de Caridad. 1880-1925; Período Hospital de la enfermedad. 1925-1955 y Período Hospital de la salud. 1955-1983. Cfr. Hugo Arce, *El territorio de las decisiones sanitarias*, Buenos Aires, Ediciones Héctor Macchi, 1993, p. 129

⁹³ Ese período que se extiende hasta la década del 40, está caracterizado por el pluralismo, ya que existían servicios pertenecientes a distintas jurisdicciones y de naturaleza jurídica diversa: establecimientos públicos estatales, públicos de caridad manejados por las sociedades de beneficencia con subsidios estatales, mutuales y establecimientos privados. El Estado tendía a ocuparse de las cuestiones de higiene pública, epidemias, sanidad de fronteras y situaciones de urgencia, pero no se lo concebía como planificador de los servicios asistenciales. En consecuencia, la representación de la cuestión salud en los niveles de gobierno no adquirió hasta mediados del s.XX un nivel ministerial unificado. Cfr. Alberto Dal Bó, *Hospitales de reforma...*, op.cit. p. 31.

⁹⁴ Adriana Alvarez, "Ramos Mejía: la salud pública y multitud...", op. cit. p. 87.

⁹⁵ Los higienistas franceses estaban más preocupados por un control socio-estadístico de la salud antes que por la correcta terapia o prevención de la enfermedad y concibieron la idea de "ciudad-hospital". En nuestro país un ejemplo de esto sería el Hospital Barracas, es decir grandes hospitales con una acumulación de servicios distribuidos según la idea del hospital horizontal y desarrollados de acuerdo con leyes bien precisas: mujeres-varones, complejidad-no complejidad, aislación-no aislación. Formalmente cada servicio era un pabellón autónomo que albergaba la tecnología propia y necesaria. Las ideas centrales del higienismo francés que concibieron estos hospitales eran las grandes ideas-fuerza del momento: progreso, utilitarismo, cientificismo, es decir, tanto la nueva distribución del espacio arquitectónico hospitalario como el fin que éste perseguía se vinculaban a la concepción utilitaria y funcionalista de la arquitectura propia del positivismo. Estas ideas son las que prosperaron en toda América Latina. Cfr. Adriana Alvarez, "Ramos Mejía: la salud pública y multitud...", op. cit. p. 86.

comenzó a evidenciarse un marcado optimismo respecto del futuro y de fe en la ciencia, características propias de la concepción comtiana. Como consecuencia, entre otras áreas de estudio, la bacteriología ya en pleno desarrollo, comienza a dar respuestas a esas problemáticas antes insalvables. Al mismo tiempo, se produce la renovación de parte del sector hospitalario al cerrarse el antiguo Hospital General de Hombres, reemplazado por el Hospital San Roque, hoy Ramos Mejía.

Los higienistas, resultaron claros partidarios de un intervencionismo estatal⁹⁶, y accionaron sobre el medio ambiente y las condiciones de vida de la población en general, aunque los hospitales siguieron siendo pensados como obras de caridad ciertamente necesarios para evitar el contagio primero, y para la curación de los pacientes después.

Por otro lado, la formación profesional de los médicos eliminó todo rasgo metafísico que pudiese perturbar la atención acerca de la organicidad de los procesos patógenos⁹⁷. Es importante destacar también la interpretación que dan a las crecientes corrientes inmigratorias que llegaban al país. Algunos de los actores médicos sentían un profundo temor por la degeneración racial que podía producir la entrada de quienes consideraban indeseables, asiáticos y judíos, mientras que otros estimaron, que si bien la inmigración no era la sangre anglosajona del sueño sarmientino, de igual manera mejoraría la raza y haría de la Argentina un país diferente al conjunto latinoamericano⁹⁸.

El reformismo sanitario fue insuficiente en términos de cambio de estructuras, ya que el concepto más extendido, seguía considerando que la salud era responsabilidad individual o en su defecto, dependía de la caridad pública. No obstante, fue el preludeo de una nueva etapa que va comenzó a partir de la década del cuarenta.

Se plantea para esta época, la necesidad de una mayor contribución presupuestaria a los sistemas públicos, con el fin de mantener una estructura de salud que resguarde esa capacidad productiva y reproductiva de las naciones. Podría parecer una contradicción que en el modelo liberal se reclame más dinero para salud ejerciendo una presión tributaria

⁹⁶ Accionan aún en algunos planos considerados privados a exclusivos de la esfera religiosa. Se impone el certificado prenupcial como medida preventiva de las enfermedades o la cremación y la reglamentación de los cementerios y entierros. (Extraído del Prólogo del Dr. Abel Agüero para el libro de Norma Isabel Sánchez *La higiene y los higienistas...*, op.cit. p. 25).

⁹⁷ En 1880 fue eliminada la materia Historia de la medicina del plan de estudios de los futuros médicos. (Extraído del Prólogo del Dr. Abel Agüero para el libro de Norma Isabel Sánchez *La higiene y los higienistas...*, op.cit. p. 26)

⁹⁸Extraído del Prólogo del Dr. Abel Agüero para el libro de Norma Isabel Sánchez *La higiene y los higienistas...*, op.cit. p. 26.

sobre el alcohol, el tabaco y el juego, todas estas actividades juzgadas como atentatorias de la moral y las buenas costumbres. Pero ya los padres del liberalismo habían señalado las tres tareas principales de las que se tiene que ocupar el Estado liberal: la seguridad, la justicia y la iniciativa privada, cuando ésta no hace lo que debe hacer⁹⁹.

Las líneas directrices de este accionar fueron una política habitacional favorable a las migraciones de personas que optaban por tener como destino final a nuestro país, una política educativa que consideraba que los niños fueran educados como resguardo de los ideales nacionales, una política agrícola a partir de la expansión de nuevos territorios dedicados a las labores rurales y una política de salud, basada en el higienismo.

Los médicos formados en la tradición de la medicina europea, consolidaron el paradigma biomédico, sostenido en conocimientos supuestamente rigurosos, de base positivista. Las metas de la práctica profesional fueron en primer término, disminuir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna. Esto se complementó con el mejoramiento de la nutrición y la lactancia, y mucho después, se contempló, la salud del obrero fabril¹⁰⁰.

Se estructuró, un discurso médico que a lo largo de un proceso histórico fue aceptado tanto por los políticos, como por la ciudadanía en general, y al llegar el mismo a todos los rincones del país, esa concepción de la sociedad y la vida pasó a ser aceptada como forma natural de entender y ver el mundo. Para la época, la población no interpretaba como una responsabilidad del Estado la atención de la salud, y no hacía una definida y clara demanda para que éste garantizara derechos sociales y económicos, vida digna y salud además de trabajo, educación y comida para todos.

Este proceso de reformismo social hacia el interior del conjunto social, en lo que respecta a salud, se hizo aún enfrentando resistencias, sobre todo de tipo cultural. Hubo un rechazo inicial tanto a las normas dictadas por el poder político central como a las medidas que se tomaron desde los sectores de la medicina local, sobre todo en aquellos ámbitos vinculados a las curaciones alternativas de corte popular, donde existía el rechazo y repudio a todo el saber universitario. Pero por sobre todas las cosas, era rechazada esa nueva

⁹⁹ Norma Isabel Sánchez, *La higiene y los higienistas ...*, op.cit. p. 87.

¹⁰⁰ *Ibidem*, p. 638.

conjunción de poderes que aparecía en la república liberal, conformada por el profesional de la salud y el político.

En definitiva, los problemas sociales de la época tenían una representación estatal restringida, ya que la función primordial del Estado era salvaguardar la seguridad pública, la propiedad privada y las fronteras nacionales. En cambio, los riesgos sociales y el cuidado de la salud, eran resueltos en el ámbito privado. La beneficencia era la modalidad mediante la cual se realizaba la asistencia social y tenía un carácter institucional estable.

Se terminó de delinear por lo tanto, un modelo de formación profesional relacionado no solamente con el status de la profesión médica, sino también con la práctica médica, que constituyó, lo que Eduardo Menéndez llamó el modelo médico hegemónico (MMH)¹⁰¹, esquema que se afianzó, con el correr del tiempo a lo largo de toda la historia de la salud pública del país. En este modelo, el rol del saber médico se constituye como coeditor de una nueva y moderna sensibilidad, ya que estudia la forma en que se consolida el monopolio del derecho de curar y de los grupos concretos en que el poder médico se afirmó como poder absoluto, referenciados éstos en los enfermos, las clases populares, la mujer, los adolescentes y los homosexuales.

En relación a esta cuestión, autores como Mario Testa¹⁰² refieren que esa concepción construye una barrera ideológica entre el sector salud y el resto del espacio social del país. Ese obstáculo, fue el principal factor que impidió que a lo largo de la historia de la salud pública se produjeran cambios sustanciales en el enfoque del proceso de salud/enfermedad. Esa barrera se encuentra constituida por el supuesto de que los problemas de salud son problemas de los médicos, y este saber compartido por médicos y no médicos se cristaliza en una forma de práctica dominante con características represoras o paternalistas, pero siempre autoritaria. En definitiva, responde a una forma de ver el mundo y un saber particular no necesariamente verdadero que construye sus sujetos, en este caso los médicos y sus pacientes, lo que constituye en suma el conjunto social. Desde otra perspectiva, la medicalización, integrante de la progresiva secularización de la cultura

¹⁰¹ Eduardo Menéndez ha descrito un modelo médico biologista, individualista, pragmático y ahistórico, que al articularse con los sectores sociales dominantes, se incorpora protagónicamente a los saberes y prácticas hegemónicas del poder en sus procesos de producción y reproducción. Es allí donde la medicina se apropia –o más bien expropia- de la salud, en términos de beneficio para unos pocos dominantes más que para el bienestar de los muchos dominados, legitimando el control de aquellos sobre éstos.

¹⁰² Mario Testa, *Pensar en salud, ...*, op. cit. pp. 214-215.

occidental, coincide en nuestro país con el proceso de formación del Estado nacional y conforma una interpretación laica y racional del mundo que ubica a la ciencia en general y a la medicina en particular en el centro de las propuestas del Estado¹⁰³.

En el plano de las políticas públicas, a partir de las décadas del cuarenta y del cincuenta, se comenzó a replantear la forma de pensar la responsabilidad del Estado en lo respecta a su rol como actor necesario e insustituible en la administración y el financiamiento de la salud. El Estado debe impulsar mayores niveles de bienestar y por lo tanto asegurar a todos los individuos su condición de ciudadanos, no sólo en el sentido formal de igualdad ante la ley y goce de los mismos derechos políticos, sino en tanto personas que son merecedores de una vida digna. Es el Estado, mediante su aparato burocrático, el encargado de suministrar condiciones mínimas de vida a todos los ciudadanos por medio del uso del gasto público con el fin de lograr el pleno estado de salud en los habitantes. En el plano de las políticas públicas, por ejemplo la enfermedad de Chagas, cuyo mayor impacto se reconocía en las zonas rurales del interior, se transformó en un símbolo de la deuda del país con esas zonas periféricas.¹⁰⁴.

¹⁰³ Beatriz Ruibal, “Medicina legal y derecho penal a fines del siglo XIX”, en: Mirta Zaida Lobato, (edit.), *Política. Médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina*, Buenos Aires, Biblos, 1996, p. 193.

¹⁰⁴ Juan Pablo Zabala, “La enfermedad de Chagas como “problema nacional” en Argentina. Populismo, sanitarismo e investigación científica”, en: Gilberto Hochman, María Silvia Di Liscia y Steven Palmer (organizadores), *Patologías de la Patria. Enfermedades, enfermos y nación en América Latina*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2012, p. 182.

Capítulo 2

2. Cambios en el modelo de acumulación y su relación con el paradigma sanitario

2.1. Nuevas estrategias de intervención en la salud pública

A partir de comprender que la salud como tal, es un punto de encuentro entre lo biológico y lo social, como así también, entre lo público y lo privado, el proceso de construcción de un sistema de salud a lo largo del tiempo, presenta muchos aspectos y variables a considerar que interactúan a la vez que describen el funcionamiento del mismo. Si nos circunscribimos al plano económico, un factor a tener en cuenta es la relación entre lo específicamente sectorial y lo macroeconómico. En ese sentido, este doble juego de fuerzas causales, es decir las internas del sector y las que provienen de la macroeconomía, definen distintas etapas o fases “histórico-evolutivas”, estudiadas por Jorge Katz, que permitió reconocer rasgos estructurales e histórico-institucionales para el sector de salud público.

De esta manera, para el período previo a 1945 y a la aparición del peronismo, encontramos al denominado “modelo pluralista no planificado”¹⁰⁵ caracterizado por la existencia de servicios de diferentes jurisdicciones y naturaleza jurídica, que operaron de manera superpuesta y poco organizada sin intervención del Estado¹⁰⁶, como mecanismo regulador y planificador de los mismos. En esta etapa, el concepto de salud más generalizado, tiene como referencia la responsabilidad individual o la caridad pública.

2.1.1. Aspectos generales de la salud pública durante el peronismo desde los inicios con Ramón Carrillo a la Fundación Eva Perón

En el año 1946 con el gobierno de Juan D. Perón, se impulsa una red asistencial que hace de la atención de la salud uno de sus principales instrumentos de legitimación, y comienza aquí, lo que se conoce como el “modelo de planificación estatal centralizada”¹⁰⁷, proceso que se mantuvo durante el período 1945-1955.

Al crearse el Ministerio de Salud Pública asumió como ministro, el Dr. Ramón Carrillo, anterior Secretario de Salud Pública. Durante su gestión el Estado se hizo cargo de

¹⁰⁵ Jorge Katz; Hugo Arce y Alberto Muñoz, “El modelo organizacional vigente y sus orígenes histórico-institucionales”, en: Jorge Katz y colaboradores, *El sector salud en la República Argentina, su estructura y comportamiento*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1993, p. 19

¹⁰⁶ El Estado sólo se limita a cuidar la higiene pública, controlar epidemias, vigilar la sanidad de fronteras, etc. así como a atender situaciones de urgencia. La oferta de servicios era de diversos tipos en lo que atañe a su naturaleza jurídica: establecimientos públicos estatales (asistencia pública, hospitales especializados, etc.), públicos caritativos (sociedades de beneficencia), mutuales (de comunidades extranjeras o grupos laborales) y privados (con o sin fines de lucro). Cfr. Jorge Katz; Hugo Arce y Alberto Muñoz, “El modelo organizacional vigente...”, op.cit. pp. 16-17.

¹⁰⁷ *Ibidem*, p. 19.

la administración y el financiamiento de la salud con la aspiración de impulsar mayores niveles de bienestar y por lo tanto asegurar el ingreso de todos los individuos a la condición de ciudadanos. Esta condición no solo hacía referencia a la igualdad ante la ley y goce de los mismos derechos políticos, sino también, a la persona humana, merecedora de una vida digna. El Estado mediante su aparato burocrático fue el encargado de suministrar condiciones mínimas de vida a todos los ciudadanos por medio del uso del gasto público para lograr el pleno estado de salud de los habitantes. Para que el sector público fuera el principal y hegemónico efector, el Estado produjo un rápido proceso de expansión de la infraestructura en salud, aumentándose

“a más del doble la capacidad instalada, pasando de 66.300 camas de 1946 a las 134.218 de 1954; y duplicó el presupuesto del Ministerio de Salud en 4 años (de 1946 a 1951), pasando el personal de 7.000 a 30.000 agentes”¹⁰⁸.

El proceso de acrecentamiento de la planta funcional de salud, fue acompañado por un profundo proceso de sindicalización, que llevó a un sostenido incremento de la seguridad social. Las cifras indican que de 877.000 afiliados en 1946, se pasó a 2.300.000 en 1954, no obstante ese incremento, solamente el 12,3% de la población tenía una cobertura social¹⁰⁹.

Las nuevas relaciones que se desarrollaron en el campo de la salud, generaron contradicciones y ausencia de coordinación entre el Ministerio de Trabajo y los sindicatos con el Ministerio de Salud. Así, las Obras Sociales que contaban con mayor número de beneficiarios, desarrollaron su propia capacidad instalada, al mismo tiempo que las instituciones de menor población afiliada, contrataron efectores privados a los que consideraban un bien superior. Disminuyó el número necesario de médicos generales y apareció un fenómeno inédito en la profesión médica: los especialistas de creación directa que no pasan años siendo médicos generales, sino que orientaban su práctica exclusivamente en órganos y aparatos, como los ginecólogos, neurólogos, cardiólogos y otros, siguiendo e imponiendo el modelo norteamericano en la Argentina¹¹⁰.

¹⁰⁸ Hugo Doval, “La medicina, los medios y la estructura social...”, op. cit.

¹⁰⁹ *Ibidem*

¹¹⁰ Durante la Segunda Guerra Mundial, el sistema bélico de los Estados Unidos de Norteamérica necesitaba eficacia y práctica en operaciones sanitarias puntuales. Los médicos que eran mandados al frente de batalla eran calificados por consejos especiales o "boards" para que pudieran cumplir con esos requerimientos. Luego

Se implementó, un buen número de programas de tipo “vertical”, es decir originados e implementados por la autoridad sanitaria nacional en los territorios provinciales y nacionales, como por ejemplo, el programa antipalúdico en el norte. En todo, se intentó abarcar la totalidad del espectro de factores que pueden influir en la salud de la población, sobre la base de una red de centros de atención ambulatoria. Se profundizó el rol financiador de servicios de salud del sistema de obras sociales, aspecto que se complementó con el importante accionar de estas entidades en prestaciones sociales como proveedurías, campos de deporte, hoteles de turismo, planes de vivienda, etc. En este período, es donde la medicina comercial todavía no conformaba un eje importante de la organización sectorial¹¹¹. El Dr. Ramón Carrillo¹¹², expresaba que

"la incorporación de los derechos sociales a la Constitución Nacional en la reforma de 1949, en su parte dogmática, concreta el derecho a la salud y por consiguiente el deber de los gobernantes de proveer a las prestaciones para que se haga efectivo. Esa incorporación se ajusta a la doctrina esbozada y no consiste en una enunciación genérica, que podría resultar vacía, sino que está referida a los sectores que realmente necesitan de ese plus que la sociedad debe a quienes, el libre juego de las libertades normales, sólo les permite morir de hambre o por falta de asistencia médica integral".

Carrillo tenía clara conciencia que el derecho a la salud en cuanto "derecho-prestación" requería una aclaración sobre cómo se financiaría esa estructura de servicios. Según su perspectiva afirmaba que

"conviene que recordemos que el mantenimiento de la Salud Pública está en relación directa con los elementos materiales y humanos que se destinan a tal fin (...) La Salud Pública tiene un precio y todos debemos pagarlo".

de terminada la guerra, los Hospitales de Veteranos de los EEUU, utilizaban la anterior calificación de los Consejos para darles la posibilidad de que ejercieran la especialidad, pagando un salario que era el doble o el cuádruple al que recibía un médico general. Esta modalidad influyó todo el desarrollo médico posterior en los EEUU y también en el resto del mundo en mayor o en menor medida. La influencia en Europa no fue tan notable como en nuestro país, que siguió el modelo norteamericano luego de la Segunda Guerra Mundial

¹¹¹ Jorge Katz; Hugo Arce y Alberto Muñoz, "El modelo organizacional vigente...", op.cit. p. 19.

¹¹² El Dr. Ramón Carrillo nació en Santiago del Estero en 1906 y a los 23 años de edad se graduó como médico. Gana hacia 1930 una beca universitaria apadrinada por el Dr. Nerio Rojas, años más tarde su adversario político. Hizo su especialización entre 1930 y 1934 en Amsterdam, París y Berlín en neuropatología. Entre 1933 y 1936 investigó en histiología del sistema nervioso con Ramón y Cajal y Río Hortega. Estuvo al frente del Servicio de Neurocirugía y Neurología del Hospital Militar Central. Fue Profesor titular de la Facultad de Medicina de Buenos Aires en 1943 y fundador y director del Instituto Nacional de Neurocirugía. Entre 1946 y 1954 se desempeñó como Secretario de Salud y luego como Ministro de Salud Pública. El 22 de julio de 1954 abandona su cargo ministerial partiendo para los Estados Unidos de Norteamérica, para luego continuar con su trabajo en Belem, Brasil, donde muere a causa de un ataque de hipertensión.

Para ello proponía

"un impuesto sanitario de tal modo que el Fondo Nacional de Salud Pública¹¹³, indiscriminado y sin obligaciones, se constituya indirectamente no en el momento de la prestación porque sería impopular y porque el concepto de "gratuidad" del servicio es ya en la Argentina una convicción y un hecho político imposible de desarraigar. (...)La Salud Pública es una buena inversión; a la larga resulta un gran negocio para la economía, como se ha demostrado con cifras concluyentes".¹¹⁴

Las contradicciones que se produjeron en el seno del gobierno por el crecimiento del Ministerio, hicieron que Carrillo dejara el cargo un año y medio antes del golpe de 1955. En su carta personal de renuncia dejó explicitado que la separación de su cargo, se debió al éxito de su gestión y uno de los factores que más influyó su alejamiento, fue el enfrentamiento con la Fundación Eva Perón. El plan de Salud Pública planteado por Ramón Carrillo, basado en la mayor complejización y centralización de las funciones del Estado, persiguió la consolidación de los derechos sociales de los ciudadanos y se vio limitado, por la falta de una fuente regular de recursos y sobre todo por la prioridad que se le otorgó a la Fundación Eva Perón frente a los requerimientos de presupuestos que presentaba el ministro.¹¹⁵

La renuncia¹¹⁶ de Ramón Carrillo se produce en 1954, asumiendo la función de ministro, Raúl Conrado Bevecqua hasta septiembre de 1955, momento del golpe de estado que derroca al gobierno de Perón. A partir de allí, el Ministerio de Salud es reconfigurado y

¹¹³ La ley de creación del "Fondo Nacional para la salud pública" fue sancionada, pero al no ser específica su implementación no cumplió con el cometido propuesto por Carrillo. El artículo de la ley, en forma muy imprecisa, destina 100 millones de pesos al cumplimiento del proyecto y se agrega que el excedente de los "máximos" se utilizará para la inversión al Fondo de Salud Pública y Asistencia Social. Esta falta de especificación estaba muy lejos de las precisiones que recomienda Carrillo en su plan sintético de 1952 en el cual recomendaba recaudar el dinero de un impuesto sobre los cheques (1%) y gravámenes sobre réditos, y sobre todo los artículos que afectarían a la salud (alcohol, tabaco, consumos de lujos, artículos de tocador). Cfr. Karina Ramacciotti, "Las políticas de salud en la Argentina, 1946-1954: logros, conflictos y obstáculos en la gestión del Dr. Ramón Carrillo", *VIIº Jornadas Interescuelas Departamentos de Historia*, Neuquén, Universidad Nacional del Comahue, 1999. Las dificultades para la aplicación inmediata de su propuesta se asocian con la falta de una red de servicios en condiciones de hacer efectivas las prestaciones. Por su parte, su puesta en marcha se vinculaba a la efectiva vigencia de las disposiciones de la ley 13012 que dieron origen al Fondo Nacional de Salud Pública. Varios años después de su sanción en 1947, ese respaldo financiero indispensable para asegurar la continuidad de su proyecto de construcciones aún no había comenzado a concretarse. Cfr. Susana Belmartino, *La atención médica...*, op.cit, p. 115.

¹¹⁴ Ramón Carrillo, *Planes de Salud Pública...*, op. cit.

¹¹⁵ Karina Ramacciotti, "Las políticas de salud en la Argentina, 1946-1954...", op.cit.

¹¹⁶ Sobre la renuncia de Ramón Carrillo ver también: Rodolfo Alzugaray, *Ramón Carrillo. El fundador del sanitarismo nacional*, Buenos Aires, Ediciones Colihue, 2008. Karina Ramacciotti, *La política sanitaria del peronismo*, Buenos Aires, Biblos, 2009. Una versión más atenuada sobre la relación entre el doctor Ramón Carrillo con Eva Perón primero y con la Fundación Eva Perón más tarde, se puede encontrar en la obra de: Arturo Carrillo y Augusto Raúl Carrillo, *Ramón Carrillo: el hombre, el médico, el sanitarista*, Buenos Aires, ediciones de autor, 2005.

sus funciones reasignadas en distintos esquemas burocráticos-administrativos en más de una oportunidad.¹¹⁷

La propuesta de Ramón Carrillo para la salud nacional sufrió la crítica de la época ya que se la consideraba centralizadora y medicalizante, ya que el Ministerio a su cargo, reclamaba jurisdicción sobre toda actividad que influyera en las condiciones de salud de la población. Por otro lado,

“en su ideología, la medicina social reclamaba incumbencias sobre áreas como alimentación, vivienda, trabajo, salario, higiene laboral. La medicina asume en ese caso un papel modelador de conductas individuales que se supone eficaz para determinados objetivos de transformación social”¹¹⁸

La unidad en la dirección de la jurisdicción de la salud pública, se constituyó en uno de los muchos problemas que no pudo resolver Ramón Carrillo. Un nuevo aparato burocrático comenzó a funcionar para proporcionar cobertura a diferentes grupos de trabajadores. Fueron afectados recursos del Estado a la construcción de instalaciones propias, lo cual influía directamente en la distribución regional y en el normal desarrollo de la planificación que se hacía desde el propio Ministerio de Salud¹¹⁹.

El discurso pronunciado durante la inauguración del imponente Policlínico Ferroviario de Puerto Nuevo por el presidente Juan D. Perón en 1954, con Ramón Carrillo ya fuera del Ministerio, según Susana Belmartino, puede ser considerado como el epitafio para el proyecto de salud del ex Ministro, y evidencia el comienzo de la decadencia de la capacidad hospitalaria estatal y el crecimiento posterior del poder sindical en el ámbito de la salud.

¹¹⁷El golpe de estado de 1955, disolvió el Ministerio de Salud Pública, e incluyó sus funciones en el Ministerio de Asistencia Social, que a su vez fue disuelto ese mismo año, al asumir el poder el General Pedro Eugenio Aramburu. En 1958, el Presidente Arturo Frondizi volvió a crear el organismo con el nombre de Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública y entre 1958-1962, se desempeñaron Héctor V. Noblía y Tiburcio Padilla. A partir de 1962 y hasta 1963, el cargo lo ocuparon el referido Tiburcio Padilla y Horacio Rodríguez Castells. Durante la gestión del Dr. Arturo Illia el ministerio estuvo a cargo del Dr. Arturo Oñativia (1963-1966). En 1966, el dictador militar Juan Carlos Onganía, volvió a disolverlo, para incluir sus funciones en el Ministerio de Bienestar Social. En 1981, el dictador Roberto Viola le cambió el nombre por el de Ministerio de Acción Social. El 10 de diciembre de 1983 asumió el Presidente Raúl Alfonsín que dispuso la reaparición del Ministerio de Salud y Acción Social. Durante los dos días del interinato de Ramón Puerta, se fusionaron los Ministerios de Economía, Desarrollo Social, Trabajo y Salud. Durante los ocho días que duró la presidencia de Adolfo Rodríguez Saá no se designó ministro. En 2002, el Presidente Eduardo Duhalde unificó dos funciones para crear el Ministerio de Salud y Ambiente. En 2007, la Presidenta Cristina Fernández desdobló las funciones y volvió a crear el Ministerio de Salud.

¹¹⁸ Susana Belmartino, *La atención médica argentina...*, op. cit. pp. 115-116.

¹¹⁹ *Ibidem*

En este sentido, la periodización que hace Jorge Katz en cuanto a los rasgos histórico institucionales y fases evolutivas del sector salud en la República Argentina, define al período 1955-1970 como el de la “formación del modelo pluralista de planificación descentralizada”. Durante el mismo se afianza la modalidad pluralista de la oferta de servicios, cuya diversificación se había revertido en el período anterior por la expansión de la oferta estatal y se delegan competencias del Estado Nacional hacia los Estados provinciales y hacia entidades de naturaleza no estatal que pasan a controlar parte de la regulación de las relaciones contractuales entre prestadores y prestatarios.¹²⁰

2.1.2. El proceso de construcción de un nuevo paradigma social: de la “ayuda social” del peronismo a las “políticas sociales” del desarrollismo

En la etapa postperonista correspondiente a los años 1955-1970, comienza a construirse el llamado "modelo pluralista de planificación descentralizada" para el sector sanitario nacional, proceso que sigue la fuerte influencia de corrientes ideológicas e intelectuales que provienen de los organismos sanitarios internacionales.

Durante los primeros años de este periodo, desde el Estado se lleva adelante un proceso conducente a erradicar al peronismo del imaginario social y de la política institucional, como también a dismantelar sus estructuras básicas implementadas por el gobierno anterior; lo cual va a tener consecuencias directas en el entramado del sistema de salud público nacional.

“Las autoridades de gobierno militar que asume en 1955 procuran erigir nuevas reglas adaptadas a consignas de descentralización despolitización, que incorporan además una propuesta de reducción de la burocracia estatal. Los conceptos ordenadores de la actividad del sector comenzarán así a definirse en términos antagónicos a los que se habían afirmado a partir de los años treinta: la unidad de comando, la centralización, la uniformidad de normas, el énfasis en lo político como indispensable complemento de lo técnico serán identificados con una perspectiva *totalitaria*, y responsabilizados de las deficiencias y deformaciones que se verifican en los servicios de salud”.¹²¹

El destino del peronismo era la pregunta que cruzaba a los sectores políticos y militares triunfantes del golpe. Si bien había un rechazo unánime al modelo político social igualitarista anterior y sobre todo a la figura del Gral. Juan Domingo Perón, entre quienes

¹²⁰ Jorge Katz; Hugo Arce y Alberto Muñoz, “El modelo organizacional vigente...”, op.cit. p. 20.

¹²¹ Susana Belmartino, *La atención médica argentina...*, op. cit. p. 131.

adhirieron a la “revolución libertadora”¹²², hubo por lo menos dos visiones distintas sobre lo que el peronismo había significado en el desarrollo político de la Argentina¹²³.

Con el golpe de Estado asumió el poder el movimiento revolucionario antiperonista, que inauguró una etapa política que se inició en septiembre de 1955 y concluyó a mediados de noviembre de 1957, momento en que finalizó la Asamblea Nacional Constituyente que anuló la constitución de 1949. Durante ese lapso de poco más de dos años, se suceden dos gobiernos provisorios de facto. El primero de ellos comienza con la asunción del general Eduardo Lonardi el 23 de septiembre de 1955 hasta el 15 de noviembre de ese mismo año, cuando a partir de ese momento se hace cargo de la presidencia el general Pedro Eugenio Aramburu, quién recibe el apoyo alternado de distintos partidos antiperonistas hasta la asunción del gobierno constitucional del Dr. Arturo Frondizi, el 1 de mayo de 1958, poniendo punto final al segundo gobierno de facto. Si analizamos el accionar de los dos gobiernos provisionales, el primero de ellos fue de escasa duración y en lo que refiere al ámbito sanitario, sólo fue disuelto el Ministerio de Salud, reconvirtiendo sus funciones dentro del Ministerio de Asistencia Social. Las acciones directas destinadas a la desestructuración del sistema sanitario peronista, comenzaron apenas asumido el segundo gobierno provisorio encabezado por el Gral. Aramburu¹²⁴.

¹²² Para el sector triunfante del golpe de 1955 se trató del derrocamiento de un gobierno que si bien había accedido al poder por los canales legítimos del sufragio en su primer gobierno, había trasgredido luego las reglas más elementales de la convivencia política social vulnerando las bases histórico-culturales del orden establecido. Eso justificaba la “revolución” y por lo tanto era “libertadora”. Al mismo tiempo para los antiperonistas radicalizados y también para UCR, el quiebre de la legalidad política se había producido con la reforma constitucional de 1949 que permitió la reelección inmediata del presidente. (María Estela Spinelli, *Los vencedores vencidos. El antiperonismo y la revolución libertadora*, Buenos Aires, Biblos, 2005. p. 53)

¹²³ Apenas instalado en el poder el primer gobierno de facto, en el sector triunfante se manifiestan dos líneas que se van a mostrar antagónicas en lo que hace al tratamiento para con el peronismo. Una de ellas se caracterizaba por presentar un antiperonismo tolerante, ya que ve en el mismo, un proyecto de cambio económico y social malogrado no solamente por el fuerte personalismo de Perón sino también por la obsecuencia e ineficacia de sus cuadros políticos. Este sector manifestó sus intenciones de reconocer al peronismo con entidad política excluyendo de cualquier tipo de legitimidad a Perón. Dentro de esta línea de acción encontramos a la fracción del Partido Demócrata Nacional que formó el Partido Demócrata Conservador Popular, sectores del Partido Comunista y parte de la intransigencia radical que conformó posteriormente la UCRI. El antiperonismo radicalizado veía al peronismo en su conjunto y no sólo a su líder como un fenómeno anómalo, una especie de psicosis colectiva comparable al nazismo y al fascismo que había corrompido el orden político social heredado y se propuso por lo tanto depurar a la sociedad de ese mal como único camino posible a la democracia. Este sector estuvo representado por el segundo gobierno de facto. Cfr. María Estela Spinelli, *Los vencedores vencidos...*, op.cit. pp. 54-55.

¹²⁴ Durante el primer gobierno de facto la fórmula de resolución del conflicto fue de desperonización-conciliación pero fracasó rápida y estrepitosamente porque el presidente Lonardi, además de no haber logrado consolidarse en el poder, no pudo controlar la desperonización impulsada por el antiperonismo radicalizado, sector que había incorporado a su propio gabinete. La desperonización fue considerada necesaria por Lonardi,

Desde el derrocamiento del peronismo en adelante, y salvo momentos excepcionales, la tendencia dominante se orientó a desvincular al Estado de su responsabilidad de garante de las condiciones de salud y de trabajo de la población. Así, entre 1955 y 1958 se intervinieron sindicatos y se restringió su actividad, se limitó el derecho de huelga en el sector público, se eliminaron las restricciones sobre las horas extraordinarias y se reglamentaron, por decreto, condiciones de trabajo por fuera de los convenios colectivos.

El furor por desmontar la estructura nacional de salud creada durante el gobierno peronista, no se detuvo ni siquiera ante la grave epidemia de poliomielitis¹²⁵ que, como toda crisis podría haber creado condiciones para el fortalecimiento del sistema, aunque probablemente retrasó el desmontaje programado¹²⁶. Posteriormente se generaron políticas descentralizadoras, y los servicios sanitarios nacionales fueron transferidos a las provincias¹²⁷, y en muchos casos, devueltos a la esfera nacional, por los débiles gobiernos provinciales que no podían sostenerlos financieramente¹²⁸.

pero debía limitarse a los actos flagrantes de corrupción y abuso de poder y llevada adelante no ya por el poder político sino por la justicia. El gobierno de Aramburu convirtió a la desperonización en uno de los ejes centrales de su política de “democratización” de la sociedad argentina. (María Estela Spinelli, *Los vencedores vencidos...*, op.cit. pp. 96-97)

¹²⁵ En 1956 la poliomielitis, enfermedad que desde varias décadas antes venía anunciando su cambio de carácter de endémica a epidémica, generó la mayor epidemia de esa afección en la historia del país. Se produjeron casi 6.500 casos registrados y su impacto llegó a reflejarse en las tasas de mortalidad general y en la de mortalidad infantil de 1957. La aparición de la vacuna Salk (inyectable) permitió que en los años siguientes el número de casos se mantuviera cercano a 1.000, hasta que, con la introducción a fines de 1963 de la vacuna Sabin trivalente (oral), cayó rápidamente: poco más de 550 casos en 1964 y 270 en 1965. (Juan Carlos Veronelli y Magalí Veronelli Correch, *Los orígenes institucionales de la salud Pública en la Argentina*, Tomo 2, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Argentina, 2002). En el verano de 1955 una epidemia de poliomielitis se extendió por el país y provocó 3.000 muertes y cientos de niños lisiados. En marzo de 1956 se suspendieron las clases, mientras se apelaba a medidas de todo tipo por parte de los padres para detener el mal, una de ellas consistía en colgar bolsitas de alcanfor del cuello de los chicos. Las provincias de Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego estuvieron casi libres de la epidemia. En el invierno de 1956 se estabilizó el brote, con los primeros fríos. (Diario *Clarín*, "El miedo a la epidemia", sábado 13 de enero del 2002. Disponible en: *Clarín.com*). En Argentina en 1957, 1963 y 1971 se realizaron campañas masivas de vacunación antipoliomielítica. Véase: Daniela Testa, “¡SOS vacunas! Tensiones entre Estado y sociedad civil (1957-1971)”, en: Carolina Biernart y Karina Ramacciotti (editoras), *Políticas sociales. Entre demandas y resistencias. Argentina 1930-1970*, Buenos Aires, Biblos, 2012, p. 185.

¹²⁶ Mario Rovere, “La salud. Alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto”, *Revista electrónica La esquina del Sur*, Buenos Aires, 2004.

¹²⁷ La transferencia de los hospitales fue una de las pocas medidas significativas tomadas por el gobierno militar en materia de salud pública conforme al decreto n° 1.375 de 1957. El conflicto por la correspondiente asignación de recursos se mantiene relativamente acallado bajo las autoridades militares, pero estalla a lo largo de 1958. El ministro Noblia se hace cargo del problema y presenta en el Senado un proyecto de ley orientado a la derogación de los decretos sobre transferencias y revisión de los respectivos convenios. Posteriormente en 1961 vuelve a plantearse la posibilidad de transferir los servicios asistenciales a las jurisdicciones nacionales, pero solamente se puede concretar con las provincias de Santa Cruz y Formosa,

La política económica desarrollada entre fines de 1955 y febrero de 1958, dismanteló los principales mecanismos forjados por el proyecto nacional. Se desnacionalizaron los depósitos bancarios, se eliminó el control estatal sobre el comercio exterior, se derogó el tipo de cambio selectivo destinado al crecimiento industrial, se anularon los mecanismos reguladores defensivos del salario real con precios máximos, y se eliminó el artículo 40 de la Constitución reformada en 1949 que protegía el patrimonio nacional. En junio de 1956, el gobierno argentino ingresó al Fondo Monetario Internacional (FMI) y al Banco Mundial (BM), como así también, denunció los convenios comerciales bilaterales para adherir a la Unión Europea de pagos formalizada en el "Club de París". Para mayo del 1958, la deuda externa alcanzaba la suma de 1.051 millones de dólares, siendo la mayor parte del endeudamiento, producto del acuerdo con el Club de París, el cual convirtió la deuda comercial flotante en deuda financiera. Para el momento de la destitución del presidente Arturo Frondizi, se estimaba que la deuda externa llegaba a los 1.900 millones.¹²⁹

Mario Rovere, afirma que la derogación de la Constitución de 1949 creó, un marco propicio para evitar el "riesgo de la semisocialización" de la medicina, pero una estructura hospitalaria existente, que se había más que duplicado (casi 140.000 camas), donde el 80 % de ellas eran del subsector público y más de la mitad de ellas nacionales, constituían por sí mismas un dato imposible de soslayar¹³⁰.

A partir de 1957, junto al proceso de descentralización del sector público, comenzó a tomar impulso una nueva concepción en la atención de la salud: el paradigma desarrollista-sanitarista. En la prestación médica asistencial, debido a la presión de las ideas sobre la utilidad económica en salud, predominó la concepción de la inversión y la rentabilidad, sobre las ideas de las primeras décadas del siglo, más referidas a los aspectos curativos generales¹³¹.

aunque esta última terminará renunciando el respectivo convenio. (Susana Belmartino, *La atención médica argentina...*, op. cit. pp. 131-132)

¹²⁸ Mario Rovere, "La salud. Alianzas y ...", op.cit.

¹²⁹ Norberto Galasso, *De la Banca Baring al FMI. Historia de la deuda externa argentina*, Buenos Aires, Colihue, 2004.

¹³⁰ Mario Rovere, "La salud. Alianzas y ...", op.cit.

¹³¹ El rol distribucionista del Estado es reemplazado, en el desarrollismo, por el de garantizar la acumulación del capital. Dentro de este esquema el sector salud sufre el impacto de las políticas de austeridad fiscal. Los intentos por disminuir el gasto del Estado nacional conducen a propuestas de racionalización del sector público, que en la práctica, se traducen en la paralización del crecimiento de su capacidad instalada, e incluso en el deterioro de la existente. Las propuestas de descentralización y desburocratización -específicamente dirigidas al cuestionamiento del modelo organizativo peronista- concluyen por trasladar bajo la

Durante la etapa desarrollista, los gobiernos radicales, concentraron los esfuerzos en aspectos particulares del manejo sectorial, sin alterar el curso de la descentralización iniciada en 1957¹³².

No obstante, en el gobierno de Arturo Frondizi, se creó la Escuela de Salud Pública en dependencias del Ministerio de Salud de la Nación, que nucleaba a distintos grupos que, a pesar de pertenecer al gobierno de la Unión Cívica Radical Intransigente (UCRI), habían comenzado a revalorizar las acciones del peronismo en el terreno de la salud. Posteriormente en 1960, se creó otra escuela en el ámbito de la Universidad de Buenos Aires, a instancias de la intelectualidad médica con mentalidad sanitaria, tendencia que provenía de los grupos más progresistas de los países avanzados, en donde se produjo una importante transformación debido al ascenso al poder de los partidos socialdemócratas. Estas tendencias se enfrentaron irremediablemente con la propuesta gubernamental, y como resultado final de esta disputa institucional, se produjo la desaparición de la escuela promovida por el Ministerio y la permanencia de la universitaria, que a partir de entonces, se transformó en el vehículo de penetración de las formulaciones sanitarias tecnocráticas, que se originaron en el ámbito internacional, en especial en la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) y en la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹³³

En esta etapa, los prestadores privados se corporizaron socialmente en entidades representativas de distintos sectores y se agruparon en cuatro rubros principales: médicos, clínicas y sanatorios, odontólogos y bioquímicos/farmacéuticos. Los sectores profesionales generaron dos tipos de entidades según su naturaleza. Por un lado, entidades de tipo gremial, representantes de las necesidades laborales de cada grupo profesional, y por el otro lado, entidades colegiadas de carácter ético-académico, que se ocupaban de la

responsabilidad de los estados provinciales la administración de la red hospitalaria nacional. Esta “política de transferencia” que impacta diferencialmente a los servicios según capacidad de gasto y de gestión de los respectivos gobiernos provinciales, profundiza las carencias de una red de servicios que, en buena medida se había conformado bajo el imperio de la discrecionalidad y la improvisación. No obstante, la contracción de la actividad social del Estado no involucra un “achicamiento” ni una privatización: Por el contrario, los organismos estatales se expanden, cubriendo nuevos ámbitos de intervención. Comienza a desarrollarse en su interior una capa tecnoburocrática, con vinculaciones en el sector empresario nacional e internacional, directamente comprometida en tareas de planificación del desarrollo a partir del estímulo a la iniciativa privada. El discurso “modernizante” y “eficientista” pone el acento en la distribución racional de recursos por definición insuficientes”. Cfr. Susana Belmartino, “Políticas de Salud en la Argentina: perspectiva histórica”, en: *Cuadernos Médico Sociales* n° 55, 1991, pp. 13-33..

¹³² Jorge Katz; Hugo Arce y Alberto Muñoz, “El modelo organizacional vigente...”, op.cit. p. 21.

¹³³ Mario Testa, Mario, *Pensar en salud...*, op. cit. pp. 226-227.

matriculación profesional por poder delegado del Estado Nacional y también de la evaluación ética de los profesionales, por parte de sus propios pares. El subsector privado con fines de lucro gestó sistemas financiadores comerciales, con abonos sanatoriales como entidades de medicina prepaga. Como consecuencia, hubo una mayor dispersión de los centros de decisión y planificación, no sólo territorialmente hacia las provincias, sino también hacia organizaciones paralelas, privadas y de obras sociales¹³⁴.

2.2. Políticas sanitarias nacionales y su relación con los organismos internacionales de salud

Las relaciones internacionales entre distintos países o entre diversos organismos internacionales y un país, pueden establecerse e interpretarse de diversas maneras, según los distintos condicionantes que sean analizados¹³⁵. En lo que hace al espacio latinoamericano una manera de ver las relaciones internacionales pone énfasis en los condicionantes externos que imponen una determinada conducta en la política exterior, de forma tal que la región reacciona tan sólo a lo que acontece en el escenario global, para lo cual la teoría de la dependencia en una forma de entender este tipo de relaciones.

Junto a esa manera de interpretar las relaciones internacionales entre los países, y como parte del complejo entramado de las mismas, la política exterior también es una respuesta de una determinada cultura política, tradición de creencias, historia y estilos en la forma de gobernar. De esta manera, la política exterior y las acciones que se toman en consecuencia, tienen como un importante factor explicativo la política integral doméstica. Los cambios en la forma de actuar en la política exterior pueden ser entendidos en base a los cambios acontecidos en el régimen local vigente, lo cual determina alineamientos, incluso los denominados automáticos, y asociaciones a lo largo del tiempo con cierto predominio de unos sobre otros.

Como marco de referencia de las relaciones internacionales elegidas en nuestra tesis, hemos adoptado la idea de segmentación temporal que propone Francisco

¹³⁴ Jorge Katz; Hugo Arce y Alberto Muñoz, "El modelo organizacional vigente...", op.cit. p. 22.

¹³⁵ Andrés, Mercedes, "Modelos de relaciones especiales adoptados en la política exterior argentina", *Centro Argentino de Estudios Internacionales (CAEI)*, Programa de Política exterior argentina, Workin paper #18. Disponible: http://www.caei.com.ar/sites/default/files/18_0.pdf

Corigliano¹³⁶. En este sentido, el autor habla de “relaciones especiales” de alcance restringido y de alcance amplio. Para el primer modelo o paradigma reserva las “relaciones especiales” con Gran Bretaña y países de Europa Occidental (1862-1947), cuyos antecedentes se remontan a principios del siglo XIX, aunque comienzan a profundizarse a partir de la emergencia y consolidación del Estado nacional y hasta el cierre de las negociaciones anglo-argentinas de 1947 sobre los ferrocarriles británicos. Estas “relaciones especiales” estaban basadas primordialmente en lo comercial/económico, razón por la cual se las considera de alcance restringido al ámbito económico. Las de alcance amplio, se aplican a las establecidas con los Estados Unidos de Norteamérica y los países desarrollados de Occidente y adoptadas en la década de los años '90 y vigente hasta el estallido de la guerra de Irak en los inicios del 2003. A diferencia de la modalidad anterior, esta forma de vinculación amplió la relación económica-comercial a la esfera político-estratégica. En la etapa que correspondió a la Segunda Guerra Mundial, la Argentina se comportó en forma independiente y autónoma del contexto global. A partir de 1947 y hasta 1991, no se establecieron relaciones especiales con ninguna potencia y el país intentó llevar adelante una política exterior relativamente independiente. Se lo reconoce como un período de crisis paradigmática en donde se entremezclan rasgos del paradigma anterior y comienzan a aparecer algunos aspectos del paradigma que se impondrá a partir de la década de los 90.

Dentro de este último período, reconocido como del paradigma globalista¹³⁷, se produjo un cambio en las relaciones internacionales, en particular con los organismos internacionales intergubernamentales de salud, que potenciaron su accionar a medida que se producían hacia el interior de la Argentina, cambios no solamente de corte institucional, sino también en los modelos de acumulación.

En este sentido, hacemos referencia a la OPS y su relación con el Ministerio de Salud durante el peronismo, y su posterior vinculación, con el gobierno de la Revolución

¹³⁶ Corigliano, Francisco, “Los modelos de relaciones especiales en la política exterior argentina (1862-2008). De Bartolomé Mitre a Cristina Fernández de Kirchner”, *Boletín del Instituto de Seguridad Internacional y Asuntos Estratégicos (ISIAE)*, Consejo Argentino para las Relaciones Internacionales (CARI), año 11, n° 45, Abril 2008. Disponible: <http://cari.org.ar/publicaciones.html>

¹³⁷ Andrés, Mercedes, “Modelos de relaciones...”, op. cit.

Libertadora¹³⁸. En primer lugar debe tenerse en cuenta que los denominados organismos internacionales, son en realidad organismos intergubernamentales y por ello sensibles a

“aceptar como válidas las intenciones de cambio de las autoridades nacionales que solicitan el estudio. Sólo en contadas oportunidades un informe de este tipo sugiere cosas diferentes a lo que el Gobierno desea escuchar, y cuando lo hace, debe fundarse en un estudio de gran profundidad, que abarque períodos largos de la vida institucional”¹³⁹.

Resulta necesario aclarar, que lo que se denomina como “organismo internacional”, tiene su significado simbólico para la época, y lo es tanto, para las relaciones internacionales como también para las políticas sanitarias locales. Por ello es posible establecer distintas formas de relación y de intervención entre los gobiernos locales y los organismos citados y en ese sentido, se enmarca la perspectiva de análisis que permite diferenciar ciertos matices en la relación de la gestión de Ramón Carrillo con la OPS con la etapa inmediata posterior.

2.2.1. Una forma de intervención acotada: La presencia de la OPS en la Argentina durante la gestión de Ramón Carrillo

Las relaciones entre la OPS y el gobierno nacional durante la presidencia de Juan D. Perón, constituyeron una intervención pactada y acotada. Pactadas, porque para que interviniera la OPS en el país en tareas de asesoramiento, el gobierno debía celebrar los acuerdos correspondientes. Acotadas, porque la intervención del organismo internacional solamente se remitió a la firma de algunos convenios y a la formulación de intencionalidades que no llegaron a concretarse.

Así se pueden identificar por lo menos dos etapas, cuyas características permiten establecer en algún modo, el grado de injerencia e integración que se manifestó durante el período. La primera de ellas, corresponde al momento en que Ramón Carrillo era Secretario de Salud, en un escenario político nacional definido por la primera presidencia de Juan D. Perón. La segunda etapa, la identificamos a partir de 1951, ya con Ramón Carrillo como Ministro de Salud¹⁴⁰, en un escenario nacional que comenzaba a sufrir las

¹³⁸ El gobierno de la autodenominada Revolución Libertadora le solicita a la OPS que redacte un informe sobre la situación del sistema de salud público argentino.

¹³⁹ Juan Carlos Veronelli y Analía Testa (editores), *La OPS en la Argentina. Crónica de una relación Centenaria*, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de La Salud, Argentina, 2002.

¹⁴⁰ El Ministerio de Salud es creado en 1949.

consecuencias producidas por un marco de precios internacionales poco favorables para la economía, y con un visible enfrentamiento entre el Ministerio de Salud y la poderosa Fundación Eva Perón.

Cabe recordar, que en este tipo de organismos internacionales, para la toma de decisiones, tanto en lo que respecta a las políticas que el sector lleva adelante, como a la conformación de la estructura de recursos humanos, se depende de los aportes directos que en forma de cuotas o donaciones, los gobiernos efectúen. La relación del gobierno peronista con la OPS, estuvo signada además, por factores políticos-estratégicos propios de un escenario de comienzos de la Guerra Fría y la alineación que propone la estructura de un mundo bipolar.

Esta primera etapa se inicia en el mes de septiembre de 1947, fecha en que se realizó en Buenos Aires la Primera Reunión del Consejo Directivo de la OPS¹⁴¹. Durante las reuniones, el gobierno argentino a través del Secretario de Salud, reconoció que la OPS desde 1902¹⁴², había conseguido un adelanto considerable en la salud pública del continente. En este sentido, las palabras de Ramón Carrillo, de reconocimiento a la actividad desarrollada por la organización en todo el continente son corroboradas y potenciadas por el anuncio que da que cuenta que el presidente Perón ha enviado al Congreso una solicitud por un millón de pesos anuales para reforzar el presupuesto de la OPS. La fundamentación de este aporte, lo define la acción sanitaria, que no puede detenerse en las fronteras del país, ya que los límites de los estados son límites históricos-políticos, pero no límites sanitarios. El mensaje del presidente Juan Perón reconoce la necesidad de que la organización amplíe sus funciones y su escenario de acción. El anuncio sorprende al mismo Fred L. Soper quién opinó que la contribución argentina en esta cuestión era más de lo que se esperaba, y tanto, como el aporte que hacían los Estados

¹⁴¹ Como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana se había elegido a Fred Lowe Soper, sanitarista norteamericano que dirigía el proyecto de la Fundación Rockefeller para la erradicación de la fiebre amarilla en el Brasil, y que había trabajado en el norte de África durante el final de la Segunda Guerra Mundial experimentando la utilización del nuevo insecticida DDT en la lucha contra el tifus endémico. Apenas elegido tuvo que enfrentar la decisión norteamericana de favorecer la absorción del organismo panamericano por la recién creada Organización Mundial de la Salud (OMS). Los Estados Unidos de Norteamericana habían creado durante la guerra el Instituto de Asuntos Interamericanos y habían ensayado con él la cooperación sanitaria bilateral, que pensaban ampliar cuando la OPS fuera absorbida por el organismo mundial. Soper en esa oportunidad, solicitó el apoyo de los países latinoamericanos para formar un fondo que permitiese agrandar la OPS e impedir su absorción. (Juan Carlos Veronelli y Magalí Veronelli Correch, *Los orígenes institucionales de la salud Pública...*, op.cit.).

¹⁴² En ese año se funda la OPS.

Unidos de Norteamérica. Esta primera etapa durante el gobierno peronista se desenvuelve en un marco de aceptación y colaboración formal, en donde la Argentina se encuentra en pleno desarrollo del proyecto justicialista que le garantizaba al futuro Ministro de Salud, todo el apoyo institucional y político para la transformación de las deficientes condiciones sanitarias que presentaba el país a mediados de la década del '40. Durante este período puede constatarse el mayor porcentaje del presupuesto nacional asignado al área de salud pública.

Pero las condiciones cambiaron a partir de 1950 y los presupuestos se redujeron, entre otras causas por la creación de nuevas dependencias, que si bien, no representaban gastos mayores en el momento en que se crearon, comprometían seriamente los futuros presupuestos¹⁴³. Hacia 1950, el representante de la OPS se hizo presente en Buenos Aires para hacer dos reclamos, los cuales muestran con total claridad la situación imperante en el escenario político-económico nacional. Por un lado se solicita al gobierno argentino el pago de cuotas pendientes¹⁴⁴, y por el otro, se hace saber que todavía no se ha concretado la contribución extraordinaria anunciada y propuesta por el gobierno argentino en 1947, durante la reunión de la organización realizada en Buenos Aires. El reclamo logra que los pagos atrasados se hagan efectivos, pero los anuncios posteriores del gobierno nacional, abren una nueva instancia en las relaciones internacionales con este organismo.

La segunda etapa se ubica a partir de 1951 y comienza en el mismo momento en que se cancela la deuda. En esa oportunidad el gobierno produce un cambio sustancial en su discurso, ya que anuncia la reunión de un Comité Interministerial que estudiará las “necesidades argentinas de cooperación y los mecanismos para aprovechar mejor la asistencia”¹⁴⁵.

El anuncio resignificará el contenido de las relaciones iniciadas cuatro años atrás. Ahora, el país cumpliría con sus aportes, pero también solicitaba la asistencia técnica para resolver parte de los problemas que le generaba su entramado sanitario. Con anterioridad, y beneficiado el gobierno por los parámetros favorables del comercio internacional, la

¹⁴³ Juan Carlos Veronelli y Magalí Veronelli Correch, *Los orígenes institucionales de la salud Pública...*, op.cit. p. 525.

¹⁴⁴ El atraso en el pago de cuotas impediría votar en la siguiente asamblea.

¹⁴⁵ Juan Carlos Veronelli y Magalí Veronelli Correch, *Los orígenes institucionales de la salud Pública...*, op.cit. p. 521.

Argentina se consideraba autosuficiente y no requería asistencia técnica ni material, cuestión que es observada por el representante de la OPS.

Hacia el fin de la gestión Carrillo se hizo evidente que existía una débil integración de los servicios. La cooperación internacional estaba dirigida a corregir las distorsiones sin alterar la configuración del conjunto de servicios, aunque el lento desarrollo burocrático y la nula implementación de medidas acordadas, impidieron cualquier tipo de realización concreta sustancial. El pedido de colaboración se llevó adelante durante 1953 y tenía como objetivo integrar los servicios de salud pública. Durante 1954, el gobierno nacional volvió a plantear la conveniencia de la descentralización de los servicios sanitarios-asistenciales y la posibilidad de construir y desarrollar programas en el medio rural de Salud Pública, basados en la participación activa de la comunidad. Para la misma época el poder político de Ramón Carrillo había disminuido considerablemente, se produjo su renuncia y abandonó el país para fallecer dos años después en Brasil.

2.2.2. Formas de intervención ampliadas a partir de la Revolución Libertadora. El Informe de la OPS del año 1957 como antecedente inmediato de la atención gerenciada para la salud en América Latina durante la década del '80

Aunque la salud pública mejoró durante el gobierno peronista, no tuvo un desarrollo uniforme a nivel nacional ni cumplió con las expectativas propuestas en el plan ideado. Si bien fue erradicado el paludismo y la malaria, bajaron considerablemente los índices de mortalidad infantil, de morbilidad tuberculosa y venérea, no hubo una continuidad en el tiempo que permitiera afianzar estos logros.

En las provincias de Córdoba, San Juan, Mendoza, Entre Ríos, Santa Fé, La Pampa y Santa Cruz se registró un fuerte incremento de inversión en el área de salud, pero muchas regiones continuaron retrasadas en lo que hace a infraestructura pública de salud, la carencia de recursos, muchas veces impidieron satisfacer las necesidades de atención. Hacia el año 1952, la construcción de centros de salud, considerados las unidades básicas de una política integrada de Salud Pública, quedó paralizada¹⁴⁶.

¹⁴⁶ Karina Ramacciotti, "Las políticas de salud en la Argentina, 1946-1954...", op.cit

Entre 1956 y 1959 se introdujo en el ámbito de la salud el concepto de “desarrollo de la comunidad”, sostenido por la Alianza para el Progreso y por organismos internacionales como la CEPAL y las Naciones Unidas¹⁴⁷.

La revisión reciente de un documento de la OPS en la Argentina muestra que:

"A diferencia del gobierno anterior, el que se establece en 1955 solicita la cooperación a múltiples organismos internacionales al tiempo que declara su propósito de afianzar el federalismo".¹⁴⁸

Ello se inscribe en una de las características más notables de la Revolución Libertadora, la desperonización, a partir de borrar todos los símbolos que hicieran recordar al período peronista. Uno de los factores de diferenciación, lo conformó, el uso extensivo de la cooperación internacional, que contrastó con el perfil del país de los años previos.

En la década del cincuenta hubo recomendaciones por parte de los organismos internacionales hacia los países latinoamericanos, referidas a reformas que debían realizarse en sus sistemas de salud. La mayoría de las concepciones hoy vigentes, como “eficiencia”, “eficacia”, “costo/beneficio”, “libre elección”, “descentralización”, “participación comunitaria”, “programas locales”, “seguro de salud” y otros, fueron utilizados en los años 50 y 60 para impulsar transformaciones en el sector. Existen informes de consultoría sobre la situación de la organización sanitaria en Argentina realizados en 1957 por expertos de la OPS que sirven como ejemplos. Estos documentos, recomendaban al gobierno nacional de la época reestructurar el sistema sanitario a partir de un proceso de descentralización, que permitía a los poderes locales, asumir la responsabilidad en la conducción de los programas y de los establecimientos asistenciales para abrirlos a la participación de la comunidad. Se señalaba además la necesidad de capacitar al personal sanitario en el uso de técnicas de análisis de costos y de administración hospitalaria, con el objetivo de lograr instituciones más eficientes que mantengan una adecuada relación de costo/beneficio con relación a la salud. La consecuencia para los países de Latinoamérica, fue la formalización de grandes cambios en el rol de Estado y su relación con la sociedad, debido a exigencias cada vez

¹⁴⁷ Enrique Visillac, Nélica Martínez y Norma Boloniati, *70 años de actividad médica: de la profesión liberal a la progresiva precarización del trabajo*, Asociación de Médicos Municipales de la ciudad de Buenos Aires, Premio Salud Pública 2006-2007, Buenos Aires, 2007.

¹⁴⁸ Juan Carlos Veronelli y Analía Testa (editores), *La OPS en la Argentina. Crónica de una ...*, op. cit.

mayores de los organismos multilaterales de crédito a contraer el gasto público, el control de la emisión monetaria y la reforma del Estado en su conjunto¹⁴⁹.

La comisión asesora de la OPS presentó en junio de 1957 un informe que fue adoptado como política en ese año, y sus conclusiones son suficientemente reveladoras ya que muestran la intencionalidad política del gobierno nacional:

"La Comisión está de acuerdo con el deseo expresado por el Gobierno de la Nación de transferir a las provincias y municipios las actividades de salud pública que son de carácter exclusivamente federal y de estimular la iniciativa privada de asumir cada vez más un papel importante en estos problemas"¹⁵⁰,

Autores como Celia Iriart y Juan Carlos Veronelli critican el documento al señalar que no se hizo siquiera referencia a las por entonces novedosas configuraciones de servicios nacionales de salud de la posguerra en Gran Bretaña y Chile, y que no consiguió detectar los logros sanitarios de la gestión de Ramón Carrillo.

El informe en cuestión, realizó un análisis crítico de la cuestión sanitaria del momento, a lo que hay que agregar que el representante local siempre se constituía en un elemento clave para orientar la tarea. El llamado a cooperar que hace el gobierno de facto a la OPS, estaba en consonancia con la desaparición de las fricciones que habían existido en algún momento entre el gobierno peronista y los Estados Unidos de Norteamérica.

Estima además Mario Rovere¹⁵¹,

"que la derogación de la Constitución del 49 creaba un marco propicio para evitar el "riesgo de la semisocialización" de la medicina, pero una estructura hospitalaria que se había más que duplicado hacía que casi 140.000 camas, el 80 % de ellas públicas y más de la mitad nacionales constituyeran un dato imposible de soslayar".

Las relaciones entre el gobierno de la Revolución Libertadora y la OPS, se llevaron adelante dentro del proceso de desperonización, que coincidió con la tendencia histórica de desconcentración de los centros de planificación de los servicios de salud, que dió lugar a un nuevo modelo organizativo sanitario. La presencia de la OPS en nuestro país, fue acompañada en el ámbito internacional con el alineamiento de Argentina con los acuerdos

¹⁴⁹ Celia Iriart, Emerson Elías Merhy y Howard Waitzkin, *La atención gerenciada en América Latina...*, op. cit.

¹⁵⁰ Juan Carlos Veronelli y Analía Testa (editores), *"La OPS en la Argentina. Crónica de una ..."*, op.cit.

¹⁵¹ Mario Rovere, "La salud. Alianzas y ...", op.cit. (El Dr. Mario Rovere es Especialista en Salud Pública, Experto Consultor OPS/OMS, docente universitario UBA, UNR, FLACSO).

de Bretton Woods y el posterior ingreso al FMI. A partir del año 1957, junto al proceso de descentralización del sector público, comenzó a tomar impulso una nueva concepción en la atención de la salud, el paradigma desarrollista-sanitarista.

Durante todo el período que analizamos, se pudo observar, que la relación entre los gobiernos nacionales, tanto electos como de facto, y los organismos internacionales como la OPS y la OMS, se vincula más a un escenario de continuidades que de rupturas. La intervención de los organismos internacionales sanitarios, tanto en el peronismo como durante la Revolución Libertadora y los gobiernos inmediatos posteriores, fue producto de decisiones gubernamentales directas, las cuales generaron tensiones dentro de un esquema de salud, que no logró encontrar a lo largo del tiempo, las continuidades necesarias para resolver la problemática sanitaria general.

2.3. Cambios en el modelo de acumulación y su relación con el paradigma sanitario.

La irrupción de Revolución Libertadora, rompió con el modelo de acumulación aplicado en el país desde 1945¹⁵², promoviendo a partir de 1955 y profundizado desde 1958 una estrategia de acumulación de corte “desarrollista”, que fue continuada por los sucesivos gobiernos civiles y militares hasta 1973. El paulatino debilitamiento del Estado de Bienestar, produjo la falta de respuestas políticas a los problemas sociales. El Estado, se vuelve, cada vez más autoritario y burocrático, debido a que la corporativización de las instituciones de bienestar, que requerían del complemento de políticas con un mayor monopolio del poder represivo sobre el conflicto social. De esta manera, las políticas sociales desarrolladas en el país en el período, fueron respuestas hegemónicas diferentes frente a la cuestión social.

Susana Torrado señala que fueron dos las estrategias de intervención que ocuparon el espacio de las decisiones gubernamentales, la Estrategia “justicialista” entre 1945-1955 y la Estrategia “desarrollista” entre 1958-1972. En la estrategia justicialista, de neto corte “distribucionista”, la industria constituyó el objetivo central del proceso de desarrollo, ya que decididamente se impulsó una industrialización sustitutiva basada en el incremento de la demanda de bienes de consumo masivo en el mercado interno, que se generó a partir del aumento del salario real. El principal mecanismo para lograr estos objetivos fue la

¹⁵² Susana Torrado, *Estructura social de la Argentina. 1945-1983*, Buenos Aires, Ediciones de la Flor, 1992. p. 51.

reasignación de recursos para la producción a través de la acción del Estado. Por otro lado, también el Estado extiende su campo de acción económica y social al nacionalizar importantes empresas de servicios públicos, y acentuar su estrategia distributiva a través de la asignación creciente de recursos a la educación, salud, vivienda y seguridad social. La estrategia distribucionista originó un modelo sanitario que se puso en cuestión inmediatamente después de la caída de Juan Perón, ya que, en el breve interregno de la autodenominada Revolución Libertadora, se comenzaron a modificar las estructuras sanitarias vigentes, dentro de un esquema que luego van a profundizar las políticas desarrollistas.

La salud pública fue uno de los ámbitos en donde se produjo esta intervención directa de la Libertadora, aunque se debe aclarar que en líneas generales y en otros ámbitos de intervención, no se logró implementar políticas públicas que alteraran significativamente la estructura socio-económica anterior¹⁵³. La estrategia desarrollista fue llevada adelante por la alianza de la burguesía industrial nacional y capital extranjero materializado por las grandes empresas transnacionales norteamericanas que llegaban al país. Este nuevo modelo de acumulación fue puesto en marcha durante el gobierno de Arturo Frondizi y fue continuado por el gobierno de la Revolución Argentina en 1966, aunque con matices que no invalidaron su caracterización como modelo desarrollista¹⁵⁴.

Siguiendo a Susana Torrado, la estrategia posperonista es caracterizada por la autora como de corte “concentrador”, en donde también la industria constituyó el objetivo central del proceso de desarrollo, pero a diferencia del modelo justicialista, se impulsó una industrialización sustitutiva de bienes intermedios y de consumo durable. Así el incremento de la demanda estaba asegurado por la inversión, el gasto público y el consumo suntuario del reducido estrato social urbano de altos ingresos, generándose un modelo que se asentó en un proceso regresivo de concentración de ingresos. El rol del Estado fue importante en la concreción de esta nueva forma de acumulación, ya que ayudó y garantizó con diversas medidas, el intenso proceso de capitalización y concentración económica. Las medidas que se impulsaron tuvieron que ver con el rol del Estado, en tanto productor de bienes y servicios y agente distribuidor de los recursos sociales. De esta manera, una nueva legislación, eliminó toda restricción al libre desplazamiento de capitales, creando las

¹⁵³ Susana Torrado, *Estructura social de la Argentina...*, op.cit. p. 51.

¹⁵⁴ *Ibíd.*, p. 60.

condiciones necesarias para el libre ingreso de las empresas transnacionales. Esto generó la transferencia de ingresos desde los asalariados industriales hacia las empresas transnacionales. La implementación de prácticas represivas medidas, logró la posterior caída del salario real.

No obstante el cambio de actitud con relación a la sociedad, el paradigma¹⁵⁵ en salud continuó siendo el sanitarista, consolidado ya en la década del 30. Hacia fines de los 50, nació la noción de salud como derecho, aunque en este período, la salud como bien público quedó relegada a un segundo plano ganando protagonismo la noción de “servicio”, momento en que se impone el llamado modelo médico hegemónico.

Teniendo en cuenta estos cambios en el modelo de acumulación, seguiremos los planteos de Jorge Katz y otros, en lo que se refiere a los rasgos histórico-institucionales y “fases evolutivas” del sector salud en nuestro país. Así entre 1945 y 1955 la salud pública argentina debe entenderse como parte de un fenómeno mundial de creciente injerencia estatal en la planificación y administración de los servicios de salud. Este período es definido por los autores como de “Planificación estatal centralizada”. A partir de la ruptura político institucional, se profundiza la idea de descentralización en el ambiente sanitario, que, también en ese caso, reflejó una fuerte influencia de tendencias ideológicas e intelectuales existentes en los organismos sanitarios mundiales, período al que se reconoce como el de la “formación del modelo pluralista de planificación descentralizada” que tuvo vigencia hasta principios de la década de los 70¹⁵⁶.

¹⁵⁵ El desarrollo de los paradigmas no es lineal sino que surge como consecuencia de la evolución de las ideas en un sentido determinado que luego será redefinido por otro paradigma.

¹⁵⁶ Jorge Katz; Hugo Arce y Alberto Muñoz, “El modelo organizacional vigente...”, op.cit. p. 20.

Capítulo 3

3. La política como nueva forma de intervención en salud. La corporación médica entre la adhesión y la oposición al peronismo

Los intentos de asociación entre los profesionales de la medicina comenzaron antes de 1900, posteriormente y ya en la década del '20, hay mucha más organización en esa necesidad de agremiación¹⁵⁷. Fue a partir de la década del '30, cuando se produjeron los cambios más profundos por la creciente injerencia del Estado en la salud pública. Factores como la socialización de la práctica médica, en primer lugar, y el reconocimiento de la medicina como una actividad profesional y no sacerdotal, con una utilidad social y no sólo una práctica humanitaria¹⁵⁸, en segundo lugar, lo hicieron posible.

En esta década, la medicina deja de ser un asunto privado para transformarse en un problema de interés colectivo y en consecuencia la asistencia médica se convirtió en una función pública. En ese contexto nació el derecho a la salud como el deber de brindar asistencia universal sin discriminación de ningún tipo, y paralelamente, se produjo una complejización del sistema de salud pública.

Los primeros dirigentes médicos llamaron a la unidad de los colegas, a la organización y a la agremiación como forma de lucha y defensa frente a la diversidad de problemas que comenzaba a enfrentar la profesión médica. De esta manera la Asociación de Médicos Municipales de la ciudad de Buenos Aires (AMM) nació en los años treinta no sólo por cuestiones sectoriales referidas a la estabilidad, escalafón y sueldo; sino también para denunciar la crisis hospitalaria y el estado de indefensión de la población.

No obstante, hacia el año 1943, continuaba existiendo la división entre sanidad y asistencia médica. El Departamento Nacional de Higiene atendía los asuntos sanitarios y dependía del Ministerio del Interior. En tanto, la Comisión Asesora de Asistencia Médica relacionada con la asistencia, los asilos y otros establecimientos, lo hacía desde el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, que además supervisaba los servicios de Beneficencia¹⁵⁹. Si bien es evidente una separación entre incumbencias y jurisdicciones, en muchos de los casos, el presidente del Departamento de Higiene también presidía la

¹⁵⁷ En 1924 el Sindicato Médico de Chivilcoy reclamaba por los bajos sueldos y las malas condiciones de trabajo que establecían las Sociedad de Socorros Mutuos. En 1936, la Asociación Médica de San Juan emprendió una lucha gremial contra la imposición de una patente de \$ 5.000 m/n que estableció el gobierno de Aldo Cantoni como condición indispensable para ejercer la profesión. Esto produjo la expulsión de la asociación del Dr. Elio Cantoni, hermano del gobernador, por actitudes antiéticas. Cfr. Enrique Visillac, Nélica Martínez y Norma Boloniati, *70 años de actividad médica*, ...op.cit. p. 6.

¹⁵⁸ Se pueden observar importantes movimientos médico-gremiales en países de Europa que van generando poderosas instituciones que amparan a sus integrantes tanto en los aspectos materiales como morales. Cfr. Enrique Visillac, Nélica Martínez y Norma Boloniati, *70 años de actividad médica*,... op.cit. p. 6.

¹⁵⁹ Juan Carlos Veronelli y Analía Testa (editores), *La OPS en la Argentina. Crónica de una...* op. cit.

Comisión asesora, lo cual indicaba que en alguna medida, existió la intención de unificar los servicios, es decir, lo sanitario con lo asistencial.

Tres conceptos marcaban en la época las políticas de salud pública. La “racionalización” y “oficialización”, definían la organización de la salud a través de la coordinación de los servicios entre sí. Para esto, fue necesario una centralización estatal que brindó normas ciertas y fijas, con el fin de que la población disfrutara del máximo de eficiencia de los servicios médicos. Hubo un intento por parte del Estado, de cumplir con la función indelegable de cuidar la salud de la población. El tercer concepto estuvo dado por la “socialización” de la medicina, y hacía referencia a la igualdad en la atención de la salud por parte de toda la población, considerada ésta, como la solución ideal para el problema de la asistencia médica.

Los cambios llegaron a partir de 1944, cuando la Secretaría de Trabajo y Previsión nombró una comisión para el estudio de la socialización de la medicina del país y del estatuto profesional del médico. Para ello, consideró la remuneración de los profesionales que trabajaban en los establecimientos nacionales, municipales y particulares, como así también la prestación individual de servicios y todo lo atinente a la oficialización de la medicina. La regulación de la práctica médica siempre presentó dificultades. Al ser el médico la figura central en el sistema tradicional de atención, gozaba de un prestigio y reconocimiento social que le permitió llevar adelante una ideología individualista, elitista, basada en la autonomía del poder político, el derecho a la autorregulación y la legitimación de la práctica, a partir del conocimiento técnico aplicado según un código de ética limitado a la esfera de su propia conciencia¹⁶⁰.

Se puede afirmar entonces, que durante los primeros años de la década del 40, el movimiento médico gremial tuvo un proceso de renovación. Para esa época se organizó la Federación Médica de la República Argentina, luego Confederación Médica de la República Argentina (COMRA)¹⁶¹ y se concretó el acercamiento de la AMM a la

¹⁶⁰ Enrique Visillac, Nélica Martínez y Norma Boloniati, *70 años de actividad médica*, ...op.cit. p. 6.

¹⁶¹ En mayo de 1941 se reunió el Primer Congreso Médico Gremial Argentino Extraordinario con la participación de diecisiete delegaciones de todo el país. Se decide formar la Federación Médica de la República Argentina, y a solicitud de los delegados del interior no se utilizó la palabra gremial. En 1943, cambia su denominación a Confederación Médica de la República Argentina (COMRA). Esto fue posible gracias al accionar de una campaña que los dirigentes del Colegio Médico, luego Federación Regional, llevaron a adelante en todo el país para despertar la conciencia gremial. Cfr. Enrique Visillac, “Historia del gremialismo médico argentino. Su rol en la salud pública”, Buenos Aires, *Boletín de Temas de salud*, Año 13,

Federación Regional (Colegio de Médicos), que posibilitó que en agosto de 1942 se fundara la Federación Médica de la Capital Federal (FEMECA). Posteriormente, se organizaron las federaciones médicas de las provincias de Córdoba y de Buenos Aires. Esta tendencia concluyó en 1945, cuando el accionar médico-gremial obtuvo dos grandes logros. El primero de ellos, fue la Ley de Ejercicio Profesional y el segundo, el estatuto del trabajo médico. En ese momento comenzó la intervención en la política, de sectores médicos bien caracterizados, lo que produjo como consecuencia, que la unión que exhibía hasta ese momento la organización, mostrara grietas importantes producto de diferentes alineamientos ideológicos.

Con Juan D. Perón en la escena nacional, comenzó una nueva forma de relación del sector médico con el poder político¹⁶². Si bien hay negociaciones e intermediaciones, subyace una situación sumamente paradójica. Por un lado los médicos pedían que el Estado no se inmiscuyera en los asuntos técnicos y por otro, solicitaban la regulación de la práctica médica, y que fuera el Estado, quién dictara las políticas de salud.

n° 123, noviembre 2006, p. 5. La Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), es una entidad médico-gremial que según su propia definición brega por los derechos laborales de los profesionales de todo el país y del ejercicio del derecho a la Salud de todos los argentinos. El 22 de mayo de 1941, un grupo conformado por 3.728 médicos de todo el país se unieron en la Federación Médica de la República Argentina con el objetivo propuesto de luchar por el derecho a ejercer la profesión en condiciones dignas, pero según afirma su historia, persiguen la utopía de un sistema que permitiera el acceso igualitario a la Salud. Bajo este paradigma, realizan el primer Congreso Médico Gremial, que dio origen a la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA). Entre los temas abordados en el primer Congreso Médico Gremial, “se resolvió que la Federación propiciará la coordinación de todos los servicios médicos, creando la dirección General de Salud Pública como entidad autónoma, aconsejando además a la federaciones gremiales la coordinación de todos los servicios provinciales”. Consolidada como entidad madre de los médicos, en noviembre de 1953 se incorporó a la Confederación Médica Panamericana y en septiembre de 1954 fue nombrada miembro de la Asociación Médica Mundial (AMM). Desde su conformación en 1997, COMRA pertenece a la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL), creada como una instancia para compartir experiencias en común con el propósito de mejorar la salud y la calidad de vida de la población, la profesión médica y la defensa de sus derechos. Diez años más tarde, en septiembre de 2007 a partir de la iniciativa de la CONFEMEL, el Consejo de Colegios Médicos de España y la Orden dos Médicos do Portugal, nace el Foro Iberoamericano de Entidades Médicas (FIEM), con el propósito de crear un espacio de intercambio permanente para comunicar, cooperar y buscar consenso sobre ética médica y competencia profesional entre las organizaciones médicas de Iberoamérica. El Código de Ética de COMRA fue aprobado el 17 de abril de 1955, su versión actualizada incorpora los nuevos aspectos que hoy conforman la práctica, a partir de la dinámica del avance de los conocimientos en la Medicina, y brinda una adaptación a nuestros tiempos, respetando los parámetros deontológicos de esta profesión. (Disponible en: comra.org.ar, Página oficial de la Confederación Médica de la República Argentina. Consulta realizada en junio 2013).

¹⁶² En el mes de junio de 1944 se reúne con la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) y con otros gremios médicos entre los que se contaba la Asociación de Médicos Municipales (AMM). Los médicos elogiaron entusiastamente la actitud asumida por Perón y lo calificaron como “conocedor del problema médico”, destacando que había demostrado un vivo interés por sus reivindicaciones y la intención del gobierno de resolverlas. Cfr. Enrique Visillac, Nélida Martínez y Norma Boloniati, *70 años de actividad médica, ... op.cit.* p. 20.

Fue en este período donde las visiones de las entidades gremiales médicas se mostraron vacilantes, producto de la búsqueda de posicionamientos que les permitieran resguardar sus intereses de sector, en un escenario político que ofrecía más incertidumbres que certezas. Frente al creciente poder que adquirió la figura de Juan D. Perón a partir de 1944, esos posicionamientos gremiales se fueron modificando sustancialmente.

Entre julio y octubre de 1945, se produjo una crisis de identidad de la dirigencia gremial médica. Mientras distintas organizaciones académicas y sindicales se manifestaban a favor del retorno de la normalidad institucional y exigían el cambio de gobierno, la COMRA permaneció en absoluto silencio.

En el año 1945, el sector médico participa de dos hechos significativos. El primero de ellos ocurrió en el mes de septiembre, donde una buena parte de estos profesionales, identificado con la Asociación de Médicos Democráticos, formó parte de la “Marcha de la Constitución y de la Libertad”¹⁶³. La asociación tenía como propósito, luchar por la normalización institucional y adherirse a las organizaciones democráticas que se propusieran el retorno del régimen legal. En su comisión directiva figuraban nombres de gran prestigio en la época, como Nicolás Romano, Bernardo Houssay, Florencio Escardó e Ido Celeri, primer presidente y fundador de la Asociación de Médicos Municipales, entre otros. Junto a numerosas personalidades políticas, también participaron de la marcha, el rector de la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA) Horacio Rivarola¹⁶⁴ y el embajador de los Estados Unidos de Norteamérica, Spruille Braden. El segundo hecho, producido el 12 de octubre del mismo año, tuvo a los mismos protagonistas integrando una nueva manifestación en el Círculo Militar frente a la Plaza San Martín, donde nuevamente se pidió que se entregue el gobierno a la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Junto a Bernardo Houssay se encontraban Alfredo Palacios, Américo Ghioldi, Adolfo Bioy Domecq y José María Cantilo entre otros. Dicha manifestación fue dispersada posteriormente por la policía, y durante los graves enfrentamientos resultó muerto el Dr.

¹⁶³ Aprovechando los festejos por la liberación de París, el 19 de septiembre la oposición realizó la Marcha de la Constitución y la Libertad que reunió alrededor de 250.000 personas, apostando a la caída del régimen militar y reclamando el poder para la Corte Suprema de Justicia.

¹⁶⁴ El nuevo rector de la Universidad de Buenos Aires, Horacio Rivarola, accedió a su cargo apoyado por un amplio sector de liberales y reformistas, junto a una minoría comunista. A partir de entonces, la mayor parte de las autoridades universitarias, las principales organizaciones estudiantiles y gran parte del cuerpo de profesores participaron en las campañas que impulsaban el desplazamiento de las autoridades militares, colaborando además posteriormente en la Unión Democrática que enfrentó la candidatura de Perón.

Eugenio Luis Ottolenghi, del Hospital Churruca, quién había acudido a socorrer a las víctimas de la represión. El episodio fue repudiado por todos los sectores médicos, y dentro del seno de la AMM aparecieron dos corrientes de opinión. El sector denominado profesional, que se autodenominaba democrático y mayoritariamente integrado por quienes adherían a la Asociación de Médicos Democráticos, y un sector que apoyó al gobierno militar del momento.

Es importante tener en cuenta la presencia universitaria¹⁶⁵ junto al sector médico organizado. Al año siguiente, en las vísperas de la asunción de Juan D. Perón como presidente de la Nación, fueron estos grupos, los que por medio de sus publicaciones especializadas, destacaron la importancia de la normalización institucional, señalando que el gobierno no había sido apoyado por la mayoría del gremio universitario. Junto con estas declaraciones, los dirigentes médicos de la AMM subrayaban las promesas que el gobierno entrante había realizado durante su campaña electoral. En el caso de cumplirse las promesas el gobierno podría contar con la colaboración de todos los profesionales bien intencionados y de ocurrir lo contrario, la normalización institucional no habría bastado para que dejaran de ser sus opositores, los universitarios y todos los hombres libres de bien¹⁶⁶. Este hecho constituye un punto de inflexión en la relación entre el gremialismo médico y el poder estatal.

Para octubre de 1945 el decreto n° 33.837 limitó la actividad política de los agentes del servicio civil de la nación, por lo que no podían tener injerencia en la lucha electoral ni

¹⁶⁵ Bajo el horizonte de entusiasmo por el repliegue militar, la Federación Universitaria de Buenos Aires y numerosos docentes participaron en la masiva "Marcha por la Constitución y la Libertad", realizada el 19 de septiembre de 1945, pero en forma inmediata, muchos profesores y autoridades universitarias –incluso su rector– fueron detenidos. El Consejo Superior de la Universidad de Buenos Aires, entonces, suspendió las actividades de la institución. El enfrentamiento se agravó durante el mes de octubre a raíz de las reiteradas denuncias, por parte de los miembros del Consejo Superior, de fiscalizaciones en las puertas de las facultades y del aumento del personal policial en sus cercanías. Bajo estas circunstancias, la casa de altos estudios rompió con su tradición de neutralidad en los conflictos políticos nacionales y se pronunció de forma abierta por una de las dos expresiones en pugna: la Unión Democrática. En la Facultad de Ciencias Médicas, estos acontecimientos motivaron renuncias masivas. El decano Gonzalo Bosch y la mayoría de los consejeros dejaron sus cargos por voluntad propia. La solitaria excepción fue Ramón Carrillo, quien comenzó a desempeñarse como decano interino. A partir de este momento devino en personaje público, y lo más sustantivo fue que acentuó sus relaciones con los jóvenes nacionalistas y además se acercó a colaborar en la campaña electoral que llevaría a Perón al poder luego de las elecciones de febrero de 1946. Cfr. Karina Ramacciotti, "De neurocirujano a primer ministro de Salud de la Argentina", *Salud Colectiva*, vol. 4 n.1 Lanús ene./abr. 2008, versión On-line ISSN 1851-8265.

¹⁶⁶ Enrique Visillac, Nélica Martínez y Norma Boloniati, *70 años de actividad médica...* op.cit. p. 21.

hacer propaganda, haciéndolos pasibles de duras penas¹⁶⁷. La medida produjo cesantías que los gremios consideraron antiéticas y provocó la renuncia masiva de médicos en los hospitales Churruca y Ferroviario. Los intentos de formar un movimiento para lograr la reincorporación fracasaron frente al condicionamiento que se imponía a los profesionales que consistía en expresar por escrito su adhesión al gobierno de Juan D. Perón. Los puestos vacantes no se ocuparon, algunas organizaciones como el Colegio Médico de Rosario perdieron su personería jurídica, mientras que otros hospitales del interior del país fueron intervenidos. Al asumir la presidencia Juan D. Perón en el año 1946, algunos médicos pertenecientes a la AMM fueron cesanteados, entre ellos el primer presidente de la asociación, el Dr. Ido Celeri, protagonista de los sucesos comentados.

Durante el peronismo, un número importante de entidades médicas apoyó al gobierno que organizaba a los sindicatos según el lugar de trabajo, lo que en parte obstaculizaba el funcionamiento gremial de las entidades como COMRA. La entidad, no obstante estar alejada del aparato estatal, continuó su tarea consiguiendo de alguna manera la representación de la unidad gremial médica, aunque su posicionamiento no incluía a todos los gremios médicos. Para 1949, FEMECA suspendió sus relaciones con COMRA y en 1953, fue AMM quién se desvincula de FEMECA. Ya hacía varios años que la AMM era de filiación peronista, mientras que FEMECA pretendía desarrollar un gremialismo independiente.

El accionar de la AMM, muestra el involucramiento de los gremios en la política. Más específicamente, fue a partir de 1948 cuando la AMM se transformó en una institución política que apoyaba irrestrictamente todas y cada una de las decisiones emanadas del gobierno nacional, en una actitud totalmente contraria a la que había asumido en su origen. De esta manera forma parte de la Confederación General de Profesionales (CGP)¹⁶⁸, alejándose de su afiliación a FEMECA y a través de ella de la COMRA. Como consecuencia, las publicaciones que dependían de AMM no hacían referencia a las luchas

¹⁶⁷ Esta medida exime a profesores universitarios y de la enseñanza media que no tuvieran cargos directivos y. los médicos y demás profesiones del arte de curar, aunque no podían realiza ninguna actividad partidaria ni de propaganda política dentro del hospital donde trabajaran. Cfr. Enrique Visillac, "Historia del gremialismo médico argentino...", op.cit. p.7.

¹⁶⁸ La AMM dentro de la CGP cede su injerencia gremial a una institución que ha sido creada a tal efecto, la Asociación de Médicos de la Capital Federal

gremiales, que tanto COMRA como las federaciones del interior del país llevaban adelante¹⁶⁹.

Existieron posiciones encontradas en todas las grandes asociaciones. En COMRA algunas de sus filiales tomaron una postura contraria a las tendencias del gobierno, al defender los derechos de los médicos a la libre afiliación. Un logro importante de la institución, fue el reconocimiento obtenido por parte de la Confederación Médica Panamericana, lo que fortaleció su posición como institución de tercer grado¹⁷⁰.

Sin duda, la actividad médico-gremial durante el peronismo se desarrolló dentro de la dicotomía peronismo-antiperonismo. Esto hizo que al derrocamiento de Juan D. Perón, se registraran enfrentamientos, con situaciones de revanchismo hacia quienes habían participado del gobierno derrocado¹⁷¹. Además, las instituciones comenzaron a exigir la reincorporación de los cesanteados y el respeto a la carrera médica. En la AMM se produjo un cambio radical en su estructura dirigencial en octubre de 1955, asumiendo su conducción el Dr. Perruelo, que inmediatamente desafilió a la asociación de la CGP.

El desarrollo de la actividad gremial de la AMM, se fortaleció luego del golpe de 1955, aumentando considerablemente sus afiliados, mientras que al mismo tiempo FEMECA, lograba la adhesión de numerosas instituciones. COMRA, en tanto, se desarrolló en menor medida logrando solamente tres nuevas adhesiones.

3.1. La huelga médica de 1958. De conflicto gremial a enfrentamiento político

Luego del derrocamiento de Juan D. Perón, las entidades gremiales incrementan sus padrones de asociados al producirse la reincorporación de los médicos cesanteados y la derogación de la ley de Asociaciones Profesionales¹⁷². En febrero de 1956, un informe de la

¹⁶⁹ En 1955 tampoco se publicó un acontecimiento que conmovería a todo el cuerpo médico de la República Argentina, el secuestro, tortura y muerte del Dr. Juan Ingalinella, dirigente rosarino del Partido Comunista, episodio que desencadenó una huelga de los médicos organizada por la COMRA en la cual no participó la AMM. Cfr. Enrique Visillac, Nélica Martínez y Norma Boloniati, *70 años de actividad médica...* op.cit. p. 21.

¹⁷⁰ Enrique Visillac, "Historia del gremialismo médico argentino...", op.cit. p. 6.

¹⁷¹ La "revolución libertadora" creó una Junta Coordinadora Interhospitalaria formada por veinte delegados de hospitales para juzgar a los médicos que hubieran tenido actitudes antiéticas durante el gobierno peronista. Esta Junta se extralimitó en sus funciones y la AMM realizó los reclamos correspondientes. Cfr. Enrique Visillac, "Historia del gremialismo médico argentino...", op.cit. p.7.

¹⁷² Esta ley otorgaba a las entidades que adquirían la personería profesional, la facultad del manejo de la matrícula y la capacidad para imponer sanciones a los profesionales (sin apelación en el caso de suspensiones de menos de treinta días) pudiendo privarlos del derecho al trabajo en los consultorios privados por causas

Comisión creada por el Ministerio de Salud Pública para el estudio de las bases y condiciones de los concursos, enfrentó al sector médico con las autoridades del nuevo gobierno. Se generó un conflicto gremial de importantes proporciones, ya que se pretendía anular todos los concursos posteriores al 4 de junio de 1946, y la revisión por impugnación fundada de los realizados desde el 4 de junio de 1943 hasta 1955¹⁷³.

Durante el gobierno peronista, surgieron numerosos gremios que entre otras actividades, se hicieron cargo de la atención de la salud de sus afiliados, con lo cual se puede afirmar que en líneas generales, los médicos vieron disminuida su capacidad de mantener la modalidad del trabajo privado. Posteriormente, la participación de los profesionales en las estructuras sindicales de atención de la salud, desencadenó la mayor huelga del sector que se haya registrado en la República Argentina. La caída de Juan D. Perón, puso en evidencia la conflictiva relación entre los médicos y las mutualidades, donde incluso, se llevaron adelante cesantías sin sumario previo en muchas de las organizaciones.

Las fricciones generadas entre el sector médico y las autoridades sanitarias durante el interregno de la Revolución Libertadora, fue la antesala del grave conflicto gremial que estalló apenas comenzada la presidencia del Dr. Arturo Frondizi en julio de 1958. A partir de la asunción del nuevo gobierno constitucional y una vez que cesaron las intervenciones a los sindicatos, la postura de los médicos cambió sustancialmente, ya que comenzaron a resistir aquellos nombramientos en los cuales no tenían una intervención directa como organizaciones gremiales.

Para julio de 1958, las autoridades de la Unión Tranviarios Automotor (UTA), dejó cesante al director de la Mutualidad de ese sindicato, para posteriormente hacer lo mismo con otros setenta profesionales¹⁷⁴. La respuesta del sector fue inmediata, ya que las organizaciones gremiales médicas de todo el país, agrupadas en la COMRA, decidieron convocar a un paro nacional por tiempo indeterminado. La huelga médica se prolongó durante sesenta días y se transformó en el conflicto más extenso y generalizado de la

éticas, políticas, etc. En el caso de los médicos de Capital Federal, esta institución fue la Asociación de Médicos de la Capital Federal, Filial de la CGP.

¹⁷³ Enrique Visillac, Nélica Martínez y Norma Boloniati, *70 años de actividad médica...* op.cit. p. 27.

¹⁷⁴ El director de la mutualidad, el Dr. Carlos de Dios, había sido propuesto por la Asociación Médica y nombrado durante la intervención del gremio. Al asumir el presidente Arturo Frondizi y cesar la intervención, fue reemplazado por el Dr. Croquet, nombrado por la entidad gremial del automotor.

historia del gremialismo médico argentino, hecho conocido a partir de ese momento dentro del gremio, como la “huelga grande”. La medida de fuerza de los médicos comenzó en forma progresiva, ya que en un primer momento se hizo efectiva en la propia mutual al producirse la cesantía del Dr. Carlos de Dios¹⁷⁵. La UTA intimó a los médicos para que reanudaran las actividades, al negarse estos, las autoridades del gremio automotor cesantearon en forma inmediata a setenta profesionales más. Este hecho disparó la adhesión de las distintas entidades gremiales en todo el país, nacionalizándose el conflicto que se extendió desde julio a septiembre de ese año. Quién llevó adelante la nacionalización del conflicto fue la organización natural del sector, la COMRA, que decidió la ampliación del paro a nivel nacional el 1 de agosto de ese año.

La nacionalización del paro incluyó al sector público, al privado y también al académico. El 4 de agosto se suspendió la asistencia en los hospitales privados, en los de las colectividades, de beneficencia, mutualidades y servicios locales. Frente a la magnitud del paro médico, se intensificaron las negociaciones entre las partes lo que permitió que se levantara el cese de actividades nueve días después. Este hecho dividió al sector médico, ya que la medida de suspensión del paro se realizó en todo el país, excepto en la Capital Federal, demostrando la debilidad de la COMRA frente a la AMM. Esto puso nuevamente en cuestión la representatividad misma del gremio médico, que evidentemente no logró plasmarse en la exclusividad de una sola organización, no obstante la dimensión y la naturaleza del conflicto.

Dicho conflicto lejos de atenuarse continuó agravándose y para el día 30 de agosto fueron anunciadas nuevas cesantías de profesionales médicos que se desempeñaban en otros gremios como los jaboneros, textiles y metalúrgicos, y esto hizo, que la COMRA se sumara nuevamente a la lucha y por lo tanto, la huelga se extendió por todo el país. La huelga médica, también va a enfrentar a la UCRI con la UCRP, sectores antagónicos del radicalismo. En la Cámara de Diputados de la Nación, el diputado Storani de la UCRP, pide el tratamiento sobre tablas del tema porque considera que el conflicto es un hecho grave que afecta no solo a la clase médica sino también a la población en general. La

¹⁷⁵ El paro se declaró el 4 de julio por tiempo indeterminado hasta que se lograra la reincorporación del Dr. de Dios, pero la participación directa del presidente Frondizi aplazó la medida, que recién comenzó a regir en forma plena días más tarde. Cfr. Enrique Visillac, Nélica Martínez y Norma Boloniati, *70 años de actividad médica...* op.cit. p. 27.

iniciativa fue derivada al tratamiento en Comisión siendo previamente rebatida por el diputado de la UCRI, Solana, de profesión médico¹⁷⁶.

El sector académico, presente en otras oportunidades con posiciones políticas definidas y a favor del accionar gremial médico, resolvió por medio del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires el 3 de septiembre, apoyar la huelga médica y declarar su estado de alerta permanente¹⁷⁷.

Las mediaciones del Estado Nacional a través del presidente Arturo Frondizi, entre las mutualidades y las organizaciones gremiales médicas junto a la academia, no lograron destrabar el conflicto. El mismo se solucionó con la intervención de una organización de corte peronista, las 62 Organizaciones, quién obligó a los gremios textil, metalúrgicos y jaboneros, a reincorporar a los médicos cesanteados, medida que tuvo su efecto inmediato con el levantamiento del paro nacional.

La “huelga grande”, puso en evidencia las diferencias entre el sector y las autoridades de las mutualidades. Hacia el interior de las organizaciones gremiales, surgieron problemas referidos al tratamiento del conflicto y a la posición política de los mismos gremios médicos.

El proceso de desperonización llevado adelante durante el periodo que Pedro E. Aramburu ocupó el Poder Ejecutivo, no pudo avanzar sobre las estructuras remanentes del sistema de salud peronista. Los sindicatos a través de sus mutualidades conservaron gran parte del poder de decisión de las políticas de salud, al mismo tiempo que condicionaron a las mismas. Así, las estructuras gremiales del sector médico, presentaban niveles de adhesión al sistema político anterior que convivían con expresiones de rechazo, mostrando crudamente la antinomia peronismo-antiperonismo.

La huelga en sí, debe ser vista, más allá de mostrar algunos momentos de unidad gremial, como la respuesta al acuerdo Perón-Frondizi por parte de aquellos sectores enmarcados en el antiperonismo más radicalizado. Si bien los intentos de mediación del Presidente fracasaron, la intervención de las 62 Organizaciones, logró la solución al disciplinar a las mutualidades de los gremios.

¹⁷⁶ Diario *Jornada*, jueves 3 de julio de 1958, portada.

¹⁷⁷ Enrique Visillac, “Historia del gremialismo médico argentino...”, op.cit. p. 8.

En lo inmediato, el conflicto arrojó resultados positivos, ya que se promulgó la ley de estabilidad de los profesionales en el arte de curar y la ley 14778/58 que resolvió el problema de las incompatibilidades, salvo la horaria.

Después de la llamada “huelga grande”, el gremialismo médico perdió fuerza sobre el poder político, y limitó su accionar, a la defensa del médico como profesional de la salud, lo cual profundizó las fracturas hacia el interior del sector.¹⁷⁸ No obstante, se incorporó como un nuevo actor en el escenario que planteaba la problemática de salud. En el interior del país, las federaciones médicas, en algunos casos fueron preexistentes a la conformación de los nuevos estados provinciales y los médicos son consultados y por lo tanto, se constituyeron en fuerzas orientadoras de políticas públicas y de organización sanitaria. Para fines de la década del 50, la organización gremial del sector ya ocupa la casi totalidad del territorio. Se inició el período del modelo pluralista de planificación descentralizada, que dio lugar a un modelo que subsiste hasta la actualidad. La tendencia general del período fue la descentralización, la delegación de las responsabilidades desde la Nación hacia las provincias, la participación comunitaria en la gestión hospitalaria y la consolidación de otros centros no estatales de decisión y planificación. Una vez comenzados los procesos de provincialización, las estructuras preexistentes nacionales y privadas, obraron como etapa preformativa de los nuevos subsectores de salud provinciales a crearse.

¹⁷⁸ Enrique Visillac, “Historia del gremialismo médico argentino...”, op.cit. p. 8.

III. SEGUNDA PARTE

Los subsectores de salud públicos de las provincias de Río Negro, Chubut y Neuquén

Capítulo 4

De territorio a provincia. Transición política y nueva institucionalidad en un proceso de participación ciudadana restringido

Los modelos de cobertura social aplicados durante el período justicialista (1945-1955) y el desarrollista (1958-1972)¹⁷⁹, buscaron la ampliación de las prestaciones dentro de distintos modelos de acumulación. Los mismos fluctuaron entre el particularismo y el universalismo de las prestaciones, y ninguno incluyó el seguro de desempleo ni las políticas activas de empleo, dentro de las políticas sociales, como sí había ocurrido en Europa.

Durante su gobierno, el presidente Juan Domingo Perón (1946-1955), concretó la delegación parlamentaria para los territorios, reformó la ley de 1884, posibilitó la participación de los territoriales en las elecciones nacionales de 1951 y 1954 y finalmente provincializó la casi totalidad de los territorios.

Las nuevas provincias comenzaron su vida institucional dentro de un esquema económico-social donde aún perduraban los efectos de la política peronista de distribución, pero en un momento donde las estrategias de desperonización eran notables. Es necesario agregar que a partir de ese momento, nuestro país comenzó una nueva etapa dentro de la órbita de los países subdesarrollados, que instauró un ciclo de relaciones con los países desarrollados de perfil colonizador¹⁸⁰.

En el estudio de la vida política territorialiana, las miradas no pueden limitarse a observar lo que ocurrió en los ámbitos formales de participación política, sino que también implica advertir, como lo explicita Lisandro Gallucci, la importancia de lo político, es decir, las prácticas y discursos no formalizados a través de los cuales fueron disputados los usos y sentidos de conceptos como el de ciudadanía y nación. Los territorios nacionales

¹⁷⁹ Susana Torrado, expresa que en el período 1945-1983, momento en que se alternaron gobiernos democráticos con varios gobiernos de facto, se intentó desplegar un modelo de acumulación acorde con los intereses de las clases aliadas al bloque dominante. De esta manera quedan definidos tres períodos y sus respectivas estrategias: “Estrategia justicialista 1945-1955”, “estrategia desarrollista 1958-1972” y “estrategia aperturista 1976-1983”. El concepto de “modelo de acumulación” utilizado por la autora difiere del “régimen social de acumulación” utilizado en las obras de José Nun, “La teoría política la transición democrática”. Véase: José Nun y Juan C. Portantiero. (comp.), *Ensayos sobre la transición democrática en la Argentina*, Buenos Aires, Puntosur Editores, 1987 y Juan C. Portantiero, “La crisis de un régimen: una mirada retrospectiva”, en José Nun y Juan C. Portantiero (comp.), *Ensayos sobre la transición democrática en la Argentina*, Buenos Aires, Puntosur Editores, 1987. La diferencia no se encuentra tanto en el nivel abstracto como en el empírico. Los tres modelos de acumulación que se identifican en el lapso 1945-1983 para los autores mencionados serían “fases” de un mismo régimen social de acumulación iniciado en Argentina en 1930 y prolongado hasta los años 80. No es conveniente subsumir en un mismo proceso histórico el modelo aperturista vigente durante 1976-1983 junto a los modelos industrialistas presentes entre 1945 y 1958-1972. Cfr. Susana Torrado, *Estructura social de la Argentina...*, op. cit. p. 51 y siguientes.

¹⁸⁰ Gabriela Zaldúa, “La hegemonía neoliberal y las condiciones de producción de los actos de salud en hospitales públicos”, en: Graciela Zaldúa, María Teresa Lodieu, Ana Tisera y Paula Gaillard, *Jornadas Gino Germani*, IIFCS, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina. 2000. p. 16. Disponible en la World Wide Web: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/argentina/germani/zaldua.rtf>

desarrollaron una vida política en condiciones sociales e institucionales diferentes a las de otros espacios regionales¹⁸¹.

Durante los procesos de provincialización de mediados y fin de la década del 50, los habitantes de los Territorios Nacionales ahora devenidos en ciudadanos plenos, se transformaron en partícipes directos de la política y lo político, ya que sus intervenciones serán realizadas, en un nuevo marco institucional que les permitió la representación popular a través de los mecanismos electorales.

El cambio de status jurídico de territorio a provincia, terminó con un modelo de exclusión en lo que hace al ejercicio pleno de los derechos de ciudadanía, ya que la misma, no estaba relacionada específicamente con la calificación del voto, sino también con el lugar de residencia del habitante. Esto era posible porque los derechos políticos plenos se ejercían solamente en el marco de un Estado autónomo y no se desplegó una alternativa inclusiva para los habitantes de los territorios. Esta situación podía ser entendida en el momento en que se sancionó la Constitución en 1853 porque no existían los territorios como entidad política, pero de ninguna manera se justificaba en 1884 con la consolidación del dominio estatal sobre la totalidad del espacio nacional.¹⁸²

El 12 de agosto de 1954 se sancionó la ley n° 14.315 que derogó a la n° 1.532 y estableció un nuevo régimen para los Territorios Nacionales. Se reconocieron la existencia de siete Territorios: los nueve iniciales menos La Pampa, Chaco, Misiones¹⁸³ que ya se habían convertido en provincias agregándose la gobernación militar de Comodoro Rivadavia¹⁸⁴. Esta nueva ley tuvo corta vigencia ya que el 15 de junio de 1955, el Congreso

¹⁸¹ Lisandro Gallucci, “En los márgenes de la República. Una mirada a la vida política en los Territorios Nacionales de la Patagonia Norte (1884-1945)”, en: Francisco Camino Vela (comp.), *El mundo de la política en la Patagonia Norte*, Neuquén, EDUCO, Universidad Nacional del Comahue, 2012, p. 51.

¹⁸² Cfr. Martha Ruffini, “La pervivencia de la república posible en los territorios nacionales...”, op. cit.

¹⁸³ En 1951 se convirtieron en provincias Chaco y La Pampa, mientras que dos años más tarde se producía la provincialización de Misiones.

¹⁸⁴ La Gobernación Militar de Comodoro Rivadavia fue creada luego de la revolución de 1943. Su creación estuvo motivada por cuestiones de seguridad y geopolítica. Luego de varias modificaciones de límites la región se estableció desde la costa atlántica hasta la frontera argentino-chilena y desde la línea trazada a 20 kilómetros al norte de Camarones hasta el Río Deseado. Así la Gobernación definía un espacio conformado por dos áreas con dinámicas históricas previas: la zona norte, es decir el sur de Chubut que había desarrollado una economía ganadero-industrial y un circuito comercial con cabecera en la ciudad de Comodoro Rivadavia, y la zona sur, con Puerto Deseado como centro comercial de las producciones pecuarias del norte santacruceño. Ambas zonas vieron facilitadas sus comunicaciones este-oeste con los tendidos de los ferrocarriles Comodoro-Sarmiento y Deseado-Las Heras. Cfr. Susana Torres y Graciela Ciselli, “La Gobernación militar de Comodoro Rivadavia (1944-1955) Un análisis exploratorio”, en: Aixa Bona y Juan Vilaboa

Nacional mediante la ley n° 14.408 transforma en provincias los Territorios Nacionales existentes¹⁸⁵, suprime la gobernación militar y restituye al Chubut sus antiguos límites¹⁸⁶.

Durante el año 1955 y luego del advenimiento de la Revolución Libertadora, por medio del decreto ley n° 4347 del 26 de abril de 1957 se convocó al electorado de las nuevas provincias de Chaco, Chubut, Formosa, La Pampa, Misiones, Neuquén, Río Negro y Santa Cruz. El objetivo era elegir los convencionales que dictarían las constituciones locales de acuerdo a los principios fundamentales de la Constitución Nacional, incluyendo las modificaciones que se sancionaran en la Convención Nacional¹⁸⁷, que casi simultáneamente se había convocado en Santa Fe, para modificar la constitución peronista de 1949.

A partir de 1957 comenzó a transitarse el tramo final del proceso de provincialización de los territorios nacionales de Chubut, Neuquén y Río Negro, el cual, iniciado en junio de 1955, sufrió una discontinuidad por el golpe de estado llevado adelante por la Revolución Libertadora de septiembre del mismo año. Este proceso de institucionalización de las nuevas provincias culminó en mayo de 1958, momento en que asumieron sus funciones, las nuevas autoridades producto de las elecciones generales. Previamente, en diciembre del año anterior los convencionales constituyentes habían juramentado las primeras constituciones provinciales. La inestabilidad propia del período, produjo fuertes contradicciones en el conjunto social de estos territorios, ya que al mismo tiempo que accedían al ejercicio pleno de su autonomía, eligiendo democráticamente a sus autoridades, los nuevos gobiernos se veían constreñidos tanto por el contexto nacional de discontinuidad política como por su causa más evidente, la proscripción del peronismo¹⁸⁸.

(coordinadores), *Las formas de la política en la Patagonia. El primer peronismo en los Territorios Nacionales*, Buenos Aires, Biblos, 2007, p. 65.

¹⁸⁵ La excepción fue el Territorio de Tierra del Fuego, Antártica e Islas del Atlántico Sur quién mantendrá esa situación hasta comienzos de la década de los 90.

¹⁸⁶ La misma ley disponía que el Poder Ejecutivo debía convocar a elecciones de Convencionales Constituyentes a fin de organizar institucionalmente las nuevas provincias. Estas elecciones no pudieron realizarse debido al golpe de Estado que derrocó al gobierno constitucional en septiembre de 1955. Cfr. Clemente I. Dumrauf, *Historia de Chubut*, Buenos Aires, Plus Ultra, Colección: Historias de Nuestras Provincias, 1996, p. 491.

¹⁸⁷ Diego Zamit, "La primera Asamblea Constituyente del Chubut", *Cuadernos de Historia del Chubut*, Junta de Estudios Históricos del Chubut, Trelew, junio de 1968, p. 23.

¹⁸⁸ Pedro Navarro Floria, *Historia de la Patagonia*, Buenos Aires, Ciudad Argentina Editorial de Ciencia y Cultura, Fundación Centro de Estudios Políticos y Administrativos, 1999, p. 222

Por otro lado, estos procesos de institucionalización de nuevas provincias que se incorporan al Estado nacional, por realizarse en la Patagonia, adquirieron características singulares en cuanto lo geográfico y lo político. La inmensidad geográfica de la Patagonia, conlleva una concreta complejidad en las relaciones sociales, a lo cual se suma el desequilibrio en el desarrollo territorial¹⁸⁹. Este territorio presenta

“una baja densidad poblacional fruto del tardío proceso de ocupación y desplazamiento de la población aborígen. Como consecuencia de esta situación, su desenvolvimiento económicosocial se encuentra cardinalmente influido por políticas de poblamiento como fueron las de fijación de grandes contingentes de personal de las Fuerzas Armadas, por regímenes preferenciales de producción y una inversión pública en infraestructura”¹⁹⁰

En lo político, el nuevo sistema de representación se enfrentó a responsabilidades inéditas y a procesos de relacionamiento nuevos no sólo hacia el interior de las sociedades provinciales, sino también con el Estado Nacional, lo que provocó tensiones y antagonismos de intereses.

Se debe tener en cuenta, que hacia la mitad del siglo XX está totalmente vigente una visión de este gran espacio, asociado a la Patagonia-energía¹⁹¹, imagen que recorrió todo el siglo y será la última representación de las muchas que se sucedieron desde su descubrimiento. La provincialización de la Patagonia, en los años cincuenta, fue un laboratorio ideal para probar la idea, ya que se pusieron en marcha, una serie de estrategias orientadas a generar un desarrollo en el sentido cepalino. Estos distritos fueron “hijos de esa concepción”, ya que los planificadores pensaron estas comarcas como proveedoras de la energía y recursos naturales para una remozada maquinaria industrial¹⁹².

Los nuevos espacios provinciales, además de conformar un inmenso territorio, se asumieron a sí mismos como una enorme incógnita a resolver, lo que constituyó su gran desafío institucional: el moldear un perfil provincial de acuerdo a sus propias

¹⁸⁹ La dificultad en la elección de las capitales provinciales durante las Convenciones Constituyentes provinciales de Chubut, Neuquén y Río Negro en parte fue producto de este desarrollo territorial desigual.

¹⁹⁰ Josefina Vaca y Horacio CAO, “Continuidades y rupturas en las desigualdades territoriales de la República Argentina”, Universidad Nacional de Quilmes, *Revista de Estudios Regionales* n° 72, I.S.S.N.: 0213-7585, 2005, p. 151.

¹⁹¹ Cfr. Ernesto Bohoslavsky, *El complot patagónico: nación, conspiracionismo y violencia en el sur de la Argentina y Chile, siglo XIX y XX*, Buenos Aires, Prometeo Libros, 2009, p. 30.

¹⁹² Cfr. Joaquín Perrén y Gonzalo Pérez Alvarez, “Las “nuevas” provincias como problema historiográfico. Una primera aproximación a los casos patagónicos”, *XII° Jornadas Interescuelas y Departamentos de Historia*, San Carlos de Bariloche, 2009.

singularidades y vulnerabilidades. En ese sentido es importante plantear que estos espacios no tienen una matriz de articulaciones económico-sociales hacia el interior provincial de características homogéneas, lo cual se reflejó posteriormente durante el proceso de construcción del nuevo poder político provincial. Afirma Silvio Winderbaum¹⁹³, que muchas provincias lograron constituir un claro y único centro político y económico dominante que se vinculó, con distintos tipos de relaciones, con los demás sectores que componían su entramado provincial. En territorios como el de Río Negro y Chubut, este desarrollo se produjo en distintos espacios y entramados económico-sociales que se vincularon por separado al poder político y económico nacional e internacional, y que funcionaron con una importante autonomía relativa.

Al momento de la provincialización, los elencos dirigenciales que asumieron las nuevas responsabilidades, no solo enfrentaron los cambios lógicos políticos-institucionales, sino que también formaron parte del cambio de paradigma de la matriz productiva, ya que en el breve interregno de la Revolución Libertadora, no se logró implementar políticas públicas que persistieran y alteraran significativamente la estructura socio-económica.

Cuando las recientes provincias comenzaron su camino institucional, también llegó al poder una nueva alianza entre la burguesía industrial nacional y el capital extranjero. La industria, a diferencia de la época anterior impulsó la producción de bienes intermedios y de consumo durable, en donde el incremento de la demanda estaba asegurado por la inversión, el gasto público y el consumo suntuario del reducido estrato social urbano de altos ingresos, lo cual implica un retroceso regresivo de concentración de ingresos¹⁹⁴. Aparecieron nuevas constituciones provinciales en donde los Estados organizaron sus poderes públicos, con el propósito de asegurar la defensa de las riquezas esenciales de la provincia para impulsar el desarrollo global y su intervención directa en la creación de la infraestructura social básica¹⁹⁵. El desarrollismo, pretendió incorporar todo el espacio nacional, a una marea modernizadora basada en la industrialización, instrumento que podría poner fin a las asimetrías de la argentina agro-exportadora¹⁹⁶.

¹⁹³ Silvio Winderbaum, "Río Negro: una fragmentación espacial perfectamente organizada", en: Susana Bandieri, Graciela Blanco y Gladys Varela (directoras), *Hecho en Patagonia. La historia en perspectiva regional*, Neuquén, EDUCO, Universidad Nacional del Comahue, 2005, pp. 349-350.

¹⁹⁴ Susana Torrado, *Estructura social de la Argentina...*, op. cit. pp.58-59.

¹⁹⁵ Mario Arias Bucciarelli, "El estado Neuquino. Fortalezas y debilidades de una modalidad de intervención", en Orietta Favaro (Dir.), *Neuquén: La construcción de un orden Estatal*, Neuquén, CEPHYC, 1999, p. 39.

¹⁹⁶ Cfr. Joaquín Perrén y Gonzalo Pérez Alvarez, "Las "nuevas" provincias como problema...", op. cit.

Hasta 1955, en los Territorios Nacionales, es posible pensar el desarrollo del peronismo, como un lapso de transición en todos los aspectos formativos de la política, en donde será muy importante la organización de las clientelas y formación de nuevos dirigentes. Estos, esperaban ser incorporados a la compulsa política local y nacional, una vez que los territorios adquirieran su nuevo status jurídico¹⁹⁷. Este proceso de integración a la vida política nacional de nuevos sectores de zonas extracéntricas difiere de acuerdo a las singularidades que presenta cada región. Los territorios patagónicos están caracterizadas por la ausencia de una élite con fuerte tradición histórica, organizaciones gremiales inexistentes o endebles y escasa integración al resto de la nación. Concentraban una sociedad civil débil y formas de articulación social, identidades políticas y estructuras partidarias no consolidadas. En este contexto, el peronismo se construyó “desde arriba”, es decir, desde el Estado nacional¹⁹⁸.

Cuando el peronismo otorgó rango provincial a los territorios, generó un punto de inflexión en esas sociedades, ya que, la aparición de un partido político de alcance nacional, modificó los modos tradicionales de hacer política y propició la integración social de nuevos sectores hasta entonces marginados¹⁹⁹. Únicamente en el ámbito municipal, desde los años treinta se desarrollaba una actividad política, en la que participaban generalmente radicales y socialistas. En los territorios, el peronismo comenzó su actuación a partir de la acción mancomunada de Estado y partido,

“También el peronismo supo disponer de otra de las necesidades urgentes en la región: satisfacer las carencias en el campo social y económico del amplio mundo popular, tanto urbano como rural. Las estructuras estatales: delegación local de la Secretaría de Trabajo y Previsión, Gendarmería Nacional, Policía del Territorio, participaban de esta empresa. Eventualmente compartieron esas responsabilidades con la Fundación Eva Perón y los distintos sindicatos. Al momento en que avanza la organización de la rama femenina, la “delegada censista”²⁰⁰ también participa de este esfuerzo”²⁰¹.

¹⁹⁷ Aixa Bona y Juan Vilaboa, “El peronismo en los Territorios Nacionales patagónicos. Una aproximación al análisis comparativo”, en: Aixa Bona y Juan Vilaboa (coordinadores), *Las formas de la política en la Patagonia. El primer peronismo en los Territorios Nacionales*, Buenos Aires, Biblos, 2007, p. 65).

¹⁹⁸ Darío Macor y César Tcach Abad, *La invención del peronismo en el interior del país*, Universidad Nacional del Litoral, 2003, p. 31

¹⁹⁹ Martha Ruffini, “Peronismo, territorios nacionales y ciudadanía política...”, op. cit.

²⁰⁰ En las elecciones de noviembre de 1951 el peronismo se impuso en todos los Territorios Nacionales y varias fueron las mujeres electas delegadas. En Tierra del Fuego fue elegida Delegada del Territorio la señora Esther Fadull; en Misiones, la señora Elena Fernícola, una de las mujeres duelistas de la historia política argentina, ya que en 1974 envió sus madrinas a un diputado de la UDELPA, retándolo a un duelo con revólver. Cfr. Marta Diana, *Mujeres guerrilleras. Sus testimonios en la militancia de los setenta*, Buenos Aires, Booket, 2011, p. 415. En Chubut resultó electa Paulina Escardó de Colombo Berra. En 1954 nuevas elecciones para delegados con amplio resultado favorable para el peronismo, permitió que Enriqueta Lucía

En la etapa de la transición, estos espacios próximos a institucionalizarse como provincias, presentaban estructuras organizadas como el sector médico, y un arco político acotado²⁰², dentro de un esquema de poder donde se establecen nuevas modalidades de hacer política²⁰³.

Cuando se conformó el Estado Nacional, la federalización estructuró una base territorial propia a partir del control de las instituciones y organismos nacionales. Durante muchos años no hay ni presupuestos, ni impuestos propios, ni recursos que en forma autónoma se puedan explotar en los territorios, siendo el Estado, quién administraba y afianzaba su función totalizadora.²⁰⁴ Dicha presencia nucleó, al mismo tiempo que multiplicó, los empleados públicos, conformando un sector con intereses y fines propios. Los procesos de construcción de los estados provinciales generaron espacios de articulación de las sociedades regionales con primacía del Estado central,

“es recién a mediados del siglo pasado en que se afirma la materialización de la representación del proceso económico, social y político que tiene otra dimensión diferencial en el nivel federal/central/nacional. Aquí se da además una reconfiguración territorial con la inclusión de áreas extrapampeanas”²⁰⁵

Anderson de López Rouillon representara a Neuquén; mientras que Etelvina Concepción Barreto lo hiciera por Formosa y Elena Victoria de Arani por Santa Cruz Todas estas delegadas territorianas manifestaban una profunda admiración y lealtad a la figura de Eva Perón, quién las había elegido oportunamente. Cfr. Héctor Enrique Castillo; “Delegados territorianos, legisladores a medias”, publicado en *HISTNEUQ* versión online disponible. Consulta realizada en agosto 2013.

²⁰¹ Darío Macor y César Tcach Abad, *La invención del peronismo en el interior del país*, ..., op. cit. p. 31.

²⁰² Este período fue definido por Marcelo Cavarozzi como de “semidemocracia”, ya que si bien mantuvo el funcionamiento de las instituciones republicanas y el régimen de partidos, la proscripción del peronismo dejaba fuera de las representaciones políticas a grandes sectores de la población, mayoritariamente trabajadores. Cfr. Marcelo Cavarozzi, *Autoritarismo y democracia. La transformación del Estado al mercado en Argentina (1955-1966)*, Buenos Aires, Ariel, 1997.

²⁰³ Entre 1955 y 1973 se pueden diferenciar dos etapas: la primera de ellas entre 1955 a 1966 con gobiernos militares y civiles tutelados por los militares, ambos deslegitimados por su compromiso de mantener al peronismo fuera del juego político. Esta primera etapa se conoce como de “Estado desarticulado”, y se impuso una policía dual que enfrentó dos bloques antagónicos: el pueblo peronista sin representación en el parlamento pero que alcanzaba prácticamente la mitad de los ciudadanos y el bloque antiperonista que perseguía objetivos dispares. La segunda etapa abarca el período 1966 a 1973 y se caracterizó por gobiernos militares que funcionaron sin instituciones democráticas y decidieron autoritariamente la erradicación de la “partidocracia”. Esa exclusión de todos los partidos unificó el campo de la política dividido en la etapa anterior. Estos gobiernos que se instalaron a partir de un golpe militar contaron con cierto apoyo y cuotas de consenso de parte de la sociedad civil. Cfr. Mónica Campins, Palmira Dobaño Fernández, Horacio Gaggero y Ana Teresa Pfeiffer, “Desde el golpe del treinta hasta el gobierno de Menem”, en: Laura Alori, Gustavo Alvarez y Teodoro Blanco, *El Estado y los actores sociales en la historia argentina. Desde sus orígenes al presente*, Buenos Aires, Biblos, 2005, pp. 175-176.

²⁰⁴ Orietta Favaro y Horacio Cao; “Los Estados provinciales. Una conceptualización provisoria...” op. cit. p. 36.

²⁰⁵ *Ibidem*, p. 37.

La nueva clase política provincial construyó un “discurso fundacional”²⁰⁶, que en este caso asume categoría de análisis, que ayudó a reconocer distintas etapas posteriores del proceso, a la vez que permitió identificar los diversos participantes intervinientes, dentro de los cambiantes escenarios políticos-institucionales tanto provincial como nacional.

Los procesos de construcción del subsector provincial de salud en las tres provincias, en lo que hace a la constitución de las instituciones sanitarias y las herramientas legislativas correspondientes, dan entidad, diferenciación y pertenencia a cada subsector provincial. Reconocen además, distintas etapas formativas hasta llegar a su materialización definitiva que en nuestro esquema conceptual, está dado por los primeros organismos de salud pública provinciales. En este sentido, se trató de diferenciar lo que es la génesis del subsector público de salud con la aparición de las políticas públicas de salud, que en algunos casos coexisten con la construcción del subsector y en otros, tienen una aparición más tardía como planes exitosos de salud.

A su vez, el período se encuentra atravesado por un debate que surgió en plena convención nacional constituyente de 1957 y que tuvo incidencia en el relato constitucional que se construía en las nuevas provincias. El debate en cuestión está referido al concepto de seguridad social y todas sus implicancias. Este tema saldrá a la superficie posteriormente en la provincia de Chubut, cuando la acción gubernamental ya en el período provincial, provocó una controversia que va a poner en discusión, el alcance de los términos “asistencia social/seguridad pública”, a partir de la interpelación de parte del sector médico no corporativo, aunque en forma aislada, lo cual será tratado en el capítulo dedicado a esa provincia.

4.1. El discurso fundacional y la materialización del subsector público de salud

Los cambios en los paradigmas de organización sanitaria, para el caso argentino presentan varios antecedentes a partir de la elaboración de estrategias para enfrentar las distintas enfermedades que fueron marcando las épocas y que también reflejan las opciones políticas dominantes. Afirma María Silvia Di Liscia que

²⁰⁶ Se entiende por discurso fundacional a aquellas enunciaciones que tienen que ver con el origen mismo del subsector público, como ser las intencionalidades políticas expresadas en el texto constitucional, los discursos específicos para el área salud y toda aquella legislación que tenga que ver con la creación de la propia institucionalidad del subsector.

“las enfermedades constituyen entes biológicos atravesados por elaboraciones socioculturales que se entrecruzan en el dominio del cuerpo individual y se significan en el conjunto social”²⁰⁷.

La particularidad del sistema productivo, las corrientes inmigratorias y las políticas de la época generaron un modelo de desarrollo demográfico en donde la mayor parte del país incluida la Patagonia, quedó fuera del proceso de urbanización y de los procesos de movilidad que se registraban en las zonas más desarrolladas, provocando una situación que con el correr de los años generó diferencias cada vez más notorias. Es importante tener en cuenta el rol del Estado en la Patagonia y su correlato a partir del desarrollo del sector público. Si bien se constituye en el actor más importante de la vida pampeano-patagónica, la falta de una sociedad previa con capacidad de negociación y regulación de las relaciones y proyectos entre el Estado y esa sociedad, hizo que la inversión en infraestructura sea muy baja, destinándose los mayores porcentajes de los presupuestos al sostenimiento de rubros que incluían el cuerpo policial, mientras existían retrasos en el pago a proveedores y empleados de la burocracia del aparato estatal, los cuales muchas veces sobrevivían mediante acuerdos con comerciantes y hacendados²⁰⁸.

Las enfermedades marcaron el plano de las políticas públicas en el desarrollo de los sistemas sanitarios y se reconocía a las zonas rurales como las de mayor impacto, transformándose ese hecho, en un símbolo de la deuda del país con las zonas rurales. En ese sentido, el gobierno peronista tomó la decisión de terminar con las inequidades para atacar esas enfermedades endémicas. En algún sentido se establecen continuidades en este tipo de políticas de salud. El abordaje que hizo la política de salud peronista sobre la enfermedad de Chagas, continuó, una vez ocurrido el golpe de Estado de 1955. No se produjo el abandono absoluto de las estrategias llevadas adelante por el Estado, ya que luego de un breve momento de discontinuidad, se volvió a considerar a la enfermedad, bajo nuevas perspectivas en cuanto a su tratamiento y atención²⁰⁹.

Adquiere sustancial importancia la concreción de un discurso fundacional que a modo de ruptura con el modelo anterior, configuró un nuevo paradigma sanitario, estrategia que a

²⁰⁷ María Silvia Di Liscia, “Desde afuera y desde dentro. Enfermedades, etnia y nación...”, op. cit. p. 125.

²⁰⁸ Cfr. María Silvia Di Liscia y Ernesto Bohoslavsky, “La profilaxis del viento. Instituciones represivas y sanitarias...”, op. cit.

²⁰⁹ Juan Pablo Zabala, “La enfermedad de Chagas...”, op. cit. p. 195.

nivel de las nuevas provincias, se llevó adelante desde el mismo momento de la gestión de las Intervenciones inmediatas al golpe militar. Por lo tanto, se entiende por discurso fundacional a aquellas enunciaciones que tienen que ver con el origen mismo del subsector público, como ser las intencionalidades políticas expresadas en el texto constitucional, los discursos específicos para el área salud y toda aquella legislación que tenga que ver con la creación de la propia institucionalidad. Esto permitió visualizar intereses regionales y corporativos de los sectores intervinientes. En cuanto a lo corporativo, se define a los intereses agrupados en instituciones no partidarias, en este caso el sector médico organizado tanto en Colegios locales como en Federaciones provinciales.

Para Neuquén, lo enunciado en la Constitución Provincial de 1957 se asume como discurso fundacional para el tema salud y es mucho más explícito que lo mencionado en la Constitución de Río Negro. Para esta provincia, el enunciado del discurso fundacional está ubicado en la etapa de la Intervención Federal durante la Conferencia Hospitalaria que se realizó en San Carlos de Bariloche en 1957 y su concreción, recién es posible observarla, a partir de la conformación del primer Consejo de Salud Pública en 1964, teniendo la provincia su primer plan de salud exitoso recién en 1974. Un hecho fundamental y que marca una diferencia notable durante la construcción del subsector público de salud, es que en Neuquén no hay una intervención directa de la corporación médica en todo este proceso, lo cual recién se va a manifestar a partir de la década del '70, no obstante existir desde febrero de 1957 el Colegio Médico de Neuquén. En lo que hace a Río Negro, la injerencia del sector privado, es posible verificarla desde el momento mismo de la Intervención Federal anterior al primer gobierno constitucional, y en la conferencia anteriormente mencionada.

Para Chubut, la Intervención Federal organiza tempranamente al sector médico, a partir de la matriculación provincial en 1957, dispuesta por el doctor Viglione, responsable de la Dirección General de Salud Pública de Chubut y dirigente gremial de los médicos. Posteriormente ya en el gobierno constitucional, se crea por ley n° 53, la “Dirección General de Salud Pública y Seguridad Social”, y por ley n° 60, se da inicio al “Plan de Asistencia Hospitalaria y Organización de la Asistencia Social”, que crea el financiamiento del sector a partir de la implementación de la lotería provincial. Por lo tanto, el discurso fundacional puede ubicarse tanto al final de las Intervenciones Federales de la Revolución

Libertadora, donde se realizaron acciones destinadas a organizar de alguna manera los subsectores de salud provinciales, como es el caso de Río Negro y Chubut, o en el momento mismo de la concreción de la primera Constitución provincial, como lo definimos para el caso de Neuquén.

Capítulo 5

Condicionamientos tempranos en el subsector de salud de Río Negro. Un modelo acotado

A partir de 1884, se establecieron límites definidos para seis Territorios Nacionales del sur argentino, entre ellos el Territorio Nacional de Río Negro. Al mismo tiempo, la ley n° 1.532 en su artículo 4to., contemplaba que “cuando la población de una Gobernación alcance a sesenta mil habitantes constatados por el Censo General y los Censos suplementarios sucesivos, tendrá derecho a ser declarada provincia Argentina”. Se establecía de esta manera una íntima relación entre el crecimiento demográfico y la forma jurídica de gobierno de los territorios, lo cual no se cumplió, pues la población fue extendiéndose ocupando las tierras fiscales, y mediante la concreción de importantes obras de regadío en el valle del Río Negro, se desarrollaron zonas productivas que comenzarían a delinear una ocupación del territorio que conformaría el perfil socioeconómico de la futura provincia.

Para el año 1933 el gobernador del territorio, Ing. Adalberto Pagano, estima que el Territorio Nacional de Río Negro cuenta a la fecha, con una población de más de 115.380 habitantes, o sea que casi duplicaba el mínimo exigido por la ley n° 1.532 para tener derecho a ser declarado provincia²¹⁰, hecho que no se produce.

En marzo de 1955, se realizó en la localidad de Esquel, el Primer Congreso Económico de la Patagonia, y allí los participantes dejaron plena constancia de la importancia económica que los territorios nacionales del sur habían adquirido a la fecha. A partir de ese momento se avanzó en el proceso de provincialización para los mismos a instancias del gobierno nacional. El 28 de junio de 1955 se promulga la ley n° 14.408, mediante el decreto 9.947/55 del Gobierno Nacional, que entre otros territorios, otorga a Río Negro el status jurídico de “provincia”. Dos años más tarde, a fines de la gestión de la Revolución Libertadora que derrocó al presidente Juan D. Perón, Río Negro sanciona su primera Constitución Provincial y se llama, por primera vez, a elecciones generales. Desde ese momento, distintos gobiernos constitucionales y de facto, gobernaron la provincia de Río Negro.

El aspecto demográfico es significativo para analizar todo el proceso. Si comparamos las cifras del Censo Nacional de 1947 con el primer Censo Provincial de 1959²¹¹, podremos observar un incremento de casi cincuenta mil personas en la población

²¹⁰ Jorge Raúl Entraigas, *La provincialización de Río Negro...*, op.cit. p. 4.

²¹¹ La población total para Río Negro en 1947 era de 143.350 habitantes, mientras que el censo de 1959 arrojó un total de 192.765.

total, notándose además en los Departamentos de General Roca y Bariloche que el crecimiento de la población casi ha sido del 50%. De la misma manera, es posible verificar que los Departamentos menos poblados como Ñorquinco, Pilcaniyeu y El Cuy habían disminuido su población total, lo cual constituye un ejemplo de la distribución desequilibrada en el período intercensos²¹², de la población en el territorio.

La provincia de Río Negro se caracterizaba por contar con una producción agrícola de gran volumen pero de escasa diversificación, localizada mayoritariamente en el Alto Valle del Río Negro. La actividad agropecuaria contribuyó a crear la mayor proporción de valor agregado y estaba fundamentalmente ligada a la fruta y a la producción de lana.

La actividad industrial estaba vinculada a dichos productos, y se orientaba hacia la elaboración de vino, tomates, frutas, envase y cajones para la comercialización, como también frigoríficos y galpones de empaque. Lo mismo cabe decir con respecto al comercio. El turismo por otro lado, tenía ya un importante desarrollo en la región de los lagos. En la zona del valle del Río Negro había 1.500.000 has. regables, de las cuales 72.555 has. se encontraban bajo riego efectivo. En el valle del Río Colorado, sobre un total de 18.000 has. regables, solamente se regaban 5.540 has. Existían y operaban en la provincia dos ramales ferroviarios de gran importancia: la línea Zapala-Neuquén-Bahía Blanca, vital para transportar la producción frutícola del Alto Valle y la línea Bahía Blanca-San Antonio Oeste-Bariloche, principalmente utilizada para el turismo. Asimismo, la provincia estaba surcada por cuatro importantes rutas nacionales.

Las actividades productivas de la provincia se financiaban principalmente por el Banco de la Nación Argentina, el cual contaba con varias sucursales en el territorio, a las que se sumó posteriormente, el Banco de la provincia de Río Negro²¹³, que promovió la economía mediante acuerdos de créditos canalizados, en mayor volumen, a las actividades primarias. El Banco provincial, llegó a disponer líneas de crédito destinadas a la instalación, renovación, ampliación y mejoramiento de las actividades industriales,

²¹² El primer Censo Provincial se realiza el 31 de octubre de 1959, y va a demostrar, que los centros urbanos más importantes además de la ciudad de Viedma, capital provisoria en esa época, eran las ciudades de General Roca, San Carlos de Bariloche, Cipolletti, Cinco Saltos, Villa Regina, Ing. Jacobacci, San Antonio Oeste y Río Colorado. Los departamentos más poblados lo constituían los de General Roca con 96.605 habitantes, Bariloche con 24.549 y Avellaneda con 11.898. Los datos demuestran que hacia el año 1959, hay un aumento de la concentración poblacional en las zonas urbanas con respecto al censo de 1947, donde predominaba la población rural.

²¹³ El Banco de la provincia de Río Negro es creado por ley provincial n° 83, refrendada por el decreto n° 1.201/59.

mineras, agrícolas y ganaderas. Varias sucursales de bancos particulares con casa matriz en Buenos Aires, se encontraban instaladas en las ciudades más importantes de la provincia.²¹⁴

Para el período de inicio de la provincialización, el territorio de Río Negro ya había tomado un impulso significativo, tanto en la zona Andina como en la región del Alto Valle. En esta última región, la diferenciación y complejidad de la sociedad era mayor que en el resto de la región norpatagónica, producto de la inmigración europea, chilena y de otras provincias argentinas.

5.1. Antecedentes sobre el sistema de salud pública en el Territorio de Río Negro

Como antecedente del sistema de salud territorial existente, se cita el documento realizado por el gobierno del Gobernador Ing. Adalberto T. Pagano, "Memoria presentada al Superior Gobierno de la Nación, Año 1933"²¹⁵, donde se dedica un capítulo a la "Sanidad y Asistencia Social". Según este informe, la población total de Río Negro estimada para 1933 era de 115.380 habitantes, de las cuales, 74.440 vivían en zonas rurales. Los datos correspondientes a la población fueron calculados según la apreciación de las Comisarías existentes en las distintas localidades. Para la situación sanitaria del territorio, se expresa que

"si bien es satisfactoria en general -ya que no existen en él enfermedades de carácter endémico-, no deja de preocupar la atención de las autoridades del Territorios pues, aparte de las condiciones en que viven muchos de pobladores (...) a menudo se declaran enfermedades contagiosas como el sarampión, escarlatina, difteria, angina gripal y otras"²¹⁶.

La Memoria de la Gobernación permite observar que hay una visible preocupación por cubrir con un servicio sanitario mínimo a la mayor parte del territorio. El sistema de

²¹⁴ CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES (CFI), *Río Negro. Producto Bruto Interno, 1953-1960*, Depto. De Información e Investigación, Sección Cuentas Sociales Regionales, Buenos Aires.

²¹⁵ Este documento fue enviado al gobierno nacional en mayo de 1934. Presenta un Índice General ordenado de la siguiente manera: Sección I, Ganadería; Sección II, Agricultura, Industria y Comercio; Sección III, Obras Públicas; Sección IV, Ferrocarriles; Sección V, Navegación del Río Negro; Sección VI, Vialidad; Sección VII, Justicia; Sección VIII, Instrucción Pública; Sección IX, Sanidad y Asistencia Social; Sección X, Correos y Telegráfos; Sección XI, Municipalidades y Comisiones de Fomento; Sección XII, Policía y Sección XIII, Administración y Presupuesto.

²¹⁶ Sistema provincial de Archivo (SIPAR), *Memoria de la Gobernación del Territorio de Río Negro, año 1933*, Viedma, Provincia de Río Negro, p. 88.

salud, casi absolutamente de dependencia estatal²¹⁷ estaba estructurado en base a un Hospital Regional instalado en la ciudad de Allen²¹⁸, de capacidad limitada, y una red distribuida por todo el territorio que comprendía Salas de Primeros Auxilios, botiquines autorizados, farmacias y médicos. Como no todas las localidades contaban con los servicios necesarios para la atención de la salud, esta situación se comunicó a las autoridades nacionales fundamentando que

"la atención médica de los enfermos que deben internarse para su curación, no puede ser más desoladora: se carece casi en absoluto, en el territorio, de establecimientos apropiados".²¹⁹

La gran extensión del territorio y la dispar distribución de la población, hizo que la Gobernación implementara un proyecto de ampliación del sistema sanitario para cubrir las necesidades de atención, dado que el Hospital Regional de Allen era inaccesible para la gran mayoría de los pobladores del territorio, y que

"el resto del territorio está completamente huérfano de ese imprescindible servicio y es urgente poner término a este estado de cosas si se quiere evitar las consecuencias por demás graves, resolviendo la instalación de otro hospital ya sea con carácter regional o de otra categoría"²²⁰.

Se solicitó la construcción de un hospital regional en la ciudad de Viedma²²¹ y estaciones sanitarias en Ing. Jacobacci²²² y Choele Choel²²³, lo cual estaría complementado

²¹⁷ En la ciudad de Viedma funcionaba un pequeño hospital atendido por la Congregación Salesiana (Memoria de la Gobernación del Territorio de Río Negro, año 1933, p. 90). En San Carlos de Bariloche funcionaba un centro de atención privado, pero a partir de 1934, con la llegada de Ezequiel Bustillo a la Dirección de Parques Nacionales, este organismo realiza muchas obras de infraestructura entre las que se destacan la construcción de obras sanitarias en la planta urbana, algo excepcional en la Patagonia de entonces, financiándose además la construcción de un hospital regional.

²¹⁸ Debido a su cercanía este hospital también atendía enfermos venidos del Territorio de Neuquén. Cfr. SIPAR, *Memoria de la Gobernación del Territorio...*, op. cit. p. 89.

²¹⁹ SIPAR, *Memoria de la Gobernación del Territorio...*, op. cit. p. 89.

²²⁰ *Ibidem*, p. 90.

²²¹ Se solicita al gobierno nacional la construcción de un edificio destinado a ser el hospital de la ciudad de Viedma. Se entendía que tenía que tener una capacidad de 150 camas como mínimo y servicios de consultorios externos para asistencia de 5.000 enfermos durante el año. Se trata de instalar "el primer hospital oficial en la ciudad capital, el cual tendrá una zona de influencia que abarca las 2/3 partes del Territorio dado que está en una ciudad que es cabecera de la línea troncal del F.C. Estado, que lo cruza en una extensión aproximada de 1.000 kilómetros de longitud. Además, en breve dará comienzo la construcción de las grandes obras de irrigación del valle inmediato a esta ciudad, lo que motivará en gran manera el crecimiento de la población". Cfr. SIPAR, *Memoria de la Gobernación del Territorio...*, op. cit. p. 91.

²²² La instalación de la estación sanitaria de Ing. Jacobacci sería "la solución más acertada en este serio problema de la salud de la población; por su situación incomparable, con dos trenes semanales que la vinculan con la Capital del Territorio, es el nudo, también, de una amplia red de caminos que comunica con todos los núcleos de población del Sud-Oeste del Territorio; desde dicha localidad se podría concurrir en tiempo, para

con la instalación de subestaciones en otras localidades del territorio y la radicación de médicos oficiales²²⁴. De esta manera, la intención de la Gobernación era cubrir, por lo menos en un sentido mínimo, la totalidad del territorio, de forma tal que la atención sanitaria tuviera algún punto de referencia en las distintas zonas.

5.2. La etapa de la provincialización

A partir de 1957 comenzó a transitarse el tramo final del proceso de provincialización del Territorio Nacional de Río Negro. El mismo se inició en junio de 1955 y sufrió una discontinuidad por el golpe de estado llevado adelante en septiembre del mismo año. Este proceso de institucionalización culminó en mayo de 1958, momento en que asumieron sus funciones, las nuevas autoridades constitucionales. Previamente, en diciembre del año anterior los convencionales constituyentes habían jurado la primera constitución provincial.

El proceso de construcción del subsector provincial de salud en Río Negro, reconoce distintas etapas formativas hasta llegar a su materialización definitiva a partir de la creación de los primeros organismos sanitarios provinciales. La Conferencia Hospitalaria en San Carlos de Bariloche en 1957 y el decreto de creación del primer Consejo Provincial de Salud Pública en el mismo año, ambos durante la Intervención Federal, la sanción de la Constitución provincial y la posterior sanción de la ley n° 60 del año 1959 ya en el primer gobierno constitucional rionegrino, son los tramos que recorrió la creación del subsector de salud, al cual está dedicado nuestro presente trabajo.

En estas etapas, encontramos un proceso de tutelaje por parte de la organización médica preexistente, que en algunos momentos se manifestó en forma directa y en otros en forma indirecta. En este sentido, se trató de diferenciar esas intervenciones durante la génesis del subsector público de salud en el proceso de provincialización. Este período

conjurar y reducir a mínimas proporciones las enfermedades que esporádicamente e inesperadamente, aparecen en caseríos o núcleos de población diseminados por su zona, lejos de todo recurso". Cfr. SIPAR, *Memoria de la Gobernación del Territorio...*, op. cit. . 89.

²²³ Esta estación sanitaria atendería los requerimientos de la zona norte del territorio.

²²⁴ Las subestaciones sanitarias que contarían con un médico oficial, estarían ubicadas en las localidades de Ñorquinco, Los Menucos, El Bolsón, Sierra Colorada, Valcheta, Sierra Grande, Paso Flores y Pilcaniyeu. De esta manera, se solucionaría, en parte, el problema de los pobladores que tengan que recorrer largas distancias para atenderse con un profesional de la salud. Se estima también que en la situación actual, muchas veces los honorarios de los profesionales se elevan por las grandes distancias a recorrer. Cfr. SIPAR, *Memoria de la Gobernación del Territorio...*, op. cit. p. 89.

coincide con el llamado modelo pluralista de planificación descentralizada²²⁵ para el sector sanitario nacional, proceso que siguió la fuerte influencia de corrientes ideológicas e intelectuales que provenían de los organismos sanitarios internacionales. Para el mismo momento, los prestadores privados de salud se corporizaron socialmente en entidades representativas, generando organizaciones de tipo gremial y de carácter ético-académico.

5.3. La materialización del subsector público de salud. De la Conferencia Médica de San Carlos de Bariloche a la sanción de la ley n° 60 de 1959

En el proceso de construcción del subsector de salud pública se reconocen dos etapas con características propias. Por un lado, el período que corresponde a las Intervenciones Federales (1955-1958), cuyo objetivo fue llevar adelante las políticas públicas de salud nacionales, realizar el posterior diseño sanitario provincial y comenzar a concretar las obras públicas de infraestructura. Por otro lado, y en segundo lugar, la etapa del primer gobierno constitucional de 1958 a 1959²²⁶, permitió legitimar en parte las políticas públicas sanitarias establecidas anteriormente. En ese momento, tuvieron continuidad las obras de infraestructura iniciadas, y se sancionaron las primeras leyes específicas para el sector.

5.4. Etapa de las Intervenciones Federales. 1955-1958

Luego del derrocamiento del gobierno de Juan D. Perón el 16 de septiembre de 1955 se dispuso la Intervención Federal de la provincia de Río Negro, cargo ejercido en un primer momento, por el Teniente Coronel Gualberto Wheeler, y luego por el Arqto. Carlos Ramos Mejía. En estas intervenciones federales se distinguen dos momentos diferenciadores. El primero de ellos, corresponde al período inmediato al golpe de Estado, dirigido a ordenar el espacio territorial de acuerdo a lo establecido por la revolución triunfante. El segundo, ya con Ramos Mejía en el gobierno y de aproximadamente un año de duración, inició el proceso de restauración de los principios morales y de toda la gama de valores que constituyeron la base de sustentación de la estructura política, social y económica de la

²²⁵ Jorge Katz, Hugo Arce y Alberto Muñoz, “El modelo organizacional vigente y sus orígenes histórico-institucionales”, en: Jorge Katz y colaboradores, *El sector salud en la República Argentina. Su estructura y comportamiento*, Serie Economía, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1993, p. 19.

²²⁶ Se considera solamente el período comprendido entre la asunción de las autoridades electas y la sanción de la ley n° 60/59.

Nación²²⁷, en relación directa con lo que impuso el Gobierno Provisional Nacional. En Río Negro, esta tarea contó con el beneplácito y la ayuda, no sólo de los sectores políticos comprometidos con el gobierno nacional, sino también con otros espacios sociales, siendo uno de ellos la Iglesia, representada por Monseñor José Borgatti, Obispo de Viedma, quien acompañó y apoyó todo el proceso.

En los documentos que se conservan sobre la gestión de la Intervención Federal se dejó constancia que "con el Coronel Wheeler se inicia la obra revolucionaria del encauzamiento democrático y de depuración administrativa"²²⁸. De esta manera se expresan claramente cuáles fueron los objetivos en este proceso que se inicia. Las nuevas autoridades estimaron en su momento que pese a la promulgación de la ley n° 14.408/55 en la que se declaró la provincialización del entonces Territorio Nacional de Río Negro, no se habían llevado a cabo ningún tipo de avances en ese sentido²²⁹, por lo que a la fecha, la estructura administrativa burocrática y lo financiero-contable todavía se seguía rigiendo por un sistema netamente territorial sobre la base de una "Contaduría Delegación" dependiente del Ministerio del Interior de la Nación²³⁰

La Intervención Federal del Tte. Cnel. Wheeler comenzó su gestión conformando el gabinete y su equipo asesor con "hombres de distintos partidos democráticos"²³¹ a la par que se fueron constituyendo en las comunas y Comisiones de Fomento, distintos Consejos Vecinales, con una conformación pluripartidaria, también ratificados en la gestión posterior.

De esta manera se manifestó una clara intencionalidad de integrar la mayor cantidad de expresiones políticas del arco opositor al anterior gobierno derrocado, en funciones que tenían que ver con la administración provincial. Como ejemplo vale decir que se propuso la formación de comisiones de notables para analizar y encarar los problemas más urgentes. La Intervención Federal argumentó, que de esta manera, "se recurre a la voluntad expresada

²²⁷ Sistema provincial de Archivo (SIPAR), *Memoria de la Intervención Federal para el período 1957-1958*, Viedma, Provincia de Río Negro.

²²⁸ SIPAR, *Memoria de la Intervención Federal ...op. cit.*

²²⁹ *Ibidem.*

²³⁰ Esta situación cambiará a partir de la puesta en vigencia del "Estatuto Provisional para el gobierno y Administración de las Provincias". Este Estatuto fue puesto en vigencia mediante el Decreto-Ley Nacional n° 12.509 de fecha 12 de julio de 1956, norma que sería complementada por el Decreto N° 1.166 de agosto de 1956, por el cual se determinaba la jurisdicción y competencia de los Ministerios. Esos serán tres: Ministerio de Asuntos Sociales, Ministerio de Gobierno y Ministerio de Economía.

²³¹ SIPAR, *Memoria de la Intervención Federal ...op. cit.*

y libre de los vecinos, en contraposición a la receta emanada del oficialismo peronista"²³². El objetivo que se persiguió fue gestar con estas medidas "el renacimiento de la responsabilidad vecinal en la cosa pública"²³³, para comenzar, a partir de ese momento, a recorrer el camino de una nueva administración provincial.

Recién asumido el nuevo gobierno de la Intervención formó una Comisión Investigadora Provincial²³⁴ y otras tantas Comisiones Investigadoras en distintas localidades de la provincia, que tenían como objetivo el probar que la anterior gestión del gobierno peronista, a nivel comunal y provincial, había incurrido en ilícitos que perjudicaban el tesoro público. Muchos de los integrantes de estas comisiones eran militantes de la UCR y del Partido Socialista, algunos de los cuales, más tarde fueron legisladores tanto de la UCRI como de la UCRP²³⁵. Esta estrategia de asegurar la participación en el gobierno de los sectores opositores al peronismo existentes en la región, es utilizada para articular y desplegar el poder en todo el territorio provincial.

Para el año 1957, el gobierno nacional dispuso el nombramiento de un nuevo Interventor Federal en la provincia, el cual fue el encargado de completar el proceso de institucionalización provincial. A fines de abril de ese año tomó posesión del cargo el Arquitecto Carlos Ramos Mejía²³⁶. En la prensa de la ciudad de Viedma, se anunció su

²³²SIPAR, *Memoria de la Intervención Federal ...op. cit.*

²³³ *Ibíd.*

²³⁴ Decreto 479/55 de la Intervención Federal del Tte. Cnel. Gualberto Wheeler.

²³⁵ Como ejemplo de lo anterior podemos mencionar que la Comisión Investigadora de Río Colorado la integraban dos hombres de la UCR: Carlos Ruiz y Gabriel Fernández Etuláin; y un socialista: Emilio Pioppi. Posteriormente en 1958, Carlos Ruiz asumirá como legislador de la UCRI y será integrante de la Comisión de Instrucción y Salud Pública de la Legislatura. Elías Chucair y Héctor Amílcar Casamiquela, militantes de la UCR, integrarán la Comisión Investigadora de Ing. Jacobacci y luego serán legisladores por la UCRI. Ignacio A. Piñero, integrará la Comisión Investigadora de Maquinchao y luego será legislador por la UCRI e integrante de la Comisión de Instrucción y Salud Pública y miembro informante en ocasión de debatirse el proyecto de creación del Consejo Provincial de Salud Pública. Posteriormente, Ignacio Piñero será funcionario en el gobierno de Carlos Nielsen (UCRP), quién fue gobernador entre 1963 y 1966.

²³⁶ El último Gobernador del Territorio Nacional de Río Negro, fue Emilio Belenguer, el cual cumplió funciones desde el 20 de diciembre de 1949 al 1 de julio de 1955. En esa fecha es promulgada por el Poder Ejecutivo Nacional la ley n° 14.408 de creación de la Provincia de Río Negro. El mismo día es nombrado Comisionado Nacional nuevamente el anterior Gobernador del Territorio, Emilio Belenguer, quién cumplió funciones hasta su destitución por el golpe militar que derrocó al gobierno constitucional el 16 de septiembre del mismo año. A partir del 19 de septiembre de ese año y hasta el 26 de abril de 1957, se desempeñó como Interventor del Gobierno Provisional Nacional el Teniente Coronel Gualberto Wheeler. Luego de la renuncia de Wheeler asume el cargo el Arqto. Carlos Ramos Mejía hasta la designación del primer gobernador Constitucional de la provincia, el Dr. Edgardo S. N. Castello el 1 de mayo de 1958, quién continuará en funciones hasta el 19 de marzo de 1962. El Arqto. Ramos Mejía fue nuevamente interventor en la provincia de Río Negro luego del golpe institucional que destituyó al presidente Arturo Frondizi en 1962. El presidente

designación y se expresó con anticipada simpatía que el "nuevo delegado federal es un alto funcionario del Ministerio de Educación, donde desempeñaba el cargo de Jefe de Construcciones Universitarias, caracterizándolo como joven, dinámico y con probadas convicciones democráticas"²³⁷. Por sucesivos decretos leyes se nombraron los distintos ministros y funcionarios que acompañarían su gestión, siendo designado como Ministro de Gobierno el señor Juan Carlos Torres Carbonell, Subsecretario de Asuntos Sociales, el señor Alfredo Gazcón, Secretario General de la Intervención, el señor José Luis Quijano Aldao, Secretario Privado, el señor Ricardo Heine, Jefe de Policía, el señor Ernesto Miguel Mendoza y Subjefe de Policía, el señor Pedro Báez²³⁸. A partir del momento mismo de su asunción se llevó adelante todo el proceso de fundación institucional de la provincia, y se llamó a elecciones de convencionales constituyentes en primer término y luego se convocó a elecciones generales para autoridades provinciales. La Intervención de Ramos Mejía cumplió con todos los mandatos que se le asignaron desde el gobierno provisional nacional, y según sus propias palabras,

"el Plan Político del Gobierno Provisional ha sido materia de especial consideración y su trazado ha sido cumplido con las dos elecciones realizadas y la concreción de la Constitución de la Provincia de Río Negro"²³⁹.

Siguiendo la línea de proscripciones establecidas, la Intervención Federal interactuó e interrelacionó intereses con las fuerzas políticas autorizadas con desarrollo provincial y con las fuerzas sociales preexistentes en el territorio.

5.4.1. Espacios de poder políticos corporativos: la organización médica preexistente

La provincia de Río Negro, mantuvo durante buena parte de su historia reciente el carácter de "territorio nacional". Es importante dejar sentado que

a cargo en ese momento, José María Guido, lo designó interventor el 1 de junio y mantuvo su cargo hasta la asunción de Carlos Nielsen en octubre de 1963.

²³⁷ *La Nueva Era*, sábado 27 de abril de 1957, p. 1

²³⁸ El nuevo Subjefe de la Policía de la provincia fue presentado por el Interventor Federal como una persona "que había prestado servicios en el Chubut, en la época en que actuaba el General Enrique Mosconi". Asimismo destacó "su lucha contra la mafia en Buenos Aires, hasta exterminarla y puso de manifiesto que era un hombre de profundos conocimientos profesionales y de gran sentido humano". (Entrecomillado declaraciones del arquitecto Carlos Ramos Mejía publicadas en la edición del 4 de mayo de 1957 del periódico *La Nueva Era*, Viedma, p. 2.)

²³⁹ SIPAR, *Memoria de la Intervención Federal ...op. cit.*

"entre provincia y territorio nacional existe una neta diferenciación. Las provincias son unidades etnográficas, geográficas y políticas anteriores a la Constitución, que al organizarse constitucionalmente el país se unieron, delegando una porción definida de sus atribuciones o poderes en el gobierno federal, y se reservaron el remanente, constituyendo, así un Estado Federal. Los territorios Nacionales en cambio, son simples divisiones administrativas o geográficas, posteriores a la Constitución Nacional".²⁴⁰

El análisis del momento de actuación de la Intervención Federal en la provincia de Río Negro como transición entre territorio y provincia con pleno ejercicio de su funcionamiento institucional y algunos de los detalles de su gestión, son considerados para esta tesis como de suma importancia ya que en los mismos se visualizó, no solamente, las intencionalidades políticas, sino también las estrategias desplegadas en la construcción del poder político y social. Para tal fin nos remitiremos al modelo teórico construido por Orietta Favaro y Horacio Cao, donde demuestran, como las denominadas "fuerzas orientadoras de políticas", influyen en el funcionamiento del Estado y de la Administración Pública Provincial.

Durante la época del gobierno peronista, el proceso de provincialización

"se retrasa, no porque los territorios no reúnen las condiciones exigidas por la ley, a lo que se debe sumar el fuerte petitorio de parte de sus habitantes; sino, y fundamentalmente, porque la instancia nacional estudia cuál es el momento adecuado, para que los resultados electorales el bloque de los ex territorios, no modifique la estructura de poder (o la altere). En este sentido, resulta claro que, porque es una sociedad en estado líquido, es el peronismo quien tiene un rol central. Moviliza en modo extremo, dándole a los habitantes -ahora devenidos en ciudadanos- el pleno derecho a transformarse en partícipes de la política y lo político. Y esto va adquiriendo centralidad en la medida que comprenden que constituyen la clave para incidir en las decisiones del gobierno central. Para ello, deben pasar varios años y un proceso de construcción que, simultáneamente a la exclusión, va generando espacios de ejercicio ciudadano con una variedad de actores que confrontando ideas, debilitados o reforzados, se incorporan al emergente peronismo"²⁴¹

La continuidad del proceso de provincialización quedó trunca el 16 de septiembre del 55. Luego del golpe de Estado fue la Intervención Federal quién formalizó las bases políticas y sociales de la nueva provincia. Por lo tanto, el Estado Nacional, ahora de facto, fue más allá de la voluntad política de provincializar el territorio. Antes de septiembre de 1955, el gobierno peronista nacional estructuraba su poder de dominación en el territorio

²⁴⁰ Orietta Favaro y Horacio Cao, "Los Estados provinciales. Una conceptualización provisoria...", op.cit. p. 31-32.

²⁴¹ *Ibidem*, p. 34.

solventada por una vasta red de adhesiones que fueron construyendo desde 1946 con el objetivo de que, esas fuerzas constituidas, actuarían como garantía de poder hegemónico una vez culminado el proceso de provincialización. La Intervención Federal utilizó diversas estrategias para ampliar su red de dominación, para lo cual se relacionó con los partidos políticos reconocidos a nivel provincial y con las corporaciones y otros grupos de poder. A los partidos políticos les exigió respeto y colaboración, condiciones necesarias para solucionar los problemas más urgentes. Con los otros grupos de poder, como el colegiado médico, la Intervención generó todas las condiciones para que ese sector pudiera expresar libremente sus intereses particulares en consonancia con las tendencias sanitarias vigentes en la época, e incluso lo transformó en actor principal del proceso de construcción del subsector público de salud.

La Intervención Federal utilizó a los partidos políticos para legitimar su gestión política y burocrática administrativa, comprometiéndolos ya sea con cargos en el nuevo gobierno o haciéndoles asumir tareas de asesoramiento sobre temas de diversa índole, todos planteados desde el poder central. Utilizó además, la inserción social de estos sectores para erigirse como agente de desarrollo y de construcción democrática. De esta manera, creó aparatos institucionales, movilizó recursos e impuso un nuevo orden y sentido de pertenencia a lo provincial, fundando una nueva idea sobre la "cosa pública", a la vez que eliminó todo vestigio del pasado político inmediato.

Al concretarse el cuerpo del nuevo estado, los sectores políticos que se expresaban en el gobierno provincial como consecuencia del proceso de provincialización, respondían a la convocatoria hecha por las autoridades provinciales y nacionales, tal como lo había expresado el Interventor Ramos Mejía en el discurso inaugural de su gestión:

"Habitantes de Río Negro: mucha es la tarea para hacer. En el orden institucional, organización de la justicia, de la faz administrativa del gobierno provincial, en el orden sanitario, educacional, energético, de obra pública, transporte, etc.; grande es la labor a desarrollar ya para medidas urgentes, ya las que es necesario proveer con carácter inmediato. Todas esas medidas deben ser producto de la mutua colaboración entre gobierno y pueblo, cuyo concurso solicito. Así nuestra tarea no se verá ni diversificada ni multiplicada, y el resultado será satisfactorio"²⁴².

Por lo tanto, parte de esta clase política provincial, al enfrentarse al proceso de construcción política del nuevo estado provincial, conjugó sus intereses particulares en la

²⁴² *La Nueva Era*, edición del sábado 4 de mayo de 1957, p. 2.

región, con los objetivos del nuevo gobierno, acompañando todo el proceso institucional. Es la acción del gobierno nacional, el que a través del gobierno provincial, toma el liderazgo de construcción política, sin que existan otras fuerzas políticas provinciales que limiten su grado de acción.

En el análisis de la construcción del subsector público de salud, sostenemos la relación entre la Intervención Federal y el sector médico preexistente, este último constituido como fuerza corporativa y a quién se le encargó el diseño sanitario provincial. Es decir, que es posible visualizar, en la construcción de un sector definido de su aparato institucional, la acción directa de fuerzas orientadoras de políticas, en primer lugar, las producidas por sectores identificados de la sociedad regional, como el sector médico corporizado y en segundo lugar, la acción del poder central a través de la Intervención.

En lo que respecta a esto último, el accionar del Estado provincial estuvo influenciado por acciones que realizó el gobierno central, ya que se destinaron recursos nacionales para la inversión regional en lo que respecta a la obra pública, parte de ellos para infraestructura específica de salud. Esto se hizo mediante el llamado "Plan de Trabajos Públicos para la provincia de Río Negro" que contemplaba la realización de obras por algo más de treinta y un millones de pesos, destinados por la Nación²⁴³.

Es en esta etapa cuando se concentran los esfuerzos del manejo sectorial en la concreción de sus fines particulares, sin que ello altere el curso del proceso de descentralización del subsector público nacional iniciado en 1957. Nos referiremos exclusivamente al sector médico como único actor, ya que en la etapa de nuestro período de estudio representa a la única agrupación relacionada con la medicina que influye sobre la génesis y posterior desenvolvimiento del subsector público²⁴⁴. Si bien el sector reconoció no haber obtenido éxitos sustanciales en una primera etapa, como se expondrá más adelante, es evidente, que la magnitud de los intereses que se intentaban articular en los espacios de negociación, superaron ampliamente lo que quedó plasmado formalmente en las normas sancionadas.

La primera organización gremial y profesional que reunió a los médicos de la provincia de Río Negro fue el Colegio Médico de General Roca, creado un 20 de febrero de

²⁴³ Decreto n° 10.706 del 9 de septiembre de 1957.

²⁴⁴ En la actualidad hay otras entidades como las asociaciones de clínicas y sanatorios, colegios de farmacéuticos, bioquímicos, etc., que influyen en el desenvolvimiento del mismo.

1956 con la presencia en asamblea de 14 médicos de la ciudad²⁴⁵. Los fines especificados en el acta n° 1 de la entidad, tienen que ver con el desarrollo profesional conjunto, con aspectos científicos y gremiales y sobre todo con cuestiones de defensa de la ética profesional.

A partir de ese año y hasta 1958, el sector realizó un intenso trabajo destinado a lograr la agremiación de los médicos de Río Negro, proceso que culminó con la constitución de los colegios médicos en una Federación Médica provincial. El panorama sanitario provincial en lo que hace a la actividad gremial y política es descripto por la misma Federación Médica, y en el ítem dedicado a la historia de la entidad, expresa:

"En el año 1956, en la provincia no había orden, era una anarquía y desde el punto de vista gremial los médicos estaban desperdigados. No existían los colegios médicos y el primero en crearse fue el Colegio Médico de General Roca. Sin embargo eso no bastaba, en cuanto a las relaciones con la Confederación Médica de la República Argentina eran inorgánicas por falta de articulación al interior de la provincia. Es así que comienza a pergeniarse la idea de una Federación Médica de Río Negro"²⁴⁶.

Durante los primeros meses de 1958 los médicos de Cipolletti comienzan a manifestar su intención de agruparse en un colegio y de esa manera poder constituir junto con el colegio de Roca una Federación Médica Provincial. Las conversaciones se dan entre el presidente del Colegio Médico de Gral. Roca, Dr. Rogelio Mondino y el Dr. Pedro Moguillasky. Los Doctores Hernán Redruello, Ariel Olavegogeochea y Pedro Moguillansky, deciden convocar a los Doctores Pérez Canel, Franco Apolinar, Pablo Senechal, Victoriano Grigaites, Bensimon, Raúl Quadrini y José Andrade, a una reunión que se realizó en el Hotel Argentino; creando en esa oportunidad una Comisión Provisoria integrada por los Doctores Antonio Pérez Canel, Hernán Redruello, Ariel Olavegogeochea y Apolinar Franco, a quienes se les encomendó la redacción de los Estatutos del futuro Colegio Médico de Cipolletti y la primera convocatoria de elección de autoridades. En el mes de mayo de 1958 se realiza la reunión donde se crea el Colegio Médico de Cipolletti, se aprueban los estatutos y se designa a la primera Comisión Directiva. Se elige como Presidente al Dr. Antonio Pérez Canel, Secretario Dr. Ariel Olavegogeochea, Tesorero Dr. Hernán Redruello, Primer Vocal Dr. Apolinar Franco y

²⁴⁵ Los médicos presentes son: Jorge Aubone, Jorge Alikkanoff, Jorge Bonta, Carlos Brisco, Luis Falcó, Leopoldo Fieg, Juan Guillaume, Juan Gramajo, Mario Maida, Rogelio Mondino, Schneyer Podjarny, Elvio Rocchia, Julio Ruiz y Carlos Schweid. Cfr. *Río Negro*, viernes 17 de marzo de 2006, pp. 36- 37.

²⁴⁶ Publicado en: www.fedmedica.org.ar .Consulta realizada en mayo 2011.

Segundo Vocal Dr. Pedro Moguillansky. A mediados del año 1961, los médicos de la ciudad de Cinco Saltos se anexaron a este Colegio, conformándose el Colegio Médico de Cipolletti y Cinco Saltos, que duraría muy poco tiempo²⁴⁷.

El Colegio Médico de Villa Regina fue fundado el 28 de mayo de 1958 y lo integraban médicos que desarrollaban sus tareas profesionales en el Hospital público pero además atendían sus consultorios particulares. Lo integraron los doctores Alejandro Rodríguez, Francisco O. Citta, Roberto Cipolletti, Elías Smirnoff, Pedro José Dall'Armellina, Enrique Carlos Díaz Vera, Beatriz Poncet de Cipolletti, Jorge R. Früm y Rafael Bailón²⁴⁸.

La Federación nació el 2 de agosto de 1958, cuando se reunieron en la sede social del Club Italia Unida de la ciudad de General Roca, un grupo de médicos que se declararon en asamblea constitutiva y designaron la primera Comisión Directiva de la Federación Médica de Río Negro. La presidencia recayó en el Dr. Luis Falcó, integrante del Colegio Médico de General Roca. La tarea de redactar y aprobar el estatuto, como la matriculación de los profesionales y la organización de los colegios médicos del resto de la provincia fueron los primeros trabajos llevados adelante por la nueva entidad. En lo que hace a la matriculación de los médicos si bien la Federación Médica lo reconoce como uno de sus objetivos fundamentales²⁴⁹, ésta acción no fue realizada precisamente desde el ámbito de la Federación²⁵⁰.

Por otro lado, los objetivos declarados por la Federación Médica fueron velar por el cumplimiento de las reglas de ética profesional, fomentar el compañerismo y solidaridad entre la comunidad médica, y representar a los afiliados en la defensa de sus intereses

²⁴⁷ Cfr. Colegio Médico de Cipolletti. Disponible en: www.cmcipolletti.com.ar/historia.php. Consulta realizada en octubre 2013.

²⁴⁸ Datos aportados por la sra. Susana García, Administradora del Colegio Médico de Villa Regina, octubre 2013.

²⁴⁹ Cfr. Federación Médica de Río Negro. Disponible: www.fedmedica.org.ar. Consulta realizada en mayo 2011.

²⁵⁰ La matriculación de los médicos fue realizada desde el CPSP recién a partir de 1964 siendo ésta una de sus primeras medidas administrativas. Durante el gobierno de Carlos Nielsen (UCRP, 1963-1966), asume como Ministro de Asuntos Sociales (1964), el Dr. Osvaldo Centeno, quién promueve como Presidente del CPSP al Dr. José Alberto Cibanal de Río Colorado, quién a la fecha era director del Hospital de esa localidad. Apenas asumido en el cargo y frente a la falta de normativas que regularan la actividad médica en la provincia, comienza a implementar una serie de medidas tendientes a la organización del sector de acuerdo a la legislación vigente. Una de las medidas que lleva adelante, es la matriculación de los profesionales médicos de la provincia, razón por la cual, los integrantes del CPSP le otorgan la matrícula n° 1 al presidente del mismo. La matrícula n° 1 fue otorgada mediante Resolución n° 909 "SP"/1964. (Entrevista realizada por el autor, al doctor José Alberto Cibanal el 27 de mayo del 2006 en Río Colorado, prov. de Río Negro)

gremiales. Al mismo tiempo, asumieron el compromiso de búsqueda de nuevas fuentes de trabajo con el principio de libre elección, organización y administración de fondos de mutuales o de ayuda solidaria para asistencia, préstamos y demás beneficios sociales para los profesionales, defensa de la carrera hospitalaria y organización y promoción de la constitución de nuevos Colegios Médicos. Además se reconoció que la misión fundamental tiene tres pilares fundamentales, unidad, solidaridad y confianza, los cuales son las guías del accionar de sus dirigentes para ser fieles representantes de los médicos de esta provincia, para lograr una medicina de calidad, cuyos mayores beneficiarios serán los pacientes²⁵¹.

Inicialmente, la Federación trató de llevar adelante la organización de la salud pública provincial, aunque posteriormente se reconoció que las actuaciones no tuvieron éxito, pero los anteproyectos sirvieron como base para las leyes posteriores²⁵². Si bien en estos primeros momentos los objetivos fijados por la entidad no pudieron concretarse,

"con el transcurrir de los años la Federación Médica fue tomando mayor fuerza y atravesó distintas etapas todas con diferentes connotaciones políticas. Se trabajó en la mejora de las condiciones de contratación de las obras sociales, en el aumento del valor del galeno, en el logro de un mejor posicionamiento a nivel nacional en la Asociación Médica Federal y finalmente en la creación de la Caja de Previsión Social Médica y la Mutual Médica de Río Negro"²⁵³.

Se puede inferir que el espacio médico corporativo de Río Negro presentó una evolución en la concreción de sus intereses de sector a lo largo del tiempo, lo cual permite distinguir distintas etapas en lo que hace a su relación con el proceso de construcción del subsector de salud público provincial.

En la primera de ellas, que identificamos como su "fase fundacional", este sector, sobre la base de las instituciones ya preexistentes como el cuerpo Médico de San Carlos de Bariloche y el Colegio Médico de General Roca, junto a médicos de Cipolletti, Cinco Saltos, Allen y Villa Regina, participó asesorando al gobierno de la Intervención Federal de Ramos Mejía sobre dos problemáticas a resolver en esa época. La primera de ellas estaba referida a la transferencia de los hospitales nacionales a la jurisdicción provincial y la segunda al posterior diseño del subsector público de salud.

²⁵¹ Cfr. www.fedmedica.org.ar . Consulta realizada en mayo 2011.

²⁵² *Ibidem*

²⁵³ *Ibidem*

En la segunda fase, localizada ya en el gobierno constitucional de Edgardo Castello, y que reconocemos como "fase de integración", es donde logró por ley²⁵⁴, la incorporación y el reconocimiento oficial de su representante en la constitución del Consejo Provincial de Salud Pública²⁵⁵. Se pueden agregar dos momentos diferenciadores más alejados en el tiempo. Al primero de ellos lo definimos como "fase de consolidación y gerenciamiento" hacia mediados de los años noventa, época en que la cúpula dirigencial de la Federación Médica ocupó los principales lugares de conducción del sistema de salud provincial. La última etapa, la "fase de desestructuración y autonomía regional", se da en forma inmediata a partir de la crisis del 2001 y se produjo a partir del momento en que la Federación Médica deja de tener influencia provincial y pierde autoridad y capacidad de gestión. A partir de allí, la autoridad sanitaria provincial comenzó a establecer contratos y relaciones particulares con los Colegios Médicos regionales, los cuales iniciaron un camino de mayor autonomía a partir de la defensa de sus intereses particulares. Se hace mención solamente en esta tesis a los dos primeros momentos de la actuación del sector médico organizado durante el proceso de provincialización.

5.4.2. Conferencia Médica de San Carlos de Bariloche

La medida vertebral que caracterizó al esquema sanitario nacional luego de la revolución de 1955 fue la descentralización del subsector público, hecho que se concretó con la transferencia de los hospitales nacionales a las jurisdicciones provinciales²⁵⁶. Esta exigencia nacional, fue resuelta en Río Negro por el gobierno de la Intervención Federal, apelando a la participación directa del sector médico, al que delegó parte de las responsabilidades de organización y con el cual coincidió no solamente en los aspectos formales sino también en los fundamentos ideológicos de la medida.

En el año 1957, la Intervención Ramos Mejía inició consultas para determinar el estado de los establecimientos hospitalarios existentes y la capacidad de funcionamiento del sistema en general. Con las autoridades provinciales y municipales

²⁵⁴ Se refiere a la sanción de la ley n° 60 del año 1959.

²⁵⁵ Hay dos momentos en los cuales las leyes de reforma del Consejo Provincial de Salud Pública no contemplan la presencia de un representante designado por la Federación Médica de Río Negro, el primero de ellos corresponde a la ley n° 898/73 durante la única gestión de un gobierno justicialista y el segundo a la ley n° 2570/92.

²⁵⁶ Decreto n° 1375/57 del Gobierno Provisional Nacional.

constituidas en comisión ad-hoc, esta reunión avanzó en la construcción del subsector público provincial. Se caracterizó la situación hospitalaria y se propusieron medidas de extrema urgencia, manifestándose la voluntad política de encarar una organización hospitalaria integral²⁵⁷, dando inicio a un proceso que culminó en los meses subsiguientes con un diseño sectorial general.

Este primer paso, cuyas resoluciones fueron avaladas y formalizadas por el total de los municipios, fue seguido por el llamado de la Intervención a una denominada "Conferencia Provincial de Organización Hospitalaria". Como paso previo, el Ministerio de Asuntos Sociales se dirigió a los directores de los Hospitales regionales, Centros de Salud y Puestos Sanitarios nacionales para comunicarles que oportunamente serían transferidos a la órbita provincial, además de solicitarles información completa referente a su funcionamiento y necesidades de equipamiento, edilicias y financieras. Esto perseguía dos objetivos fundamentales. El primero de ellos estuvo destinado a prever la futura acción a desarrollar y organizar el aspecto asistencial dentro de los cauces de la nueva estructura hospitalaria, y el segundo, de carácter más político, se vinculó a satisfacer la inquietud de la población al respecto. La autoridad sanitaria se hizo eco de los reclamos manifestados por la prensa en lo que a la atención sanitaria se refiere, por lo que decidió realizar inspecciones en los establecimientos de salud y abordar en forma inmediata e integral, el problema dentro de los presupuestos sanitarios establecidos por la autoridad central²⁵⁸. Simultáneamente en el orden nacional, se desarrollaban reuniones con los representantes provinciales de salud, con el fin de poner en marcha, el proyecto de transferencia de los establecimientos asistenciales ubicados en todo el territorio del país. La provincia de Río Negro no asistió a las mismas, pero manifestó su voluntad política respecto al movimiento descentralizador en que se halla empeñado el superior gobierno de la Nación²⁵⁹.

La realización de la Conferencia Médica Provincial en San Carlos de Bariloche, por parte del Ministerio de Asuntos Sociales, fue la estrategia utilizada por la Intervención Federal para dar cumplimiento a lo establecido por el nivel nacional. En la misma participaron además de la Jefatura de la Delegación Sanitaria Federal, los jefes directos de los establecimientos asistenciales y las autoridades de los Colegios de Medicina

²⁵⁷ *Río Negro*, edición del 19 de julio de 1957, p. 2.

²⁵⁸ *La Nueva Era*, edición del sábado 20 de julio de 1957, p. 1.

²⁵⁹ *La Nueva Era*, edición del sábado 10 de agosto de 1957, p. 2.

de la provincia, de acuerdo a lo establecido por el Decreto n° 964/57 de la Intervención Federal.

La asamblea médica de Bariloche, fue muy significativa para el momento de la política provincial. La concepción, organización y posterior concreción de esta asamblea, fue responsabilidad plena de la Intervención Federal provincial. El sector médico organizado, asumió la responsabilidad de llevar adelante los estudios posteriores destinados a facilitar el proceso de transferencia, como asimismo redactar las conclusiones de la Asamblea Médica. Esta tareas fueron otorgadas por mandato de la asamblea al Colegio Médico de General Roca, el cual debía formar una comisión que continuara con el estudio de la organización sanitaria, organización interna de los establecimientos, abastecimientos, presupuesto, tipo y capacitación de técnicos entre otros considerandos²⁶⁰.

En la asamblea médica²⁶¹, se trataron no sólo aspectos referidos a la problemática inicial de la convocatoria, sino que también se habló sobre la organización más conveniente de la salud pública provincial. Como resultado, la organización propuesta desde la Asamblea, fue la base del posterior decreto de creación²⁶² del Consejo Provincial de Salud Pública (CPSP) de la Intervención Federal. Es decir, que la organización del subsector público de salud tuvo su génesis en esta Conferencia sobre organización hospitalaria, donde un sector asume el rol hegemónico en la resolución de la problemática. De esta manera la Intervención Federal resuelve el funcionamiento de la estructura sanitaria provincial, recibiendo posteriormente, de parte de los médicos asistentes a la asamblea, un radiograma donde se le expresa que

"Los médicos abajo firmantes²⁶³ asistentes a la Conferencia de Organización Hospitalaria se hacen un deber destacar el criterio con que el gobierno de la Intervención ha encarado el problema comprometiendo la más amplia colaboración del cuerpo médico de la provincia para el mejor éxito de su gestión. Firmado: Mognillansky, Viglione, Mondino, Falcó, Kocchia, Schweid, Anzorena, Maida, Vollenweider, Cattáneo, Herman, Pusso, Fogelstrom, Fattorini, Iglesias y Provensal"²⁶⁴.

²⁶⁰ *La Nueva Era*, 5 de octubre de 1957, p. 3.

²⁶¹ Las reuniones fueron presididas por el Ministro de Asuntos Sociales, Ing. Juan Pablo Torres Carbonell y el subsecretario del mismo ministerio, Alfredo Cascón, con la colaboración del director general del Ministerio, Juan Carlos Quesada y el Jefe de Despacho, Genaro Olivera, quien actuó como Secretario de la Asamblea. Cfr. *La Nueva Era*, sábado 5 de octubre de 1957, p. 3.

²⁶² Se refiere al Decreto n° 1153 de la Intervención Federal del 11 de diciembre de 1957.

²⁶³ Entre los firmantes se encuentran los doctores Mondino, Falcó, Schweid y Maida integrantes del ya existente Colegio Médico de General Roca y Mognillansky de Cipolletti.

²⁶⁴ *La Nueva Era*, sábado 5 de octubre de 1957, p. 3.

Las recomendaciones efectuadas luego de la Conferencia de Organización Hospitalaria constituyen el punto final de esta etapa que llamamos "fase fundacional", donde es posible ver como el sector médico interactuando con la fuerza política institucional, propició el consiguiente acto administrativo del gobierno provincial como fue la firma con acuerdo general de ministros, del decreto n° 1.153 del 11 de diciembre de 1957, creando el CPSP, dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales dando paso a la siguiente "fase de integración".

5.4.3. Creación del Consejo Provincial de Salud Pública (CPSP) (1957). La transferencia de los hospitales naciones a la órbita provincial

Las conclusiones y el apoyo del sector médico a partir de la Conferencia de San Carlos de Bariloche, generó estrategias posteriores, que llevó adelante la Intervención.. La transferencia²⁶⁵ se hace mediante un decreto de aceptación de la Intervención Federal y con un convenio que establece la realización de actas complementarias referidas a aspectos específicos como personal, inventario de bienes muebles e inmuebles, automotores, semovientes, instrumental y elementos de consumos, entre otros rubros. La aceptación de transferencia de los establecimientos sanitarios nacionales se presenta bajo distintos argumentos que justifican la medida tomada, que van desde lo esencialmente sanitario a lo político y filosófico. Expresiones que remarcan la necesidad imperiosa de obtener los logros de una efectiva vivencia de sano federalismo, el mejor desenvolvimiento económico y funcional a partir de la descentralización y el reencuentro con la responsabilidad comunal²⁶⁶, forman parte del discurso oficial.

Hacia la finalización del año, el 11 de diciembre de 1957, se crea, mediante el decreto n° 1153, el CPSP, dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales, asumiendo las recomendaciones efectuadas por el Colegio Médico de General Roca, luego de la Conferencia Médica de Bariloche.

²⁶⁵ Comprendió además de Río Negro a Santa Cruz, La Pampa, Chubut y la Gobernación Marítima de Tierra del Fuego. Los establecimientos comprendidos en este programa de transferencia fueron 69, los cuales se encontraban en pleno funcionamiento. Del total, 21 correspondieron a Río Negro, 14 a Chubut, trece 13 a Santa Cruz y 2 a Tierra del Fuego.

²⁶⁶ SIPAR, Decreto n° 964/57 de la Intervención Federal en Río Negro.

Este Consejo lo integraban los jefes de las regiones sanitarias en calidad de vocales, y lo presidía un funcionario designado por el Gobierno de la provincia con categoría de Director General. Para tal fin se dividió la provincia en tres regiones sanitarias, es decir que se mantuvo la anterior organización administrativa del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación. Los jefes sanitarios de dichas regiones fueron los directores de los hospitales de Viedma, Allen y San Carlos de Bariloche. Su estructura de funcionamiento tuvo dos departamentos: el Departamento Técnico con tres secciones Medicina Asistencial, Medicina Preventiva y Medicina Social y el Departamento Administrativo con otras tantas secciones. Los Jefes de estos dos Departamentos, tuvieron el rango de Secretarios dentro del CPSP.

Hacia el interior de las regiones, se crearon los Consejos Regionales de Salud Pública (CRSP), integrados por consejeros representantes de los establecimientos sanitarios en funcionamiento en las respectivas regiones y presididos por los Consejeros Provinciales pertinentes. Como respaldo económico de los centros de salud, los directores de cada uno de los ellos, debían propiciar y poner en funcionamiento una Cooperadora Sanitaria cuya tarea específica sería la de cooperar financieramente con el establecimiento de salud. El Director del centro asistencial, con voz y voto, sería el Asesor Técnico de una comisión integrada por un representante de la comuna y siete representantes de la población local. Con este tipo de estructura, la Intervención Federal se propuso como objetivo

"la creación de un tipo de organización asistencial básica que propenda, no sólo a una descentralización administrativa para la mejor adecuación y desenvoltura de los actos, sino también a una economía de presupuesto para agilización de trámites, lo que redundará en la inmediata y eficaz atención del asistido"²⁶⁷.

Entre las tareas realizadas para complementar el funcionamiento de la nueva estructura sanitaria y cumpliendo con lo establecido en el decreto de creación del CPSP, se aprobó un modelo de estatuto dirigido al funcionamiento de las cooperadoras sanitarias, Se firmó además, el Decreto n° 187 del 11 de marzo de 1958, que creó un curso de Enfermería de tres años a desarrollarse en la localidad de General Roca, a partir del mes de abril del mismo año. Las cátedras fueron dictadas por profesionales universitarios, y se previó, el

²⁶⁷ SIPAR, *Memoria de la Intervención Federal ...op. cit.* p. 34.

requerimiento a la Organización Mundial de la Salud, del envío de instructoras especializadas²⁶⁸.

El Gobierno Provisional Nacional tuvo pronta y efectiva presencia apuntalando la gestión del Interventor Ramos Mejía²⁶⁹. La presencia en la provincia, del Presidente y Vice del gobierno Provisional Nacional, desde lo político institucional, representó un gran respaldo a la gestión de la Intervención, pero más significativo fue la llegada en el año 1957, de la suma de treinta y un millones cien mil pesos (\$m/n 31.100.000), de fondos nacionales destinados a la realización de diversas obras públicas en la provincia²⁷⁰.

Es importante este momento en la gestión de la Intervención, porque sin duda se constituyó en un punto de inflexión para las políticas públicas provinciales. Este aporte de recursos por parte del orden nacional, tiene distintas consecuencias, ya que estos recursos alcanzaron al propio gobierno de la Intervención próximo a culminar su mandato, pero también se extendieron hacia el futuro primer gobierno constitucional provincial. En ese sentido encontramos un denominador común, que es el usufructo político y social de los beneficios que implica un plan de obras públicas de tales características. Para el caso del gobierno de la Intervención, el Plan Analítico de Trabajos Públicos²⁷¹ hizo posible

²⁶⁸ SIPAR, *Memoria de la Intervención Federal* ...op. cit.

²⁶⁹ Apenas asumido el nuevo Interventor Federal en la provincia, se anuncia la visita del Presidente provisional, Gral. Eugenio Aramburu para el día 11 de mayo, hecho que se produce efectivamente el día 18 del mismo mes. Posteriormente, también se registra la visita que el vicepresidente de la República, el Almirante Isaac Rojas hace a Viedma el 11 de diciembre de 1957.

²⁷⁰ La distribución de los fondos contemplaba para el área de Acción Social la suma de 10.335.000 \$ m/n a repartir la siguiente manera: Educación 2.000.000 \$ m/n; Cultura 2.135.000 \$ m/n; Salud Pública 2.500.000 \$ m/n; Vivienda 2.500.000 \$m/n y Turismo 1.200.000 \$ m/n

²⁷¹ La asignación de recursos para obras públicas en la provincias estaba establecido en la Ley n° 14.070 de Ayuda Federal a las Provincias. Por Decreto Federal n° 1.616/57 se asignó a la provincia de Río Negro la suma de \$ 31.100.000, el cual se distribuyó mediante el Decreto de la Intervención Federal n° 1.007/57. Río Negro también tuvo acceso a fondos nacionales en los años 1958 y 1959. La primera ayuda federal otorgada en el año 1957 fue condicionada al cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5° del Decreto Nacional n° 642/57, el cual facultaba al Ministerio de Hacienda para convenir con los Gobiernos provinciales el reembolso a la Nación de la suma que se transfiriera en un plazo de 54 (cincuenta y cuatro) años, con los intereses al tipo del 5 % anual, los cuales correrían a partir de la fecha de las respectivas entregas de los fondos. La amortización se comenzó a realizar a partir del 1 de enero de 1958. Los servicios a cargo de las provincias se hacían efectivos mediante retenciones sobre la participación en el producido de los impuestos nacionales, para lo cual los gobiernos interesados debían adoptar las medidas necesarias para renunciar a favor del Gobierno Nacional a la parte correspondiente de tales gravámenes. Para el año 1958 la ayuda nacional fue de \$ 32.000.000 y también se otorgó con las mismas condiciones anteriores. La entrega de los fondos se concretó en ambos casos una vez que la ex Intervención Federal remitió y obtuvo la aprobación del Gobierno Nacional de los planes analíticos elevados conforme a las exigencias estipuladas en los respectivos

mantener su perfil fundacional en una nueva provincia a la que se pretendía alejar de su pasado peronista. Asimismo, le va a permitir organizar una red de adjudicaciones en todo el territorio provincial, delegando parte de las responsabilidades en las

"Comisiones de Fomentos, Municipalidades, comisiones ad-hoc y entidades y/o instituciones que por su bien común o social merezcan el apoyo oficial mediante subsidios"²⁷².

De ese modo, todo ese conjunto de entidades intermedias y Consejos Vecinales diseminados por toda la provincia, se

"constituyeron en cuerpos colaborativos (sic) realmente valiosos en la obra de gobierno. Un auténtico sentido del bien común desplazó en su acción todo partidismo político y facilitó así la consecución de una obra efectiva y de reconocimiento general"²⁷³.

La reafirmación de la nueva idea sobre lo público, se concretizó en estos hechos, los cuales fueron mostrados a la luz de la reciente "legalidad" que brindó el escenario político construido desde la Intervención por los distintos sectores sociales involucrados. Se estimuló, por un lado, el trabajo en conjunto del gobierno con las fuerzas políticas provinciales convocadas para la construcción de esta nueva etapa de la provincia²⁷⁴ y por otro, se intentó desarrollar la sensación del sentido del esfuerzo en un marco resaltado de precariedad de medios, con el único fin de

"que las nuevas autoridades constitucionales que regirán los destinos de Río Negro, hallen menos dificultades que vencer y encuentren más limpio el camino que deben recorrer"²⁷⁵.

Por lo tanto, las consecuencias a futuro que tuvo este Plan de Trabajos Públicos en relación con el gobierno constitucional próximo a concretarse, fue la implementación de una infraestructura importante de servicios en diversas localidades de la

decretos. Para el año 1959, la ayuda nacional se elevó a la suma de \$ 53.049.500. La suma total otorgada por la ley de Ayuda Federal a la provincia de Río Negro entre 1957 y 1959 fue de \$ 116.149.500.

²⁷² Artículo 3º del Decreto nº 1.007/57 de la Intervención Federal de la provincia de Río Negro.

²⁷³ SIPAR, *Memoria de la Intervención Federal ...op. cit.*

²⁷⁴ La acción del gobierno nacional no sólo se limitó a la obra pública mencionada, sino que también se coordinó con el Ministerio del Interior las obras correspondientes a planes anteriores, como demás trabajos que las distintas reparticiones nacionales siguen desarrollando en Río Negro según se cita en los considerandos del Decreto nº 1007/57 de la Intervención Federal de Río Negro. Como ejemplo, podemos decir que esto permitió reactivar el plan de Acción de la Empresa Agua y Energía y prever ésta una inversión de obra pública para 1958 por un monto cercano a los ciento cincuenta millones (\$ 150.000.000), a la vez que "se logra el apresuramiento y la contratación de la segunda etapa del Valle de Viedma, obra fundamental de promoción para el valle Inferior del Río Negro". Cfr. SIPAR, *Memoria de la Intervención Federal ...op. cit.*

²⁷⁵ *Ibidem*

provincia²⁷⁶, que generó una distribución de recursos gerenciados por las propias organizaciones locales, como se ha mencionado. Las partidas asignadas a este Plan de Trabajos Públicos tuvieron el carácter de préstamo o subsidio, según las finalidades y características de las obras que se llevaron a cabo, a cuyo efecto, se tuvieron en cuenta las ordenanzas municipales y los estatutos de las entidades beneficiarias, ya que así lo expresaba el artículo 2º del Decreto 1007 del 24 de octubre de 1957.

El Plan de Trabajos Públicos del año 1957, para la provincia de Río Negro, presentaba tres ítems, con sus respectivos subítems, que expresaban el destino de los fondos. Se observó, que sobre el total de la inversión²⁷⁷, diez millones trescientos treinta y cinco mil pesos, al área de Acción Social se le asignó un 33,23 % de ese total. Del mismo, le correspondieron a salud pública dos millones quinientos mil pesos, lo cual representaba un 24,19 % del total destinado a ese rubro, que era el equivalente al 6,43 % del total de inversión autorizada para el Plan de Trabajos Públicos. Si bien estos valores pueden parecer exigüos si los referimos al monto total, se les debe sumar lo destinado a otras obras que tienen conexión directa con el aspecto sanitario, como los montos referidos a Obras sanitarias, en sus distintas áreas, como la ampliación de desagües urbanos, provisión de agua corriente, ampliación y estudio de redes cloacales en distintas localidades, lo que representó, un millón de pesos de inversión total. También se debe incluir en este detalle, lo invertido en obras destinadas al sector escolar, como construcción de nuevas escuelas y refacción de grupos sanitarios de escuelas en funcionamiento, que significa dentro del rubro de Acción Social la suma de dos millones de pesos. Entre los trabajos a realizar dentro del monto consignado se encontraban la instalación de la red de cloacas en el Hospital Vecinal de Allen, la incorporación de una máquina frigorífica y de producción de hielo en el

²⁷⁶ Muchas de estas obras, serán terminadas durante la gestión del Gobernador Castello y producirán un fuerte impacto social; lo cual se reconoce en los documentos específicos del tema. Este usufructo de las consecuencias políticas y sociales que genera la realización de obras públicas básicas puestas en marcha en la época de la Intervención, es reconocido por la administración provincial constitucional al mencionar: "Un equitativo reconocimiento hacia lo que construyeron las administraciones territorianas anteriores, de nuestra parte, señala la existencia de un espíritu de amplia comprensión, por cuanto recién al tomar las riendas del gobierno y encarar los innúmeros (sic) problemas que es menester estudiar y allegarles soluciones es que se advierte la suma de dificultades a vencer, especialmente si han de satisfacerse prioridades que no siempre son correctamente interpretadas". Cfr. PROVINCIA DE RIO NEGRO, *Tres años de gobierno. Obras Públicas realizadas*, Tomo II, Viedma 1961, p. 34.

²⁷⁷ Todos los valores están referidos a pesos en moneda nacional (\$ m/n).

Hospital de Bariloche, y la ampliación del Hospital de Cipolletti²⁷⁸. También hay que mencionar que los trabajos en el área sanitaria abarcaron otros aspectos, como equipamientos de distintos tipos, ampliaciones en salas de primeros auxilios, mejoras en centros de salud y habilitación de nuevos servicios.

Un elemento que da significado político a estos valores, destinados a la inversión para obras públicas en general y para el sector sanitario en particular, es lo expresado por el Interventor Federal cuando presenta a la sociedad el Plan de Trabajos Públicos:

"(...) bajo el régimen depuesto, se trató de realizar la obra pública que más convenía a su propaganda. Se destinaba así una suma de poco más de tres millones de pesos, suma irrisoria de acuerdo a las necesidades y posibilidades de Río Negro, mientras que por el nuevo plan dado a conocer se autoriza una inversión de 31.100.000 pesos..."²⁷⁹

La distribución de las inversiones fue producto de las visitas que los funcionarios realizaron a las municipalidades y Comisiones de Fomento que según sus propios dichos, trataron de conocer "las necesidades reales", en primer lugar, y en segundo, "preparar las cosas e iniciarlas, tratando de que fueran a aliviar a las nuevas autoridades"²⁸⁰. De esta manera el arquitecto Ramos Mejía resaltó la colaboración prestada por las municipalidades y Comisiones de Fomento. Posteriormente, en 1959 y ya constituido el gobierno constitucional, el Plan de Trabajos Públicos, implementado mediante la ley n° 14.070, destinó ocho millones setecientos veinte mil pesos a Salud Pública.

El Estado provincial, la acción del gobierno provisional nacional y los sectores médicos colegiados, configuraron un esquema de salud pública, basado en la inversión para infraestructura y en la organización regional, en un proceso de búsqueda de diferenciación, de las políticas de salud anteriores al golpe de Estado. Al mismo tiempo que la Intervención Federal, delega el diseño del CPSP al sector médico organizado en los principales centros urbanos, éste, aseguró su presencia en las comisiones técnicas de los CRSP, con voz y voto. Este aspecto constituirá, el antecedente de lo que posteriormente,

²⁷⁸ Las obras se encuentran detalladas en el Decreto n° 1007 del 20 de octubre de 1957 de la Provincia de Río Negro.

²⁷⁹ *La Nueva Era*, 2 de noviembre de 1957, p. 6.

²⁸⁰ Cfr. *La nueva Era*, 2 de noviembre de 1957, p. 6.

llevará adelante el primer gobierno provincial en su relación con la Federación Médica de la provincia.

5.5. La Convención Constituyente. Las discrepancias por los intereses regionales. La etapa del primer gobierno constitucional

El llamado a elecciones para la Convención Nacional coincide con el de las Convenciones provinciales, dentro de un esquema de participación que contempla la proscripción del peronismo. Es necesario tener en cuenta que no había consenso entre los partidos políticos nacionales acerca de la conveniencia y legitimidad de la Convención Constituyente Nacional,

“asimismo, en el orden provincial, la UCRI esbozó algunas críticas con respecto al llamado a elecciones para la Convención Constituyente Provincial; pero, finalmente presentó listas del mismo modo que los demás partidos. Durante el desarrollo de la Convención, el Bloque de la UCRI -que respondía a su presidente, José María Guido- reiteradamente puso en tela de juicio la legitimidad de la misma. Por ejemplo, con fecha 24 de noviembre de 1957 nos informa el periódico *El Federalista* que “Dirigió un Manifiesto al Pueblo de Río Negro el Bloque de Convencionales Constituyentes de la U.C.R. Intransigente.(...) en el que hace consideraciones sobre las elecciones del 28 de julio último y expresa que en un clima político irregular, con un sector de la ciudadanía impedido de expresarse en las urnas y con elecciones basadas en padrones defectuosos (...) era evidente que la Convención Provincial, careció de la suficiente representación democrática para cumplir su alto y trascendente cometido”.²⁸¹

En Río Negro, una vez puesto en marcha el proceso de provincialización por parte de la Intervención Federal, el 28 de julio de 1957²⁸², fueron elegidos convencionales constituyentes representantes de la Unión Cívica Radical Intransigente (UCRI), de la Unión Cívica Radical del Pueblo (UCRP), del Partido Socialista (PS), del Partido Demócrata de Río Negro (PDRN), del Partido Demócrata Cristiano (PDC) y del Partido Demócrata Progresista (PDP), los cuales iniciaron las deliberaciones en Viedma, el 31 de agosto de

²⁸¹ Cfr. José Luis Abel, “La UCRI de Río Negro y la Convención Constituyente de 1957”, *4º Jornadas de Historia de la Patagonia*, Santa Rosa, La Pampa, 20 al 22 de septiembre de 2010.

²⁸² En estas elecciones se elegían convencionales provinciales para integrar la primera Convención Constituyente que se reuniría en Viedma y tres convencionales nacionales titulares y dos suplentes para formar parte de la Convención Reformadora de la Constitución Nacional que se reuniría en Santa Fe. Los resultados de las elecciones fueron, para Convencionales provinciales: UCRI, 116.141 votos; en blanco (peronistas) 11.315; UCRP 10.355; Demócratas Cristianos 6.928; Federación Socialista 5.689; Demócratas Progresistas 3.924; Demócratas de Río Negro 2.745 y votos anulados 193. Asimismo, la UCRI consiguió dos de los convencionales titulares nacionales contra uno de la UCRP.

1957, sancionando el texto definitivo de la constitución provincial el 10 de diciembre de 1957²⁸³. (Ver Anexo. Cuadro n° 1. Convencionales Constituyentes de Río Negro. 1957)

Las expresiones políticas con representación más numerosa en la Convención Constituyente, la UCRI y la UCRP, mostraron y dirimieron, durante todo el período de reuniones, las diferencias que venían sosteniendo desde el mismo momento de la división de la UCR. Las diferencias partidarias encuentran en este escenario político, un nuevo espacio donde medir sus fuerzas y desplegar las estrategias destinadas a la concreción de sus objetivos.

La UCRI obtiene la primera mayoría²⁸⁴ con 9 convencionales electos, pero no todos ellos acatan las directivas del presidente del bloque, el Dr. José María Guido, representante de la ciudad de Viedma. Junto a éste, el convencional Dr. Justo Epifanio, es la cabeza visible del partido en el Alto Valle de Río Negro. La diversidad geográfica que representan los principales hombres dentro del bloque mayoritario, será motivo de controversias internas en el momento de tratarse la capitalidad de la provincia de Río Negro y durante todo el período de sesiones.

La constitución del cuerpo directivo de la convención, generó la primera instancia de conflicto, ya que la UCRI no logró imponer su criterio²⁸⁵ de elección para nombrar las autoridades convencionales, quedando conformada una conducción mixta con representación de tres, de los cinco bloques de la minoría²⁸⁶.

Durante las reuniones, de una u otra manera, el bloque de la UCRI utilizó la estrategia de no participar en ellas²⁸⁷ cuando se planteaba una disidencia en la cámara de convencionales²⁸⁸. La imputación de no hacerse cargo, por parte del bloque de la UCRI,

²⁸³ La Constitución de Río Negro de 1957 será modificada en 1988.

²⁸⁴ Lo sigue la UCRP con 6 convencionales, luego el PDC con 3, el PS con 3, el PDP con 2 y el PDRN con 1 solo convencional.

²⁸⁵ La UCRP propone que sea el partido mayoritario (UCRI), quién asuma la Presidencia de la Convención, mientras que las vicepresidencias 1° y 2°, sean para los partidos que le siguen en cantidad de votos obtenidos. La UCRI manifiesta que debe asumir la totalidad de la responsabilidad de la conducción de la convención. Esta diferencia de criterios lleva a que los bloques minoritarios se sumen a la iniciativa de la UCRP y se conforme finalmente una conducción mixta.

²⁸⁶ La Presidencia de la Convención recae en Nelly Frey de Neumeyer (UCRP), la Vicepresidencia 1° en Manuel Cenobio Bustamante (DC) y la Vicepresidencia 2° en Roberto Cirigliano (PS)

²⁸⁷ Las ausencias de los convencionales del bloque de la UCRI muchas veces se han producido en forma total y otras veces en forma parcial, notándose que por ejemplo, no asiste el sector afín al Dr. Guido, pero sí se presenta en las reuniones el Dr. Justo Epifanio.

²⁸⁸ Esta conducta llevó en una oportunidad al convencional Santiago Hernández (PDP) a “mocionar que se considere injustificada la ausencia de los señores convencionales que se han retirado”. Cfr. CONVENCION

del trabajo que implicaba la redacción de la Constitución, hizo que el sentido de la responsabilidad, fuera mencionado y cuestionado en más de una oportunidad por los distintos convencionales²⁸⁹.

El bloque de la UCRI, que respondía al convencional José M. Guido, se retiró de las sesiones deliberativas del 20 de noviembre y recién se presentó en la sesión del 29 del mismo mes, para solicitar licencia el 4 de diciembre²⁹⁰. Al momento de considerarse el despacho de la Comisión redactora del "Capítulo Segundo: Previsión, Asistencia Social y Trabajo" en la sesión del 2 y 3 de diciembre, no se encontraba presente el bloque de la UCRI, el cual ni siquiera participó de las sesiones deliberativas, pero sí estaba presente su representante en esa Comisión, el Dr. Justo Epifanio, enfrentado a la conducción del bloque de convencionales. Esta situación, que se podría considerar irregular, tiene su razón de ser en la ruptura que se produjo, entre el presidente del Bloque, Dr. José María Guido y el Dr. Epifanio, por haber asumido éste último, la defensa de la ciudad de Roca como capital provincial²⁹¹. Como cuerpo colegiado, representante de las voluntades políticas de la

CONSTITUYENTE DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO, *Diario de Sesiones*, continuación de la Sexta Sesión, Novena Reunión, 21 de noviembre de 1957, p. 2. En oportunidad de tratarse el pedido de licencia de varios componentes del bloque de la UCRI (Malleville, Oreja, Obregón, Guido, Castello, Casamiquela y Marón), en la sesión del 4 de diciembre, el convencional Gadano (UCRP) expresa que "en el pedido conjunto, (...) no se invoca razón alguna. (...) Esos pedidos de licencia tienen prácticamente un sentido negativo y traban la labor de esta Convención. Nosotros no podemos prestarnos a lo que consideramos una maniobra de sentido negativo. Los hombres que han solicitado esas licencias no han colaborado en la redacción de un solo artículo de la Constitución y salvo el señor convencional Guido, no han colaborado tampoco en las reuniones de comisión". Cfr. CONVENCION CONSTITUYENTE DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO, *Diario de Sesiones*, continuación de la 14° Sesión Ordinaria, 20° Reunión, 4 y 5 de diciembre de 1957, p. 2.

²⁸⁹ Lo que se discute es la postura del bloque mayoritario que no concurre al recinto cuando se deben tratar los despachos de Comisión y solamente da los debates en aquellos temas que le preocupan y que tienen relación directa con sus intereses partidarios. En una de sus intervenciones el convencional Salgado (PDC), afirma que "(...) la responsabilidad se mide por una determinada escala de valores, (...) que me dicen los señores convencionales, de la escala de valores que se forma un partido político que prescinde de las "Declaraciones, Derechos y Garantías", de la Constitución de su provincia; que prescinde del "Régimen económico" de su provincia; que prescinde del "Régimen de Trabajo" de su provincia; que prescinde del "Régimen de las Aguas" de su provincia; que prescinde del "Poder Legislativo", del "Poder Ejecutivo" y del "Poder Judicial" de su provincia, que prescinde del "Régimen Municipal" de su provincia, pero que sin embargo se preocupa acabadamente del "Régimen Electoral" de su provincia?". Cfr. CONVENCION CONSTITUYENTE DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO, *Diario de Sesiones*, continuación de la 17° Sesión Ordinaria, 24° Reunión, 8 y 9 de diciembre de 1957, p. 21.

²⁹⁰ La Constitución provincial se aprueba el 10 de diciembre de 1957.

²⁹¹ El tema de la capitalidad dividió a la UCRI. Durante las deliberaciones el Presidente del Bloque, convencional José María Guido, presentó una nota (sesión del 20 de noviembre) expulsando y suspendiendo respectivamente a sus compañeros de bancada los convencionales Manuel Porcel de Peralta y Justo Epifanio. Los mencionados convencionales, a su vez, presentan una nota a la presidencia de la Convención manifestando que hasta tanto no se les brinden las garantías mínimas no concurrirán a las sesiones, ya que consideran que fueron hostilizados por su posición referida a trasladar a la ciudad de General Roca la capital provincial. Estas medidas no fueron consideradas y posteriormente los convencionales se suman a la

provincia, la Convención Constituyente de 1957, fue un cuerpo fragmentado por los intereses regionales, e incompleto, por la proscripción del peronismo.

5.5.1. La salud en la Constitución de 1957 de la provincia de Río Negro

Se pueden reconocer tres grandes períodos en los cuales han sido promulgadas las Constituciones provinciales en nuestro país, ellos son: entre 1895 y 1907 las de Catamarca y Tucumán, entre 1923 y 1935, las de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Jujuy, La Rioja, Salta y San Juan, y entre 1957 y 1962 las de Corrientes, Chaco, Chubut, Formosa, La Pampa, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, San Luis, Santa Fe, Santiago del Estero y Santa Cruz²⁹². Algunas de las Constituciones de este tercer grupo, entre ellas la de Río Negro fueron posteriores a la reforma de la Constitución Nacional de 1949.

El tema salud en estas constituciones se presenta de distintas formas. Las que fueron promulgadas a fines del siglo pasado y comienzos del siglo XX, presentan una escasa consideración al tema salud, las sancionadas alrededor de la década del 30, hacen ya mención a la salud pública o salubridad, que en la época se entendía como saneamiento ambiental y atribución específica del poder municipal. Hay una excepción presentada por la Constitución de San Juan²⁹³, promulgada en 1927, que en su artículo 31 establece

"el reconocimiento del derecho de todos los habitantes de la provincia a un mínimo de seguridad económica. Para ello se establecerá por ley la jornada de trabajo con relación a la vida higiénica y el estado de desarrollo industrial y agrícola ganadero, el salario mínimo con relación al costo de la vida, un régimen de seguros contra la enfermedad, la vejez y la invalidez y de amparo a la maternidad, viudez y niñez desvalida".

En cuanto al tercer grupo, donde se encuentra la Constitución de Río Negro, se pudo apreciar, que la consideración de la salud, varía desde su mención como atribución del

Convención pero el enfrentamiento con el grupo liderado por el Convencional José M. Guido continuó. Luego de terminada la convención, el Dr. Justo Epifanio, fue expulsado y fundó la UCRI Lista Verde y se presentó como candidato a Gobernador en las elecciones de 1958 perdiendo las mismas. De esta manera el sector de Viedma de la UCRI pudo concretar su doble objetivo: mantener la capitalidad de Viedma e imponer su candidato a Gobernador, el Dr. Edgardo Castello, quién sería el ganador de las elecciones posteriores. Cfr. Edgardo Cardone, *José María Guido. Un patriota en la borrasca*, Buenos Aires, De los Cuatro Vientos, 2005, p. 45 y siguientes. Véase además José Luis ABEL, "La UCRI de Río Negro y la Convención Constituyente de 1957", *IV Jornadas de Historia de la Patagonia*, Santa Rosa, La Pampa, 20 al 22 de septiembre de 2010.

²⁹² Juan Carlos Veronelli, *Medicina, gobierno y sociedad...*, op. cit.

²⁹³ Juan Carlos Veronelli destaca que el artículo 31 de la Constitución de San Juan presenta elementos fundamentales del concepto de seguridad social tal como serán formulados un quinquenio más tarde en la Social Security Act rooseveltiana o una década después en los sistemas neozelandés o inglés.

poder municipal hasta la obligación constitucional de poner a disposición de los habitantes servicios gratuitos y obligatorios en defensa de la misma²⁹⁴.

Río Negro no tuvo un precedente constitucional, de modo que la Convención Constituyente pudo sancionar una constitución "ex nihilo"²⁹⁵. La gran extensión de su articulado, 203 artículos, se explica por la incorporación al texto de capítulos no comunes a las anteriores constituciones de provincia, por ejemplos los relativos a "previsión, asistencia, social y trabajo", "régimen financiero", "régimen de tierra" y otros.

Con relación al texto, el tema salud no está mencionado explícitamente, ni tampoco forma parte de un apartado especial. La referencia a salud, se encuentra en el capítulo segundo, dedicado a "Previsión, Asistencia social y trabajo". El mismo fue aprobado por la Constituyente en la 18^o reunión, correspondiente a la 12^a sesión ordinaria, el 2 y 3 de diciembre de 1957, en relación al octavo punto tratado en el orden del día, según el Diario de Sesiones²⁹⁶.

En esa reunión, la Comisión Redactora de la Convención²⁹⁷, designó para la lectura y presentación del capítulo Segundo, al Convencional Justo Epifanio (UCRI)²⁹⁸. La Sesión, registró la ausencia de la casi totalidad del Bloque de la UCRI²⁹⁹.

El proyecto presentado a consideración de la Convención³⁰⁰, es el despacho de mayoría elaborado por la Comisión redactora, producto de otros varios proyectos

²⁹⁴ Juan Carlos Veronelli, *Medicina, gobierno y sociedad...*, op. cit.

²⁹⁵ Cfr. Hugo Raúl Epifanio, *La Constitución de Río Negro anotada*, Viedma, ediciones del autor, 1982.

²⁹⁶ No se han encontrado los expedientes relativos al tratamiento en Comisión de los distintos temas, por lo tanto, solamente se ha podido trabajar con los Diarios de Sesiones, los cuales se encuentran compilados en un único ejemplar.

²⁹⁷ La Comisión Redactora original nombrada al iniciarse las sesiones en el mes de septiembre estaba compuesta por: Bernardo Lavayén, Justo Epifanio, Manuel Porcel de Peralta y José María Guido por la UCRI; Julio Rajneri, Alberto Rionegro y José Gadano por la UCRP, Manuel Salgado y Roberto De Rege por el Partido Demócrata Cristiano; Primo Severini por el Partido Socialista; Santiago Antonio Hernández por el Partido Demócrata Progresista y Adalberto Pagano por el Partido Demócrata de Río Negro. Posteriormente y al producirse su renuncia, Bernardo Lavayén será reemplazado por Farid Marón. Cfr. CONVENCION CONSTITUYENTE DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO, *Diario de Sesiones*, Sesión Segunda, Tercera Reunión, 23 de septiembre de 1957, p. 33.

²⁹⁸ Los informantes designados aparte de Justo Epifanio son: Cap. Tercero: Régimen Económico, Santiago Antonio Hernández (PDP). Cap. Cuarto: Régimen de la tierra y Quinto: Régimen de Aguas, Julio Rajneri (UCRP). Cap. Sexto: Régimen Financiero: Alberto Rionegro (UCRP). Sección II: Poder Legislativo y Sección III: Poder Ejecutivo, Justo Epifanio (UCRI). Sección IV: Poder Judicial, José Gadano (UCRP). Sección V: Régimen Educacional, Manuel Porcel de Peralta (UCRI), Capítulo II: Régimen Municipal: Santiago Antonio Hernández (PDP) y Alberto Rionegro (UCRP). Cfr. CONVENCION CONSTITUYENTE DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO, *Diario de Sesiones*, 18^a. Reunión, 12^a. Sesión Ordinaria, 2 y 3 de diciembre de 1957, p. 2.

²⁹⁹ Los convencionales ausentes eran José María Guido, Héctor Casamiquela, Elvio Castello, Julio Malleville, Farid Marón, César Obregón y Pablo Fermín Oreja. Los presentes Justo Epifanio y Manuel Porcel de Peralta.

presentados, de los cuales no existen antecedentes en los archivos. El Convencional del Partido Demócrata Cristiano, Manuel Rodolfo Salgado, hizo explícita su adhesión, en general, al proyecto presentado por la mayoría, ya que éste había sido reformado convenientemente porque, según expresa, en el proyecto anterior se establecía un

“absoluto estrictismo en materia de seguridad social que se opone a nuestra concepción de la vida, porque entendemos que la función del Estado en materia de seguridad es la de promover o de suplir la iniciativa de los individuos y comunidades en forma espontánea. Entendemos que el Estado invade campos que le son ajenos cuando monopoliza la seguridad social y toma por su cuenta la seguridad de los hombres”³⁰¹.

La postura del bloque del Partido de la Democracia Cristiana, fue limitar el accionar del Estado, pues estimaba que si bien estaban de acuerdo de que en un mundo moderno, el Estado debía proveer a la seguridad de sus habitantes,

“ese problema social ha llevado al Estado a monopolizar en sus manos la seguridad social de los habitantes, transformando, lo que es en definitiva una función de apoyo, de alivio y de ayuda, (...) a un absoluto control estatal que lo prive de toda iniciativa”³⁰².

La bancada del socialismo, a través del Convencional Primo Severini, consideró que no obstante la fuerte influencia del liberalismo económico, la sociedad estaba viviendo un momento de tránsito de la democracia política a la democracia social. Reconoce además que la Convención Reformadora de Santa Fe

“lo único ponderable que hizo, fue justamente sancionar los Derechos Sociales. Ninguna fuerza de las actantes, ni aún las más reaccionarias, se atrevió a aparecer, ante el consenso público, como contraria a los derechos sociales que se han hecho carne en el espíritu y en la mente de la gente”³⁰³.

También la bancada socialista adhirió, en general, al despacho de comisión, fundamentando, que

³⁰⁰ Esta Convención Constituyente de Río Negro se realiza en forma casi paralela con la Convención Constituyente Nacional y por lo tanto durante el debate hay continuas menciones que aluden directamente a este hecho. Por decreto del 27 de abril de 1957 el gobierno de facto nacional declara vigente la Constitución Nacional de 1853 y sus reformas de 1860, 1866 y 1898, y excluye la reforma de 1949. Previamente, el 12 de abril, emite el decreto n° 3838/57 convocando a una convención reformadora que sesionó en Santa Fe entre el 30 de agosto hasta el 14 de noviembre de 1957.

³⁰¹ CONVENCION CONSTITUYENTE DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO, *Diario de Sesiones*, 12ª Sesión Ordinaria, 18ª Reunión, 2 y 3 de diciembre de 1957, página 11.

³⁰² *Ibidem*

³⁰³ *Ibidem*, p. 12.

“el despacho de la mayoría está condicionado a los derechos sociales que se consagrarán en el código nacional que tendrá vigencia para toda la nación”³⁰⁴,

Se hace alusión directa a lo que luego será el artículo 14 bis de la Constitución Nacional. En el tratamiento en particular del articulado vuelve a surgir la disidencia entre la postura de la Democracia Cristiana y el despacho elaborado por mayoría en la Comisión. El artículo 28 propuesto expresaba que la sanidad de la provincia estaría a cargo de un Consejo Provincial de Salud Pública integrado por representantes del Poder Ejecutivo y de Consejos Regionales, y por Consejos Vecinales con las jurisdicciones, facultades y composición que la ley determine.

El convencional Salgado (PDC) propuso una reforma de manera tal que la expresión “La sanidad de la provincia estará a cargo de...” sea reemplazada por “El control y la promoción de la sanidad de la provincia estará a cargo de...”, siguiendo luego el párrafo tal como fue propuesto desde la comisión. Se reedita aquí una discusión ya realizada durante las reuniones de la comisión redactora, como se ha mencionado anteriormente³⁰⁵. Lo que el bloque de la Democracia Cristiana no aceptaba, era que en el texto de la Constitución provincial quedara explicitado el monopolio del manejo de toda la sanidad provincial en el organismo a crearse, pero no logra su modificación pues el despacho de comisión es votado afirmativamente por la mayoría de los convencionales.

Este capítulo segundo en su versión final consta de siete artículos, que corresponden a los numerados desde el art. 25 al artículo 31. En el primero de ellos, hay una mención, no a la salud específicamente sino a la enfermedad. El artículo en cuestión se encuentra redactado de la siguiente manera:

"La provincia promoverá un régimen de seguridad social integral, que comprenda a toda la población y contemple las consecuencias económicas y sociales de la desocupación, nacimiento, enfermedad, desamparo, invalidez, vejez o muerte; fomentará las instituciones de solidaridad social, los establecimientos de ahorro y las cooperativas; protegerá esencialmente a la familia y se obliga, de acuerdo con sus recursos, a promover la construcción de viviendas mínimas e higiénicas, indispensables para su existencia digna".

³⁰⁴ CONVENCION CONSTITUYENTE DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO, *Diario de Sesiones*, 12ª Sesión Ordinaria, 18ª Reunión..., op. cit. p. 13.

³⁰⁵ Es el convencional Epifanio (UCRI) quién hace mención en la sesión de la Cámara que esta modificación propuesta por la Democracia Cristiana ya fue presentada en su momento en las reuniones de la Comisión.

El artículo 27 da atribuciones a la Legislatura para promover, organizar, fiscalizar y coordinar la defensa de la salud individual y colectiva y la asistencia social. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud y de asistirse en caso de enfermedad. El artículo 28, crea el Consejo Provincial de Salud Pública, los consejos regionales y vecinales con las jurisdicciones, facultades y composición que la ley determine. Estas son las únicas menciones referidas al tema que se encuentran contempladas en la Constitución de la provincia de Río Negro en el año 1957.

Es importante destacar que en la redacción de la Constitución de 1957 se ha empleado un lenguaje abierto al futuro, en cuanto a que se establecía que la provincia "promoverá, "fomentará", "protegerá", pero no muestra en ningún momento, los medios o procedimientos para hacer efectivo sus grandes propósitos de bien público. Como todas las constituciones liberales, características del llamado tipo de Estado Constitucional, se queda a mitad de camino entre la inspiración o propósito declarado y la realización perseguida o anhelada³⁰⁶.

Las discrepancias entre socialistas, demócratas cristianos y radicales, principalmente los integrantes del cuerpo de la UCRI, se fundaron en la necesidad de diferenciar el rol del Estado en la concreción de la salud pública. Los socialistas y demócratas, no aceptan que nuevamente el Estado tenga supremacía en el sistema público de salud, lo que remitiría, de alguna manera, al modelo anterior peronista, no obstante, reconocen la concreción de los derechos sociales establecidos en la constitución de 1949. Los radicales, asumen la responsabilidad estatal de la organización y posterior desarrollo del subsector, pero en forma implícita, van a generar los intersticios institucionales necesarios, para que en la legislación posterior, el sector médico organizado obtenga una presencia efectiva, aunque parcial en lo decisorio, en la estructura organizativa.

5.6. La etapa del primer gobierno constitucional. La sanción de la ley n° 60 del año 1959

El 1 de mayo de 1958 asumió el primer gobernador constitucional de Río Negro, el Dr. Edgardo Castello representando a la UCRI. La campaña, si bien fue breve,

³⁰⁶ Ezequiel Lozada y Martín Lozada, *El derecho público de Río Negro*, Gral. Roca, Editorial Francisco Héctor Estrada, 1994.

presentó muchos aspectos ríspidos en cuanto a la confrontación entre los candidatos de la UCRI y la Lista Verde liderada por el Dr. Justo Epifanio, desprendimiento de esa expresión política luego de la Convención Provincial Constituyente. La prensa de época hace referencia a estas controversias políticas:

“En lo que respecta a Río Negro, la situación es verdaderamente confusa como consecuencia de la división registrada en la UCRI. Tanto la titulada fracción oficial que lleva como candidato al señor ... Castello como la lista verde que votará al doctor Justo Epifanio mantienen el antagonismo que los enfrentó a raíz del problema de la capital (...) esto se puso de manifiesto días atrás en General Roca donde los partidarios del doctor Epifanio impidieron hablar a varios oradores entre ellos el propio candidato a gobernador Dr. Castello (...) el radicalismo intransigente ve hoy peligrar sus posibilidades por la querrela interna que ha quebrado su unidad partidaria.”³⁰⁷

Al igual que en Neuquén el sector peronista se niega a votar a Frondizi, y eso explica que la UCRI en Río Negro apenas supere el 25 % de los votos para presidente cuando en todo el país la media fue de casi el 45%. La negativa a votar por el frondizismo y la escisión de la UCRI en la Lista Verde seguramente influyó en este resultado³⁰⁸, advirtiéndose un porcentaje similar de votantes de la UCRI para su candidato a Gobernador. Debe dejar expresado que con respecto al voto en blanco, ya se había manifestado una preocupación de la dirigencia en las anteriores elecciones anteriores para convencionales constituyentes. José Luis Abel hace referencia a las publicaciones de la prensa de Viedma para ese momento:

“No caben en Río Negro deserciones basadas en motivos políticos, como ocurre en otros lugares de la república, donde se propugna la abstención o el voto en blanco.”³⁰⁹

La Legislatura de la provincia de Río Negro elegida en el año 1958, a diferencia de la Convención Constituyente del año anterior que reunía a cinco representaciones políticas distintas, tuvo solamente tres expresiones partidarias: la Unión Cívica Radical Intransigente, la Unión Cívica Radical del Pueblo, primera minoría opositora y la Democracia Cristiana. De esta manera, la primera Legislatura quedó conformada por 12

³⁰⁷ Cfr. *La Nueva Era*, 22 de febrero de 1958. Véase José Luis Abel, “La UCRI de Río Negro 1958-1963: Partido, elecciones y gobierno”, *IV Jornadas de Historia Social de la Patagonia*, Santa Rosa, La Pampa, 19 y 20 de mayo de 2011.

³⁰⁸ *Ibidem*

³⁰⁹ *La Nueva Era*, 27 de julio de 1957. Véase José Luis Abel, “La UCRI de Río Negro y la Convención Constituyente de 1957”, *IV Jornadas de Historia de la Patagonia*, Santa Rosa, La Pampa, 20 al 22 de septiembre de 2010.

representantes de la UCRI, 9 de la UCRP y 2 de la Democracia Cristiana. (Ver Anexo. Cuadro n° 2. Primera Legislatura de la Provincia de Río Negro)

En lo que hace estrictamente al tema que nos ocupa, el cuerpo legislativo presentó dos proyectos de organización del subsector público de salud. El primero fue autoría de la UCRI y la DC, y el segundo de la UCRP. El 24 de julio de 1959, se consideró como segundo punto del Orden del Día de la sesión legislativa, el proyecto de creación del CPSP con los despachos de las Comisiones de Instrucción y Salud Pública³¹⁰ y de Presupuesto, Hacienda y Obras Públicas.

La ley n° 60 creó en la provincia de Río Negro el CPSP, un ente autárquico dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales, según se expresa en su artículo 1°. Sus funciones y atribuciones, enumeradas en el artículo 2° se distribuían en tres grandes apartados dedicados a las funciones propias de la salubridad, el asesoramiento sobre otras funciones de la colectividad organizada que tenían relación con la salud y las atribuciones. En el primer apartado se concentran las funciones específicas del área, es decir, protección de la salud, fomento, reparación de la salud y tareas generales. El segundo apartado se refería a la relación de la salud pública con la educación sanitaria y aspectos relevantes que deberían tener las políticas económicas como son la producción abundante de bienes y servicios, la distribución equitativa de la riqueza, las oportunidades de trabajo, que aseguren un nivel de vida adecuado, seguridad social, y mantenimiento del poder de consumo. El tercer, y último, apartado tiene que ver con las atribuciones propias del CPSP: dictar el Código Sanitario Provincial de aplicación obligatoria que abarcará todos los aspectos de la medicina preventiva, profiláctica y asistencial, de acuerdo con normas locales, nacionales e internacionales. También tendrá a su cargo en la provincia la matriculación profesional y la habilitación de los profesionales del arte de curar, además suscribir convenios con otros organismos nacionales, provinciales, municipales y privados, para asegurar una asistencia médica integral. Finalmente, y en forma anual, se elevará al Poder Ejecutivo para su aprobación el Presupuesto General de Gastos donde se propondrán los planes de acción sanitaria para su aprobación o modificación.

³¹⁰ La Comisión de Instrucción y Salud Pública estaba integrada por los diputados Ignacio Piñero (UCRI), Elías Chucair (UCRI), Carlos Ruiz (UCRI), Mario Viécens (UCRP), Jorge Frum (UCRP) y Juan Tassara (DC).

Se conforma un CPSP con gran autonomía en sus decisiones, que inicia los procesos de regionalización del sistema provincial de Salud en lo que hace al subsector público. Este Consejo estaba integrado por los presidentes de los Consejos Regionales, y un Presidente nombrado por el Poder Ejecutivo, el cual debía reunir las siguientes características: ser argentino, médico, con no menos de treinta años de edad y cinco de ejercicio profesional, preferentemente especializado en organización sanitaria, según lo expresado en el inciso a) del art. 4º, y los presidentes de los Consejos Regionales.

Además constituían este Consejo, un representante de la Federación Médica con voz pero sin voto. A tal efecto en el capítulo V, art.15º dispone que:

“En cada zona se constituirá un Colegio Médico el que designará un representante que integrará con voz pero sin voto el Consejo Regional de Salud Pública. Los colegios Médicos de la Provincia integrarán la Federación Médica Provincial, cuyo presidente formará parte del Consejo Provincial de Salud Pública de acuerdo a lo establecido en el artículo 4º”.

También formaban parte del consejo, en las mismas condiciones, un representante del Consejo Universitario Nacional y cuantas personas fueran convocadas por el Consejo a su seno en calidad de consultores, según el párrafo final del artículo 4º.

La provincia fue dividida en cinco Regiones Sanitarias cada una dependiendo de un Consejo Regional integrado por los Jefes de los establecimientos de la zona y un representante del Colegio Médico de la misma región. Asimismo se contemplaba en cada región sanitaria la integración de Consejos Vecinales integrados por representantes municipales, de actividades gremiales, industriales y agrícolas-ganaderas que se desempeñarían como órganos de colaboración y consulta, con facultades y funciones otorgadas por el Consejo Provincial de Salud Pública. Este CPSP, como entidad autárquica, podía disponer siempre con cargo de rendición de cuentas, de las partidas globales que se asignaban desde el Presupuesto general, las que se sumaban a los ingresos que generaban sus propios servicios según el artículo 9º.

En las disposiciones transitorias se dejó expresado en el artículo 19º, que hasta tanto el Consejo Provincial de Salud Pública reglamente el funcionamiento de los Consejos Regionales de Salud Pública y a los fines de la constitución del Consejo Provincial, el Poder Ejecutivo designará a los presidentes de los distintos Consejos Regionales.

Un hecho posterior puso de manifiesto las tensiones existentes entre el oficialismo y el sector privado, lo cual va a reeditar la discusión de los aspectos referidos a la integración del CPSP, lo cual ya había sido motivo de debate en el recinto legislativo.

5.6.1. La creación del subsector de salud público y su relación con las necesidades político-institucionales. Lo fundacional como concreción de las aspiraciones de grupo

Como ya se ha mencionado existía a la fecha de la sanción de la ley n° 60, un sistema de salud público creado por la Intervención Federal en Río Negro y que tuvo vigencia hasta el momento mismo de la sanción de la ley, en que fue derogado por el artículo 17° de la mencionada norma³¹¹.

En la sesión parlamentaria donde se debate el dictamen de la Comisión de Instrucción y Salud Pública referido al proyecto de ley de creación del CPSP, se plantea una puja de intereses que tiene como único objetivo el atribuirse el origen del subsector de salud público. La discusión que se da entre las bancadas de la UCRP y el sector oficialista de la UCRI, comienza cuando el diputado Héctor Mehdi (UCRP), en oposición a la postura oficial, sostiene que en el artículo 1° del proyecto de ley se debía sustituir la palabra “créase” por la palabra “estructúrase el Consejo Provincial de Salud Pública”³¹², en virtud de que el mismo ya había sido creado por el decreto n° 1153/57 de la Intervención Federal, hacía ya más de un año. Esta diferencia, excede lo estrictamente formal y semántico, ya que la "creación" constituye en sí mismo, un hecho político de carácter fundacional, circunstancia que el nuevo gobierno constitucional de 1958 no acepta resignar. En esta discusión política, subyacen cuestiones irresueltas de dos fracciones que tienen un mismo tronco partidario: el radicalismo. Las tensiones internas dentro de la propia estructura política que, desde los inicios mismos de la década del 50, habían iniciado un proceso de descomposición del ideario común, culminó con la división partidaria y con la formación

³¹¹ Una vez devenido el período constitucional en 1958, la Legislatura mediante la ley n° 3 sancionada el 25 de junio de 1958 y publicada en el Boletín Oficial el 1 de diciembre de 1959, ratifica todos los decretos leyes del gobierno provisional en la provincia de Río Negro entre el 25 de septiembre de 1955 y el 30 de abril de 1958. Un año y seis meses después, se aprueba la ley n° 60 y se derogan todas las normas anteriores en lo que respecta al área de salud, considerándose desde el gobierno que el inicio institucional del sistema de salud provincial está dado a partir de la existencia de la mencionada norma legal sancionada por la Legislatura provincial.

³¹² LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO, *Diario de Sesiones*, n° 20, Reunión XX, 15° Sesión Ordinaria, 2° Período Legislativo, 24 de julio de 1959, p. 657.

de dos estructuras irreconciliables desde lo político-ideológico. La participación en forma separada tanto en las elecciones a convencionales constituyentes como en las elecciones generales provinciales, y el resultado posterior de esos comicios, posicionaron a estas fuerzas en espacios políticos distintos, no solamente en cuanto a poder acumulado por los votos conseguidos, sino que, también su presencia territorial provocará fricciones tanto en la Convención como en la Legislatura³¹³.

Otro punto que también generó debate, fue la desestimación que hizo la Comisión de Instrucción y Salud Pública a la Federación Médica ya existente, al no otorgarle una participación activa dentro del CPSP con voz y voto, siendo ésta una de las metas que no pudo cumplir el sector médico corporativo. La defensa de los intereses del sector la realiza el mismo diputado Mehdi de la UCRP, cuando expresa todas aquellas cuestiones que no han podido ser incluidas en el proyecto de ley y afirma que

"con respecto a la organización del Consejo Provincial, estamos en cierta medida de acuerdo, con la única diferencia de que nosotros exigimos para el mismo, aparte de los representantes zonales, un representante con voz y voto de la Federación Médica de Río Negro"³¹⁴.

En este párrafo transcrito textualmente del Diario de Sesiones, hemos subrayado la expresión "nosotros exigimos", ya que nos parece que de manera muy expresa se manifiesta la intencionalidad de defensa de los intereses de la corporación médica existente.

Otra de las cuestiones que llevó también al debate, tuvo que ver con la división territorial de la provincia en regiones sanitarias. El anterior sistema territoriano dependiente del sistema nacional de salud, contemplaba, para la provincia de Río Negro la división de su territorio en tres regiones sanitarias. Las recomendaciones de la Conferencia Médica de Bariloche de 1957 aconsejaban continuar con la misma composición geográfica, es decir regiones sanitarias con sus cabeceras en las ciudades de Allen, Viedma y San Carlos de Bariloche, y de hecho esa es la división regional que aparece en el Decreto n° 1153/57. Esta

³¹³ La discusión en la Legislatura por la autoría de la creación del CPSP, nos remite a otras discusiones, que reeditan aunque sea en menor medida la discusión en la Convención Constituyente por la capitalidad de la provincia, donde se enfrentan los sectores políticos de Roca y Viedma. Allí la UCRP, fuerte en el Alto Valle, pierde el debate y la capital logra permanecer en Viedma, bastión de la UCRI, aunque de manera provisoria ya que tendrá que esperar hasta 1973 para su designación definitiva.

³¹⁴ Intervención del diputado Mehdi (UCRP), en la sesión de debate del proyecto de ley sobre creación del CPSP. Cfr. LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO, *Diario de Sesiones*, n° 20..., op. cit. p. 652.

división regional, es modificada en el proyecto que tiene dictamen de mayoría presentado para su debate en la Legislatura, pues se divide a la provincia de Río Negro en cinco regiones geográficas. El miembro informante de la Comisión, hace mención que para esta nueva división territorial, ampliada en dos nuevas regiones, se ha consultado a los médicos que "han estado actuando en la organización sanitaria de la provincia"³¹⁵, estimando que la anterior división no ha permitido que el área de salud actué con la fluidez necesaria, sino que se ha constituido en un "obstáculo para la buena organización sanitaria y la comisión ha estimado que es en estos momentos, la más correcta y la más conveniente"³¹⁶. Si bien han pasado menos de dos años entre la Conferencia Médica de Bariloche y el tratamiento en la cámara del proyecto que luego será sancionado como la ley n° 60, el sector médico organizado, ya avanzó en la concreción de una Federación con fuerte presencia en los principales centros urbanos, a partir de la organización de Colegios Médicos locales. La nueva división geográfica que incorporó dos nuevas regiones a la estructura de salud pública, encuentra al colegiado médico con representación plena en cada una de ellas.

Las atribuciones otorgadas a los Consejos Vecinales también generan un debate entre las bancadas, así la UCRP, manifestó, siempre a través de su miembro informante Mehdi, que tales organismos debían tener injerencia directa en la resolución de los problemas, fundamentándose en las recomendaciones de los Colegios Médicos en la Asamblea de Bariloche. Es muy elocuente Mehdi defendiendo tal posición, cuando argumenta que

"(...) tengamos fe en los hombres del pueblo, en la preocupación que sienten por la salud pública; démosle atribuciones administrativas para que constituyan órganos de colaboración que brinden todo su esfuerzo al mejor desenvolvimiento de las unidades sanitarias"³¹⁷.

La preocupación de esta bancada es darle representación concreta a las comunas en estos Consejos, ya que

"juntamente con los distintos representantes de las fuerzas vivas, haremos realmente efectiva, no solamente esa descentralización administrativa, sino realmente efectiva la colaboración de las personas del lugar en los problemas de la Salud Pública"³¹⁸,

³¹⁵ Intervención del diputado Piñero, en la sesión de debate del proyecto de ley sobre creación del CPSP. LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO, *Diario de Sesiones*, n° 20... op. cit. p. 660.

³¹⁶ Intervención del diputado Piñero, en la sesión de debate del proyecto de ley sobre creación del CPSP. Cfr. LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO, *Diario de Sesiones*, n° 20..., op. cit. p. 660.

³¹⁷ Intervención del diputado Mehdi (UCRP), en la sesión de debate del proyecto de ley sobre creación del CPSP. LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO, *Diario de Sesiones*, n° 20..., p. 661.

basándose en el antecedente brindado por la provincia de Córdoba cuando se sanciona la creación del Consejo de Salud Pública, con los Consejos Mixtos de Circuito y de Distrito y uno Mixto Provincial³¹⁹.

La intervención del diputado Mehdi (UCRP), dice expresamente:

“(…)En los informes de la Comisión de Consultores Internacionales designada por el director de la Oficina Sanitaria Panamericana de junio de 1957, en el anexo 7 página 76, con el título "Plan de Gobierno para el Ministerio de Asistencia Social y Política en materia de salud pública y asistencia social", hay un párrafo que dice así : como corolario de esta orientación de las funciones del Ministerio se prevé la transferencia del problema asistencial y social a los organismos sanitarios provinciales y ulteriormente a los municipales, todo ello de acuerdo a los correspondientes convenios a celebrarse entre la nación, las provincias, municipios o entidades privadas, estimulando de esta manera a las autoridades locales a fin de que ellas cumplan los fines específicos de la salud pública en su propio medio y con sus propios recursos, fomentándose también la colaboración del pueblo con las autoridades sanitarias, ya sea por intermedio de cooperadoras o individualmente”³²⁰.

Esta declaración de la OPS, manifiesta claramente que lo referente a la salud, definido como "problema asistencial y social", debe necesariamente ser transferido al ámbito provincial, municipal y privado para su resolución.

La diferencia entre las dos posturas que se debaten en la Legislatura, está dada por el perfil mucho más descentralizador que la bancada de la UCRP pretende imponer en el futuro CPSP. Es la definición del tercer nivel de intervención del CPSP, es decir, en las funciones de los Consejos Vecinales, donde esa diferencia fue más notable. La fundamentación dada por la intervención del diputado expresa que,

"en lo referente a los Consejos Regionales también coincidimos con el proyecto de la mayoría en cuanto a la integración; pero en lo que no coincidimos es en cuanto a la creación y funciones de los Consejos Vecinales. La mayoría, a los Consejos Vecinales les da una simple atribución, los constituye como simples organismos de colaboración del Consejo, si se quiere, con un poco de lirismo. Las organizaciones sanitarias modernas tienden en todo momento a dar una participación activa a los

³¹⁸ Intervención del diputado Mehdi (UCRP), en la sesión del debate del proyecto de ley sobre creación del CPSP. Cfr. LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO, *Diario de Sesiones*, n° 20..., op. cit. p. 661.

³¹⁹ En esa provincia, esos consejos no se crean como simples órganos en la parte administrativa, sino que dada su representación integrada por profesionales y delegados de las facultades, se le otorgan así atribuciones técnicas

³²⁰ LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO, *Diario de Sesiones*, n° 20..., op. cit. p. 661.

hombres de lugar en los problemas; y en una materia tan fundamental como es la salud, no pueden estar ausentes"³²¹.

La UCRI impone su dictamen de mayoría, oportunidad en que el diputado Piñero manifiesta:

"la comisión va a mantener el artículo tal como está y estima que las funciones que pueden cumplir estos consejos necesariamente serán de colaboración y consulta; con el agregado de que esas funciones serán las que le otorgue el Consejo Provincial de Salud Pública. Estima la comisión que de ninguna manera una comisión formada por personas ajenas a los problemas técnicos de la salud pública, puedan estar dirigiendo y creando normas, en lo que se refiere a estos problemas técnicos"³²².

De esta manera los Consejos Vecinales no van a estar formados por elementos técnicos, ya que sus únicas tareas serán las de asesoramiento y colaboración, y para su desempeño tendrán que depender de los Consejos Regionales técnicos, los que en definitiva, van a aplicar las resoluciones del CPSP.

El diputado Pisarewski³²³ de la Democracia Cristiana, de profesión médico, asume una posición de acuerdo con la UCRI, y apoya la postura oficialista cuando afirma que

"creo que es necesario que existan los consejos vecinales, pero que esos consejos no sean nada más que los organismos que ayuden únicamente, digamos, para coleccionar fondos a fin de adquirir todo aquello que sea necesario y que el presupuesto del hospital no lo permite; pero de ninguna manera que formen parte, digamos, de la administración hospitalaria en su conjunto".

Otra de las disidencias se planteó, cuando la bancada opositora propone establecer una cláusula según la cual el presupuesto para el Consejo Provincial no podrá ser inferior al 10 % del monto total global de los ingresos de la provincia³²⁴. Al igual que las anteriores consideraciones, esta iniciativa no prosperó, quedando redactado en lo que hace a los recursos del CPSP, que éste como entidad autárquica, dispondrá con cargo de rendición de

³²¹ Intervención del diputado Mehdi (UCRP), en la sesión del debate del proyecto de ley sobre creación del CPSP. Cfr. LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO, *Diario de Sesiones*, n° 20..., op. cit. p.652.

³²² Intervención del diputado Piñero (UCRI), en la sesión del debate del proyecto de ley sobre creación del CPSP. Cfr. LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO, *Diario de Sesiones*, n° 20..., op. cit. p. 662.

³²³ El diputado Pisarewski era representante por Valcheta de la DC, y en este debate hace su primera intervención en la cámara. Por ser médico, su intervención apoyando los fundamentos del diputado Piñero, legitimaban de alguna manera, los criterios exhibidos por el proyecto de la mayoría.

³²⁴ Intervención del diputado Mehdi (UCRP), en la sesión del debate del proyecto de ley sobre creación del CPSP. Cfr. LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO, *Diario de Sesiones*, n° 20..., op. cit. p. 653.

cuentas, de las partidas globales que se le asignen en el Presupuesto General de la Provincia y de los ingresos de sus propios servicios³²⁵. Por lo tanto, como ente autárquico, el CPSP debía administrar sus propios fondos y podía recibir partidas globales con cargo de rendición de cuentas. No obstante, se contempló la posibilidad de la obtener de recursos por prestación de servicios propios, a partir de

"que dentro de los servicios asistenciales en la provincia se presten servicios retribuidos en la medida en que lo haga posible el buen desenvolvimiento de los establecimientos"³²⁶.

De esta manera el proyecto de ley de la mayoría fue aprobado en su totalidad sin dar lugar a las observaciones que se le hicieron. A la sanción de la ley de creación del CPSP, hay que agregar las intencionalidades generadas tanto en la Legislatura³²⁷ como en el Ejecutivo, para comenzar a desarrollar en forma concreta un sistema de salud integral en el territorio provincial. Estas iniciativas contemplaban el aporte de recursos y asesoramiento de organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Por tal razón visitan la provincia funcionarios del Ministerio de Asuntos Sociales y Salud Pública de la Nación para coordinar la acción referente a las gestiones iniciadas por el poder Ejecutivo en cumplimiento de la Resolución de la Legislatura provincial por la cual tanto la OMS como UNICEF colaborarían en un plan integral de Salud Pública con su ayuda técnica y financiera, comprometiéndose el Poder Ejecutivo provincial en la confección de las estadísticas necesarias para llevar adelante dicho plan³²⁸. En cuanto a su concreción, no se han encontrado documentos que permitan dar cuenta, tanto sobre su realización efectiva, como de las estrategias utilizadas o los resultados obtenidos, o incluso su desarrollo en el tiempo.

5.6.2. Consecuencias de la sanción de la ley 60. Las estrategias de intervención del colegiado médico y la respuesta del sector gubernamental

³²⁵ Ley n° 60, artículo 9°, Capítulo IV "De la financiación y administración".

³²⁶ Intervención del diputado Piñero (UCRI), en la sesión del debate del proyecto de ley sobre creación del CPSP. Cfr. LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO, *Diario de Sesiones*, n° 20..., op.cit. p. 651.

³²⁷ El proyecto de Resolución es presentado por el Legislador Alberto Rionegro de la bancada de la UCRP.

³²⁸ *La Nueva Era*, 5 de septiembre de 1958, p. 3.

La sanción de la ley 60 produjo una consecuencia no esperada a escasos días de su realización. Una publicación en la prensa del Alto Valle³²⁹ consigna que el Poder Ejecutivo vetó la ley de salud pública, y agrega el comentario, que no se han dado a conocer los fundamentos del veto, pero seguramente la resolución del Poder Ejecutivo tiene relación con el pedido de la Federación Médica de la provincia, que solicitó el veto fundado en discrepancias con algunas disposiciones de dicha ley.

La información no da más detalles sobre la situación que los ya explicitados, pero efectivamente, el día 5 de agosto, dos días antes de la publicación, el Poder Ejecutivo envió al Presidente de la Legislatura, Farid Marón, una nota donde comunica que ha resuelto ejercitar el derecho al veto que le acuerda el artículo 136, inciso 3°, de la Constitución, con respecto a dos artículos del proyecto de ley sobre el Consejo Provincial de Salud Pública³³⁰. Si bien la nota existe, ésta no está firmada por el Ejecutivo y por lo tanto no fue recepcionada debidamente por la Mesa de Entradas del Legislativo, situación administrativa que la hubiera transformado inmediatamente en un trámite oficial. Se trató por lo tanto de un proyecto de veto que denotaba una intencionalidad que debía ser analizada y resuelta políticamente.

Los artículos en cuestión son el 4° “in fine” y el 21°. Para el primero de ellos, que está relacionado directamente con el reconocimiento que la Federación Médica ha logrado como integrante con voz pero sin voto en la integración del CPSP, el Poder Ejecutivo

“estima improcedente el reconocimiento, en el texto de la ley, de una Federación determinada, pues sabe que la Federación Médica de Río Negro no agrupa a todos los profesionales de la provincia, de modo que si se presentara el caso de formarse otras agrupaciones, ateniéndose estrictamente a las disposiciones de la ley proyectada, ellas quedarían en inferioridad de condiciones. El Poder Ejecutivo consigna que la ley debe reconocer en forma general, el derecho de la o de las federaciones o agrupaciones profesionales a integrar el Consejo, dejando librado a la reglamentación la forma en que esta incorporación se realizaría”³³¹.

³²⁹ Se hace referencia a lo publicado en Gral. Roca por el Diario *Río Negro* en su edición del día viernes 7 de agosto de 1959 en su página 1, porque en el periódico de Viedma, *La Nueva Era*, no se hace mención al hecho.

³³⁰ En el SIPAR, se encuentra archivado en el “Expediente Ley 60”, la nota a la cual se hace referencia. La misma no tiene ninguna firma visible y en forma manuscrita tiene incorporada la leyenda: “Proyecto que no prosperó”. Además no se consignan fechas de ingreso a Mesa de Entradas del Poder Legislativo.

³³¹ SIPAR, Expediente Ley 60.

Esta decisión del Poder Ejecutivo, la cual no superó el campo de la intencionalidad, fue desestimada antes de convertirse en proyecto firme de veto, ya que otra noticia publicada en la misma prensa del Alto Valle a fines del mes de agosto, anuncia que

“no ha entrado en la Legislatura el anunciado veto a la ley de Salud Pública” agregándose que: “(...) extraoficialmente se tuvo conocimiento que el Ministerio de Asuntos Sociales había remitido el proyecto de veto al Gobernador pero se ignoran las razones por las cuales dicho veto no se habría producido. El plazo para que ingresara el mensaje del Poder Ejecutivo ya está cumplido, de manera que ha quedado promulgada la sanción del cuerpo”³³².

No existen otros antecedentes sobre esta situación, que ayuden a su mejor comprensión, pero no obstante esa circunstancia, existen elementos que ayudan a conformar un escenario de intervenciones e interacciones hacia el interior del poder político. Es importante dejar aclarado y resaltado, que en el debate legislativo, la postura decidida de la bancada oficialista, consagró un texto donde la Federación Médica interviene en la integración del CPSP con “voz pero sin voto”, frente a la postura de la UCRP que solicitaba la ampliación de esas facultades.

La situación puede ser vista, por lo menos, desde dos perspectivas diferentes. En la primera de ellas sería posible inferir que tanto la postura de la mayoría oficialista parlamentaria como la del Poder Ejecutivo eran coincidentes en cuanto al rol que se le otorgaba al colegiado médico en la nueva estructura de salud. En la segunda también puede suponerse que no fueran coincidentes y efectivamente el Poder Ejecutivo tuviera algún tipo de intencionalidad de avanzar sobre las facultades otorgadas al sector privado, lo cual afectaría sus intereses corporativos directamente. En este caso se podría decir que dicha propuesta no tuvo la respuesta necesaria desde el Poder Legislativo, lo cual se puede entender como una imposibilidad de obtener un consenso político, en un tema que ya había sido problematizado socialmente y resuelto a partir de una norma jurídica, por lo que el proyecto de veto, fue la respuesta del Poder Ejecutivo a la situación planteada.

El análisis de la institucionalización del subsector de salud e intervenciones de los actores involucrados, lleva a detenernos en la primera de las perspectivas propuestas. A la fecha de estos acontecimientos, solamente actuaba corporativamente, la recientemente creada Federación Médica, y no existían otras asociaciones de profesionales de la salud.

³³² *Río Negro*, jueves 20 de agosto de 1959, p. 9.

Los médicos que no estaban agrupados en la misma, no contaban con la organización necesaria ni expresaban sus intereses de grupo como lo hacía el colegiado existente. La nota de veto del Poder Ejecutivo denota la intencionalidad de ampliar, o tener previsto un mecanismo jurídico que permita aumentar la base de representación del espacio médico provincial, preexistente o a crearse, aunque ese aumento afectaría directamente los intereses ya consagrados de la Federación. No obstante, es importante resaltar, que en ningún momento, ni el Poder Ejecutivo ni el Legislativo piensan en excluir a la Federación, porque en caso de que hubiera prosperado el proyecto de veto, igualmente le correspondería el lugar institucionalizado al colegiado médico, solamente por el hecho de estar actuando como representante de un sector de los profesionales de la salud. Es decir, que el proyecto de veto trataba de contemplar que la Federación compartiera la representación de los médicos con las organizaciones que ha futuro pudieran surgir, pero no de su eliminación como integrante del CPSP.

Puede inferirse la intención del Poder Ejecutivo a no legitimar, o mostrando una disposición a no hacerlo, decisiones políticas consensuadas y también impuestas en su momento, desde la mayoría legislativa de la UCRI. Teniendo en cuenta los posicionamientos estratégicos y de defensa de intereses, la necesidad de contar “con voz y voto” dentro de la organización del CPSP, el veto podría haber actuado como la herramienta de persuasión que el actor gubernamental utilizó frente a los posicionamientos estratégicos del sector privado.

Conjeturamos la existencia de contactos entre el gobernador y los representantes de la Federación inmediatamente posteriores, al envío de la nota de veto a la Legislatura. Tal vez, en esas conversaciones, el colegiado médico haya asumido e internalizado sus posibilidades y llegado a acuerdos interinstitucionales que permitieran dejar sin efecto el proyecto de veto. Esto permite explicar la falta de tratamiento administrativo concreto de la nota enviada por el Poder Ejecutivo al Poder Legislativo³³³.

De esta manera, los posicionamientos de los principales actores gubernamentales, la bancada legislativa mayoritaria y el Poder Ejecutivo, muestran

³³³ En la noticia, donde se hace mención al veto del PE a la ley de salud pública, se menciona que existió un pedido de la Federación Médica de Río Negro al gobernador, ya que existían discrepancias con algunas disposiciones establecidas en la misma. No se ha encontrado nota alguna referido a este pedido, ni documento que corrobore esta situación, solamente se ha tenido en cuenta lo mencionado por el Diario *Río Negro* en su edición del viernes 7 de agosto de 1959, p. 1.

coincidencias y arreglos interinstitucionales con un grupo representativo de un sector social, cuyos intereses se hallan imbricados en las distintas fuerzas integrantes del espacio político de la provincia.

El otro artículo cuestionado, art. 21, es el dedicado a la situación de los diplomados extranjeros que ejercen su profesión en la provincia al momento de la sanción de la ley 60. En ese sentido, la nota del Poder Ejecutivo provincial veta el artículo ya que la autorización dada a los profesionales diplomados en el extranjero importaría “consagrar su equiparación a los títulos nacionales y provinciales, lo que estaría en pugna con la disposición expresa del artículo 155, Segunda Parte de la Constitución”. Esta iniciativa al igual que el veto del artículo 4° “in fine”, tampoco se concreta.

Tanto la Intervención Federal como el primer gobierno constitucional dejaron su impronta en la etapa fundacional del subsector de salud pública provincial, ya que el primero se constituirá en la matriz del segundo.

Como ente autárquico, el CPSP, depende del Ministerio de Asuntos Sociales. El decreto de 1957 divide al territorio provincial tres regiones, mientras que en la ley 60 aparecen cinco regiones sanitarias. En este último caso, si bien se fracciona el espacio territorial en partes semejantes en lo que hace a su extensión, la Región I° sigue concentrando la mayor cantidad de habitantes y la mayor cantidad de recursos humanos destinados a salud. Esta división espacial permite una cobertura más acorde con la realidad sanitaria provincial, donde las grandes extensiones y la dispersión geográfica de los centros de atención de salud son su característica principal. En cuanto a la integración de los distintos niveles que conforman el CPSP, hay semejanzas en los mismos, aunque la estructura de 1959 muestra la incorporación de los representantes del colegiado médico como elemento distintivo. Al desplegar las acciones llevadas adelante por los principales actores involucrados en el proceso de construcción del subsector de salud pública, se pudo observar, como en todo momento, el sector privado ocupa un lugar importante en el escenario de resolución del problema, tanto en su etapa fundacional como en la etapa de integración a la estructura sanitaria. (Ver Anexo: Cuadro n° 3. Esquema de las diferentes etapas del proceso de enunciación y materialización del discurso fundacional del subsector público de salud. Provincia de Río Negro)

Las diferencias parciales establecidas entre el gobierno y la Federación Médica no impiden que ésta última obtenga representación política parcial, en el organismo específico de salud, lo cual va a originar un tutelaje institucional que persistirá durante casi todo el período de la vida constitucional de la provincia, con mayor o menor grado de influencia.

Durante el período 1957-1959 se formalizaron los instrumentos necesarios para la puesta en marcha de un subsistema de salud público en Río Negro, pero recién en 1964 se implementarán las primeras normativas estatales destinadas a poner en marcha un programa de acciones que van a terminar de estructurar el área de salud provincial, entre ellas, la matriculación de los médicos a nivel provincial.

Capítulo 6

La encrucijada sanitaria de Chubut. Las intencionalidades estatales y los liderazgos del sector médico organizado

En su trabajo titulado “Las nuevas provincias como problema historiográfico. Una primera aproximación a los casos patagónicos”, Joaquín Perrén y Gonzalo Pérez Álvarez afirman que el proceso de provincialización llega en una etapa de los territorios patagónicos en donde su participación en el producto bruto nacional es ínfima. La agricultura era importante solamente en los valles irrigados y donde las casi cien mil hectáreas del Alto Valle del Río Negro y Neuquén constituían la excepción. Los valles fluviales del Chubut forman parte de este esquema productivo, pero la producción triguera estaba lejos de los valores alcanzados en el entresiglos. En esa época pequeñas explotaciones sobre todo ubicadas en el noreste y en los valles cordilleranos habían logrado producir un excedente comercial que abastecía un creciente mercado interno. A partir de 1949 el gobierno nacional declara zona no triguera al área comprendida al sur del Río Colorado, beneficiando con subsidios a los productores del norte del país. Hacia fines del siglo XIX, la ganadería se integra a la Patagonia por medio del ganado ovino producto del desplazamiento del mismo del área de la Pampa Húmeda, la cual va a ser destinada a la producción de cereales y de ganado vacuno. En la mitad del siglo XX, la actividad pierde capacidad productiva, entre otros factores, por el descenso de los precios internacionales, desarrollo de las lanas sintéticas y un creciente proceso de endeudamiento.

Los preceptos constitucionales de 1957 en Chubut, referidos a la protección de las cuatro riquezas reconocidas en la provincia, minería, ganadería, agricultura y pesca, más el régimen económico que reconocía los derechos de los trabajadores contemplados en la anterior constitución nacional de 1949, se complementaba con la necesidad de proteger las fuentes productivas frente a cualquier tipo de organizaciones capitalistas foráneas. Esto establece una relación directa con las políticas de seguridad nacional que el Estado Nacional lleva adelante a partir de 1955. Los sucesivos gobiernos de facto facilitaron un desarrollismo de carácter industrialista como en ninguna otra provincia de la Patagonia, aspecto que si bien estaba en el consenso ideológico de las clases dirigentes del Chubut, no había pasado de ser un deseo plasmado en los discursos oficiales. De esta manera el triángulo Esquel-Comodoro Rivadavia-Trelew, será el motor de la integración y desarrollo territorial. Se debe tener en cuenta además, que en 1956, un decreto del gobierno de facto de la época, propiciaba la instalación de establecimientos industriales por medio de exenciones impositivas, lo cual generó un núcleo textil que llegó a emplear a más de dos

mil trabajadores. Si bien el decreto contemplaba su aplicación a todo el territorio patagónico que se encontrara al sur del paralelo de 42°, tuvo su mayor efecto en el noreste de Chubut³³⁴.

El proceso de provincialización en tanto proceso de institucionalización de los mecanismos formales de la nueva entidad provincial, fue similar a los que se llevaron adelante en otros territorios nacionales, donde las fuerzas políticas partidarias y sociales, organizadas territorialmente, comenzaron a expresar sus intereses regionales y corporativos. Para la región patagónica se puede definir al cuarto de siglo que transcurre entre la elección de los primeros gobiernos provinciales en 1958 y la restauración de la democracia abierta en 1983, como de inestabilidad y discontinuidad política con la sola excepción de Neuquén a partir de la aparición del Movimiento Popular Neuquino³³⁵.

6.1. Distintos momentos en el análisis de la formación del subsector público de salud: del sistema territorialiano a la sanción de la ley n° 60/58 de Asistencia Hospitalaria y Organización de la Asistencia Social

En Chubut el proceso de construcción del subsector de salud pública presenta algunas similitudes en cuanto al caso de Río Negro, en lo que respecta a la exteriorización de intereses de grupo, ya que las estrategias utilizadas por el Estado para la toma de decisiones hacia el interior del sector durante la última Intervención Federal, en algún momento necesitarán del asesoramiento de organizaciones externas al poder gubernamental, en este caso, del sector médico afiliado a la Asociación Médica del Este de Chubut, de ahora en adelante AMECH, quién se constituirá en forma directa e indirecta, en orientador de las políticas públicas.

Al mismo tiempo se registran acciones a lo largo del tiempo y desde el interior del sector médico organizado, tendientes a reforzar su sistema de prestaciones particulares y de asociacionismo profesional y gremial, lideradas por uno de los médicos emblemáticos del Chubut, el doctor Atilio Oscar Viglione. Este médico participó tanto en la esfera de la actividad privada empresarial, como en la esfera pública, ya que fue funcionario del sector

³³⁴ Joaquín Perrén y Gonzalo Pérez Alvarez, “Las nuevas provincias como problema historiográfico...”, op. cit.

³³⁵ Pedro Navarro Floria, *Historia de la Patagonia* ..., op. cit. p. 221

salud y en otros cargos de responsabilidad institucional como gobernador, vicegobernador y otros.

Consideramos que la intervención de estas organizaciones gremiales de profesionales de la salud, se da en forma directa ya que los funcionarios responsables del sector sanitario, a su vez también conforman el sector médico organizado en el subsector privado y actúan desde dentro de las propias estructuras institucionales oficiales. La constitución de los colegios Médicos, auspiciados por ley provincial, en Chubut se dará en un período más tardío y por medio de la ley n° 491 de 1964, difiriendo con el caso de Río Negro que ya en 1959 y por ley n° 60/59, integra a la organización médica dentro de las estructuras sanitarias provinciales.

Con relación a la provincia de Chubut, podemos ubicar una etapa preformativa de su sistema público de salud provincial conformada por la existencia de un escaso sistema nacional de salud dependiente del Estado central.

La conformación geográfica de Chubut y la existencia de tres polos regionales como Trelew-Rawson, Comodoro Rivadavia y Esquel, tiene su correlato en la conformación del subsector de salud pública. Si bien en las tres regiones hay presencia en la época territorial del sistema sanitario nacional, a fines de la década del cuarenta, la zona de Trelew va a presentar un cuadro de organización sanitaria en el sector privado muy importante, a partir del accionar emprendedor de muchos médicos afincados en el valle del río Chubut. Esa situación de carácter estrictamente territorial, generó posteriormente, y como consecuencia, una presencia casi hegemónica en la organización del subsector privado provincial, como así también, una injerencia directa en la estructuración del subsector público.

En la etapa formativa identificamos dos fases. La primera corresponde a la transición institucional de las Intervenciones Federales en donde se cumplen con las premisas emanadas del gobierno nacional, desarrollo de la infraestructura del subsector y transferencia de establecimientos nacionales y provincialización de centros médico-asistenciales administrados por Municipalidades y Comisiones de Vecinos con participación del sector médico organizado. La segunda fase, la situamos a partir de la Convención Constituyente, en donde se establecen las líneas directrices generales del subsector de salud y posterior reafirmación de los preceptos constitucionales fundacionales.

El proceso continúa con las proposiciones del Gobernador Jorge José Galina al asumir su cargo, en donde es posible distinguir aspectos enunciativos fundacionales del nuevo subsector a crearse. La sanción posterior de ley 53/58 de creación de la Dirección General de Salud Pública, reafirma la presencia del sector médico organizado dentro de las estructuras orgánicas del Estado. La ley n° 60 del mismo año, termina de diseñar el edificio sanitario estatal de Chubut y su fuente de financiamiento, culminando de esa manera la etapa de materialización del sector. Nuestra investigación reconoce el accionar de la prensa chubutense, tanto la del oeste como la del este, cuyas intervenciones directas, ya sean en forma de artículos de opinión, denuncias, informes o entrevistas, en los distintos momentos del proceso, tanto en la instancia preformativa como en la etapa de definición del mismo, la constituyen en un actor tangencial que se suma a las orientaciones de políticas del sector.

6.2. Los antecedentes de la salud pública

Recién después de los primeros años del siglo XX la cuestión sanitaria de los territorios nacionales fue abordada por el Estado central con políticas específicas, en este caso las llamadas expediciones científicas que derivaron en informes sobre el estado sanitario general.

“A principios del siglo XX, uno de los primeros informes denominado “Estado sanitarios de los Territorios de Chubut, Chaco y Santa Cruz”, daba cuenta de carencias de todo tipo en los centros urbanos y sus alrededores, que hacían a los higienistas caminar en un vacío total, sin asideros de ningún tipo”³³⁶

Para los primeros años de 1940 el Territorio Nacional del Chubut contaba con algo más de sesenta mil habitantes y Trelew concentraba más de seis mil entre los que vivían en el casco urbano y en la zona rural³³⁷.

Para 1956, un informe de la Dirección de Salud Pública de Chubut, revela que la atención social de las madres y de los niños en su primera edad, constituye un problema sanitario que requiere una urgente solución en un cuadro de atención médica deficiente por la escasa cantidad de profesionales y falta de establecimientos hospitalarios. La situación de desprotección sanitaria sobre todo fuera de las zonas urbanas, aún continúa avanzado el año

³³⁶ María Silvia Di Liscia, “Imaginario y derroteros de la salud en el interior argentino...”, op. cit. pp. 49-69.

³³⁷ Para la misma época Rawson, como capital del Territorio contaba con algo más de ochocientos pobladores, Gaiman no llegaba a los quinientos vecinos, Dolavon un poco más de trescientos y Puerto Madryn rondaba los mil doscientos habitantes. Cfr. Eduardo Hualpa Acevedo, *Dr. Atilio Oscar Viglione. Memoria*, Tomo I, Buenos Aires, Ediciones de La Galera, 2004, p. 95.

1958, de acuerdo a una visita que realiza el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social de la Nación³³⁸.

Con relación a la región del oeste y cordillera, es importante hacer notar que recién en 1936 se creó la Asistencia Pública en Esquel, con una capacidad de diez camas, inaugurándose dos años más tarde la Maternidad y Centro Infantil. Para la época, la población de Esquel ya sumaba casi siete mil habitantes. En 1943 ya estaba proyectado el hospital de Esquel, construido más tarde con capacidad de cuarenta camas y servicio de cirugía contemplándose posteriormente una ampliación dentro del Primer Plan Quinquenal del gobierno peronista. Al frente de la Asistencia Pública, desde 1938 y hasta 1943 se desempeñó el doctor Fermín Manghi. Las condiciones de pobreza y abandono que se registraban en algunas zonas rurales hacían que enfermedades como tífus, disentería, tos convulsa, tuberculosis, sarna, difteria, bocio y sífilis, fueran comunes. El *Esquel* en su editorial del 21 de julio de 1955, se refería a “La niñez abandonada” y reconocía que la localidad, cuyo mayor orgullo era el pujante progreso, tenía un tercio de su población en estado de miseria. Consignaba también que ingresaban a la zona urbana anualmente, entre doscientas y trescientas familias de origen rural en busca de mejores condiciones de vida, lo cual aumentaba el índice de desocupación, promiscuidad e indigencia³³⁹.

Hacia 1959 la atención médica en la provincia de Chubut era aún deficiente por la misma causa, ya que persistían zonas totalmente desprovistas de auxilio y otras donde solamente se contaba un médico para 13.441 habitantes y 16.250 kilómetros cuadrados. Continuaba existiendo la imposibilidad de atraer a los profesionales, quienes preferían instalarse en las grandes ciudades, los cuales, en la casi totalidad de los casos no aceptan la perspectiva de una existencia aislada y desprovista de comodidades³⁴⁰. En el periódico de Esquel, *La Luz*, se publicaron en el año 1959 varias notas referidas al estado de salud de la población más carenciada. En una de ellas aparecida el 7 de mayo, el doctor Repetur, responsable del Dispensario Antivenéreo Municipal, solicitaba que de la misma manera que se planificó la lucha contra la sífilis, debía hacerse con la tuberculosis³⁴¹. Esta situación

³³⁸ Aquiles D. Ygobone, *Renacimiento de la Patagonia. Contribución al estudio, investigación y solución de diversos problemas del sur argentino*, Buenos Aires, Ediciones Depalma, 1964, p. 552.

³³⁹ Jorge Oriola, *Esquel... del telégrafo al pavimento*, Buenos Aires, Honorable Senado de la Nación, 2003, pp. 68-73

³⁴⁰ Aquiles D. Ygobone, *Renacimiento de la Patagonia. Contribución al estudio...*, op. cit. 551.

³⁴¹ Jorge Oriola, *Esquel... del telégrafo al pavimento...*, op. cit. p. 72.

en el mes de julio del mismo año, tendría su respuesta a partir de un plan nacional que será comentado en párrafos posteriores.

En cuanto al Este de Chubut, es importante la trayectoria del Hospital de Trelew, porque de alguna manera grafica los esfuerzos que significó el establecimiento de un sistema sanitario. La Asistencia Pública Nacional ya está instalada hacia 1913 en Trelew, dependiente del Departamento Nacional de Higiene. En 1931 la Sala de Primeros Auxilios que depende del orden nacional es trasladada a la ciudad de Puerto Madryn, fundamentándose dicha decisión, en razones de infraestructura edilicia. Tal circunstancia motivó que ante la carencia del servicio, una comisión de vecinos con el apoyo municipal concretara hacia 1935 en Trelew, el alquiler de un edificio de dos plantas y se inaugurara la Sala de Primeros Auxilios y Hospital Público, en donde el estado municipal proveía los medicamentos y abonaba los sueldos médicos. Con posterioridad y con la ayuda del gobierno territorial, el Municipio, donaciones, subsidios del gobierno nacional y el accionar de la comisión de vecinos, la Sala de Primeros Auxilios pudo adquirir el inmueble donde funcionaba, lo que le brindó las condiciones necesarias para su mejor funcionamiento. Esta situación de autonomía se mantuvo hasta 1958, momento en que pasó a la órbita de la Dirección General de Salud Pública de la provincia, situación que será comentada en párrafos posteriores³⁴².

Hacia 1946, el Comisionado Territorial Raúl Riobóo, inaugura el Hospital de Rawson, lo cual culmina una iniciativa emprendida años antes durante la gestión del comisionado José Manuel Baños (1932-1941). El Hospital “Santa Teresita” de Rawson era patrimonio de la Gobernación de Chubut pero dependía del Ministerio de Salud Pública de la Nación y contaba a la fecha con catorce camas para mujeres y un número similar para hombres, más una sala de partos equipada con mobiliario e instrumental específico. Este establecimiento complementaba el sistema de atención regional con la Sala de Primeros Auxilios de Trelew, la pequeña sala de Gaiman que funcionaba con un médico y un enfermero y la sala de Dolavon, localidad que además contaba con el consultorio particular del doctor Atilio Viglione³⁴³.

³⁴² Aída Ester Iglesias y Luis Alberto Gerez (coordinadores), *En búsqueda de su propia historia...*, op. cit. pp. 41-42.

³⁴³ Eduardo Hualpa Acevedo, *Dr. Atilio Oscar Viglione ...*, op.cit. 170.

No obstante, es importante destacar que dentro de lo que denominamos el período preformativo, el gobierno nacional durante la gestión Carrillo y hasta el 31 de diciembre de 1953, crea en Chubut 31 nosocomios que albergan a 369 camas³⁴⁴. Por otro lado, con relación a las inversiones hospitalarias y educativas realizadas durante la misma gestión, son transferidos en 1949 por la Gobernación Militar de Comodoro Rivadavia, los Hospitales de Comodoro Rivadavia, Puerto Deseado, Lago Buenos Aires, Río Mayo, Río Senguer, Colonia Las Heras, Caleta Olivia y Sarmiento y en 1951 se nacionalizan los hospitales de El Maitén Paso de Indios y el Centro sanitario del Chubut Oeste³⁴⁵.

6.3. El período de la última Intervención Federal del gobierno provisional

Dos fueron los Interventores que se desempeñaron en Chubut luego del golpe de Estado de 1955. En primer lugar lo hizo el Teniente de Navío Manuel Alberto Schneidewind reemplazando al Gral. Italo Dell’Oro. Al Tte. de Navío Manuel Schneidewind lo reemplazará posteriormente el Capitán de Fragata Raúl E. Sidders, quién entregará el gobierno, al gobernador electo Jorge José Galina³⁴⁶ el 1º de mayo de 1958. Es importante para nuestra perspectiva de análisis, la labor del último Interventor Federal Raúl Sidders, en lo que hace a la constitución del subsector de salud pública.

La actuación de la autoridad federal se desarrolló dentro de los lineamientos políticos que la Revolución Libertadora impuso a partir del segundo gobierno provisional encabezado por el Gral. Aramburu. Esta fase de transición está enmarcada en el amplio debate sobre el pasado, presente y futuro de la política en el país, donde los partidos políticos autorizados, comenzaron a tener un lugar de privilegio en la elaboración del plan que condujo a la instauración del modelo de democracia excluyente³⁴⁷.

³⁴⁴ Hugo Eduardo Arce, *El sistema de salud...*, op. cit. p. 132.

³⁴⁵ *Ibidem*, pp. 145-146.

³⁴⁶ El 28 de diciembre de 1952 fue designado por Decreto Nacional n° 26.674 el señor Héctor Perurena como Gobernador. Su mandato finalizó el 25 de julio de 1955 cuando es reemplazado por el Gral. Italo Dell’Oro quién asume como Interventor Federal, quién se mantiene en el cargo hasta el momento del golpe de Estado el 21 de septiembre de 1955. A partir de esa fecha se hace cargo del gobierno el Tte. de Navío Manuel Schneidewind nombrado Comisionado Nacional Provisional de la provincia de Chubut desde el 21 de septiembre de 1955 al 14 de octubre del mismo año, momento en que es designado el Capitán de Fragata Raúl E. Sidders como encargado de la transición hacia el nuevo gobierno que debía asumir el 1 de mayo de 1958. Cfr. Provincia de Chubut, Secretaría General de la Gobernación, División Archivo Histórico, *Gobernadores del Chubut*, Rawson, 1975.

³⁴⁷ María Estela Spinelli, *Los vencedores vencidos...*, op. cit. p. 109.

Se exteriorizó también, la intencionalidad de crear un espacio simbólico que represente de alguna manera el pensamiento del presidente provisional en cuanto a la participación cívica y a la producción de un clima político cultural. Se impulsó en todo momento y por intermedio de la Intervención Federal del Chubut, el mayor estímulo posible al trabajo productivo, como así también la regulación del funcionamiento de las actividades y servicios públicos³⁴⁸.

El 25 de febrero de 1957 se aprobó el presupuesto para la provincia de Chubut correspondiente al año 1957 por Superior Decreto n° 1892, en donde estaba previsto, para el Ministerio de Asuntos Sociales, los cargos necesarios para la estructuración administrativa y ordenamiento funcional de cada una de las ramas que le competían. El cargo de Director de Salud Pública se encontraba vacante, y es designado por Decreto n° 615 del 12 de agosto de 1957, el doctor Atilio Oscar Viglione³⁴⁹.

La tarea que emprende inmediatamente el nuevo funcionario es la de organizar el área de salud pública de la provincia³⁵⁰, dentro de lo cual está la matriculación de los médicos, ocasión en que se le otorgó la matrícula n° 1 al doctor Juajatti. Este médico oriundo de Santa Fe desarrollaba su actividad como profesional del sistema nacional de salud en Cholila, y a caballo recorría toda la zona rural.

Previamente, en el mes de mayo del mencionado año, es aprobado por decreto el Plan de Inversiones formulado por el Ministerio de Asuntos Sociales de la Provincia por una partida de diez millones de pesos moneda nacional. De este monto, para el rubro Salud Pública se destinaron dos millones novecientos mil pesos moneda nacional y para Asistencia Social quinientos mil pesos de la misma moneda³⁵¹. De la partida asignada a Salud Pública se destinó un millón quinientos mil pesos para la construcción del Hospital Policlínico de Rawson, doscientos mil pesos para la Sala de Primeros Auxilios de Río Pico. Asimismo, para la organización del servicio médico-asistencial de urgencia, se proyectó la adquisición de dos aviones sanitarios y ambulancias por un millón de pesos, para la

³⁴⁸ Se sugirió, por ejemplo, que en ocasión de las visitas que al distrito realizaren las autoridades nacionales, cualquiera sea su jerarquía, se evitara la paralización del trabajo en las actividades privadas y sea obligatoria la concurrencia de docentes y escolares a los actos públicos que se programen, según se expresa en nota enviada por el Ministerio del Interior de la Nación el 14 de agosto de 1957. Cfr. Archivo Histórico Provincial (AHP), Provincia de Chubut

³⁴⁹ AHP, Provincia de Chubut

³⁵⁰ Eduardo Hualpa Acevedo, *Dr. Atilio Oscar Viglione ...*, op.cit. 297.

³⁵¹ AHP, Provincia de Chubut. Decreto n° 350 del 29 de mayo de 1957

construcción de la Sala de Primeros Auxilios de Gastre, doscientos mil pesos y se adjudicó un refuerzo a la partida para la construcción del Hospital de Cholila, de cuatrocientos mil pesos moneda nacional. En el rubro Asistencia Social, los quinientos mil pesos moneda nacional presupuestados serían para la organización de los servicios en toda la provincia y comprendía, la cultura sanitaria, asistentes sociales y educacionales, ayudantes sociales y escuelas de enfermeras. Posteriormente el rubro Salud Pública fue modificado en lo que hace a la organización del servicio médico-asistencial de urgencia, el cual quedará presupuestado en la suma de ochocientos mil pesos, es decir que sufrió una merma de doscientos mil de acuerdo a lo previsto en el decreto anterior.

En el mes de febrero, el gobierno nacional comienza con el proceso de transferencia de los establecimientos hospitalarios a las provincias y municipios. La provincia del Chubut firmó el convenio de aceptación de los mismos, el 5 de octubre del mismo año, recibiendo el patrimonio a incorporar el 11 de marzo de 1958, mediante el decreto n° 472. En él se autoriza al Director General de Salud Pública de la provincia, doctor Atilio Oscar Viglione a recibir los establecimientos asistenciales y hospitalarios, debiéndose adoptar las medidas conducentes al logro del propósito a que refiere el respectivo decreto, teniendo en cuenta que la provincia se ha hecho cargo de la Dirección Técnica de los establecimientos hospitalarios a partir del 28 de febrero del presente año.

Este acto administrativo termina de conformar el plantel básico de la infraestructura del sistema de salud provincial, porque en noviembre del año anterior, y mediante el decreto n° 1236/57, el Comisionado Federal provincializa los servicios hospitalarios que se prestan en la Sala de Primeros Auxilios de Trelew, la cual está siendo administrada por una Comisión de Vecinos; también hace lo propio con el Hospital Municipal “Juan C Evans” de Gaiman, el cual depende de la Municipalidad de ese lugar y concluye con el Hospital Municipal de Dolavon, que también depende de la Municipalidad de la localidad. Frente a la imposibilidad que enfrentan los administradores de seguir desarrollando una acción acorde con las reales necesidades por la evidente escasez de recursos, el gobierno de la Intervención decide la provincialización de dichos servicios. Los mencionados establecimientos fueron ofrecidos por parte de las administraciones actuantes en ese momento tanto municipales como vecinales al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la Nación, lo cual no llegó a concretarse al promulgarse el 8 de febrero de 1957,

el decreto-ley por el cual se establecían las normas para formalizar la transferencia de los establecimientos asistenciales de la Nación a las provincias y municipios. A partir de ese momento la Dirección de Salud Pública de la provincia, estudió el tema y solicitó la colaboración y asesoramiento del cuerpo médico agrupado en AMECH, quién estimó conveniente que el gobierno provincial iniciara acciones inmediatas destinadas a hacerse cargo de los servicios hospitalarios de las localidades mencionadas³⁵².

Posteriormente, en el mes de abril, el Ministerio de Asuntos Sociales y Obras Públicas de la Nación, elevó el proyecto del Plan de Inversiones³⁵³ por la suma de treinta y cinco millones de pesos, partida asignada a la provincia por Superior Decreto n° 750/58 como aporte federal para realización del Plan de Trabajos Públicos durante el año 1958. El 30 de abril del mismo año, el doctor Atilio Viglione presentó la renuncia a su cargo de Director de Salud Pública dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales y Obras Públicas, la cual fue aceptada por Decreto n° 1213³⁵⁴. Pocas horas después asumió el primer gobierno constitucional del Chubut.

Durante toda esta etapa, la Intervención Federal organizó el subsector, provincializó servicios, estructuró los presupuestos, administró los recursos nacionales y obtuvo el asesoramiento del sector médico organizado, del cual ya era una figura relevante, el propio responsable de la salud pública provincial.

6.4. El sector médico corporativo

Las especiales características geográficas y condiciones de vida particulares que presenta la Patagonia a principios de los años cuarenta, permitieron experiencias personales en donde algunos sectores de profesionales encontraron un lugar propicio para desempeñar su actividad. Teniendo en cuenta que las condiciones de trabajo para la época no eran las mejores, la inserción en el ámbito social y político, a nivel local y regional, tendrá en algunos casos, a los profesionales de la salud, como figuras excluyentes. Los médicos, pudieron reafirmar el modelo médico hegemónico ya configurado desde la propia filosofía de su formación profesional. Este modelo estructura un espacio en donde el médico puede accionar con toda la autoridad que le da el reconocimiento social, al mismo tiempo que

³⁵² AHP, Provincia de Chubut.

³⁵³ AHP, Provincia de Chubut. Decreto n° 637/58

³⁵⁴ AHP, Provincia de Chubut.

interactúa con una población demandante que se mostrará sumisa y disciplinada. A esto se debe sumar, que muchos de estos médicos trabajaban en un espacio geográfico en donde el rol del Estado en cuanto a salud pública e incluso durante el peronismo, tenía una presencia parcial.

El mismo Ramón Carrillo en una conferencia que brindó en Santiago del Estero en 1953³⁵⁵, enunció los cuatro problemas sanitarios que se podían visualizar en ese lugar y que, desde nuestra perspectiva de análisis, son los mismos que persistían en Chubut desde décadas atrás: la dispersión de la población, la escasez de médicos, la carencia de servicios sanitarios y de camas en la proporción adecuada, y la falta de medios de comunicación. Estas cuestiones dan lugar a un costo relativamente alto para sostener a los hospitales locales, lo que implicaba reconocer, luego de algunos años de gestión, que era necesario el involucramiento de otros actores en las demandas sanitarias, y que los organismos médicos consiguieran cierto grado de autonomía. Estos factores enunciados por Ramón Carrillo, son los que explican, en parte, la proliferación de sanatorios y clínicas privadas en el territorio y luego en la provincia del Chubut, por lo menos en las áreas más urbanizadas. No obstante, en relación a esto, hay que resaltar que ya hacia 1949, Ramón Carrillo reconocía la imposibilidad de nacionalizar la asistencia sanitaria, al mismo tiempo que se dejaban de lado las aspiraciones de concretar el seguro de salud.³⁵⁶

La falta de presencia estatal y los pocos profesionales que se deciden por desarrollar su función profesional en esos territorios, hacen que el ámbito de la medicina privada encuentre en el interior de esas regiones de la Patagonia norte y central, un gran campo de trabajo para aquellos que llegan a estos lugares. Esto, les permitió expandir su esfera de acción a otros círculos de la vida social, como ser las actividades culturales, recreativas y sobre todo en las políticas, a partir de la incorporación de estas entidades territoriales a la vida plena institucional como nuevas provincias de la Nación.

También se debe decir, que no obstante lo escaso de la presencia nacional en tiempos del peronismo, en estos territorios se llevaron adelante programas en donde la intención era demostrar la unidad regional que lograban los planes de salud incorporando a los mismos, a los lugares más remotos y olvidados del país. Se construye el concepto de

³⁵⁵ Karina Ramacciotti, *La política sanitaria del peronismo...*, op. cit. p. 118.

³⁵⁶ *Ibidem*, p. 105.

“patria sanitaria”, donde se asoció la salud, con la idea de la territorialidad como ícono de la nación sana y productiva a la que se aspiraba llegar³⁵⁷.

La necesidad de mostrar un país saludable en contraposición a lo patógeno, tiene que ver con la integración y la inclusión de grupos anteriormente marginados y asociados a la idea de las diferencias regionales en relación con la mortalidad y morbilidad. La organización de distintos instrumentos legales e institucionales como hospitales, campañas sanitarias y demás, orientadas a los sectores rurales, imprimieron una dinámica distinta al proceso de medicalización, acelerando la inclusión de sujetos tanto nacionales como extranjeros. Los bociosos, chagásicos, anquilostomáticos, palúdicos, tuberculosos y leproso, ganaron visibilidad en la escena pública para asumir el rol de sujetos a los cuales se les debía destinar una ayuda concreta y no solamente considerarlos como personas con carencias y necesidades. Como integrantes de sectores que constituían las patologías de la patria, lo patógeno que los victimizada, al mismo tiempo los individualizaba y conectaba con otros similares en el proceso de construcción de la nación³⁵⁸.

La Primera Caravana Sanitaria se realizó a mediados de 1947 y una de sus finalidades, era demostrar mediante un gran despliegue visual y material, la eficiencia de la entonces Secretaría de Salud Pública. Se constituyó en un elemento traccionador en la implementación de las nuevas leyes sanitarias próximas a tratarse en el Congreso. La misma estaba compuesta por sesenta camiones de guerra provenientes de Canadá que recorrieron la Patagonia, el noroeste y el noreste argentino, lo que fue complementado y en años posteriores, con las giras del Tren Sanitario³⁵⁹.

Cuando se aborda el trayecto de la salud pública en el país, el rol del saber médico se constituye como coedificador de una nueva y moderna sensibilidad, ya que se consolida el monopolio del derecho de curar y de los grupos concretos en que el poder médico se afirmó como poder absoluto, referenciados éstos en los enfermos, las clases populares, la mujer, los adolescentes y los homosexuales. A partir de ese momento, el médico tendrá la posibilidad de proyectarse a distintos espacios sociales y constituirse en referente de los mismos a lo largo del tiempo.

³⁵⁷ Karina Ramacciotti, *La política sanitaria del peronismo...*, op. cit. p. 127.

³⁵⁸ Gilberto Hochman, María Silvia Di Liscia y Steven Palmer (organizadores), *Patologías de la patria: enfermedades, enfermos y nación en América Latina*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2012, p.14.

³⁵⁹ Karina Ramacciotti, *La política sanitaria del peronismo...*, op. cit. p. 127.

Entre la década del cuarenta y el cincuenta llegan al Territorio del Chubut en busca de un horizonte laboral, varios profesionales médicos como Atilio Oscar Viglione, los cuales posteriormente, serán los encargados de dar forma al sistema de atención de salud de la región, al mismo tiempo que comienzan a imbricarse en puestos claves de la administración territorial para posteriormente al golpe de Estado de 1955, conformar los elencos dirigenciales de la nueva provincia del Chubut, mientras tanto fundan e integran las primeras asociaciones gremiales del sector de la medicina.

Es importante tener en cuenta que la figura del doctor Atilio Oscar Viglione, que en esta tesis será tratada a partir de su faz médico-empresarial y como artífice organizador del sector médico privado corporativo, presenta además un fuerte reconocimiento popular en lo que hace a su tarea como médico clínico reconocido en todo el Chubut. Su llegada a todos los sectores sociales a partir de la práctica médica le generó un amplio respeto profesional y comunitario. Su participación en el ámbito social a partir de su inserción activa en las llamadas “fuerzas vivas” de la sociedad, hizo que su figura fuera ampliamente considerada en diversos ámbitos. Por ejemplo fue presidente de clubes de fútbol, socio participante de emprendimientos varios dedicados a la producción local y otras disímiles actividades que junto a la participación política partidaria dentro del radicalismo y a su gran conocimiento de todo el espacio geográfico del Chubut, conformaron un perfil que le significó ser nombrado ciudadano ilustre del Chubut. Por iniciativa del gobernador Mario Das Neves (peronista), la Legislatura de la provincia de Chubut creó el 26 de abril del 2005, la Comuna Rural “Dr. Atilio Oscar Viglione”, en el paraje Aldea Las Pampas, cuyo nombre anterior era Frontera de Río Pico en el Departamento Tehuelches.

A partir de 1946 comienza a estructurarse una forma de intervención en la organización del subsector privado que va a tener como consecuencia la formación de un sólido entramado institucional y corporativo que va a definir el sistema de atención de Chubut y que denominaremos “la estrategia Viglione”³⁶⁰, como forma interpretativa del

³⁶⁰ Eduardo Hualpa Acevedo, biógrafo del Dr. Atilio Viglione, en una publicación dedicada a los gobernadores del Chubut, lo define como un caudillo carismático con dos improntas muy marcadas: el típico personalismo yrigoyenista y su enorme inserción popular en el Valle Inferior del Río Chubut e interior de la provincia, tanto en la Meseta como en la Cordillera. Lo marcó su estilo de conducción, de asiduo contacto “persona a persona” con mujeres y hombres sencillos que ya había tratado a lo largo de su carrera como médico. Cfr. Eduardo Hualpa Acevedo, “Chubut: una democracia corta e imperfecta”, *Trelew-Rawson, Confines-El extremo sur*, 31 de septiembre de 2010. Disponible en: <http://www.confinesdigital.com/conf31/chubut-democracia-corta-e-imperfecta.html>

proceso. En ella se conjugan la atención pública y privada, y su afianzamiento como tal, se produce a partir de ofertas de trabajo surgidas desde el sector privado. Esto va a permitir sumar nuevos médicos a la región y por lo tanto, también especialidades de atención diversas. Esta nueva oferta permite al subsector privado estructurar formas inéditas en el ejercicio de la medicina a partir de la conformación de instituciones de carácter ético y gremial. Al mismo tiempo, el subsector público, se halla constreñido por las políticas públicas de salud producto de la racionalización del mismo.

La inauguración del Hospital Santa Teresita de Rawson en 1946 ya comentada, crea la necesidad de disponer de un médico director que asuma la responsabilidad de su conducción. El cargo es ofrecido al doctor Atilio Viglione por el Comisionado Raúl Riobóo. La oferta es desestimada, ya que Atilio Viglione desarrollaba su trabajo profesional en Dolavon y tenía en reserva, un proyecto para instalar su propia clínica en la ciudad de Trelew. La llegada a la región del doctor Ramón Cuervo, médico cirujano proveniente de Santa Fe y su propuesta de asociarse en un establecimiento privado de atención médica, decide al doctor Viglione, y en noviembre de 1946, ambos dejan inaugurado el “Sanatorio Trelew de Cuervo y Viglione”³⁶¹, primer sanatorio privado de la ciudad, el cual disponía de diez habitaciones destinadas a salas de internación³⁶². La década coincide con la incorporación al universo de la atención médica de todos los adelantos científicos de la época, lo cual también revoluciona los campos de la clínica, la cirugía, el diagnóstico, la terapéutica y el tratamiento general de las enfermedades.

Al poco tiempo, el gobernador Riobóo hace nuevamente el ofrecimiento de dirigir el Hospital Santa Teresita a los socios del Sanatorio Trelew, los cuales aceptan con la condición de que el desempeño público, no impida el desarrollo del trabajo profesional privado tanto en Trelew como en todo el valle³⁶³.

La necesidad de contar con profesionales para los establecimientos de salud oficiales también se reflejaba en los establecimientos privados. Una de las preocupaciones de Viglione, era dotar al Sanatorio Trelew, de especialistas que pudieran ampliar el escenario de intervención médica. De esta manera, llegaron en distintos momentos y

³⁶¹ Eduardo Hualpa Acevedo, *Dr. Atilio Oscar Viglione ...*, op.cit. 171.

³⁶² Posteriormente en 1949, el doctor Ramón Cuervo deja la localidad y el sanatorio pasa a ser propiedad del doctor Atilio Viglione. Cfr. Eduardo Hualpa Acevedo, *Dr. Atilio Oscar Viglione ...*, op.cit. 219.

³⁶³ Eduardo Hualpa Acevedo, *Dr. Atilio Oscar Viglione ...*, op.cit. 171.

respondiendo a diversas ofertas de trabajo, un matrimonio de médicos anestesistas, Lorenzo Osvaldo Vizioli y Marta Nélica Vázquez, la cardióloga Juana Albornoz, un bioquímico, el doctor Juan Euclides Méndez y un traumatólogo, el doctor Marcó. Los mismos junto a otros ya establecidos como los hermanos Abdala, el doctor De Feo, especialista en garganta y los doctores Zabala y Carminatti, conformaran la base de la futura asociación gremial de médicos del Este del Chubut³⁶⁴.

Mientras tanto en el ámbito sanitario nacional a partir de 1955, se profundiza la idea de descentralización siguiendo la influencia de tendencias ideológicas e intelectuales provenientes de los organismos sanitarios internacionales. Esta etapa se caracterizó, por la desconcentración de los centros de planificación de los servicios de salud. Ocurre esto, debido a la delegación de competencias desde el Estado nacional hacia los estados provinciales, o por la aparición de nuevas organizaciones y crecimiento de otras entidades preexistentes de naturaleza no estatal, que pasan a controlar una parte de la regulación de las relaciones contractuales entre prestadores y prestatarios³⁶⁵.

En febrero de 1956, los médicos mayoritariamente de Trelew, se reúnen e integran la comisión provisoria para constituir la asociación médica de la Zona Este de la Provincia del Chubut. El 17 de junio de 1957, en una reunión realizada en el Centro Materno Infantil con la presencia de todos los médicos de la zona, incluidos de las localidades vecinas y de las ciudades de Esquel y Comodoro Rivadavia, queda constituida con el nombre de “Asociación Médica del Este de Chubut” (AMECH) en la ciudad de Trelew, Departamento Rawson, Provincia del Chubut, una asociación de carácter civil, de tipo médico y con domicilio legal en ésta misma ciudad que continúa hasta la fecha. Es designado como su primer Presidente el doctor Atilio Viglione³⁶⁶. Su objeto es organizar el cuerpo médico de la zona a los efectos de propender a su mejoramiento ético, técnico y económico y fomentar el espíritu de solidaridad entre los mismos. Asimismo se comprometen a velar por la perfecta observancia de la ética profesional, defender los intereses profesionales por medio de sus organismos estatutarios o a crearse, y colaborar en el estudio de los problemas asistenciales, sanitarios y de los que atañen a la medicina preventiva. A su vez, también se

³⁶⁴ Eduardo Hualpa Acevedo, *Dr. Atilio Oscar Viglione ...*, op.cit. 263.

³⁶⁵ Jorge Katz, Hugo Arce y Alberto Muñoz, “El modelo organizacional vigente...”, op. cit. p. 20.

³⁶⁶ Como ya se ha mencionado en párrafos anteriores el doctor Atilio Viglione es designado como Director General de Salud Pública el 12 de agosto de 1957 por Decreto n° 615. Para esa fecha ostenta los dos cargos institucionales de mayor responsabilidad existentes tanto en el sector privado como en el público.

obligan a promover el estudio de los problemas médico-sociales y la educación sanitaria de la población. Se dedicarán además, a vincular la entidad y colaborar con sociedades, asociaciones o centros científicos y/o gremiales nacionales o extranjeros, de cualquier carácter, favoreciendo el intercambio de conocimientos científicos y culturales, al mismo tiempo que organizar congresos y asambleas médicas y fomentar la creación de centros médico-asistenciales y/o científicos³⁶⁷.

La ciudad de Comodoro Rivadavia, un centro urbano de importantes dimensiones, recién tendrá su organización médica local, a partir del año 1965, época en que se funda el Colegio Médico del Sud. Los médicos de esta ciudad que participaron en la constitución de AMECH en 1957 lo hicieron a título personal o respondiendo a alguna invitación especial, ya que no existía en la región ninguna otra entidad gremial. La constitución de una federación regional se produjo ya avanzada la década del ochenta. El 14 de septiembre de 1985 se conformó la Federación Médica de la provincia del Chubut con la concurrencia de la Asociación Médica del Este del Chubut (AMECH, Trelew-Rawson), el Círculo Médico del Oeste del Chubut (Esquel) y el Colegio Médico del Sud (C. Rivadavia)³⁶⁸.

Luego de la fundación de AMECH, la iniciativa de Atilio Viglione se dirigió a integrar a los sanatorios y clínicas de la región, atento a la proliferación de obras sociales y a la creciente organización de los sanatorios privados en asociaciones gremiales. Estableció contactos con la Confederación de Clínicas y Sanatorios de la República Argentina y la Confederación de Sanatorios de La Plata. Se constituyó en la década del sesenta la Asociación de Clínicas y Sanatorios del Este del Chubut, siendo Viglione su primer presidente, cargo que desempeñó durante muchos años, llegando a ser miembro de la Confederación de Clínicas y Sanatorios de la República Argentina, primero como vocal, tesorero y luego como vicepresidente³⁶⁹ de la entidad. La acción de Atilio Viglione no se detuvo en el valle del Chubut, ya que a iniciativa suya y luego de algunas visitas protocolares, se fundó la Asociación de Sanatorios de Comodoro Rivadavia. Posteriormente

³⁶⁷ Los datos aportados se encuentran disponibles en: www.amech.org.ar/nosotors/html. Consulta realizada el mayo del 2013.

³⁶⁸ En el capítulo I, artículo 1° de los estatutos de la federación se estipula que a la misma podrán adherirse en el futuro otras entidades primarias. Posteriormente se produce la incorporación del Colegio Médico de Puerto Madryn conformando de esta manera las cuatro entidades que conforman la actual Federación Médica de la provincia del Chubut. Los datos fueron aportados en el mes de mayo del año 2013, por el Gerente del Colegio Médico del Sud con sede en Comodoro Rivadavia, señor Oscar A. Solari.

³⁶⁹ El doctor Atilio Viglione debe renunciar al cargo de vicepresidente de la entidad cuando es elegido gobernador de Chubut en 1983.

en Esquel, logró que se agruparan dos instituciones que vivían un conflicto permanente de intereses a partir de la creación de la Asociación de Sanatorios del Oeste de Chubut. El asociacionismo de los efectores de salud en las principales ciudades, conformó la articulación regional entre Rawson-Trelew, Esquel y Comodoro Rivadavia. Más tarde será el mismo Atilio Viglione, quién promoverá la fundación de la Federación de Sanatorios de la provincia de Chubut. Para la fecha, el doctor Viglione concentra los siguientes cargos: presidente de la Asociación de Sanatorios del Este del Chubut, titular de la Federación de Sanatorios de la provincia del Chubut y vocal miembro de la Comisión Directiva de la Confederación de Clínicas y Sanatorios de la República Argentina³⁷⁰. De alguna manera, la tarea de Viglione en las entidades gremiales privadas, logra articular las tres regiones del Chubut, en un proceso de construcción corporativa que no tiene ningún tipo de impugnaciones.

Para esta etapa no sólo se cumplen las características que Jorge Katz y otros le asignan al período que denominan de “formación del modelo pluralista de planificación descentralizada”³⁷¹, sino que también se hacen visibles los fundamentos establecidos por COMRA en su carta fundacional en lo referido a que las federaciones gremiales regionales, asuman la coordinación de todos los servicios provinciales.

Afirma Mario Testa³⁷², que la salud en Argentina siempre ha sido un problema médico, lo cual no ha hecho más que seguir las tendencias internacionales, profundizándolas en muchos casos. En el caso de Chubut, el desarrollo del subsector privado a partir de fines de la década del cuarenta, en lo que hace a su faz organizativa, lo convierte en una fuerza que condiciona el desarrollo del sector público. En este tipo de instituciones corporativas, se llevan adelante diversas estrategias dirigidas a consolidar una práctica ideológica que permitan crear, el consenso parcial y necesario para la construcción de una hegemonía, por fuera del sector público. Al ocupar la seguridad social un lugar determinado entre lo considerado público y lo privado, el comportamiento de este tipo de asociaciones, adquiere una capacidad particular para obrar como instituciones articuladoras del Estado, pues son verdaderas mesas de negociación de intereses particulares en un esquema de multiplicidad organizativa. A esto se debe agregar, lo que Mario Testa

³⁷⁰ Eduardo Hualpa Acevedo, *Dr. Atilio Oscar Viglione ...*, op.cit. 265.

³⁷¹ Jorge Katz; Hugo Arce y Alberto Muñoz, “El modelo organizacional vigente... op. cit, p. 20.

³⁷² Mario Testa, *Pensar en salud*, Buenos Aires, Lugar, 2004, pp. 207-208.

denomina “barrera ideológica”³⁷³, que consiste en la separación entre lo que se considera como sector de la salud y el resto del espacio social, lo cual genera como consecuencia directa de esta situación, el exagerado respeto que presupone la relación con los profesionales de la medicina adoptada por quienes se encuentran fuera de la barrera³⁷⁴.

Analizando la época, Susana Belmartino afirma que la política distribucionista del peronismo ya es reemplazada por el desarrollismo, lo cual garantiza la acumulación del capital. Las propuestas de racionalización del sector público se traducen en la paralización en el crecimiento de la capacidad instalada e incluso en el deterioro de la existente. Aunque si bien es posible observar una relativa contracción de la actividad estatal, esto no debe ser entendido como un “achicamiento” ni una privatización, ya que los organismos estatales se expanden cubriendo nuevos ámbitos de intervención, vinculados al sector empresario nacional e internacional, a partir de tareas de planificación y de estímulo de la iniciativa privada.³⁷⁵ De esta manera, la estructura sanitaria chubutense se amplía y consolida en el plano privado a partir de la “estrategia Viglione”, la cual está dirigida a consensuar los esfuerzos privados dentro de un esquema de estructura pública, que busca nuevos horizontes de intervención, en un marco de contracción de las políticas presupuestarias oficiales.

6.5. La Convención Constituyente y la salud pública

El inminente llamado a elecciones para convencionales constituyentes nacionales, hace que el Comisionado Federal por Decreto n° 205 del 29 de marzo de 1957, propicie la creación de la Oficina de Asesoramiento de Antecedentes Constituciones dependiente del Ministerio de Gobierno y con asiento de sus funciones en la ciudad de Rawson, designando

³⁷³ Mario Testa, *Pensar en salud...*, op.cit. p. 215.

³⁷⁴ Con respecto a este concepto remitirse a Eduardo Menéndez y bibliografía sobre el modelo médico hegemónico, quién lo ha definido como biólogo, individualista, pragmático y ahistórico, que al articularse con los sectores sociales dominantes, se incorpora protagónicamente a los saberes y prácticas hegemónicas del poder en sus procesos de producción y reproducción. Es allí donde la medicina se apropia –o más bien expropia- de la salud, en términos de beneficio para unos pocos dominantes más que para el bienestar de los muchos dominados, legitimando el control de aquellos sobre éstos.

³⁷⁵ Susana Belmartino, “Políticas de Salud en la Argentina...”, op. cit. pp. 13-33.

como jefe de la oficina referida al Dr. Ricardo Beltrán Elicagaray³⁷⁶ en esos momentos Asesor Letrado de la Gobernación³⁷⁷.

Posteriormente, el 15 de abril de 1957 por Decreto n° 273, el Comisionado Federal, convocó a los electores de la provincia para elegir el 28 de julio a los tres convencionales constituyentes que integrarán la Convención Nacional, destinada a reformar parcialmente la constitución de 1853, con las reformas parciales de 1860, 1866 y 1898, de acuerdo a lo establecido por el art. 2° del Decreto Ley Nacional n° 3838/57. El 27 de abril y mediante el Decreto n° 278, vuelven a ser convocados los electores de la provincia para el mismo día 28 de julio³⁷⁸, para elegir veinticuatro convencionales constituyentes los cuales dictarán la constitución provincial³⁷⁹. Esto se complementa con el llamado a inscripción de las agrupaciones políticas habilitadas para intervenir en la compulsa electoral del mes de julio³⁸⁰ de acuerdo al Decreto n° 285 del 3 de mayo de 1957.

La sesión preparatoria de la Convención Constituyente se reflejó en la prensa local, de acuerdo a los parámetros que constituían el imaginario social de Chubut para la época. Se idealizó la tarea de los pioneros al mismo tiempo que se invisibilizó a los demás sectores sociales, lo cual se puede observar en los comentarios de los convencionales. El diario *Jornada* lo expresaba de la siguiente manera:

“El 30 de agosto efectuó su sesión preparatoria la Convención. Fue breve. La presidencia provisoria la ejerció el convencional de más edad y le correspondió el honor al señor Emerys Hughes, que por una coincidencia, es descendiente directo de los primeros colonizadores del Chubut. La historia se reencontraba a través de la sangre y el momento en que ocupó el estrado el señor Hughes trajo recuerdos y emociones que él mismo no pudo disimular y que todos compartieron. De repente revivió en el alma de todos el esfuerzo de los pioneros sureños, como si quisiera brindar, generoso, la fuente pura que refleja ejemplos y fortalece ánimos, invitando a emular, en conducta, tesón y desinterés, las dotes morales que guarda la fe y la decisión, herramientas de civilización que fueron las bases de nuestro nacimiento. Los hechos confirmaron enseguida que se estaba en el camino, aunque la época y las circunstancias fueran distintas. Flotó en el ambiente de la sala de deliberaciones el espíritu de trabajo y la comprensión. La voz de los convencionales era para ofrecer su saber y sus energías en la contribución de dar para la provincia la primera carta magna enmarcando su letra y su espíritu en hechos e ideales atesorados en lo íntimo de todos los corazones, que parecían cobrar, en este instante, vida intensa por el soplo telúrico

³⁷⁶ El Dr. Ricardo Beltrán Elicagaray forma parte del estudio de abogados Varela Díaz, junto al Dr. Diógenes Varela Díaz. Este último es uno de los principales referentes de la UCRP en Trelew y posteriormente será elegido convencional provincial.

³⁷⁷ AHP, Provincia de Chubut.

³⁷⁸ El 28 de julio también corresponde al día en que se festeja anualmente el desembarco de los colonos galeses en Puerto Madryn en 1865.

³⁷⁹ AHP, Provincia de Chubut

³⁸⁰ *Ibidem*

que los invadió. Las palabras dichas casi en voz silenciosa por el presidente provisorio, mal hilvanadas, pero sentidas, emotivas y sencillas, eran en sus labios nerviosos un repiqueteo que puso sus vibraciones en el alma. El cambio quedaba abierto en amplio horizonte, y los frutos, pronto podrían recogerse, generosos, ya que el abono que les haría cobrar vigor se sintetizaba en el espíritu del trabajo y la comprensión. Aquella primera sesión del 30 de agosto, no dejó dudas de la forma en que habríamos de nacer a la vida institucional autónoma, y dijo con claridad, también, nuestra procedencia, al que mostraba la capacidad del pueblo que podía sentirse satisfecho de haber llevado a sentar en sus bancas, para que lo representara, gente tan dispuesta a trabajar por su bienestar como la que colonizó el floreciente valle que alentó y cobijó las ansias de libertad de los pioneros y que ahora culminaba con la conquista de su autonomía institucional³⁸¹.

Lo reflejado por la prensa escrita, muestra en parte lo que ocurre puertas adentro de la Convención Constituyente, un lugar en donde los conflictos y reclamos aparecieron en su total dimensión, incluso en lo que se refiere a la apropiación de espacios simbólicos definidos, pero que no mostró rupturas significativas. Como ejemplo, recordamos el enfrentamiento entre socialistas y demócratas cristianos por la fórmula de juramento, ya que la expresión “los santos evangelios” provocaron una profunda discusión en el seno mismo de la convención³⁸².

Durante la Convención Constituyente en relación con la salud pública no se visualizó un debate en donde los distintos intereses regionales y corporativos pugnen por imponer sus proyectos e ideas, ya que no participa un sector definido y caracterizado como el colectivo médico organizado, como en Río Negro, que operó como orientador de las políticas públicas.

Afirma Mónica Gatica y otros autores³⁸³, que los constituyentes expresaron más allá de sus matices, una unidad cultural y la dominación de clases fue legitimada por ellos, apelando no solo a la representación de las mayorías sino también al criterio racional.

El radicalismo dividido a nivel nacional en UCRI y UCRP también tenía su correlato en Chubut. Hasta el momento de la división del partido, en el territorio del Chubut el radicalismo era conducido por el abogado Jorge José Galina de la ciudad de Trelew. Posteriormente el escribano Roque González de Comodoro Rivadavia y el doctor Diógenes Varela Díaz, Santos Calvo y el doctor Atilio Oscar Viglione serán las figuras más destacadas en Trelew de la UCRP. Mientras que el doctor Jorge José Galina de Trelew;

³⁸¹ Diario *Jornada*, martes 3 de diciembre de 1957, p.5.

³⁸² Cfr. Mónica Gatica, Susana López, María Laura Moncedero y Gonzalo Pérez Alvarez, *Patagonia: Desarrollo y neoliberalismo*, Buenos Aires, Imago Mundi, 2005, p. 35.

³⁸³ *Ibidem*, p. 30.

Alberto De Bernardi de Esquel y Manuel Garasino de Comodoro Rivadavia, entre otros, serán los representantes más notorios de la Unión Cívica Radical Intransigente³⁸⁴.

En las elecciones para convencionales constituyentes que se realizaron el 28 de julio de 1957, se impuso la UCRI con 11.444 votos contra los 8.871 de la UCRP, siguiendo los votos en blanco en tercer lugar con 7.757, la Democracia Cristiana con 3.878, el Socialismo con 3.237 y los Demócratas Progresistas con 2.685³⁸⁵.

Es interesante dejar expresamente aclarado que el socialismo se constituyó en los primeros meses posteriores al golpe, en un importante soporte ideológico y material de aquellos sectores del gobierno para los cuales la restitución de la vida democrática pasaba primero y fundamentalmente por borrar toda huella dejada por el peronismo. *La Vanguardia* el 27 de octubre de 1955 expresaba a este respecto:

“Ahora tenemos Patria!. Con estas palabras resumimos el estado de ánimo y de conciencia de los argentinos finalmente liberados de la tiranía que era hasta hace poco la policía, el fisco, las escuelas, los diarios persiguiendo a los hombres que no se resignaban a ser esclavos de un megalómano. ... Todos debemos enterrar el pasado. La revolución tiene que llegar a todos los sectores, organismos, instituciones, leyes, reglamentaciones. Todos debemos plantar. Deberá crecer la democracia. Hay que preparar el terreno, seleccionar la semilla y regar”.³⁸⁶

En las elecciones para constituyentes el socialismo obtuvo casi un 7% de los votos a nivel nacional³⁸⁷, aunque el resultado según afirma Cecilia Blanco³⁸⁸ habilitó el debate para que el “ala izquierda” se preguntara sobre la veracidad de los términos en que el Partido Socialista entendía la vinculación clase obrera/peronismo, teniendo en cuenta el 25 % de

³⁸⁴ Orlando Ibarra, *Provincia del Chubut. Etapa Fundacional*, Puerto Madryn, Círculo Policial y Mutual de la provincia del Chubut, 2003, pp. 34 y siguientes.

³⁸⁵ *Ibidem*

³⁸⁶ Cfr. *La Vanguardia*, 27 de octubre de 1955 en: Cecilia Blanco, “La erosión de la unidad partidaria en el socialismo argentino. 1955-1958”, *Iº Jornadas de trabajo sobre Historia Reciente*, Centro de Estudios de Historia Obrera, Escuela de Historia, Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario, octubre 2003.

³⁸⁷ Su mejor performance electoral la alcanzó en Capital Federal, con un 14,56% de los votos; en Chaco, con un 11,55%; en Río Negro, con un 9,84%; en Neuquén con un 6,44%; en Chubut con un 8,54%; en Buenos Aires, con un 6,24%; en Misiones con 4,99%. Aunque predominantemente urbano y capitalino, el PS había logrado tener un relativo alcance nacional hacia mediados de 1957. Contaba con la existencia de Federaciones en Capital Federal, Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, Chaco, Tucumán, San Juan, Mendoza, Santiago del Estero, Entre Ríos, La Pampa, Misiones, Río Negro y Neuquén. La cantidad de Centros existentes por provincia nos brinda un cuadro de situación de la distribución regional de los afiliados: Buenos Aires, 115 ; Capital Federal, 32; Córdoba, 37; Tucumán, 19; San Juan, 18; Santa Fé, 16; Chaco, 14; Mendoza, 13; Río Negro, 10; Entre Ríos, 8; Santiago del Estero, 8; Misiones, 5; Salta, 4; La Pampa, 5; Corrientes, 3; San Luis, 3; Chubut, 2; Catamarca, 1; Formosa, 1; Jujuy, 1; La Rioja, 1; Neuquén, 1. Cfr. Cecilia Blanco, “La erosión de la unidad partidaria en el socialismo argentino. 1955-1958”, ..., op. cit.

³⁸⁸ Cfr. Cecilia Blanco, “La erosión de la unidad partidaria en el socialismo argentino. 1955-1958”, ..., op. cit.

los votos en blancos que tuvo la elección. El porcentaje a nivel nacional es superado en las provincias de Río Negro y Chubut.

La Convención Constituyente estuvo integrada por veinticuatro representantes que en el período que va desde el 1º de septiembre al 27 de noviembre, redactaron y sancionaron la primera constitución de la provincia de Chubut³⁸⁹. (Ver Anexo. Cuadro n° 4: Convencionales Constituyentes de Chubut.1957)

La Asamblea Constituyente realizó su primera sesión preparatoria eligiendo sus autoridades el 30 de agosto³⁹⁰, mientras que en la segunda sesión se designó la comisión redactora, concediéndosele un plazo de 45 días para preparar el proyecto de constitución. La Comisión Redactora dividió su trabajo en tres subcomisiones que sesionaron en Trelew, Esquel y Comodoro Rivadavia. El objetivo fue, que estas subcomisiones analizaran determinados temas, para luego reunirse y comenzar con el trabajo de la redacción final. Una vez concluido el trabajo de la Comisión Redactora, la Comisión Coordinadora, tuvo por misión el ensamblar todos los artículos para darles un orden definitivo y redacción adecuada, para luego ser tratado en el plenario de la Convención. Esta Comisión Coordinadora estaba integrada por cinco miembros, uno por cada uno de los bloques en que estaba dividida la Convención³⁹¹.

El Dr. Diego Zamit, adscripto a la Democracia Cristiana y en su momento designado como presidente de la Comisión Redactora de la Convención Constituyente, en un trabajo posterior expresó el espíritu de camaradería y de buena voluntad para resolver los problemas que presentaba la tarea de los convencionales, salvo en el tema de la capitalidad,

“Pero todas esas dificultades se iban superando a fuerza de buena voluntad, sacrificios y deseos de cumplir la palabra empeñada en el juramento ritual. El resultado está a la vista: una constitución moderna, liberal, puesta como ejemplo por grandes profesores de derecho público provincial”³⁹²

³⁸⁹ La Constitución de la provincia de Chubut sería reformada posteriormente en 1994, año de reforma de la Constitución Nacional, junto a las constituciones de las provincias de Buenos Aires, La Pampa, Chaco y Santa Cruz.

³⁹⁰ Fueron elegidos Presidente: Jorge José Galina (UCRI); Vicepresidente 1º: Juan Patané (UCRI); Vicepresidente 2º: Angel Antonio Gargaglione (DC); Presidente de la Comisión redactora: Diego Zamit (DC). Como Secretarios de la Convención fueron nombrados Antonio Calvo y Eduardo Kitaigrodzki.

³⁹¹ Diego Zamit, “La primera Asamblea Constituyente del Chubut...”, op. cit. p. 26.

³⁹² Ibidem

Los testimonios del escribano Félix Angulo³⁹³, convencional constituyente por Comodoro Rivadavia de la UCRP y de Jesús Menéndez, convencional socialista y posteriormente diputado provincial, dan cuenta de la consideración que se tenía en la época por Diego Zamit y Angel Gargaglione ambos de la DC y también sobre Roque González y Diógenes Varela Díaz de la UCRP. Ellos reconocen que fueron los convencionales de mayor participación en la redacción de la Constitución. En ese aspecto es importante tener en cuenta la composición de la convención, donde la UCRI, con mayoría de representantes también participa activamente en el debate, a diferencia de otras convenciones provinciales donde sus representaciones abandonaron en forma parcial las reuniones e incluso se retiraron de la Convención Constituyente reformadora nacional³⁹⁴.

Por otra parte, Mónica Gatica al analizar los diarios de sesiones de la Convención Constituyente, construye una mirada crítica que

“tiene por objeto el superar el relato apologético de la historia oficial, en lo que se refiere a los vínculos que se establecen entre el poder político y las clases sociales”³⁹⁵

En ese sentido, la figura del convencional Diego Zamit se presenta como hombre de su época muy vinculado a la prensa provincial y encarnando al intelectual consustanciado con la cultura hegemónica. Se deja claramente expresado que es el Estado, el lugar donde la clase dominante se unificó y constituyó para materializar esa dominación mediante mecanismos complejos que les permitieron lograr los consensos necesarios en otras clases. Los conflictos en términos ideológicos y de defensa de intereses corporativos aparecen en muchos de los temas debatidos, lo cual nos pone en presencia de un sistema político que puede ser definido como pluralismo corporativo, en el cual el consenso, se obtiene menos por la aprobación ciudadana, que por regateo entre intereses organizados³⁹⁶.

Al igual que en otras provincias, muchas cuestiones habían quedado en suspenso porque estaban vinculados a temas similares que estaban siendo estudiados en ese momento

³⁹³ Orlando Ibarra, *Provincia del Chubut...*, op. cit. pp. 41,105.

³⁹⁴ Mónica Gatica, Susana López, María Laura Monedero y Gonzalo Pérez Alvarez., *Patagonia: Desarrollo y neoliberalismo...*, op. cit. 31. Un ejemplo de lo mencionado es la ausencia del bloque de la UCRI en la Convención Constituyente de Río Negro durante buena parte de las sesiones a instancias de su presidente el Dr. José María Guido, debido a los problemas que generaba la no aceptación de la capitalidad de Viedma por parte de todo el bloque oficialista.

³⁹⁵ *Ibidem*, p. 29.

³⁹⁶ *Ibidem*, p. 41.

por los convencionales reunidos en Santa Fe³⁹⁷. A esas modificaciones había que atenerse por imperio de la prelación jerárquica entre las disposiciones de la Constitución Nacional y la Provincial. Asimismo, la Constitución del Chubut como las Constituciones de las demás provincias que se sancionan en el período, incorporó, la filosofía del constitucionalismo social³⁹⁸, establecido en la reforma constitucional de 1949.

En el orden político interno, una de las dificultades que debió enfrentar la Convención Constituyente, fue el tema de la elección de la capital de Chubut. Al respecto existían dos posiciones: la primera de ellas proponía a Rawson³⁹⁹ por razones históricas, mientras que también era propuesta, la ciudad de Comodoro Rivadavia, con el argumento de que era la población de mayor importancia, mejores comunicaciones y mayores posibilidades de progreso. La cuestión fue resuelta a favor de Rawson. El debate por la capital provincial se definió por el voto de los representantes del valle y la cordillera que apoyaron a Rawson y que se impusieron por quince contra cinco a los representantes de Comodoro Rivadavia⁴⁰⁰.

El origen de esta discrepancia se encuentra en el año 1943, cuando por decreto-ley del gobierno militar, se crea la Gobernación Militar de Comodoro Rivadavia que comprendió los departamentos de Senguer, Sarmiento, Escalante y Ameghino, todos

³⁹⁷ La Asamblea constituyente nacional funcionó entre el 30 de agosto el 23 de septiembre de 1957, viciada de nulidad, siendo cuestionada por la oposición y también deslegitimada por la deserción de los constituyentes que la fueron dejando sin quórum. Ciento veinte bancas concentraron los partidos favorables a la reforma. La UCRI contaba con sesenta y siete bancas y la presidencia de Oscar Alende la impugnó y se retiró del recinto. El resto de los convencionales convalidó el mandato del gobierno de facto declararon vigente el texto constitucional de 1853 con las reformas. Cfr. Mónica Gatica, Susana López, María Laura Monedero y Gonzalo Pérez Alvarez, *Patagonia: Desarrollo y neoliberalismo...*, op. cit. p. 29.

³⁹⁸ Edgardo Rubén Hughes, "A propósito del significado, contenido y origen de la expresión Estado social y democrático de derecho en general y en la constitución de la provincia del Chubut en particular", *Revista El Reporte*, Año 4, Nro. 13, octubre de 2004, p. 14.

³⁹⁹ Con respecto a los antecedentes históricos de Rawson es importante tener en cuenta que una vez promulgada la ley n° 1532 del 6 de octubre de 1884, el Poder Ejecutivo Nacional procede a designar gobernadores de los territorios en un decreto conjunto que en su art. 7° dice textualmente: "Nómbrase Gobernador del territorio del Chubut al Teniente Coronel D. Luis J. Fontana, actual Secretario de la Gobernación de Chaco, debiendo residir en el pueblo de Chubut". El decreto lleva la firma del Presidente de la Nación, Julio A. Roca y de su ministro del Interior, Bernardo de Yrigoyen. El redactor del decreto, al consignar que el lugar de residencia será "el pueblo de Chubut" ignora la existencia de Rawson, fundada el 15 de setiembre de 1865, precisamente donde Fontana decide instalar la sede del gobierno, lugar al que no se hace mención en el citado decreto, consignándose en cambio a General Acha en La Pampa; Colonia Resistencia en el Chaco; Posadas en Misiones; Santa Cruz en el territorio homónimo; Viedma en Río Negro y Villa de Formosa para el territorio del mismo nombre. No se fijan las sedes correspondientes a Chubut, Neuquén y Tierra del Fuego. Cfr. Provincia de Chubut, Secretaría General de la Gobernación, División Archivo Histórico, *Gobernadores del Chubut*, Rawson, 1975, p. 22.

⁴⁰⁰ Orlando Ibarra, *Provincia del Chubut...*, op. cit. pp. 42 y siguientes.

correspondientes al Territorio Nacional de Chubut, y Deseado y Lago Buenos Aires, del Territorio Nacional de Santa Cruz. Razones estratégicas y económicas, como el ser límite con Chile, lugar de asiento de un importante Cuerpo de Ejército, sede del Obispado, cuenca petrolífera del Golfo San Jorge y fundamentalmente la explotación del petróleo por Y.P.F., brindaron a la Gobernación Militar de Comodoro Rivadavia y fundamentalmente a su ciudad, que era y es la más poblada del Chubut, un marco de crecimiento y poder al que sus habitantes no estaban dispuestos a renunciar.

Mónica Gatica indica con relación a esta cuestión que,

El establecimiento de la capital provincial fue motivo de discusiones que superaron los marcos políticos partidarios, siendo atravesados por fuertes cuestionamientos localistas. Sorprende la virulencia del debate, porque se apela a cuestiones identitarias directamente relacionadas con el ideario de progreso y desarrollo. La propuesta de múltiples sectores, y de distintas representaciones partidarias para que Comodoro Rivadavia fuese la capital, en mérito justamente de los servicios e infraestructura con que contaba, instaló en el seno de la constituyente uno de los debates más claros sobre el accionar de los diez años de gobierno peronista. Permitió aflorar las divergencias entre el entonces Territorio del Chubut y la gobernación militar de Comodoro Rivadavia. Existe una tradición de corte populista mucho más fuerte, que aunque no está partidariamente reflejada, sí desde lo corporativo se hizo presente. Para imponer a Rawson como capital provincial se apeló a su historia y tradición administrativa. Pero explícita también la aceptación, no sólo por parte de los constituyentes del Valle Inferior del Río Chubut y el área de Esquel, sino la misma población de Rawson que presenció la sesión, de su pobreza e incapacidad para sobrevivir si era despojada de tal atributo⁴⁰¹.

Uno de los aspectos que se destaca de la Constitución es que deja abierta la posibilidad de reforma de la misma, sin necesidad de convocar a una Convención Constituyente. El art. 249 establecía que podía reformarse hasta en dos artículos con una ley sancionada por la Legislatura con el voto de los dos tercios del total de sus miembros, pero que dicha reforma, debía someterse al referéndum popular en la primera elección. Si la mayoría votaba a favor, quedaba incorporada al texto constitucional automáticamente. Esta posibilidad fue utilizada durante el gobierno peronista de Perl y Cosentino⁴⁰².

⁴⁰¹ Mónica Gatica, Susana López, María Laura Monedero y Gonzalo Pérez Alvarez, *Patagonia: Desarrollo y neoliberalismo...*, op. cit. p. 42.

⁴⁰² En esa oportunidad, una de las reformas apuntaba a la posibilidad de ampliar el número de Ministros, propuesta que fue rechazada por el referéndum popular; mientras que la otra, tenía como objetivo el modificar los límites de la provincia, específicamente en el lado Este, que de acuerdo al artículo 3º, era la costa del Océano Atlántico y se querían extenderlo a fin de dejar a salvo los derechos de la provincia sobre el mar adyacente a la costa chubutense. Esta segunda propuesta sí fue aprobada por el referéndum y quedó incorporada a la Constitución de 1957. Cfr. Orlando Ibarra, *Provincia del Chubut...*, op. cit. p. 37. Mediante ley n° 2991 se abordó la modificación de los límites provinciales. Tal enmienda fue ratificada por “referéndum popular” en la primera elección general subsiguiente, realizada en el año 1989. Cfr. Ricardo Tomás Gerosa Lewis, “Historia constitucional de Chubut”, disponible en:

En la Convención de Chubut no hay debate en lo que respecta al tema salud como sí ocurrió en Río Negro. El tema referido a salud está contenido en el capítulo II sobre el “Régimen Social y Económico” y fue tratado por la Convención Constituyente el 22 de noviembre⁴⁰³ aprobándose el texto ordenado de la Comisión Redactora sin discusión. El convencional Diego Zamit enuncia que en los dos artículos de referencia,

“se concretan los preceptos básicos de la sanidad y de la medicina y cómo debe reglarse dentro de la provincia, de modo que pido que se los incluya”⁴⁰⁴

En tanto el tema salud pública, quedó expresado en el capítulo de referencia dentro del artículo 52° que dice textualmente:

“La provincia asegura a todos sus habitantes el derecho de ser protegidos en su salud. La legislatura deberá promover, organizar, fiscalizar y coordinar la defensa de la salud individual y colectiva y la asistencia social. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud y de asistirse en caso de enfermedad”;

Asimismo en el artículo 53° se aclara que

“La ley deberá establecer con carácter obligatorio la medicina preventiva en todo el territorio de la Provincia coordinándola con los servicios análogos de orden nacional”.

Esta amplitud de criterio contrasta con algunos momentos del debate en la convención en cuanto a ampliación de derechos y reconocimientos de corte histórico, aunque la constitución en su redacción final exprese los preceptos del constitucionalismo social. En ella hay una valoración positiva para los inmigrantes de origen europeo que se contrapone a la subvaloración que se hace de la población chilena y también un profundo debate sobre la situación de los pueblos originarios. En ese sentido, el convencional Jorge José Galina (UCRI), llega a afirmar que la vida civilizada se inició en 1865 con la llegada de los colonos galeses, lo cual se suma a otras manifestaciones y expresiones de continuos homenajes a los primeros colonos y a las restantes corrientes inmigratorias que realizaron lo que llamaron, la conquista del Chubut⁴⁰⁵.

http://www.estudiogerosa.com.ar/miembros/rtgl/publicaciones/articulos_especializados/historia_constitucional_chubut.php

⁴⁰³ En esa sesión hubo dos ausencias, la de los convencionales Juan Patané y Alberto De Bernardi, estando presentes los restantes 21 miembros de la convención.

⁴⁰⁴ PROVINCIA DEL CHUBUT, DIARIO DE SESIONES DE LA HONORABLE CONVENCION CONSTITUYENTE 1957, 5ª. reunión del 22 de noviembre, 3ª. sesión de Tablas, p. 97.

⁴⁰⁵ Mónica Gatica, Susana López, María Laura Monedero y Gonzalo Pérez Alvarez, *Patagonia: Desarrollo y neoliberalismo...*, op. cit. p. 40.

En este sentido y como ejemplo, es importante resaltar la respuesta que originó la propuesta del convencional Roque González (UCRP), referida a incluir un inciso en defensa del aborigen asegurando la posesión de la tierra que ocupaban⁴⁰⁶, postura apoyada por el bloque del PS, y que al final del debate es aceptada e incluida en el texto de la constitución. En la ocasión el convencional Carlos Burgin también de la UCRP, es decir de la misma representación partidaria que el proponente expresa a modo de respuesta a la proposición de Roque González:

“A pesar que no disiento en el fondo con lo que propone el convencional González, estoy convencido que anteriormente al problema del otorgamiento de la tierra, existe el de que el indígena sepa ser propietario de esa tierra. Para los pobladores de muchas zonas el indígena resulta como vecino un problema más importante que el del zorro colorado. Hay lugares donde es mayor la cantidad de hacienda que se roba o que mata el indígena, que la que puede matar el zorro colorado”⁴⁰⁷

La representación corporativa sobrevuela el debate de la constituyente, ya que analizando el origen geográfico de los delegados partidarios, la asamblea estuvo constituida solo por representantes elegidos en las áreas urbanas de mayor población como Trelew, Comodoro Rivadavia y Esquel. De hecho el convencional Carlos Burgin, ganadero y acopiador de lana, en algunos momentos del debate, como el expuesto, se arrogó la representación plena a partir de su propio conocimiento del interior chubutense⁴⁰⁸.

Uno de los aspectos a tener en cuenta en la redacción de la Constitución de 1957, es lo vinculado a la seguridad social y su fuente de financiamiento. El artículo 72° de la Constitución, relativo a la lotería⁴⁰⁹, fue centro de la controversia entre los bloques de la UCRP y la UCRI, en ocasión de tratarse el proyecto de ley que establecía el “Plan General de creación de hospitales y realización de estudios para organización de la asistencia social”, lo cual será tratado oportunamente. El sentido social de la lotería provincial y su utilización para fines específicos de infraestructura del sector salud, fue lo que provocó un intenso debate en la primera Legislatura provincial.

⁴⁰⁶ Se refiere al inciso “d” del artículo 71 del capítulo II dedicado al “Régimen Social y Económico” de la Constitución de la provincia del Chubut de 1957.

⁴⁰⁷ PROVINCIA DEL CHUBUT, DIARIO DE SESIONES DE LA HONORABLE CONVENCION CONSTITUYENTE 1957, Tomo II, p. 113.

⁴⁰⁸ Cfr. Mónica Gatica, Susana López, María Laura Monedero y Gonzalo Pérez Alvarez, *Patagonia: Desarrollo y neoliberalismo...*, op. cit. p. 32.

⁴⁰⁹ El artículo 72° decía expresamente, “La usura, los juegos de azar toda actividad o acción que involucre o permita la explotación del individuo atente contra la dignidad de la persona humana, serán reprimidos por leyes especiales. Se exceptuarán la Lotería Provincial, las tómbolas, apuestas mutuas y rifas que, reglamentadas por ley, sólo se autorizarán con fines de beneficencia”.

El 26 de noviembre la convención concluyó sus tareas, con la sanción y jura de la norma constitucional, la que entró en vigencia el día 30 del mismo mes. La Constitución de la provincia de Chubut de 1957 consta de un preámbulo y 249 artículos distribuidos en 12 capítulos, con un agregado de 15 artículos de disposiciones transitorias, válidas hasta que la Legislatura sancionara las leyes orgánicas que pusieran en funcionamiento las instituciones creadas por la misma.

6.6. El primer gobierno Constitucional. Del discurso del gobernador el 1 de mayo de 1958, a la sanción de la ley n° 60/58

La representación política de la primera legislatura de Chubut, veintisiete diputados en total, la ejercerán dieciséis diputados de la Unión Cívica Radical (UCRI), siete de la Unión Cívica Radical del Pueblo (UCRP), dos del Partido Popular Populista (PPP)⁴¹⁰, uno de la Democracia Cristiana (DC) y uno del Partido Socialista (PS). (Ver Anexo. Cuadro n° 5: Primera Legislatura de Chubut)

La sanción de la constitución chubutense y el inmediato discurso del gobernador inaugurando el primer período de sesiones de la Legislatura provincial, conforman la culminación del momento enunciativo del discurso fundacional del subsector público de salud, en el sentido de que se sentaron las bases del sector y sobre todo, dejaron explícitamente establecidas las diferencias jurisdiccionales con el sector de salud nacional. Las palabras del Gobernador, Dr. Jorge José Galina a la cámara de Diputados, comienzan justificando el orden político del momento, es decir legitimando la proscripción del peronismo y la consiguiente legalidad del acto eleccionario:

“Señores Legisladores: cumplo con la honrosa atribución de presentarme ante Vuestra Honorabilidad, en ocasión de inaugurar el período anual de sesiones, a fin de informar sobre las necesidades públicas de la Provincia, que inicia su autonomía bajo los buenos auspicios de una progresista Constitución y límpidas autoridades surgidas por el mandato irrefrenable de la ciudadanía, que se pronunció el veintitrés de febrero ppdo.; libre y democráticamente, en comicios inobjectables, reconocidos en cálidos elogios por la prensa nacional y extranjera”.⁴¹¹

⁴¹⁰ Con este nombre participa un sector el peronismo teniendo en cuenta que estaba proscripita esa organización política. Cfr. Orlando Ibarra, *Provincia del Chubut...*, op. cit. p. 93.

⁴¹¹ PROVINCIA DEL CHUBUT, DIARIO DE SESIONES DE LA HONORABLE LEGISLATURA, Sesión del 1º de mayo de 1958, 2º reunión, Mensaje del S.E. el señor Gobernador de la provincia, pp. 14-18.

Luego de referirse a diversos temas, como minería, los derechos de los ciudadanos, la cuestión de la pesca y otros de la problemática provincial, el gobernador ratifica los enunciados constitucionales para la cuestión sanitaria:

“El Gobierno asegurará a todos los habitantes el derecho de ser protegidos en su salud. La ley deberá establecer con carácter obligatorio la medicina preventiva y asistencial; estaremos atentos para que los médicos penetren en todos los ámbitos de la provincia velando por la salud de los pobladores.”⁴¹²

En la ocasión el Gobernador afirmó que el estado clínico de la colectividad es pavoroso⁴¹³, con cuadros alarmantes de enfermedades como la hidatidosis. Una de las causas que el Gobernador mencionó como factor importante de la composición de este cuadro de situación, es la

“corriente inmigratoria clandestina con serios problemas sanitarios que hace indispensable un mayor control en las fronteras con nuestra hermana de Chile, problemas que repercuten en las Hospitales de Esquel y Comodoro Rivadavia, saturados de pacientes”⁴¹⁴.

Lo expuesto por el Gobernador Jorge Galina, tiene relación directa con el debate en la constituyente referido a las corrientes migratorias en este caso de origen chileno. La presencia de población de origen chileno en la nueva provincia de Chubut, es parte de un proceso iniciado a fines del siglo XIX y que continúa en el presente. El proceso de movilidad y asentamiento en las distintas regiones patagónicas está cruzado por ritmos temporales y movimientos espaciales diferenciados y relacionados a procesos internos tanto de Argentina como de Chile, y a las dinámicas propias de los grupos de inmigrantes⁴¹⁵.

⁴¹² PROVINCIA DEL CHUBUT, DIARIO DE SESIONES DE LA HONORABLE LEGISLATURA, Sesión del 1º de mayo de 1958, 2º reunión, Mensaje del S.E. el señor Gobernador de la provincia, p. 17.

⁴¹³ *Ibídem*

⁴¹⁴ *Ibídem*

⁴¹⁵ La zona de Comodoro Rivadavia primero como puerto y desde 1907 como centro petrolero conformó una sociedad multicultural con mayoría extranjera durante las 3 primeras décadas del siglo XX. Esta sociedad en formación, con predominio de población masculina, fue elegida por muy pocos chilenos como lugar de residencia, hasta 1930, aunque su presencia en las zonas rurales del oeste de la provincia era significativa. En los primeros años, más que de un flujo migratorio chileno, debemos hablar de inmigrantes que solos o en familia llegaron en forma individual, y aquellos que decidieron radicarse se casan con europeas o hijas de europeos, integrándose a una sociedad con posibilidades de ascenso social y abierta al recién llegado. Para las europeas, los chilenos (obreros calificados en su mayoría) cumplían sus aspiraciones o expectativas matrimoniales de ascenso social o seguridad económica. Por el otro lado, las mujeres chilenas, también exogámicas en su totalidad, se casan con europeos y en mayor número con argentinos, quienes les permiten cierta movilidad social. En ambos casos, estos matrimonios mixtos encubren endogamias sociales que se harán más manifiestas en la etapa posterior. Hasta 1930, entonces, en una sociedad cosmopolita, los inmigrantes chilenos se integran en un modo semejante al crisol de razas, donde las relaciones sociales se limitan al pueblo de Comodoro Rivadavia. Las pautas matrimoniales estuvieron condicionadas por factores

Como se ha dicho anteriormente se observa que en la presentación de su proyecto de gobierno, el Gobernador en parte asumió con carácter fundacional, la organización del subsector de salud de la nueva provincia, pero también hace mención a la necesidad de

“reestructurar la Ley de Salud Pública Nacional, delimitando las funciones de la Provincia y la Nación, reservando para ésta los problemas infectocontagiosos epidémicos y al Gobierno local los servicios asistenciales”⁴¹⁶.

De esta manera y para el nuevo gobierno, la especificación de funciones, implicó además, una delimitación de las jurisdicciones en la prestación de los servicios, con el fin de mejorar los mismos. Para ello sería necesario, contar con Policlínicos estratégicamente ubicados en Comodoro Rivadavia, Esquel y Rawson⁴¹⁷, es decir en las ciudades más importantes de la provincia. Esta delimitación y complementación de funciones, para la época se concretiza con la existencia de la Delegación Sanitaria Federal en la provincia, quién replica en el territorio las campañas propiciadas desde el nivel nacional. Como ejemplo de ello, para fines de octubre de 1958 se realiza la “Semana de Higiene Social”, con diversas actividades en todo el país, lo cual también tiene en Chubut su espacio de

externos al reducido grupo de chilenos (la mayoría de la población europea, el alto índice de masculinidad, etc.) pero también por la condición socioeconómica de los contrayentes. Para el período posterior a 1930, la sociedad receptora se ha modificado notoriamente. La presencia de europeos disminuye en un 25% aproximadamente- de un valor superior al 60% en 1920- se incrementa la llegada de argentinos del norte y comienza el flujo de inmigrantes chilenos. La sociedad en la medida adopta la organización jerarquizada y rígida de las empresas petroleras, limita las posibilidades de ascenso social. Los últimos en llegar ocupan los estratos más bajos de la escala social y se da cierta correspondencia entre la condición socio-económica, la pertenencia nacional o étnica y el tiempo de arribo, que en orden decreciente corresponde a: europeos e hijos de europeos, argentinos nativos y chilenos. Los chilenos, los últimos en llegar lo hacen de zonas rurales de Chiloé y las provincias de la Araucanía. La mayoría se insertan como jornaleros o ejercen oficios tradicionales y los vinculados a las tareas petroleras es muy probable que lo hayan adquirido con la práctica. Su fuerte propensión a casarse con chilenas nos habla por un lado de un "mercado matrimonial" donde su pertenencia étnica y social no es atractiva para las mujeres argentinas o europeas, pero podría ya jugar cierto prejuicio hacia los chilenos o chilotes como se los ha llamado en forma peyorativa. Por el otro lado, dado el alto índice de masculinidad dentro del grupo y la alta tasa de endogamia puede deberse a prácticas matrimoniales de 3 tipos: hombres que van a buscar sus futuras esposas a la localidad o la región de origen; chilenos que luego de tiempo de residencia buscan su familia legalizando uniones de hecho y finalmente parejas conformadas previamente a la experiencia migratoria o que surgen como consecuencia de las redes primarias, vecinales o ocupaciones construidas en la sociedad receptora. Cfr. Susana B. Torres, “Los orígenes de la inmigración chilena en Comodoro Rivadavia 1901-1947”, ponencia en las *VII^o Jornadas Interescuelas Departamentos de Historia*, Neuquén, Universidad Nacional del Comahue, 1999.

⁴¹⁶ PROVINCIA DEL CHUBUT, DIARIO DE SESIONES DE LA HONORABLE LEGISLATURA, Sesión del 1º de mayo de 1958, 2º reunión, Mensaje del S.E. el señor Gobernador de la provincia, p. 17

⁴¹⁷ *Ibidem*

reproducción. En la ocasión, el doctor Armando N. Knischnik⁴¹⁸, Delegado Sanitario Federal, en un artículo de opinión, se refirió, a la importancia de tomar todas las precauciones necesarias para conocer el estado de salud de los futuros contrayentes matrimoniales como forma de prevención de distintas enfermedades⁴¹⁹.

Retomando el análisis del discurso del gobernador, no obstante todos los enunciados precedentes, el documento no hace mención a la cuestión presupuestaria, salvo a la relacionada con el sector educación, cuando expresa,

“Se dotará a la abnegada actividad docente de los elementos necesarios para el cumplimiento de sus altas finalidades, medios que nunca podrán significar menos del 25% de los recursos fiscales, conforme reza la Constitución para hacer efectiva”⁴²⁰.

Se agrega además y en consonancia con los postulados generales para salud, el compromiso del Estado a proveer los recursos necesarios a los alumnos que carezcan de ellos, como así también de asistencia médica en todos sus aspectos.

El discurso fundacional se complementó con un diagnóstico del cuadro de situación, donde el gobernador enumeró las falencias que tenía la provincia en lo que respecta a la situación sanitaria: insuficiente asignación presupuestaria, poco personal especializado, malas remuneraciones y sobre todo pésimos medios de comunicación. Esto refiere a lo que había expresado en líneas generales, Ramón Carrillo, seis años antes en la conferencia de Santiago del Estero, mencionada en párrafos anteriores. Se compromete el gobernador a la atención de la población diseminada en áreas rurales como Gan-Gan, Gastre, Paso de Indios, Gualjaina, Cushamen y otros, y será una de las primeras acciones que llevó adelante, la Dirección de Salud Pública, casi en forma inmediata.

La gestión para el área de salud del primer gobernador constitucional muestra para el fin de su mandato y en lo que hace a la infraestructura edilicia y servicios las siguientes obras: construcción del Centro de Salud de Trelew con un presupuesto de 30 millones de pesos, la creación de las Escuelas de Enfermería en Trelew, Comodoro Rivadavia y Esquel y la habilitación de la Sala de Primeros Auxilios de Telsen, en Lago Blanco y los puestos sanitarios en Río Mayo, Los Cipreses, Corcovado y Gastre, a lo que hay que sumar la

⁴¹⁸ El Dr. Armando N. Knischnik atiende un consultorio particular en la calle Carlos Pellegrini n° 417 de Trelew dedicado a la cirugía general, ginecología y otras especialidades, según se anuncia en los avisos de profesionales del diario *Jornada*, edición del lunes 21 de julio de 1958.

⁴¹⁹ Diario *Jornada*, sábado 25 de octubre de 1958, p. 3

⁴²⁰ PROVINCIA DEL CHUBUT, DIARIO DE SESIONES DE LA HONORABLE LEGISLATURA, Sesión del 1º de mayo de 1958, 2º reunión, Mensaje del S.E. el señor Gobernador de la provincia, p. 17.

habilitación del hospital de enfermedades transmisibles de Rawson con 64 camas y los bancos de sangre en Esquel, Comodoro Rivadavia y Trelew⁴²¹. Lo extenso del territorio y la falta de cobertura sanitaria, continúan presentes en Chubut. La oferta médica continúa concentrada en los grandes centros urbanos, y el Estado provincial, debe estructurar un sistema que asegure la atención y los servicios, en las zonas rurales con población diseminada.

6.7. De las continuidades a las rupturas. Los intereses corporativos durante el primer gobierno constitucional. La controversia entre AMECH y la Dirección de Salud Pública a cargo del doctor José Francisco Franzó

Durante lo que resta del año 1958 y parte de 1959, la organización del sector público presenta una importante actividad matizada por los acontecimientos nacionales en lo que hace al sector médico organizado y su conflicto gremial que lo lleva a la huelga general nacional a mediados de 1958.

Durante el mes de julio inició su gestión como Director de Salud Pública de la provincia de Chubut, el doctor José Francisco Franzó, médico de Esquel⁴²², quien comenzó a estructurar un plan de realizaciones destinado a dotar, de los servicios asistenciales largamente reclamados, a las regiones más alejadas. En su corto período como responsable de la autoridad sanitaria provincial, el doctor Franzó trató de llevar adelante la organización del sector y la prensa de Trelew, obró como comunicador de la actividad del Director de Salud. Es allí donde se anuncia que el mencionado profesional,

⁴²¹ Orlando Ibarra, *Provincia del Chubut...*, op. cit. p. 122.

⁴²² El Dr. José Francisco Franzó nació el 22 de noviembre de 1911. Se recibió de médico clínico en la Universidad Nacional de La Plata y su primer trabajo como profesional lo desempeñó en el Hospital Melchor Romero. Adhirió al socialismo de Alfredo Palacios y se casó en Viedma con Corneila "Chicha" Crociatti y se trasladó a Centenario inmediatamente para ejercer su profesión. En esa ciudad nace Lilia Beatriz, la primera de sus hijos. Posteriormente la familia se instala en Esquel donde nacen José Enrique y Graciela Myrian. Trabaja en el hospital de esa ciudad y se especializa en hidatidosis realizando cursos en Santiago de Chile e integra el Círculo Médico del Oeste de Chubut. En 1958 durante unos meses es designado como Director de Salud Pública y Seguridad Social en el primer gobierno constitucional de Chubut a cargo del gobernador Jorge José Galina. Es elegido vocal de la "Comisión Permanente de la Asociación Internacional de Hidatología" representando a la República Argentina, en ocasión de desarrollarse el "Xº Congreso Internacional de Hidatidosis" en Arequipa el 27 de octubre de 1972. Fallece en 1976 a los 64 años. Actualmente una calle de Esquel lleva por nombre "Dr. José Franzó". (Datos aportados por José Enrique Franzó)

“se encuentra abocado a la organización de un plan que contemple todas las necesidades en la materia para el cual trabaja con dedicación, celo y entusiasmo tal que todo hace suponer que bien pronto empezarán a ser realidad muchas aspiraciones ahora demoradas”¹²³

Sobre los primeros momentos de la gestión del doctor Franzó, deben destacarse las tareas de organización administrativa, además de los intentos para lograr la habilitación rápida del pabellón de maternidad en el local de la ex escuela de Villa Italia en Trelew lo cual descongestionaría el Centro de Salud Materno instalado en el centro de la ciudad, y el comienzo de gestiones para comenzar con la construcción de un hospital en la ciudad.

El Plan Analítico de Trabajos Públicos⁴²⁴, presentado a fines de la gestión de la Intervención Federal, es puesto en marcha por el nuevo gobierno constitucional. Al mismo tiempo y como los servicios médicos asistenciales de propiedad de la Nación eran administrados por la provincia, de acuerdo al convenio suscripto anteriormente en la gestión del doctor Atilio Viglione, se fueron cubriendo los cargos vacantes como el de Director del Hospital Rural “Santa Teresita” de Rawson, designación que recayó en el doctor Pedro Raúl Zabala⁴²⁵, médico de la misma ciudad, que prestaba servicios en ese establecimiento y que formaba parte de AMECH.

Para el mes de julio, el gremio médico ya se encontraba en huelga por tiempo indeterminado en Capital Federal y provincia de Buenos Aires, y se anunciaba una reunión del Consejo Federal de COMRA, para el día 12 del mismo mes, donde participaron los representantes de las filiales del interior del país⁴²⁶. En esa reunión se trató, la nacionalización de la medida de fuerza, conformando lo que se conoció como “la huelga grande”. Si bien tardan unos días en tomar una determinación, la Sociedad Médica del Este del Chubut, con la firmas de los doctores Ramón Cuerdo y Oscar Defeo, firman un comunicado anunciando que la asociación se pliega en un todo a la medida de fuerza, teniendo en cuenta que la huelga en cuestión, no lleva involucrado ningún fin político, ni económico y que su único y exclusivo motivo, es la lucha por la dignificación del profesional médico. Esta asociación que nuclea a los médicos de Trelew, Rawson, Puerto Madryn, Gaiman y Dolavon, hace saber por medio de la prensa que se atenderá únicamente

¹²³ Diario *Jornada*, martes 1 de julio de 1958, p. 4

¹²⁴ Para la provincia de Chubut se contemplaba una partida presupuestaria de treinta y cinco millones de pesos para el año 1958 establecida por Decreto n° 585/58 de fecha 11 de julio.

¹²⁵ AHP, Provincia de Chubut. Decreto n° 942/58

¹²⁶ Diario *Jornada*, martes 12 de julio de 1958, portada.

en los hospitales y servicios oficiales con internados, los casos urgentes y quienes requieran una atención inmediata. Será normal por otro lado, la atención dentro de los hospitales de los niños y mujeres parturientas, y anuncia también, que sólo se intervendrán quirúrgicamente los casos urgentes y de heridos, poniendo énfasis, que en los consultorios hospitalarios, no se atenderán los enfermos comunes y sí solo los urgentes. A esto se debe sumar que no se extenderán certificados de ningún tipo, ni se realizarán trámites de rutina médico-administrativos⁴²⁷. El comunicado termina haciendo saber al público en general, que salvo resolución posterior, “en los sanatorios particulares se atenderá normalmente”, aunque se deja abierta la posibilidad de adoptar medias más extremas si el conflicto no encuentra una resolución favorable⁴²⁸.

En los mismos días, y antes que concluya la huelga nacional, un conflicto enfrentó a AMECH con el Director de Salud Pública Provincial. Un confuso episodio ocurrido en la Sala Hospital de Trelew, a cargo del doctor Julio Carminatti, tuvo como consecuencia, presumiblemente la renuncia del doctor Franzó al frente del organismo de salud provincial. El establecimiento en cuestión, dependía directamente de la autoridad sanitaria provincial. En días anteriores, el Dr. José Franzó, responsable de la autoridad sanitaria de la provincia, había dispuesto por diversas causas, una de ellas eran los desórdenes ocurridos dentro del edificio agravados por la concurrencia de la intervención policial, la intervención administrativa al mencionado centro de salud. Este hecho provocó que la asociación médica, AMECH, enviara una nota al Director de Salud Provincial, expresando su disconformidad con la medida. El 3 de septiembre de 1958, el doctor Franzó le respondió a la Asociación Médica del Este del Chubut. La intervención y el correspondiente sumario propiciado por el responsable de la autoridad sanitaria de Chubut, estaba referido únicamente al aspecto administrativo del hospital, y su objetivo, era el de definir su organización, administración y funciones. Se dejó aclarado, que se mantenía en el cargo como responsable de la parte médica, al mencionado doctor Julio Carminatti. La nota de respuesta de AMECH, expresó la desaprobación de los médicos agremiados, a la vez que rechazó las medidas como improcedentes y lesivas para el doctor Julio Carminatti. La asociación médica, consideró poco afortunada la intervención del organismo sanitario

⁴²⁷ Esta medida, es el antecedente de lo que en la actualidad, tanto en la provincia de Río Negro como en Neuquén, se denomina para el sector sanitario, “huelga de lapiceras caídas”.

⁴²⁸ Diario *Jornada*, jueves 7 de agosto de 1958, p. 4.

provincial, e hizo suyo, lo que consideró, un cuestionamiento personal al desempeño profesional del director del hospital. De esta manera, cumplió con la defensa de los intereses corporativos establecidos en los principios fundacionales de la entidad. Por otro lado, y en clara contradicción con lo expuesto por la asociación, las razones esgrimidas por el Director de Salud expresaban que:

“El suscripto creyó oportuno asumir el otro aspecto temporariamente para dejar perfectamente organizada la institución intervenida (...), los motivos que me determinaron a intervenir, como así también para resolver de una vez la irregularidad respecto al inmueble y demás elementos que integran el nosocomio, cuya propiedad y régimen jurídico aún no se ha establecido con certeza. A mayor abundamiento, destaco que hechos ocurridos últimamente, con intervención policial y a los que aluden ustedes en vuestra precitada, y de los que en parte le cabe responsabilidad del señor Director de la Sala por haber permitido el ingreso al Servicio, contrariando la opinión negativa del suscripto, a personas extrañas cuya permanencia en la misma hacían preveer los desórdenes ocurridos y en los que hoy están implicados, responsabilidad que el propio Director reconoció y que atribuyó a su inexperiencia en las cuestiones administrativas, han dado mayor fundamento a mi determinación y a solicitud del propio Director, Doctor Carminatti, y por así considerarlo necesario por el propio suscripto, para deslindar las responsabilidades que le caben al personal, se dispuso la instrucción del sumario respectivo, sumario que actualmente está en estado de instrucción por lo que no se puede adelantar ninguna medida”⁴²⁹.

Asimismo, el doctor Franzó hizo saber a la organización gremial, que la medida adoptada fue consultada con la Asesoría Legal correspondiente y no estaba dirigida contra el doctor Carminatti, ya que razones éticas propias, garantizaban el respeto al orden moral y material del médico, por lo que consideró, totalmente inadecuados los términos empleados en la nota de AMECH. Estos episodios del mes de septiembre marcaron la influencia del subsector privado en las decisiones del organismo provincial.

En distintos momentos del proceso de construcción del subsector, la prensa de Chubut asumió el rol de actor externo involucrado en lo que se refiere a la problemática sanitaria provincial mediante editoriales y artículos de opinión. En esta etapa del nuevo gobierno provincial está instalado como Director-editor del diario *Jornada* en Trelew, Luis Feldman Josin⁴³⁰. En la edición del viernes 3 de octubre de 1958, se publicó una nota

⁴²⁹ Diario *Jornada*, viernes 5 de septiembre de 1958, p. 3.

⁴³⁰ El 25 de enero de 1925 se publica el primer número del periódico semanal *Esquel*, fundado por Valeriano Morelli. En 1938 asume la dirección del mismo, Luis Feldman Josin quién el 3 de mayo de 1945 lo transforma en diario. Luego Luis Feldman Josin será Director-editor del diario *Jornada* en Trelew. En la década del '50 el *Esquel* fue creciendo en importancia y se transformó en el diario de mayor peso en la región vendiendo en todo el Oeste de Chubut y otros lugares del entonces Territorio Nacional, una tirada de alrededor de 1800 ejemplares. Su propietario, profundamente antiperonista formó parte como vocal de la “Junta de Adhesión Revolucionaria” luego del golpe de 1955 junto a Luis Corradi (presidente), Julián Ripa,

editorial con el título “La organización sanitaria en nuestra provincia”. En ella, Luis Feldman Josin, hizo una caracterización de la salud pública de la provincia, y en algunos de los párrafos de su artículo se observó, una defensa de la gestión del responsable de la Dirección de Salud Pública,

“La designación en Salud Pública de un médico especializado en medicina asistencial y en organización sanitaria, ha permitido encarar una serie de problemas con un concepto moderno, técnico y eficiente que, de proseguir con ese ritmo, ha de dar satisfacciones múltiples a nuestros gobernantes y al pueblo”.

Al deseo de que las acciones sanitarias continuasen con el mismo ritmo, le sumó el énfasis en resaltar la situación sanitaria de Chubut, a quién consideró, una de las pocas provincias del país que contaba con una organización eficiente, dentro de los escasos medios existentes, rescatando como aspecto positivo, las directivas precisas y el concepto claro de las funciones a cumplir. Terminaba la nota, con una sugerencia velada al poder político del momento,

“El gobierno debe prestar al organismo la colaboración y la ayuda financiera indispensable para que el concepto moderno puesto en práctica, pueda llevarse adelante sin tropiezos. Será la única forma de que el Chubut siga siendo, en el consenso general, una provincia con una organización mejor dotada. Vale la pena mantener este concepto para satisfacción de gobernantes y de gobernados”⁴³¹

El estilo directo de Luis Feldman Josin tuvo que ver, con su relación de amistad con el doctor José Francisco Franzó⁴³². El diario *Jornada* en ediciones sucesivas durante 1958 y 1959, brindará el soporte necesario para que el médico de Esquel pueda dar a conocer sus opiniones respecto a la salud pública de la provincia, después de su renuncia al cargo.

Esta controversia que enfrentó a AMECH con la autoridad sanitaria provincial en los primeros días de septiembre, modificó el escenario político de la salud provincial. Si bien, no se registró una nota de renuncia que lo indique expresamente, se puede presumir que la misma tiene directa relación con el conflicto mencionado. De hecho, hacia fines de octubre, el doctor Franzó renunció a la Dirección General de Salud Pública y según informó la prensa escrita, la misma se produjo por “razones de salud”, indicando además

Fermín Manghi, Hipólito Osés, Aresto Masacesse, Juan Carlos Chayep, Eloy Pérez, Washington Moré, Américo Gómez y Simón Chebeir. El periodismo esquelense no sólo fue el vehículo informativo de las noticias sociales del lugar, sino que también fue formador de opinión generando un espacio en donde quedó reflejada la formación y consolidación de grupos dirigenciales locales y regionales. Cfr. Jorge Oriola, *Esquel... del telégrafo al pavimento...*, op. cit. pp. 148-154.

⁴³¹ Diario *Jornada*, viernes 5 de septiembre de 1958, p. 4.

⁴³² El Dr. José Francisco Franzó es amigo personal de Luis Feldman Josin desde los tiempos en que éste era director-editor del periódico *Esquel* en la localidad homónima. (Datos aportados por José Enrique Franzó)

que el sustituto sería el doctor Colla, un médico residente en la localidad de Sarmiento, a quién ya se le habría ofrecido el cargo⁴³³.

6.8. La sanción de la ley n° 53/58: Dirección General de Salud Pública y Seguridad Social. Entre la “seguridad social” y la “asistencia social”

Mientras tanto, hacia fines del año 1958 el Poder Ejecutivo eleva a la legislatura provincial el anteproyecto de ley por el cual se dispone la creación como ente autárquico de la Dirección General de Salud Pública y Seguridad Social. El despacho de la comisión de Legislación General e Instrucción Pública, es suscripto por unanimidad y enviado a la cámara para su tratamiento, lo cual se produce en la sesión del día 19 de noviembre⁴³⁴. El mismo día y por decreto 37/59, se designa a cargo de la Dirección, al médico cirujano graduado en la Universidad de Córdoba, Abdo Abdala, vinculado en la época a AMECH y posteriormente a la Asociación de Clínicas y Sanatorios del Este del Chubut.

El despacho de Comisión es aprobado rápidamente, aunque se suscita un debate con relación al de la mencionada Dirección, ya que en el proyecto de ley que se trata en el recinto, figura como “Dirección General de Salud Pública y Seguridad Social”, pero en el orden del día figura como “Dirección General de Salud Pública y Asistencia Social”. La diferencia en la nomenclatura se manifiesta en los documentos oficiales. En el Diario de Sesiones n° 56 publicado por la Honorable Legislatura el 19 de noviembre de 1958, se menciona en el sumario como punto 11: “Creación Dirección General de Salud Pública y Asistencia Social”. En la página n° 1.537 de la transcripción taquigráfica, se anuncia el punto con el mismo nombre, aunque luego en el texto leído por el Secretario Legislativo Norberto Luis Bianco, aparece en el artículo 1° la designación original de “Dirección General de Salud Pública y Seguridad Social”⁴³⁵.

⁴³³ Diario *Jornada*, lunes 27 de octubre de 1958, p. 4.

⁴³⁴ La ley n° 53 se publicó en el Boletín Oficial de la provincia del Chubut el 15 de enero de 1959. Por medio de la misma se crea la Dirección General de Salud Pública y Seguridad Social.

⁴³⁵ En la sesión de la cámara el legislador Oscar Arturo Herrera (UCRP) menciona que existen dos denominaciones para la Dirección de Salud Pública, a lo cual el legislador Rubén Angel Hernández (UCRI) pone en conocimiento de todos que la expresión que había sido acordada en la comisión era la de “Dirección General de Salud Pública y Asistencia Social”. El presidente de la Legislatura el vicegobernador Roberto Luis Scocco anuncia que se corregirá “Seguridad” por “Asistencia” en todos los textos que correspondan. A esta decisión contesta el legislador Joffre José Cartier (UCRI), quién expone que en su oportunidad habló con el autor del proyecto y su intencionalidad era conservar la denominación de “Seguridad Social”, ya que el

A este debate se sumó el ex responsable de la Dirección de Salud Pública, el doctor Franzó, en una nota de opinión que publicó el diario *Jornada*, el lunes 9 de diciembre de 1958. Luego de su renuncia al cargo, se hizo presente desde Esquel, en el debate por la salud pública mediante la prensa escrita de Trelew. Se transformó de esta manera y por un corto tiempo, en un actor externo involucrado directamente en los temas sanitarios desde una postura crítica, en donde puso en relieve, la importancia del financiamiento estatal al sistema, el rol del médico y su relación con el sistema económico y la conceptualización que define a la salud, como un bien al alcance de todos. El doctor Franzó, construyó de esa manera, un discurso que impugnó el esquema hegemónico planteado por una corporación imbricada en el sector público.

El conflicto por la intervención al hospital de Trelew, puso en evidencia las tensiones existentes dentro de un sistema que se mostraba hegemónico y naturalizado. El sector médico unificado y organizado se constituyó como clase dominante para el sector de salud, y mediante diversos mecanismos de intervención, logró el consentimiento de los otros sectores que participaron en el complejo entramado de la salud pública. La postura del doctor Franzó se constituyó en la voz discordante y logró poner en cuestión, aunque por un corto lapso, el problema central de la práctica social de la medicina, el cual enfrenta al status de la profesión médica por una parte, con la forma de práctica, por la otra, que es lo que Eduardo Menéndez, llamó el Modelo Médico Hegemónico⁴³⁶.

“A la creación de la Dirección de S. Pública se refiere José Franzó”, de esta manera tituló la prensa escrita el artículo de opinión⁴³⁷ publicado en los primeros días de diciembre de 1958. La ley n° 53, ya había sido sancionada y solamente faltaba su publicación en el Boletín Oficial, lo cual se produjo, en enero del año entrante. El editor del diario presentó al autor del artículo como “exdirector de Salud Pública y conocido facultativo y hombre público de la vecina localidad de Esquel”. Este artículo se complementó con otro publicado

término “Asistencia Social” era para la época ya arcaico. En el debate tercia el legislador Angel Antonio Gargaglione (DC) quién remite nuevamente a la decisión de la Comisión de usar el término “Asistencia Social”; con lo cual se genera un intercambio de opiniones con el legislador Joffre José Cartier con respecto al uso de los términos aludidos. Pone fin a la controversia la participación del legislador Félix Néstor González (UCRI) quién sugiere remitirse a la sanción de la ley de Ministerios aprobada anteriormente. Luego de un cuarto intermedio, se acepta la denominación de “Dirección General de Salud Pública y Seguridad Social”, con lo cual queda zanjado el asunto de la nomenclatura cuestionada.

⁴³⁶ Mario Testa, *Pensar en salud, ...*, op.cit. p. 215.

⁴³⁷ Diario *Jornada*, lunes 8 de diciembre de 1958, p. 5.

tres días después en el mismo diario, con el título, “La medicina es también como la educación, un servicio público”⁴³⁸, autoría del doctor José F. Franzó.

Los artículos en cuestión ponían énfasis en el concepto de que el derecho a la salud fuera patrimonio de todos y también en la necesidad de que el habitante común conociera los verdaderos alcances de términos como “salud pública”, “asistencia social” y “seguridad social”. Adhería al espíritu y al articulado de la ley y trataba de conceptualizar abonando al concepto de “seguridad social”, como el más adecuado para la nueva Dirección de Salud Pública, para lo cual afirmaba que:

“(…) en salud pública, como en cualquier empresa o actividad nada puede lograrse bien, si los propósitos, o los fines de la actividad o empresa, no están respaldados con una bien estudiada posibilidad económica, máximo cuando en salud pública como en cualquier otra actividad hoy prima en todo el mundo el concepto moderno de que alguien debe pagar los servicios que se prestan, desde que estos cuentan. Y como el derecho a la salud es un derecho inalienable de todos y un deber de los gobiernos hacerlo realidad, él no puede estar ajeno a la mayor o menor capacidad económica de cada uno. Por eso se ha buscado una solución y esta es la que proporciona el régimen de la seguridad social o régimen financiero destinado a asegurar la asistencia económica y mantener el poder de consumo de todos los individuos para lo cual solo se les exige un aporte de acuerdo a su situación económica. En este aporte interviene también el Estado al igual que los patrones y los trabajadores en partes proporcionales”.

Con estas definiciones el Dr. José Franzó le dio sustento ideológico al debate suscitado dentro del recinto de la legislatura en ocasión de tratarse el proyecto de ley. Se debe tener en cuenta que para la época, poco queda de la organización sanitaria peronista. El esfuerzo inversor del Estado nacional en la época de Ramón Carrillo era respaldado por una actividad general del gobierno que motorizó el despliegue orgánico de la salud pública. En esa etapa se mantuvo el carácter pluralista del sistema y la libertad de iniciativas, pero la tendencia a homogeneizar el sistema, mediante el abrupto incremento de la capacidad instalada pública y la intención de “funcionarizar” al médico fue modelando una organización predominantemente estatal⁴³⁹. El Chubut, si bien existía una estructura sanitaria pública, ésta convivía, con un sistema privado organizado y con presencia efectiva en las tres regiones de la provincia. A su vez, ya existía, sobre todo en el Este del Chubut,

⁴³⁸ Diario *Jornada*, viernes 12 de diciembre de 1958, p. 2.

⁴³⁹ Hugo Arce, *El territorio de las decisiones...*, op. cit. p. 165

una oferta médica privada lo suficientemente amplia y diversificada. El doctor Franzó entendía a la seguridad social como:

“la doble organización que previene los riesgos que amenazan la capacidad del individuo y subsidia o indemniza pecuniariamente a los que se ven privados de ingresos por cualquiera de las causas conocidas: enfermedad, vejez, desocupación, etc. En otras palabras, da a cada uno de una manera humana y sin violentar la integridad de nadie, la seguridad de atender a sus necesidades vitales”⁴⁴⁰.

Su percepción de la realidad sanitaria provincial le hacía tener ciertas reservas en cuanto a la eficacia del sistema. Las críticas estaban dirigidas, tanto al rol que debía tener el Estado, como a la medicina, de la cual afirmaba, ha avanzado lo suficiente como para proporcionar al médico los medios necesarios para que la prevención de la enfermedad se convierta en la meta de todo profesional de la salud, sea cual fuera la posición social del individuo. En ese sentido, la tecnología podía constituirse en una barrera que anulase los preceptos establecidos desde la seguridad social, al no poder en muchos casos, tener acceso a la misma, y afirmaba que:

“Vivimos aferrados a la tecnología. Está ya demostrado en el mundo entero, que la medicina ejercida como profesión privada y competidora no satisface las necesidades de la salud de un pueblo. Mientras el médico no sea alejado de los oficios competidores, dice Sigerist, no podrá realizar la obra de gran importancia social que debe cumplir a cambio de la cual hay que darle una completa seguridad social y el nivel de vida al cual le da derecho su título y su educación”⁴⁴¹.

La cuestión del Estado a partir de la acción de gobierno preocupa al doctor Franzó y es indudable que la “estrategia Viglione”, ya había conformado, un esquema de atención, en donde no existía el equilibrio armónico que sustentara un sistema de salud eficiente.

No sería ésta, su última intervención en la prensa escrita. En julio de 1959, publicó su artículo titulado “1.200.000 mSn para combatir la tuberculosis en el Chubut”⁴⁴². A modo de subtítulo, el artículo informaba que:

“El Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, abrió un nuevo crédito de \$ 1.200.000 m/n para el desarrollo de la Campaña de Lucha Antituberculosa en la provincia de Chubut. Dicho crédito está destinado a afrontar los gastos que demanda el traslado de personal, viáticos, movilidad, mantenimiento de equipos y otros imprevistos”.

⁴⁴⁰ Diario *Jornada*, lunes 8 de diciembre de 1958, p 5.

⁴⁴¹ Diario *Jornada*, viernes 12 de diciembre de 1958, p. 2.

⁴⁴² Diario *Jornada*, jueves 30 de julio de 1959, p. 2.

La opinión contenida es importante, ya que por su trabajo realizado en Esquel desde mucho tiempo atrás y su conocimiento del espacio provincial, el profesional fue un interlocutor válido en los temas referidos al sector de salud. El comentario refiere a que una vez más, desde los lugares de decisión del orden nacional, se implementaban recursos para campañas focalizadas en una enfermedad, en este caso, de lucha antituberculosa, sin tener en cuenta el conocimiento de los profesionales del lugar en lo que se refiere al conocimiento de las condiciones de vida, diagnóstico, tratamiento y contención de la enfermedad. Decía el doctor Franzó que,

“Desde 1948 a la fecha, varias comisiones han llegado a estas tierras con fines idénticos. Unas menos y otras más numerosas, pero todas caras, por cierto. ¿Qué beneficios han reportado en cuanto a la solución del, o de los problemas de salud pública? ¿Cómo consecuencia de lo comprobado han sido mejorados los servicios hospitalarios o se han dotado a los existentes de los equipos, personal y presupuestos necesarios para la mejor atención de los enfermos y protección de los sanos? En absoluto ahora. Y ahora ocurrirá lo mismo”.

En este sentido, también hizo referencia a la campaña antituberculosa de 1951, iniciada en Tierra del Fuego y luego replicada en Santa Cruz y en localidades como Comodoro Rivadavia, Esquel y otras. La misma demandó más de dos meses de trabajo y las investigaciones permitieron determinar que el 30% de la población joven era alérgica a la tuberculina, lo que no quiere decir que estaba enferma, pero también se detectó, una gran mayoría de casos con tuberculosis mínima, moderada y avanzada. El autor del artículo se preguntaba,

“¿Qué se hizo con los enfermos? ¿Dónde se los trató? ¿No correspondía conocida la magnitud del problema, disponer de los medios indispensables en edificios, personal, equipos y presupuestos para continuar la lucha con un programa bien trazado y sistemático de trabajo permanentemente ejecutado por quienes estamos aquí para eso? No. Desgraciadamente la mala organización sanitaria del país y su peor administración, artes que se desconocen o que el centralismo dominante, pretende desconocer, nos han hecho en todos los tiempos, vivir de emergencia. Las Campañas Sanitarias se justifican cuando se quiere conocer e investigar un problema pero no para resolverlo”.

Indudablemente la crítica estaba dirigida no solamente a las políticas sanitarias de la gestión de Ramón Carrillo, sino que también hacía responsable de la continuidad de la inacción a los gobiernos actuales. Su experiencia le hizo afirmar, que la tuberculosis en la Patagonia se encontraba en su segundo período de evolución, momento en que la curva de morbilidad es alta y donde los no infectados residentes en la campaña alimentan el

desarrollo de la enfermedad. Estimó además que a la fecha, serían alrededor de 1.500 los tuberculosos en la provincia de Chubut, los cuales no contaban con ningún tipo de cobertura sanitaria específica desarrollada desde el Estado:

“¿Con cuantas camas contamos para el tratamiento correcto de muchos de ellos? Con muy buena voluntad, no pasan de 30, cuando se necesitan 250 como mínimo. Y con qué cantidad de antibióticos para todos? Mientras nos era permitido manejar las magras partidas específicas asignadas a los presupuestos de nuestros servicios, disponíamos de cierta cantidad de ellos; pero desde que esas partidas se centralizaron en la Capital Federal, llevamos períodos prolongados sin existencia. Por lo tanto, los tratamientos se están realizando en forma incompleta, discontinua y peligrosa”.

El cuadro de situación enunciado por el médico de Esquel, tenía una referencia que es insoslayable para la conducción del área de salud, en lo que respecta a la relación entre lo jurisdiccional y el manejo de los recursos. En párrafos anteriores se hizo mención al discurso del recién asumido gobernador Dr. Jorge José Galina, quién en la Legislatura expresó su decisión de alentar una organización del subsector de salud provincial en donde se reestructurara la Ley de Salud Publica Nacional delimitando las funciones de la provincia y la Nación, reservando a ésta los problemas infectocontagiosos epidémicos y el gobierno local haciéndose cargo de los servicios asistenciales.⁴⁴³

El doctor Franzó hizo también referencia al monto destinado a la campaña antituberculosa de 1.200.000 \$ m/n, que a su criterio sería mucho más efectivo si se distribuyera entre las tres zonas sanitarias con que cuenta la provincia de Chubut, ya que permitiría abastecer los centros de atención con medicamentos y comida, atender a los diagnosticados y derivar a los enfermos a centros especializados. La reflexión del autor hizo hincapié, en que cuando ya se conoce la magnitud de la situación que se enfrenta, es necesario recurrir a soluciones que han dado resultados positivos, y en ese sentido, otros países han implementado acciones permanentes, bien planeadas y encarando todos los frentes de lucha.

“Si poco pueden hacer los antibióticos y la B.C.G. en comunidades pobres de pan, techo y abrigo, menos podrán hacerlo las campañas esporádicas que invierten sumas de dineros que, con mejor conocimiento de administración sanitaria y organización hospitalaria, rendirían un beneficio efectivo”.

⁴⁴³ PROVINCIA DEL CHUBUT, DIARIO DE SESIONES DE LA HONORABLE LEGISLATURA, Sesión del 1º de mayo de 1958, 2º reunión, Mensaje del S.E. el señor Gobernador de la provincia, p. 17

La opinión de José Francisco Franzó⁴⁴⁴, puso en evidencia, que la situación sanitaria de Chubut continuaba en gran parte con el mismo cuadro de precariedad que en la época territorialiana, en cuanto a la ineficacia de los planes y políticas implementadas. Su línea de pensamiento seguía en el mismo sentido que sus opiniones del año anterior cuando criticaba el sentido economicista que se estaba implementado en el subsector. Se puede presumir, que su traumático alejamiento como responsable de la autoridad sanitaria, se hizo al no contar con ningún tipo de apoyo del sector gubernamental. Su crítica estaba dirigida a la falta de conocimiento en cuanto a la administración y organización de la salud, aspecto primordial en este escenario fundacional del subsector provincial, lo cual lo convierte en la voz disonante de un escenario sanitario hegemonizado desde el Este del Chubut.

6.9. Ley n° 60/58. Ley de Asistencia Hospitalaria y Organización de la Asistencia Social

Entre el 27 y el 30 de noviembre de 1958 se sancionaron en la Legislatura de Chubut un paquete de leyes que incluían, según el sumario del Diario de Sesiones, proyectos referidos a la creación de la Fiscalía de Estado, el Código de Procedimiento del trabajo, el Presupuesto de la provincia para el año 1959 y la Organización de la Asistencia Social.⁴⁴⁵

Este último proyecto de ley es autoría de los diputados Joffré José Cartier y Eduardo Kitaigrodski de la UCRI. Entre los considerandos del despacho⁴⁴⁶ de la Comisión de Legislación General e Instrucción Pública sobre el proyecto de “Ley de Asistencia Hospitalaria y Organización de la Asistencia Social” presentado por la mayoría, se expresó que

“las construcciones hospitalario-asistenciales –sanitarias y sociales- constituyen una inversión demasiado grande de fondos públicos o privados y que tienen exigencias y requerimientos arquitectónicos y de ingeniería que no son comunes en cualquier

⁴⁴⁴ Diario *Jornada*, 30 de julio de 1959.

⁴⁴⁵ El trabajo legislativo correspondió a la 61° Reunión, 57° Sesión de Tablas de la Honorable Legislatura de la provincia del Chubut.

⁴⁴⁶ El despacho lo firman Pedro R. García, Jorge Costas, Rubén Fernández y Alberto C. de Bernardi de lo UCRI. Lo mencionado es lo que está expresado en el Diario de Sesiones, pero no existe ningún diputado con el nombre “Rubén Fernández”, y por lo tanto se trata de un error tipográfico, ya que existen diputados de la UCRI de nombre “Rubén Ferrari” y “Rubén Hernández”. Este último se desempeñaba como presidente de las sesiones legislativas, por lo tanto consideramos que el cuarto firmante del despacho de Comisión por la mayoría es Rubén Ferrari.

construcción, cuyo estudio y planteo debe considerarse como una especialidad. (...) una sección de planificación, habilitación y sostenimiento de estos establecimientos, tendría trabajo permanente por la gran presión de la enorme demanda a que estará sujeta, (...) su organización debe programarse como un organismo técnico asesor que debe contar con arquitectos, ingenieros y médicos expertos en este tipo de establecimientos”¹⁴⁷

De esta manera se argumentó sobre el proyecto, que se sanciona como ley⁴⁴⁸. Es importante hacer notar que los fundamentos presentados en la cámara como despacho de Comisión no incluyen ninguna mención a la forma de financiamiento de “las construcciones hospitalario-asistenciales –sanitarias y sociales”. El proyecto original que se debatió, constaba de dos capítulos que contenían un total de 21 artículos, los que al momento de sancionarse la ley quedarán reducidos a 19⁴⁴⁹.

El tratamiento de este proyecto de ley provocó hacia el interior del cuerpo legislativo un gran debate, principalmente hegemonizado por los representantes de la UCRI oficialista y la UCRP como primera minoría, en donde las acusaciones cruzadas, las denuncias y el retiro de las sesiones de los representantes, formaron parte de las estrategias desplegadas durante el mismo.

La propuesta no sólo trataba sobre la necesidad de proyectar y construir el complejo sanitario provincial, sino que también, contemplaba el financiamiento y los instrumentos con los cuales contaría la provincia para tal fin. El debate en cuestión se suscitó sobre el capítulo II del proyecto de ley, es decir sobre lo que concernía al financiamiento, administración y contralor de los fondos provenientes de un organismo que se crearía a tal efecto, la “Caja de Asistencia Social de la provincia del Chubut”, de la cual dependería la lotería provincial.

El artículo n° 1 del proyecto de ley comprendido dentro del Capítulo I “Plan General de creación de hospitales y de realización de estudios para una organización de la asistencia social” expresaba,

“Establécese en todo el territorio de la Provincia un Plan General de construcción, habilitación, sostenimiento y/o subvención de establecimientos asistenciales sanitarios

¹⁴⁷ PROVINCIA DEL CHUBUT, DIARIO DE SESIONES DE LA HONORABLE LEGISLATURA DE CHUBUT, 61° Reunión, 57° Sesión de Tablas, 27, 28, 29 y 30 de noviembre de 1958, p. 1762.

¹⁴⁸ La ley que se sanciona se registra bajo el N° 60 del año 1958 y se modifica más adelante por la ley n° 157 y luego es derogada por la ley n° 1675.

¹⁴⁹ El primer capítulo refería al “Plan general de creación de hospitales y de realización de estudios para una organización de la asistencia social”, arts. 1° al 7°. El capítulo segundo estaba destinado a la “Financiación. Caja de Asistencia Social de la provincia del Chubut”, arts. 8° al 21°.

y sociales, de enfermos generales, colonias de niños débiles convalecientes de prevención y tratamiento psicofísico de lisiados y una más compleja organización de la asistencia social”.

El artículo 8º, primero del Capítulo II “Financiación – Caja de Asistencia Social de la provincia de Chubut”, establecía:

“Créase una institución denominada “CAJA DE ASISTENCIA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE CHUBUT”, la que tendrá a su cargo, la emisión, venta y contralor de una Lotería provincial que llevará por título el mismo de la Caja”.

Varias son las impugnaciones que recibió el proyecto por parte de la minoría. Una de ellas tenía que ver con la incumbencia de la comisión que produjo el despacho y permitió su tratamiento en la cámara y a la premura en aprobar la ley. Otra impugnación estaba referida al juego de azar, como principal agente financiador del subsector de salud. Por último, una tercera impugnación estuvo relacionada con la concesión de la venta de los billetes de lotería. La discusión no solamente se orientó a aspectos técnicos y burocráticos, sino que también en algún momento, tuvo implicancias eminentemente políticas, sobre todo cuando se hizo mención desde la bancada de la UCRP, al alejamiento del doctor José Francisco Franzó de la Dirección General de Salud Pública, situación ya analizada en párrafos anteriores.

La impugnación referida a la incumbencia de la comisión estaba fundamentada por el miembro informante de la oposición, el sr. Herrera, en el tratamiento que recibió para su aprobación la ley n° 15 sancionada un tiempo antes. Esta norma establecía un impuesto a la Lotería Nacional que se vendía en Chubut y cuyo despacho, según sus propios dichos, lo produjo la Comisión de Legislación Social y Economía, lo cual fue aceptado por la totalidad de la cámara. En esta nueva oportunidad, el despacho que habilitó el tratamiento del proyecto de “Ley de Asistencia Hospitalaria y Organización de la Asistencia Social”, lo produjo la Comisión de Legislación General e Instrucción Pública, situación que la bancada de la UCRP a través de su miembro informante, el diputado Oscar Arturo Herrera consideró incompetente ya que expresaba, según sus propios dichos, una contradicción con respecto a la situación anterior. La argumentación del diputado Herrera carece de validez por el hecho de que el despacho en mayoría y minoría del proyecto que luego sería sancionado como ley n° 15, que establecía un impuesto a la lotería nacional, fue formulado

por la Comisión de Hacienda y no por la Comisión de Legislación Social y Economía, estando el diputado de referencia ausente en la sesión de la cámara⁴⁵⁰.

Una vez zanjada la diferencia por la incumbencia de la comisión que trató el proyecto de ley, la discusión en la cámara giró hacia el plano ético. Allí se puso en cuestión la validez o no de aceptar los ingresos que producirían los juegos de azar como recursos para el subsector de salud pública, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 72° de la Constitución provincial de 1957 ya mencionado anteriormente.

Es indudable que en la redacción de la Constitución provincial, los convencionales ya tenían previsto que la provincia de Chubut iba a contar con una Lotería propia para dotar de recursos a su acción de gobierno. Esta situación provocó distintos puntos de vista que nuevamente enfrentarán en el debate, a la oposición, representada por el Diputado Herrera, con el oficialismo de la Legislatura. La argumentación del diputado se centró en el hecho, de que en el proyecto de ley se le dio más importancia a la organización del sistema de lotería, que a los temas específicos del subsector de salud pública:

“En estos siete artículos se habla en forma enfática de la necesidad, de la imperiosa necesidad, de establecer el servicio asistencia médico hospitalario completo que necesita nuestra provincia. No podemos estar de ninguna manera en contra de lo que aquí se postula. Siete artículos, señor presidente, para establecer el sistema hospitalario; y trece artículos, trece, destinados a la lotería, es decir que para el ciudadano más desaprensivo que lea esta ley, es evidente que la preocupación fundamental ha sido crear la lotería”.⁴⁵¹

También en su larga exposición trajo al recinto, como se ha mencionado anteriormente, un problema suscitado dentro del área de salud pública, como fue la renuncia del doctor José Francisco Franzó como Director de Salud Pública de la provincia, ya tratado.

“(…) Este proyecto de ley, que se refiere a la lotería bajo el título de asistencia hospitalaria y organización de asistencia social, a tal punto que el diputado Cartier, en la ocasión que recordaba, debió aclarar que se trataba de la creación de la lotería, se divide en dos partes fundamentales. Desde el artículo primero al séptimo inclusive, se habla de un plan general de creación de hospitales, y de una organización de la asistencia social. Puedo aseverar que esta primera parte es una declaración enfática de principios, y es el aporte de un hombre enamorado de la asistencia social, es el aporte de un hombre que ha dedicado su vida profesional a la ordenación hospitalaria, es

⁴⁵⁰ PROVINCIA DEL CHUBUT, DIARIO DE SESIONES DE LA HONORABLE LEGISLATURA DE CHUBUT, 61° Reunión, 57° Sesión de Tablas, 27, 28, 29 y 30 de noviembre de 1958, p. 1767.

⁴⁵¹ *Ibidem*, p. 1769.

obra del doctor Franzó, que actualmente no se cuenta entre los colaboradores del actual gobierno, para desgracia de la provincia”⁴⁵²

También le dedicó un párrafo a lo que consideraba los “recursos morales e inmorales” de los que puede disponer un Estado:

“He dicho que el Estado, el Fisco, tiene dos clases de recursos: los recursos morales y los recursos inmorales; unos son los que provienen de los impuestos y otros los que provienen de la legalización del juego, como es la lotería, como es la quiniela, como es la polla futbolística, como son los casinos de ruletas, o de reglamentación de la prostitución. Este es el sentido. Lo que va a encontrar el señor diputado en cualquier tratado de finanzas públicas”⁴⁵³.

En este sentido, el diputado Herrera, como representante de la oposición incurre en una contradicción de orden partidario, ya que en la Convención Constituyente realizada unos meses antes, la UCRP había apoyado unánimemente la creación de una lotería provincial. Este hecho el diputado lo reconoce en la cámara, cuando dice que se expresó en forma personal y en desacuerdo con su partido. Uno de los motivos que llevó al diputado a manifestarse de esta forma contra la legalización del juego, era un hecho ocurrido en Comodoro Rivadavia unos días antes, en un lugar de juego clandestino donde se produjo el suicidio de una persona⁴⁵⁴.

La concesión de la venta de billetes provocó una nueva intervención del diputado Herrera. El proyecto de ley que se cuestionaba, tenía como antecedente, su similar de la provincia de Santa Fe y según se explicó, esta lotería tenía pactos recíprocos con las provincias de Córdoba, Tucumán y Entre Ríos y sus premios eran mayores que los de la lotería nacional, razón por la cual fue muy solicitada. Esta lotería, según el miembro informante de la minoría, tenía un concesionario en la provincia que se ocupaba de la distribución y también de imprimir los billetes de la misma. El proyecto que se trató en la cámara contemplaba que el concesionario se ocupaba únicamente de la propaganda y de la venta, corriendo la impresión de los billetes por cuenta de la provincia. El argumento del despacho de mayoría en cuanto a este aspecto, era el de eliminar la burocracia a partir de la figura del concesionario, pero desde la minoría se responde que si bien se elimina en parte la burocracia, esto favorecía sin duda, la intermediación y el drenaje de recursos por

⁴⁵² PROVINCIA DEL CHUBUT, DIARIO DE SESIONES DE LA HONORABLE LEGISLATURA DE CHUBUT, 61º Reunión, 57º Sesión de Tablas, 27, 28, 29 y 30 de noviembre de 1958, p. 1769.

⁴⁵³ *Ibidem*, pp. 1774-1775.

⁴⁵⁴ *Ibidem*, pp. 1768-1769.

comisiones hacia terceros, lo cual se contradecía con los dichos de los funcionarios gubernamentales que en días previos propugnaban acotar los gastos en tales rubros. Por otro lado, se argumentaba que la premura en discutir y aprobar esta ley de creación de lotería, presentada bajo el nombre de “Ley de organización de Asistencia Social”, dejaba en segundo plano el tratamiento de otras leyes que a juicio de la minoría eran más importantes, como la integración del sistema de justicia provincial⁴⁵⁵.

El debate tiene su punto más álgido cuando el bloque de la UCRP pide que el proyecto de ley vuelva a comisión para continuar con su estudio, frente a lo cual la presidencia de la cámara decide continuar con su tratamiento. Esto provoca que el bloque de la UCRP se retirara de la sesión, buscando que la cámara quede sin quórum, pero la presencia de quince diputados, permitió el tratamiento del proyecto. Se realizaron no obstante, algunos cambios en el texto original, como por ejemplo se eliminó el término de “concesionario” y se lo suplantó por el “agentes”. Posteriormente con el pleno de la cámara se avanzó con la votación en general. A pedido del diputado Juan Tomás Errendasoro de la UCRI, se reconsideraron los artículos 16°, 17° y 18°. Se propuso la modificación del artículo 16° y la anulación de los artículos 17° y 18°⁴⁵⁶.

La aplicación de la ley generó recursos importantes a la nueva provincia. El testimonio de Foch Fernando Cartier, presidente del Directorio de la Caja de Asistencia Social y quien tenía a su cargo la emisión de la lotería del Chubut así lo corrobora,

“(…) Por Lotería llegaba a entrar más plata que por Rentas Generales. Podíamos equipar y atender las necesidades de los hospitales y los Puestos Sanitarios del interior

⁴⁵⁵ Se debe hacer notar que a la fecha del tratamiento y sanción en la cámara de Chubut del proyecto de ley de financiamiento de la asistencia social, esta provincia se encuentra adelantada con respecto a la provincia de Río Negro surgida durante el mismo proceso de provincialización. En Río Negro recién se va a sancionar su Ley Provincial n° 48 “Lotería para Obras de Acción Social de la Provincia de Río Negro”, el 27 de mayo de 1959 y será promulgada el cinco de junio de 1959 mediante el Decreto N°: 681. Publicado en el Boletín Oficial n° 10, pag. 23. Antes que en estas dos provincias, en Neuquén, la lotería oficial, denominada “La Neuquina”, fue creada por ley n° 20 del año 1958 y realiza su primera emisión de billetes el 8 de mayo de 1959. En el año 2010, a iniciativa del Poder Ejecutivo Provincial por Ley 2751, se crea el Instituto Provincial de Juegos de Azar del Neuquén (I.J.A.N.), cuya tarea se centra en administrar y regular todas las actividades inherentes a los juegos de azar en la provincia. Dicho organismo además, asume, como objetivo principal financiar programas destinados a asistencia social y a educación, persiguiendo como preceptos fundamentales el bienestar y desarrollo comunitario así como de la promoción y orientación hacia el juego responsable.

⁴⁵⁶ El artículo 16° en el proyecto original establecía que “en caso de valerse de agentes vendedores en las distintas localidades, la comisión que se pague a los mismos, será del quince por ciento del valor escrito de los certificados”. El texto es reemplazado por otro que dice que “la venta será efectuada por concesiones directas de la caja a los agentes vendedores en las distintas localidades. La Comisión que se pague a los agentes, será del quince por ciento del valor escrito de los certificados”. Los artículos 17° y 18° que son eliminados estaban referidos a la facultad de la Junta de contralor y vigilancia para conceder mediante licitación pública la representación exclusiva para la venta de los certificados imponiendo márgenes de utilidad específicos.

de la provincia y crear nuevos centros de atención como el Bronco-Pulmonar de Trelew, el Hogar Materno Infantil”⁴⁵⁷

La sanción de la ley implicó por lo tanto integrar el Directorio de la Lotería provincial que fue presidido por Foch Fernando Cartier, y como vocales el Contador General de la provincia, Juan Carlos Scaglione, el Tesorero General, Cándido Chavarren y el Secretario de Salud Pública, doctor Abdo Abdala⁴⁵⁸. De esta manera se dió cumplimiento al artículo 17 del apartado “Dirección de Administración” del Capítulo II: “Formación – Caja de Asistencia Social de la Provincia de Chubut” de la ley n° 60 del año 1958.

Si tenemos en cuenta los tiempos administrativos y burocráticos, se puso en evidencia que existió cierta premura en el gobierno provincial para poner en marcha este mecanismo de financiamiento. El debate legislativo se dió entre los días 27 y 30 de noviembre de 1958. La ley se publicó en el Boletín Oficial, página n° 6, como Ley n° 60 del 3 de diciembre de 1958. Durante el año 1959 se comenzó a analizar la estructura administrativa de la Lotería, siendo designado el Directorio de la Caja de Asistencia Social de la Provincia y puesto en funciones su presidente en el mes de septiembre de 1959, momento en que se tomó de decisión de realizar el primer sorteo para la Navidad de ese mismo año. Se contrataron en la Casa de la Moneda, la impresión de 45.000 billetes y se estableció un premio mayor de 5.000.000 de pesos moneda nacional. Este primer sorteo dejó el premio mayor vacante y a partir de ese momento, la Lotería provincial aumentó su caudal de ventas, llegando a colocar entre los años 1960 y 1961, el 85% de los billetes ofertados⁴⁵⁹.

Como complemento de la sanción de las leyes n° 53 y n° 60 y durante la primera parte del período como gobernador de Jorge José Galina, se pueden relevar una serie de acciones que tuvieron incidencia directa en el armado del subsector de salud, y que atienden sobre todo, la emergencia. Por ley n° 22/58⁴⁶⁰ se reforzaron partidas presupuestarias destinadas a gastos en hospitales y productos químicos y farmacéuticos. En el mismo momento y por ley n° 23/58, se otorgaron seis cuotas de 16.000 \$ m/n cada una y una cuota de 8.000 \$ m/n en calidad de subsidio para incrementar los sueldos y sueldo

⁴⁵⁷ Cfr. Orlando Ibarra, *Provincia del Chubut...*, op. cit p. 55.

⁴⁵⁸ *Ibidem*, p. 49.

⁴⁵⁹ *Ibidem*, p. 54.

⁴⁶⁰ PROVINCIA DE CHUBUT, BOLETIN OFICIAL, Año I, n° 22, 10 de septiembre de 1958, p. 2.

anual complementario correspondiente al período del 1° de julio al 31 de diciembre del año 1958, del personal del Hospital Municipal de Comodoro Rivadavia⁴⁶¹. Estos recursos serán distribuidos en partes iguales, sin discriminación de categoría o antigüedad entre los dieciséis enfermeros y enfermeras municipales y las partidas serán un aporte de Rentas Generales. Una de las últimas acciones del período se produjo cuando la Legislatura de la provincia de Chubut, sancionó la ley n° 168 es publicada en el Boletín Oficial el 5 de enero de 1960. En su artículo 1° habilitó al Poder Ejecutivo para adoptar las medidas conducentes para apoyar en forma amplia la campaña de lucha antituberculosa a desarrollarse en la Provincia en una primera etapa, cuya acción fue ejecutada con equipos y personal técnico del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación. Por esta ley se facultó al Poder Ejecutivo a tomar de Rentas Generales la suma de 300.000 \$ m/n, para atender los gastos que demandó el cumplimiento de la norma mencionada anteriormente.

El período de la última Intervención Federal durante el gobierno provisional de la Revolución Libertadora, es importante en la constitución del sector de salud provincial, ya que todo el accionar se nucleó en la Dirección General de Salud Pública a cargo del doctor Atilio Viglione, también con fuerte influencia en AMECH. No obstante, el mandato que queda expresado en los artículos 52 y 53 del Capítulo II de la Constitución provincial de 1957, “Régimen Social y Económico”, el discurso del gobernador Jorge José Galina en la sesión del 1 de mayo de 1958 y la sanción de las leyes n° 53/58 y 60/58, son elementos que terminan de definir el momento de materialización del subsector público de salud. (Ver Anexo: Cuadro n° 6: Esquema de las diferentes etapas del proceso de enunciación y materialización del discurso fundacional del subsector público de salud. Provincia de Chubut). La construcción del subsector de salud pública de Chubut, tuvo como característica principal, la vinculación directa del Estado provincial con el subsector privado, a partir de la imbricación de los principales referentes del sector médico organizado en las estructuras sanitarias de la provincia.

⁴⁶¹ PROVINCIA DE CHUBUT, BOLETIN OFICIAL, Año I, n° 22, 10 de septiembre de 1958, p. 2.

Capítulo 7

Equilibrios y adecuación en la construcción de la organización sanitaria de Neuquén

El territorio de Neuquén se incorporó definitivamente a la Nación, al igual que el de Río Negro, luego de la empresa militar de 1879 y mediante la sanción de la ley n° 1532 de octubre de 1884 se convirtió en Territorio Nacional.

El control y aprovechamiento de los recursos extractivos sin contemplar las necesidades generales territorianas planteadas por los gobernadores de la época, impidió el aprovechamiento integral de sus reales posibilidades, con la consecuencia de que su incorporación a la marcha económica del país, se constituyó en un proceso extremadamente lento⁴⁶². A partir de ese dicho momento el territorio careció de un plan orgánico de desarrollo regional por parte de los gobiernos nacionales de los cuales dependía⁴⁶³.

Aixa Bona y Juan Vilaboa señalan que Neuquén, por su ubicación mediterránea y a diferencia de otras regiones de la Patagonia, pone de manifiesto un mayor aislamiento geográfico y cultural, con respecto al centro del país. Esto dio lugar a la concreción de importantes intereses locales. Esta característica es propia de las elites sociales y políticas del territorio, producto de una temprana expansión de algunas familias dedicadas al comercio, de las que luego, muchas de sus figuras se destacaron en el ámbito político⁴⁶⁴.

Los casi ochenta años de vida territoriana habían dejado un saldo poco alentador, donde se podía visualizar un dispar nivel de vida de la población y un escaso o nulo aprovechamiento de los recursos, factores estos que se atribuyen a la ausencia del estado nacional. La posibilidad de reformar esta realidad se sostenía en la urgencia de establecer una vinculación entre la planificación y el desarrollo regional⁴⁶⁵. No obstante a partir de la mitad de la década del cuarenta, la implementación de políticas de bienestar, salud y educación, significarían un impulso dinamizador a nivel nacional, que en parte pudo solucionar algunas de las carencias del territorio, aunque no se logró una mayor integración

⁴⁶² Graciela Blanco, *35 años del COPADE y la planificación en Neuquén. Una historia de sueños, proyectos y acciones en pos del desarrollo. 1964-1999*, Neuquén, Centro de Estudios de Historia Regional (CEHIR), Departamento de Historia, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional del Comahue, COPADE, Consejo de Planificación y Acción para el Desarrollo; 1999, p.11.

⁴⁶³ Graciela Blanco; María Beatriz Gentile y Juan Quintar, *Neuquén. 40 años de vida institucional. 1958-1998*, Neuquén, Centro de Estudios de Historia Regional (CEHIR), Departamento de Historia, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional del Comahue, COPADE, Consejo de Planificación y Acción para el Desarrollo; 1998, pp. 6-7.

⁴⁶⁴ Aixá Bona y Juan Vilaboa, "El peronismo en los Territorios Nacionales patagónicos. Una aproximación al análisis comparativo", en: Aixá Bona y Juan Vilaboa (coordinadores), *Las formas de la política en la Patagonia. El primer peronismo en los Territorios Nacionales*, Buenos Aires, Biblos, 2007, p. 158.

⁴⁶⁵ Joaquín Perrén y Gonzalo Pérez Álvarez, "Las "nuevas" provincias como problema historiográfico...", op. cit. p.6.

de la región. La dependencia administrativa y la falta de derechos políticos de los habitantes del territorio, limitaba las posibilidades de desarrollo⁴⁶⁶.

La etapa de la provincialización iniciada durante el primer peronismo tiende a revertir el cuadro de situación,

“El proceso de conversión de territorios nacionales a provincias, iniciado en la década del cincuenta, coincide a nivel global con la tentativa de inducir cambios en el modo de desarrollo y un esfuerzo creciente por penetrar e integrar física y económicamente al “interior”, llamado a cumplir una función de trascendencia en la reformulación del régimen de acumulación nacional. En esta irrupción del “*nuevo país*” cobra especial significación la Patagonia, en virtud de la consideración de sus potenciales recursos y de la valorización política y estratégica derivada de su posición relativa en el escenario internacional. Sobre ella se sitúan grandes expectativas nacionales y diseñan proyectos de regionalización, presuponiendo la viabilidad de producir cambios estructurales desde un contexto externo al ámbito que se pretende modificar. Ámbito, a su vez, conceptualizado desde una perspectiva ahistórica que reconoce la acción del Estado como si este operara en un vacío político y social y excluye en los planteos la ponderación de la magnitud de fuerzas puestas en juego y los condicionamientos provenientes de la estructura de poder instituida”⁴⁶⁷.

Estas vulnerabilidades, subyacentes durante la década del cincuenta, van a definir un espacio de acción en donde, con el transcurrir del proceso de provincialización y los primeros gobiernos provinciales, se van a transformar en singularidades que le permitirán a Neuquén, definir un perfil propio y totalmente diferenciador en la región.

7.1. Distintos momentos en el análisis de la formación del subsector público de salud: del sistema territorialiano al primer discurso de campaña del candidato a gobernador Felipe Sapag en 1962

En el año 2009, se celebró en la provincia de Neuquén un siglo de salud pública⁴⁶⁸ y desde los afiches realizados para la ocasión se enunciaba el objetivo de la recordación:

“Nos proponemos recordar y difundir los hechos, acciones conjuntas y personas que signaron el surgimiento y establecimiento del sistema sanitario. Desde el recorrido que proponen los objetos, testimonios y textos seleccionados, esperamos transmitir

⁴⁶⁶ Graciela Blanco; María Beatriz Gentile y Juan Quintar, *Neuquén. 40 años de vida institucional. 1958-1998...*, op.cit. p. 9.

⁴⁶⁷ Mario Arias Bucciarelli, “Identidades en disputa: las “regiones” del Comahue y los poderes provinciales”, *Cuadernos del Sur. Historia*, Departamento de Humanidades, UNS, Bahía Blanca, 35-36/2006-2007, pp.151-174.

⁴⁶⁸ La historia sanitaria regional se remonta a principios del s.XX, 1909, cuando se instala la primera enfermería que funcionaba en el consulado de Chile. (Disponible: www.hospitalneuquen.org.ar. Consulta realizada octubre 2013)

memoria y evocar a las personas que vieron surgir, protagonizaron y sintieron la salud pública en nuestra provincia. Un siglo de Salud Pública en Neuquén, 1909-2009”⁴⁶⁹

Posteriormente, otros acontecimientos que involucran a la salud pública se producen en Neuquén. En el mes de noviembre de año 2010, fue sede del XX Congreso Argentino de Enfermería, IV Encuentro de Etica en Enfermería y IV Jornadas Nacionales de Estudiantes de Enfermería organizado por la Federación Argentina de Enfermería en conjunto con la Asociación Unión Enfermeros del Neuquén y auspiciado por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN)⁴⁷⁰. En octubre del 2011 se celebraron los cuarenta años de funcionamiento del Centro de Salud Confluencia⁴⁷¹ y dos años después, el 28 julio de 2013, el Hospital Castro Rendón de la ciudad de Neuquén festejaba sus cien años de existencia⁴⁷². En esta última ocasión, las celebraciones institucionales, fueron acompañadas por medidas de fuerzas, ya que los profesionales de la salud estaban en conflicto con el gobierno provincial y muchas de las prestaciones y servicios de atención habían sido paralizados en el emblemático hospital Castro Rendón y en toda la provincia⁴⁷³ por la huelga llevada adelante por el sindicato que nuclea a los profesionales de la salud. Paralelamente a estos hechos emblemáticos para la salud neuquina, el 25 de enero del 2013 también se cumplieron cincuenta años de la constitución del Colegio Médico de Neuquén.

No obstante, las celebraciones referidas a distintos momentos de la salud pública en Neuquén, dan a entender la pertenencia del conjunto social a un sistema público exitoso y

⁴⁶⁹ Afiche de la Municipalidad de Neuquén, Secretaría de Cultura; adhiriendo a los festejos de “Un siglo de salud pública en Neuquén, 1909-2009”.

⁴⁷⁰ Información disponible en: www4.neuquen.gov.ar/salud. Consulta realizada marzo 2014.

⁴⁷¹ PROVINCIA DE NEUQUEN. Ministerio de Salud Pública, Dirección de Comunicación Pública, Comunicado de prensa del viernes 7 de octubre de 2011.

⁴⁷² El 28 de julio de 1913 se inaugura la Asistencia Pública entre las calles Láinez y 12 de Septiembre. Esa es la fecha que luego se adopta para conmemorar el aniversario del hoy Hospital Provincial Neuquén Dr. Eduardo Castro Rendón. (Disponible: www.hospitalneuquen.org.ar. Consulta realizada marzo 2014)

⁴⁷³ Los profesionales de la salud nucleados en el Sindicato de Profesionales de la Salud Pública de Neuquén (SiProSaPuNe), actualmente están en conflicto con el gobierno provincial. El miércoles 21 de agosto del 2013 realizaron un paro de actividades con manifestación al que denominaron “El Tortazo”, en referencia a un nuevo aniversario del Plan de Salud de Neuquén. SiProSaPuNe también continúa con la medida conocida como “lapiceras caídas” por tiempo indeterminado, por la cual no firman ningún certificado ni planillas administrativas. Esto incluye la confección de certificados administrativos excepto nacimiento y defunción, plan Nacer, Si.Vi.La (Sistema de vigilancia laboratorial) y planillas de estadísticas y arancelamiento. Desde la agrupación sindical informan que la medida es totalmente legal y NO compromete la atención de los pacientes. (*Río Negro*, jueves 22 de agosto 2013). En el mes de abril del 2014 la misma medida es adoptada por los profesionales médicos del hospital Artémides Zatti de la ciudad de Viedma en la prov. de Río Negro. (*Noticias de la Costa*, “Comienza la retención de servicios en el Zatti”, 14 de abril 2014)

eficiente en otros tiempos⁴⁷⁴, que ha logrado conformar un espacio simbólico que integra el imaginario social que recorre la vida institucional provincial. En este sentido, el trabajo de Laura Bombello referido a la construcción de la memoria en Neuquén, expresa que la historia del movimiento de derechos humanos y su articulación con otros actores sociales durante la dictadura, tiene un peso muy fuerte en las dinámicas y discursos actuales ante diferentes conflictos de muy diversos tipos que van desde acontecimientos de resonancia nacional como la denominada pueblada de Cutral-Có en 1997 hasta hechos de neto corte localista⁴⁷⁵. Considera la autora que esta memoria, cuando aparece en las manifestaciones que tienen que ver con conflictos actuales, no sólo está reflejando lo que ocurrió ayer y qué relación tiene con lo que sucede hoy, sino que también está señalando la posibilidad de la memoria como acción política del presente. A partir de estos supuestos y con referencia a salud pública, las manifestaciones y protestas de hoy, con un claro anclaje en el pasado, permitir que la interpretación de ese pasado y el sentido de la memoria, se construyan junto a las luchas actuales. El emblemático Plan de Salud de Neuquén, distintivo y motivo de orgullo de proyección nacional, se constituye hoy en un “lugar de la memoria”, reducto donde encontramos los signos visibles de lo que fue⁴⁷⁶. En la construcción del “nosotros” local, aparecen nuevos sectores constructores de identidades propias, como los trabajadores de salud de Neuquén. Esta situación es exclusiva de la provincia y no se repite en ninguna de las otras dos que nos hemos ocupado en esta tesis.

En este capítulo dedicado a Neuquén, se dio especial importancia a los procesos político-institucionales de 1960 en adelante, a diferencia de lo tratado en los casos anteriores. En esa época, encontramos los elementos necesarios y complementarios, para continuar el esquema de desarrollo adoptado, que intenta explicar el proceso de construcción del subsector de salud pública. Lo enunciativo de los primeros momentos de la provincialización, encuentra en ese momento, su anclaje en la voluntad política de un elenco dirigencial, que desde el Estado, actúa como fuerza traccionadora apelando a los

⁴⁷⁴ En párrafos posteriores se hará nuevamente referencia al plan de salud neuquino pero en función de la bibliografía existente a la fecha, en donde es posible encontrar nuevas miradas sobre el mismo.

⁴⁷⁵ Laura Bombello, “Neuquén es memoria y memoria es Neuquén”, *Revista de Historia nro. 9*, Facultad de Humanidades. Universidad Nacional del Comahue, Neuquén. 2001, pp.115-117. Disponible en: <http://bibliocentral.uncoma.edu.ar/revele/index.php/historia/index>

⁴⁷⁶ Cfr. Laura Bombello, “Neuquén es memoria y memoria es Neuquén...”, op. cit. pp.115-117.

lineamientos discursivos constitucionales de 1957. Esto constituye un elemento diferenciador, con respecto a los procesos que se desarrollaron en las otras provincias.

Afirma Orietta Favaro, que Neuquén es un espacio dentro de una región, con particularidades geográficas y demográficas. Lo que caracteriza a Neuquén y al mismo tiempo, lo diferencia de las provincias de Río Negro y Chubut, va a ser el fuerte carácter interventor, planificador y benefactor del Estado⁴⁷⁷, que fue articulando durante décadas a su sociedad regional, entre otros factores, por la aparición del Consejo de Planificación para el Desarrollo Económico (COPADE) durante los años 60⁴⁷⁸.

En relación a la Salud Pública, la etapa preformativa en Neuquén la constituye al igual que en Río Negro y Chubut, el sistema de atención sanitaria nacional y como característica propia, la continuidad de la gestión de los funcionarios nacionales de salud de la gestión de Ramón Carrillo, durante el período posrevolucionario. En la gestión de Ricardo Hermelo, último Interventor Federal de la Revolución Libertadora y su Ministro de Asuntos Sociales el Dr. Luis V. Ramón, se crearon organismos específicos de salud, lo cual lo incluimos como complemento de la etapa preformativa. El momento formativo, con sus segmentos, enunciativo y de materialización, lo ubicamos en el mandato constitucional, y la llegada al gobierno, del Movimiento Popular Neuquino (MPN)⁴⁷⁹. En este caso, la

⁴⁷⁷ Orietta Favaro, “La reconciliación de la historia con la política. Aportes teóricos y metodológicos en la historia política neuquina”, en: Orietta Favaro (editora), *Neuquén. La construcción de un orden estatal*, Neuquén, Centro de estudios históricos de Estado, política y cultura (CEHEPYC), Universidad Nacional del Comahue, 1990, p.23.

⁴⁷⁸ El 23 de septiembre de 1963 la Legislatura provincial aprobó la ley 386 por la cual se creaba el COPADE que llegaría a tener una importante trayectoria en el ámbito de la planificación en el país. Entre sus funciones se especificaba que debía entender en la realización de análisis y diagnósticos sectoriales y territoriales de la Provincia; asesorar en materia de políticas y estrategias para el desarrollo y elaborar planes y programas provinciales con ese fin. La idea de esta realización se expresó por primera vez en la reunión de gabinete celebrada el 1 de marzo de 1964, cuando el recién asumido gobernador Felipe Sapag informaba de su propuesta de crear el COPADE. El fundamento expresaba que el ejercicio de la función pública exige conocimientos técnicos, administrativos y de planificación que generalmente superan la capacidad de los gobernantes y por lo tanto es importante contar con un asesoramiento técnico multidisciplinario para afrontar los acuciantes problemas de la provincia. (Cfr. Graciela Blanco; María Beatriz Gentile y Juan Quintar, *Neuquén. 40 años de vida institucional. 1958-1998...*, op.cit. p. 31).

⁴⁷⁹ El Movimiento Popular Neuquino (MPN) ha ejercido el gobierno durante todas las etapas democráticas desde su creación y ha tenido una decisiva influencia directa o indirecta, durante las dictaduras militares. El origen de esta agrupación política provincial se encuentra en la proscripción del peronismo en los años de la presidencia de Frondizi, situación aprovechada por un grupo liderado por la familia de inmigrantes de apellido Sapag para fundar su movimiento en 1961 y ganar los comicios provinciales en 1962, asumiendo así el reemplazo provisorio del partido de Perón, que con el tiempo se haría definitivo. En Neuquén no existen antiguas oligarquias como en otras provincias argentinas. Vicente Palermo observa que los sectores dominantes, tanto de la economía como dentro de la estructura del propio partido provincial, “constituyen una burguesía comercial sin tradición”, cuyo impulso significativo para su expansión provino de su carácter de

concreción del subsector de salud pública, coincide con la implementación de un plan, que exterioriza la voluntad de construir una política de salud oficial.

Al igual que los territorios de Chubut y Rio Negro, la atención sanitaria en Neuquén de las primeras décadas del s. XX,

“se encuentra rezagado en materia de servicios, infraestructura y personal sanitario. Reproduciendo el esquema macrocefálico nacional, el grueso de recursos estaba concentrado en el vértice oriental, lo cual generaba desigualdades muy marcadas en cuanto a las posibilidades de acceso a los servicios de salud”⁴⁸⁰

El peronismo y la democratización del bienestar impactaron tibiamente en este “esquelético sistema de salud”⁴⁸¹. Los cambios se producen por el accionar de gremios, como el ferroviario, que a través de la obra de La Fraternidad, aportan infraestructura y personal sanitario competente a la región. Estas acciones que pueden ser calificadas como avances teniendo en cuenta la situación territoriana anterior a la llegada del peronismo, no significó que se concretara un sistema de salud paralelo a la atención sanitaria ofrecida por el Estado Nacional. En Chubut, ya para 1946, el desarrollo de la atención privada se constituyó en un sector importante de las prestaciones médicas.

Para las primeras décadas del siglo XX, los médicos de Neuquén estaban afectados a las unidades militares, lo cual dificultaba la atención de la población general. Un comentario de la prensa de la época expresa lo siguiente:

“Hablar de Salud Pública y de Asistencia Social en el interior del territorio, sería exhibir una página en blanco (...) un territorio que cuenta con más de 80.000 habitantes, no tiene un sólo establecimiento sanitario que pueda llamarse siquiera pequeño hospital. En ninguna parte del interior existe un establecimiento sanitario que tenga la necesaria importancia que requiere la asistencia médica de los vecindarios”⁴⁸²

proveedora del ejército, “mediante un acceso asegurado a las licitaciones, componente predominante de la demanda local en regiones de población escasa y pobre”. En las elecciones de 1962, el MPN desarrolló su estrategia electoral enarbolando la bandera del federalismo para reivindicar los derechos del Estado provincial frente a la esfera central. La creación de un partido local de base peronista, la división del radicalismo a nivel nacional, junto al perfil carismático de sus candidatos, provenientes de una exitosa trayectoria comercial, fueron elementos que indudablemente incidieron en el triunfo del partido de los Sapag. El golpe militar de 1966 derrocó a este gobierno, aunque Felipe Sapag fue designado nuevamente gobernador por la propia “Revolución Argentina” en marzo de 1970, en momentos en que el alto grado de conflictividad social creaba el ambiente para la puesta en práctica de la teoría de los “gobernadores naturales”. (Cfr. Adriana Giuliani y Nora Díaz, *Petróleo y economía neuquina*, Neuquén, EDUCO, Universidad Nacional del Comahue, 2008, pp. 97-98). Sobre el MPN, la familia Sapag y el poder político en Neuquén ver los trabajos de Orietta Favaro, Alicia González, María Carolina Scuri, Graciela Iuorno, Gabriel Rafart, Lisandro Gallucci, Demetrio Taranda y Enrique Masses, entre otros.

⁴⁸⁰ Demetrio Taranda y otros, *Silencio Hospital...*, op.cit. p. 29.

⁴⁸¹ *Ibidem*, p. 31.

⁴⁸² *Ibidem*, p. 30.

La ausencia de lugares de atención de salud en los alejados territorios nacionales es recogido por María Silvia Di Liscia en el siguiente testimonio:

“En 1905, luego de recorrer durante dos meses las ventosas estepas patagónicas, de atravesar caudalosos ríos y bosques de belleza impenetrable a lomo de mula, por caminos pedregosos y difíciles, el médico Eugenio Ramírez, funcionario del Departamento Nacional de Higiene, aseguraba con ironía: “No hay enfermedades propias en esa región, si es que el adelanto actual de la ciencia no puede considerarse enfermedad el atraso intelectual, el abandono de las comodidades de la vida, la miseria económica de los pobladores [de la] áspera e ingrata región del Neuquén”⁴⁸³.

Recién a partir de 1910 se toman las primeras medidas que incluyen políticas sanitarias nacionales para estas áreas marginales, siendo las expediciones científicas una de las formas elegidas por los estados occidentales para conocer y dominar los espacios que se encontraban fuera de su tradición. La mayoría de los informes coinciden respecto de la carencia de profesionales, y para el caso de Neuquén, menciona que existe un solo médico en el interior del Territorio. El informe subraya que estos espacios serían “puntos poco hospitalarios”, por lo cual se debería solventar aportes para generar más médicos de gobernación.⁴⁸⁴

La llegada al territorio en 1926 del Dr. Eduardo Castro Rendón⁴⁸⁵ constituyó un punto de inflexión en la historia de la salud en Neuquén, ya que es quien gestiona y luego se hace cargo del primer establecimiento sanitario oficial, la Asistencia Pública. Su accionar se complementará con el arribo de otros médicos, como los doctores Francisco Benedetti y Luis Ramón, quienes a partir de las décadas del '30 y '40, serán los únicos facultativos en la ciudad que hegemonizan la atención sanitaria en sus consultorios y en el hospital local⁴⁸⁶. Años más tarde el Dr. Luis Ramón, se desempeñará como Ministro de Asuntos Sociales de Ricardo Hermelo, último interventor federal antes de la puesta en marcha de la nueva provincia de Neuquén, y posteriormente el Dr. Eduardo Castro Rendón será el Ministro de Asuntos Sociales del primer gobernador constitucional, Angel Edelman.

⁴⁸³ María Silvia Di Liscia, “Imaginario y derroteros de la salud...”, op. cit. pp. 49-69.

⁴⁸⁴ *Ibidem*.

⁴⁸⁵ El Dr. Eduardo Castro Rendón llega a la ciudad de Neuquén cuatro años después de haberse recibido de médico en la Universidad de Buenos Aires en 1922. Trabajó en los hospitales Rivadavia, Ramos Mejía y en el Instituto Malbrán. Llegó a Neuquén en 1926 designado como director de Asistencia Pública Sanitaria. Fue el primer director del Hospital Neuquén. Entre 1945 y 1957 se radicó en Bahía Blanca donde ocupó un cargo en el departamento de Salud Pública. Posteriormente es nombrado Ministro de Asuntos Sociales del primer gobernador constitucional Angel Edelman.

⁴⁸⁶ *La Mañana de Neuquén*, 26 de agosto del 2013. (Disponible en : http://w1.lmneuquen.com.ar/07-11-29/n_pioneros)

Durante la gestión del Dr. Ramón Carrillo son creados en el territorio neuquino entre los años 1946 y 1953, 23 establecimientos de atención de salud con una dotación de 444 camas⁴⁸⁷. Se pueden destacar las inversiones en el Hospital de Chos Malal y en el Centro Materno-Infantil de Zapala en el año 1946. Mientras que para 1948 se consignan inversiones para los hospitales de Loncopué, Buta Ranquil, Cutral-Có, Picún Leufú y Colonia Centenario⁴⁸⁸. Dentro del esquema sanitario que llevó adelante el Ministerio de Salud de la Nación, se instaló la Delegación Sanitaria Federal con funciones técnico-administrativas a cargo del Dr. Luis V. Ramón. La categoría de Hospital Regional se reprodujo en el interior provincial en la ciudad de Zapala y se abrieron postas sanitarias en Chos Malal y Piedra del Aguila, entre otros lugares, donde ejercían médicos extranjeros autorizados a trabajar hasta tanto llegaran al lugar facultativos con título nacional⁴⁸⁹.

7.2. El sector médico organizado

Los primeros médicos que llegaron al territorio fueron destinados a los asentamientos militares y lo hicieron a partir de 1904, habilitándose la Asistencia Pública a partir de la década siguiente. Los médicos que integraron el subsector privado practicaron su profesión en sus propios consultorios y en visitas domiciliarias. A principios de la década del 50 se fundó el Sanatorio y Maternidad Neuquén. Posteriormente, en 1962 inició sus actividades el Policlínico Neuquén, producto de la fusión entre el sanatorio mencionado y la Clínica Regional⁴⁹⁰.

El final de la década de los cincuenta y comienzo de los sesenta, tuvieron una importancia fundamental en el funcionamiento del mercado de la salud:

“Los médicos que en la actualidad detentan mayor poder económico y mejores vinculaciones con los niveles de decisión sanitaria se afincaron en esta zona en esa época. Los establecimientos sanatoriales más importantes de la provincia, y que están localizados en la capital, comenzaron a funcionar en ese periodo. Las farmacias

⁴⁸⁷ Hugo Arcc, *El sistema de salud...*, op. cit. p. 132.

⁴⁸⁸ *Ibidem*, pp. 142-143.

⁴⁸⁹ En Chos Malal ejercía su profesión el Dr. Pedro Gallo, italiano, quién revalidó su título en Mendoza y se radicó posteriormente en Neuquén capital. En Piedra del Aguila hacia lo propio el Dr. Rodríguez Sagrade, español de nacimiento. (Entrevista al Dr. Roberto Chevalier en la revista *OSDE BINARIO* edición 2009 dedicada a las Jornadas “Pasado, presente y futuro de la salud en Neuquén” con motivo de los cien años de la asistencia pública en esa provincia).

⁴⁹⁰ Jorge Gorosito y Horacio Heller, “El sector salud en la provincia de Neuquén” en: Jorge Katz y colaboradores, *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1993, p. 83.

llamadas “tradicional”, y que son a su vez las de mayor capacidad económica ya estaban funcionando por entonces o comenzaron a hacerlo en esos años”⁴⁹¹.

En el mes enero del año 1957 se creó el Colegio Médico de Neuquén a partir de una reunión de los profesionales Claudio Roviglio, Emilio Zingoni, Juan Carlos Urróz, Roberto Vitale, David Abraham, Aldo Roviglio, Raúl Parodi, Roberto Chevalier, Juan Manuel Castro, Victor Peláez, Andrés Linares y Jorge Gervasoni⁴⁹². Quedó constituida la asociación civil que tendrá como nombre, Colegio Médico de Neuquén, y algunos de sus propósitos enunciados en el art. 2º, refieren a asegurar el correcto ejercicio de la profesión de médico, incrementando su prestigio mediante el desempeño eficiente de los colegiados en resguardo de la salud de la población. Asimismo, estimulaba la armonía solidaria profesional, promovía la defensa y protección del ejercicio de la profesión por sus asociados en todo sus aspectos, procurando que las condiciones de trabajo como las remuneraciones, correspondan a la dignidad y decoro propias de la calidad de profesión universitaria. Se propusieron además, concertar convenios con entidades públicas y/o privadas relacionadas con la salud, para ampliar el ámbito de trabajo de los asociados y velar por el fiel cumplimiento de las normas de ética profesional y evitar el ejercicio ilegal de la profesión. Posteriormente el colegio, comenzó a acercarse a distintas instituciones afines, siendo invitado por COMRA, entidad de la que el colegio se había desvinculado al escindirse de la Federación Médica de Neuquén (FeMeNeu), en la década del ochenta⁴⁹³. A finales de esa década, el personal médico del subsector oficial a través de la Asociación de Profesionales del Hospital Provincial Neuquén, estimuló la integración de sus integrantes a la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE). Al mismo tiempo, otra organización ocupó espacios de representación y opinión en el sector salud, la Sociedad de Medicina Rural fundada en 1979, que agrupó a profesionales y no profesionales vinculados a la medicina general y a la atención primaria de la salud⁴⁹⁴. A esto se debe sumar la

⁴⁹¹ Jorge Gorosito y Horacio Heller, “El sector salud en la provincia de Neuquén”..., op. cit. 90.

⁴⁹² Posteriormente en diciembre de 1962, por Decreto n° 3 de la Intervención Federal, se otorga la personería jurídica de acuerdo a lo solicitado por la asociación médica mediante el Expte. N° 10.391/62-folio 155.

⁴⁹³ Colegio Médico de Neuquén, Memoria del ejercicio n° 48, 1/12/2010-30/11/2011.

⁴⁹⁴ Jorge Gorosito y Horacio Heller, “El sector salud en la provincia de Neuquén”..., op. cit. 79. El plan de salud neuquino implementado en la década del '70 creó la residencia de Medicina Rural, con sede en el hospital Castro Rendón. El objetivo del programa era formar profesionales capaces de desempeñarse idóneamente en los pequeños hospitales rurales del interior de la provincia. Con los cambios de costumbres y necesidades, la residencia cambió su denominación a residencia de Medicina General o Familiar. Su sede pasó en 1989 al hospital Bouquet Roldán y al de Zapala. En la actualidad esta residencia posee cuatro sedes

organización de los profesionales en colegios médicos en localidades como Cutral Có-Plaza Huinul, Zapala y San Martín de los Andes.

7.3. Acciones en el área sanitaria durante la última intervención federal y el primer gobierno constitucional

Una vez triunfante la Revolución Libertadora, es removido del cargo de gobernador el Dr. Pedro Luis Quarta⁴⁹⁵. Durante el mes de septiembre se sucedieron varios gobernadores provisionales en el territorio de Neuquén, El 20 de septiembre de 1955, se designó como Gobernador Provisional, al Coronel Lais Gabriel Gómez Forgues⁴⁹⁶, posteriormente, el día 23 del mismo mes, asume el Tte. Cnel. Miguel Adrover⁴⁹⁷, quién el día 28, es reemplazado por el Gral. de Brigada Lindolfo Meza⁴⁹⁸. El último interventor federal será Ricardo Hermelo, quién concluirá con todo el proceso de provincialización del territorio de Neuquén⁴⁹⁹.

El gobierno nacional de la Revolución Libertadora asumió la realización de obras básicas de infraestructura en las provincias a partir del Plan Analítico de Trabajos Públicos ya citado. Le corresponde al Interventor Ricardo Hermelo recibir la transferencia de recursos para la provincia de Neuquén. Por medio del Decreto n° 6329 del 12 de junio de

en los hospitales Heller y de las localidades de Zapala, Chos Malal, San Martín de los Andes. (Entrevista al Dr. Néstor Gerez, *La Mañana de Neuquén*, 5 julio 2013)

⁴⁹⁵ El Dr. Pedro Luis Quarta, quien se desempeñó como Gobernador en el período 1952-1954, fue también un profesional de vasta actuación en los aspectos culturales y educativos de la ciudad de Neuquén. Al acercarse el cincuentenario de la fundación de la ciudad capital, vio la necesidad de contar con una Comisión que se abocara a relevar los aspectos de la historia de la misma, siempre se mostró interesado por el desarrollo de la Educación y la Cultura. Ante el importante acontecimiento que se avecinaba, atendiendo los requerimientos de algunos estudiosos de diferentes aspectos de la Historia Neuquina, por Resolución provincial 391 del 14 de marzo de 1953 creó la Junta de Estudios Históricos del Neuquén, dicha norma legal está refrendada por el Dr. Pedro Luis Quarta y el Secretario de la Gobernación Dr. Claudio Juan Robiglio. (Cfr. <http://neuquen-historia.blogspot.com.ar>). Producido el golpe de Estado de 1955, fue detenido por las autoridades de la autodenominada "Revolución Libertadora" junto a otros ex gobernadores como Felipe Gallardo y Deolindo Bittel (vice gobernador) del Chaco, Salvador Ananía ex gobernador de La Pampa y Emilio Belenguer de Río Negro, entre otros. (Martha Ruffini, "La Revolución Libertadora en el sur argentino. Persecución política y antiperonismo en Río Negro", en *e-I@tina. Revista electrónica de estudios latinoamericanos* [en línea], Vol. 11, n° 41, Buenos Aires, octubre-diciembre de 2012, pp. 37-58. Disponible en: <http://iealc.sociales.uba.ar/publicaciones/elatina>>)

⁴⁹⁶ Decreto Provincial n° 1/55.

⁴⁹⁷ Decreto Provincial n° 9/55.

⁴⁹⁸ Decreto Provincial n° 30/55.

⁴⁹⁹ El comisionado nacional, Capitán de Navío (R) Ricardo Hermelo, transfirió la gobernación a Angel Edelman y Alfredo Asmar. Había sido nombrado como cuarto interventor de la provincia por el presidente provisional de la Nación, Eduardo Lonardi, mediante decreto nacional N° 238 del 3 de octubre de 1955, asumiendo el cargo por decreto provincial N° 74 el 5 de octubre de 1955. (Disponible en: <http://minutoneuquen.com>)

1957 del Poder Ejecutivo Nacional, se aprueba el Plan Analítico de Trabajos Públicos correspondiente al año en curso formulado para la provincia de Neuquén, por la suma de 9.200.000 pesos moneda nacional⁵⁰⁰.

Del total asignado se destinaron para el rubro Salud Pública-Centros Sanitarios, la suma de 3.370.000 de pesos moneda nacional, de los cuales alrededor del 45 %, 1.520.197 se utilizaron para obras en Neuquén capital y el resto para trabajos en distintos lugares de la provincia⁵⁰¹. A esto se sumó, para el rubro Salud Pública-Vivienda, la asignación de una partida de 201.749 pesos moneda nacional, destinada a la construcción de vivienda para médico en Hospital Rural de la localidad de Picún Leufú. Asimismo, posteriormente se distribuyó el Fondo de Restablecimiento Económico Nacional consistente en 600 millones de pesos moneda nacional destinado a obras públicas entre las diferentes provincias argentinas⁵⁰².

Neuquén se incorporó en agosto de 1957, al plan de erradicación de la viruela que llevó adelante el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, quién declaró obligatoria la vacunación y revacunación antivariólica en todo su territorio⁵⁰³.

Hacia fines de 1957 durante el gobierno del Comisionado Ricardo Hermelo, se creó la Dirección de Salud Pública, Asistencia y Previsión Social dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales⁵⁰⁴, que como ya se ha mencionado en párrafos anteriores, tiene como ministro al Dr. Luis V. Ramón. Asume en esa oportunidad como responsable de la Dirección recién creada el Dr. Roberto Chevalier. Este organismo proyectó la reglamentación correspondiente al organismo, y posteriormente creó, la Escuela de

⁵⁰⁰ Decretos nos. 642/57 y 1616/57.

⁵⁰¹ Las obras incluyen la ampliación del Centro Materno Infantil en Neuquén capital, para lo cual se destinaron 300.197 pesos moneda nacional. La habilitación del Centro Materno Infantil Neuquén capital con 260.000 pesos moneda nacional. La construcción de un pabellón para enfermos infecciosos y servicios auxiliares en Neuquén capital con 960.00 pesos moneda nacional. Construcción de un pabellón de 20 camas para Centro Sanitario en Zapala con 798.060 pesos moneda nacional. Construcción de un pabellón con 10 camas para Centro Sanitario en la localidad de Cutral C6 con 451.266 pesos moneda nacional. Construcción de la Estación Sanitaria en la localidad de Chos Malal con 749.449 pesos moneda nacional. Construcción Hospital Rural para 30 camas en la localidad de Jun6n de los Andes con 2.700.551 pesos moneda nacional. Construcción Puesto Sanitario para 10 camas en localidad de Alumin6 con 500.948 pesos moneda nacional. Construcción Puesto Sanitario para 10 camas en localidad de Loncopu6 con 399.052 pesos moneda nacional.

⁵⁰² Decreto n° 6814 del Poder Ejecutivo Nacional del 18 de junio de 1957. Para R6o Negro le corresponden: 20.403.280,94; a Chubut le corresponden 21.621.326,06 y a Neuqu6n 20.839.371,17.

⁵⁰³ Decreto n° 1409 del 1° de agosto de 1957 del Comisionado Federal de la provincia de Neuqu6n.

⁵⁰⁴ Decreto n° 1678 del 4 de diciembre de 1957 del Comisionado Federal de la provincia de Neuqu6n.

Auxiliares Técnicos de la Medicina⁵⁰⁵. Estas medidas, complementarias entre sí, buscaron conformar el subsector de salud pública provincial, encauzando la acción del Estado, estableciendo y desarrollando los servicios sanitarios preventivos y curativos, tal cual como se expresa en el art. 2º de la reglamentación de la Dirección de Salud Pública, Asistencia y Previsión Social⁵⁰⁶. Esta gestión puso en marcha un plan de prevención de las diarreas estivales, se equipó y se inauguró el Centro Materno Infantil en la capital, y colaboró con la Dirección de Lucha antituberculosa de la Nación, en un plan de tratamiento inmediato en ocasión de los casos detectados en el examen médico de incorporación al servicio militar obligatorio. La carencia de enfermeros provocó la mencionada creación de la escuela de enfermería⁵⁰⁷.

7.4. La Convención Constituyente de 1957 y el mandato constitucional en salud pública

El llamado a elecciones en 1957 para la Convención Constituyente movilizó todo el arco político neuquino. Meses antes, entre octubre y noviembre de 1956, se realizaron actos, conferencias, convenciones y congresos en la región de la patagonia norte, con la participación de referentes nacionales como Arturo Frondizi por el MIR, Horacio Teddy por el Partido Demócrata Progresista y Alicia Moreau de Justo, por ese entonces directora de *La Vanguardia*, quién realizó la apertura del “Congreso Constitutivo de la Federación Socialista de Río Negro y Neuquén”.⁵⁰⁸

La constitución provincial de Neuquén se sancionó el 30 de noviembre de 1957⁵⁰⁹ y de esta manera, permitió que el primer gobierno provincial iniciara su actividad regido por una norma caracterizada por el constitucionalismo social, en donde se incluyó la

⁵⁰⁵ Decreto n° 1896 del 12 de marzo de 1958 del Comisionado Federal de la provincia de Neuquén.

⁵⁰⁶ Decreto n° 1986 del 16 de abril de 1958 del Comisionado Federal de la provincia de Neuquén.

⁵⁰⁷ Entrevista al Dr. Roberto Chevalier en la revista *OSDE BINARIO* edición 2009 dedicada a las Jornadas “Pasado, presente y futuro de la salud en Neuquén” con motivo de los cien años de la asistencia pública en esa provincia.

⁵⁰⁸ Graciela Luorno, “Proceso de provincialización en la Norpatagonia. Una historia comparada de intereses y conflictos”, en: Graciela Luorno y Edda Crespo (coordinadoras), *Nuevos espacios. Nuevos problemas. Los Territorios Nacionales*, Neuquén, Educo, 2008, pp. 512-513.

⁵⁰⁹ La constitución de Chubut se jura el 26 de noviembre, mientras que la de Río Negro se promulga el 10 de diciembre de 1957.

declaración de derechos sociales y económicos que abarcaron el ámbito de la educación, la cultura, la familia, el trabajo, la propiedad y la economía, entre otros muchos temas⁵¹⁰.

La elección de los convencionales constituyentes muestra que en el caso de Río Negro predominan los abogados, la mayoría de ellos pertenecientes a la región del Alto Valle, mientras que para el caso de Neuquén son mayoría los comerciantes y ganaderos, y luego en menor número se observan a maestros, periodistas y empleados vinculados al ferrocarril y a la empresa YPF. Solamente dos mujeres integran estas convenciones, Nelly de Neumeier de la ciudad de San Carlos de Bariloche en Río Negro y María Dolores Goy de la ciudad de San Martín de los Andes, en Neuquén⁵¹¹.

Las elecciones fueron ganadas por la UCRI y en segundo lugar se ubicó la UCRP, en comicios, en donde también obtuvieron convencionales por la minoría, los partidos Demócrata Progresista, Democracia Cristiana, Demócrata, Socialista y Comunista⁵¹². (Ver Anexo. Cuadro n° 7: Convencionales Constituyentes de Neuquén. 1957)

Fue elegido por su edad como presidente de la convención el señor Angel Edelman, quién luego fue el primer gobernador constitucional de Neuquén. En su discurso inaugural manifestó la anterior situación de dependencia del territorio,

“Sres. Convencionales: no es sino con gran emoción, que asumo este sitio, aunque sea transitoriamente. Por muchos años he soñado con participar en la construcción institucional de la Provincia del Neuquén, porque por muchos años nos hemos debatido en procura de la autonomía, para salir del triste papel de coloniaje rural que desempeñábamos antes”⁵¹³.

Enrique Mases y Mariano López Cuminao⁵¹⁴, indican que la prensa regional admite que dentro de las plataformas presentadas por los partidos políticos solo aparecen propuestas de tipo generales que mencionan tangencialmente los temas que son importantes

⁵¹⁰ Beatriz Carolina Chávez, “Neuquén desde el dictado de la ley de la provincialización hasta su organización constitucional (1955-1958), Neuquén, Junín de los Andes, *II° Congreso Regional de Historia*, agosto de 2001, p. 459.

⁵¹¹ Graciela Iuorno, “Proceso de provincialización en la Norpatagonia...”, op. cit. p.522.

⁵¹² La elección llevada a cabo el domingo 28 de julio de 1957 decidió que fueran electos como convencionales nacionales los ciudadanos Carlos Nicolás Tarantino y Virgilio Loyola por la Unión Cívica Radical Intransigente; y Eduardo Castro Rendón, por la Unión Cívica Radical del Pueblo.

⁵¹³ Estela Maris Asmar, “Primer gobierno constitucional del Neuquén y sus protagonistas”, Neuquén, Junín de los Andes, *II° Congreso Regional de Historia*, agosto de 2001, p. 495.

⁵¹⁴ Enrique Mases y Mariano López Cuminao, “La luz de un fósforo fue. Auge y decadencia de la Unión Cívica Radical Intransigente Neuquina (1957-1962), en: Francisco Camino Vela, Francisco (compilador), *El mundo de la política en la Patagonia norte*, Neuquén, EDUCO, Universidad Nacional del Comahue, 2012, p. 96.

para la sociedad de Neuquén, como por ejemplo, el petróleo. En el mismo sentido, Graciela Iuorno afirma que,

“la ausencia de la difusión y el debate público de un conjunto de ideas-fuerza para la elaboración de la constitución, condujo a que el voto de la ciudadanía se tradujera en un problema de opción partidaria”⁵¹⁵

La consecuencia fue que ninguno de los partidos políticos

“logra apropiarse y resignificar los modos de interacción política que el peronismo había logrado desarrollar en estas regiones, y que habían hecho del Poder Ejecutivo Nacional el único interlocutor válido”⁵¹⁶

Las ideas formuladas en relación a la salud en la constitución de 1957, se interpretan como el punto de partida del sistema de salud posterior y, de alguna manera va a distinguir a Neuquén del resto de las provincias. Estos temas se consideran en la sesión del 27 de noviembre de 1958. La convencional del oficialismo María Dolores Goy informa sobre el despacho de mayoría en lo que refiere al capítulo de Salud Pública y Asistencia Social. El tratamiento del capítulo en la cámara no presentó ningún tipo de inconvenientes, ya que la minoría aceptó, salvo algunas modificaciones de forma plateadas por el convencional Diego Jacob del Partido Socialista, quién expresó,

“La brillante exposición de la señora miembro informante de la mayoría nos ahorra muchas palabras para sentar nuestro apoyo decidido al despacho que es motivo de consideración. Por lo tanto, para abreviar tiempo que es un factor tan importante en estos momentos para nosotros, solamente diré que en general y salvo esas disidencias de forma, apoyamos decididamente el despacho de la mayoría sobre Educación y Asistencia Social”⁵¹⁷.

La fundamentación de la convencional María Dolores Goy, giró en torno a la obligatoriedad del Estado y la importancia que tiene la atención y el estado de salud general de la población.

“Creemos necesario destacar que la inclusión de este capítulo en nuestra Constitución Provincial es fundamental en cuanto a su avance social. La importancia enorme que representa el cuidado, el estado de salubridad de los habitantes, debe ser la máxima e inmediata atención ya que la salud, por humanidad primero y como capital social después, es la mejor reserva que podemos anhelar para nuestros semejantes”⁵¹⁸

⁵¹⁵ Graciela Iuorno, “Proceso de provincialización en la Norpatagonia...”, op. cit. p.513.

⁵¹⁶ Enrique Mases y Mariano López Cuminao, “La luz de un fósforo fue. Auge y decadencia ...”, op. cit. p. 97.

⁵¹⁷ PROVINCIA DE NEUQUEN, Honorable Convención Constituyente, Diario de Sesiones, Tomo Unico, 1957, p. 323.

⁵¹⁸ *Ibidem*

Las cuestiones referidas a la salud pública fueron plasmadas en el Capítulo II “Asistencia Social”, que contiene nueve artículos, del 287 al 294. En el primero de ellos se dejó claramente expresado que es obligación ineludible de la provincia velar por la salud y la higiene públicas, especialmente en lo que se refiere a la prevención de enfermedades, poniendo a disposición de los habitantes servicios gratuitos y obligatorios en defensa de la salud, por lo que esta significa como capital social. Inmediatamente en el artículo siguiente la provincia reconoció, que el mejoramiento de las condiciones sanitarias de la población, está condicionado a las premisas siguientes: creación de fuentes de trabajo en todo el territorio de la provincia, medicina preventiva, medicina asistencial adecuada, efectivos servicios de asistencia social, condiciones de salubridad en el trabajo e implantación de un amplio régimen de amparo social.

La constitución de Neuquén reconoce expresamente, que,

“La provincia asegurará por medio de una legislación orgánica la defensa y protección de la maternidad y la niñez, mediante la asistencia a la madre antes, durante y después del parto y del niño en su vida y salud en los períodos de primera infancia preescolar, escolar y adolescencia, y la creación de establecimientos adecuados a tal fin”⁵¹⁹.

La constitución de la provincia de Río Negro expresa que

“La provincia promoverá un régimen de seguridad social integral que comprenda a toda la población y que contemple las consecuencias económicas y sociales de la desocupación, nacimiento, enfermedad, desamparo, invalidez, vejez o muerte; fomentará las instituciones de solidaridad social, los establecimientos de ahorro y las cooperativas, protegerá esencialmente a la familia y se obliga, de acuerdo con sus recursos, a promover la construcción de viviendas mínimas e higiénicas indispensables para su existencia digna”⁵²⁰.

En la constitución de la provincia de Chubut no hay mención específica a la maternidad ni a la familia y se generaliza expresando que

“La provincia asegura a todos sus habitantes el derecho de ser protegidos en su salud. La legislatura deberá promover, organizar, fiscalizar y coordinar la defensa de la salud individual y colectiva y la asistencia social. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud y de asistirse en caso de enfermedad”⁵²¹.

⁵¹⁹ Art. 294 de la Constitución de la provincia de Neuquén.

⁵²⁰ Art. 25 de la Constitución de la provincia de Río Negro.

⁵²¹ Art. 52 de la Constitución de la provincia de Chubut.

Tanto Río Negro como Neuquén tienen una mirada mucho más eugenésica de la protección sanitaria del conjunto social, de acuerdo a las discusiones de la época, donde se contrastaban corrientes de opinión que venían desde la gestión Carrillo, y que,

“oficialistas y opositores, no obstante los acuerdos y divergencias, estaban conscientes en aceptar las premisas eugenésicas que se pretendía rigieran la vida sexual de la población”⁵²².

Asimismo en la constitución de Neuquén se explicita lo anterior⁵²³ en una forma que no encuentra réplica en ninguna de las constituciones de Río Negro y Chubut:

“El Consejo Provincial de Sanidad dará preferente atención a los lugares alejados carentes de recursos y, a la prevención y profilaxis de las enfermedades infecto-contagiosas, la represión del alcoholismo, las toxicomanías, las endemias y epidemias periódicas de origen animal, la desnutrición, falta de higiene, promiscuidad y enfermedad venéreas. Para el cumplimiento de tales fines podrá solicitar las órdenes de allanamiento necesarias”.

Esta referencia marca otro punto a considerar entre las constituciones provinciales. Neuquén en ese sentido adopta una posición diferenciadora en lo que hace a la atención de los conjuntos sociales. En ese enunciado se presenta un esquema de acción directa, donde el Estado podrá apelar a todas las herramientas necesarias, y se pueden visualizar algunos de los elementos que luego durante la década de los setenta, le darán el éxito buscado al Plan de Salud de Neuquén.

En el discurso de la presentación de asunción del primer gobierno en Chubut y como se ha mencionado en el ítem correspondiente a esa provincia, el gobernador Jorge José Galina, anuncia la necesidad de reestructurar la ley de Salud Pública Nacional, delimitando las funciones de la Provincia y la Nación, reservando para ésta los problemas infectocontagiosos epidémicos y al Gobierno local los servicios asistenciales⁵²⁴. Por el contrario, la provincia de Neuquén, en tanto, asume como mandato constitucional la responsabilidad de la atención de tales problemas.

La cuestión geográfica sanitaria no será un cuestión menor en la concreción de los postulados neuquinos, porque no solamente se va a intentar cubrir el territorio, sino que

⁵²² Marisa Miranda, “Doxa, Eugenesia y derecho en la Argentina de posguerra...”, op. cit. p. 121. Véase además Federico Neiburg y Mariano Plotkin (compiladores), *Intelectuales y expertos. La constitución del conocimiento social en la Argentina*, Buenos Aires, Paidós, 2004 y Raúl García, *Micropolíticas del cuerpo. De la conquista de América a la última dictadura militar*, Buenos Aires, Biblos, 2000.

⁵²³ Art. 291 de la Constitución de la provincia de Neuquén.

⁵²⁴ PROVINCIA DEL CHUBUT, DIARIO DE SESIONES DE LA HONORABLE LEGISLATURA, Sesión del 1º de mayo de 1958, 2º reunión, Mensaje del S.E. el señor Gobernador de la provincia, p. 17

también se va a incursionar sobre el espacio cultural sanitario. En el primer y único informe de avance sobre, “Estado, sociedad y enfermedad: Neuquén 1943-1972”⁵²⁵, se hace un análisis sobre la demanda y la oferta de salud. En el caso de la demanda y para el período de la puesta en vigencia del Plan de Salud, se advierte la desigual distribución de la enfermedad entre diferentes sectores de una misma sociedad, los diversos registros culturales de la salud y la enfermedad y la existencia de distintos modelos terapéuticos que van desde la medicina terapéutica hasta la medicina popular. Para el caso de la oferta, la intención fue ofrecer un concepto más amplio que la simple oferta de bienes y servicios médicos, hospitalarios, farmacológicos y nutricionales, sino que es abordada como una oferta pública, una oferta cultural y una oferta espacial.

“En la experiencia de la provincia de Neuquén la medicina “científica” no habría logrado éxito sin incorporar las formas de comunicación de la cultura popular. No admite la terapéutica del curandero y la machi, pero utiliza sus figuras para estimular la demanda de la población”⁵²⁶.

⁵²⁵ PROVINCIA DE NEUQUEN, Ministerio de Salud Pública de la provincia de Neuquén, Departamento de Historia de la Universidad Nacional del Comahue, *Estado, sociedad, salud: Neuquén (1944-1972). Investigación histórica sobre el Plan de Salud Neuquino*, 1990, pp. 2-3. El trabajo mencionado está referido a un proyecto de investigación histórica sobre el Plan de Salud neuquino llevado adelante en su momento por el Departamento de Historia de la Universidad Nacional del Comahue y el Ministerio de Salud Pública de la provincia de Neuquén a partir de un convenio firmado por ambas instituciones en el mes de julio de 1989. El objetivo central del mismo era conocer la historia del Plan de Salud entre los años 1960-1980 aproximadamente. Para tal fin se consideró apropiado comenzar el abordaje de la investigación a partir de un marco exploratorio que permitiera una aproximación a los orígenes de la Salud Pública de Neuquén. El equipo de investigación estuvo integrado por el Prof. José César Villarroel por la Universidad Nacional del Comahue y la Lic. Ada Ester Morate representante del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Neuquén, ambos como Directores, a los cuales se agregaron como investigadores los nombrados más Mirta Kircher, Nérida Bonacorsi y Angel Cerutti. El Ministerio de Salud de la provincia de Neuquén estaba a cargo del Dr. Gustavo Vaca Narvaja. Se publicó un primer y único avance del trabajo en noviembre de 1990. Actualmente otro trabajo de investigación sobre salud pública en Neuquén se encuentra en plena fase de realización. Del mismo forman parte un grupo de profesionales del Hospital Castro Rendón e investigadores de la Universidad Nacional del Comahue. (Entrevista realizada por el autor al Dr. Miguel Pulita, Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Castro Rendón, agosto 2013)

⁵²⁶ PROVINCIA DE NEUQUEN, Ministerio de Salud Pública de la provincia de Neuquén, Departamento de Historia de la Universidad Nacional del Comahue, *Estado, sociedad, salud: Neuquén...*, op. cit. pp. 2-3. Véase además: Willie Arrué y Beatriz Kalinsky, *De la médica el terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la provincia del Neuquén*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1991. Willie Arrué y Beatriz Kalinsky, *Claves antropológicas de la salud. El conocimiento en una realidad intercultural*, Buenos Aires, Miño y Dávila Editores, 1996. Horacio Ricardo Sampayo y Luisina Fontenla, “Vivir sin médico: el caso del barrio El Mirador, Ñeño, provincia del Neuquén” en: Horacio Ricardo Sampayo (coordinador), *El acceso y la exclusión en el cuidado de la salud: una perspectiva antropológica. Análisis de las continuidades y rupturas en la forma de abordar la salud, la discriminación, la segregación y los prejuicios*, Neuquén, EDUCO, Universidad Nacional del Comahue, 2013. Angel Cerutti y Cecilia Gonzalez, “Educación y xenofobia en la Argentina. El caso del prejuicio antichileno en el territorio del Neuquén, Argentina”, en: Horacio Ricardo Sampayo (coordinador), *El acceso y la exclusión en el cuidado de la salud: una perspectiva antropológica. Análisis de las continuidades y rupturas en la forma de abordar la salud, la discriminación, la segregación y los prejuicios*, Neuquén, EDUCO, Universidad Nacional del Comahue, 2013.

Este abordaje nos posiciona dentro del marco teórico que propone la obra de Eduardo Menéndez, el cual afirma que

“si el sector salud quiere conocer y/o implementar el sistema de atención real que utilizan los sujetos y conjuntos sociales, debería identificar, describir y analizar las diferentes formas y saberes que los sujetos y conjuntos sociales manejan al respecto de la variedad de padeceres reales e imaginarios que reconocen como afectando su salud.(...) Esta aproximación implica detectar y construir los perfiles epidemiológicos y las estrategias de atención que desarrollan y utilizan los diferentes actores tradicionales, los curanderos alternativos y los diferentes grupos sociales “legos”, lo cual posibilitará observar las características de los diferentes perfiles utilizados así como las convergencias y divergencias”⁵²⁷

En el mismo trabajo se transcribe parte de la introducción del Plan de Salud de 1970, en donde se reconoce la dispersión espacial de la población y la falta de atención médica como un problema grave a abordar, y donde el Estado debe asumir la responsabilidad que le compete haciendo llegar la atención necesaria cubriendo todo el espacio sanitario territorial posible. La novedad operativa del plan, parte del abandono de la unidad hospitalaria centralizada para privilegiar un sistema de atención médica irradiada, donde las acciones sanitarias se acercan directamente al hogar familiar⁵²⁸. De esta manera, el enunciado “capital social”, que aparece en el articulado constitucional vinculado a la buena salud, y al concepto de gratuidad, permite establecer una diferencia con los enunciados constitucionales de las provincias de Chubut y Rio Negro.

En este punto es importante tener en cuenta que en la legislación internacional, la salud es reconocida como un derecho humano básico. Se puede citar al respecto la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, que en su art. 25 menciona que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial al alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. Asimismo puede mencionarse la Declaración Americana de los Derechos del Hombre de la Organización de los Estados Americanos (OEA) de 1948 que en su artículo XI° estipula que “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos

⁵²⁷ Eduardo Menéndez, *De sujetos, saberes y estructuras...*, op. cit. pp. 29-30

⁵²⁸ PROVINCIA DE NEUQUEN, Ministerio de Salud Pública de la provincia de Neuquén, Departamento de Historia de la Universidad Nacional del Comahue, *Estado, sociedad, salud: Neuquén...*, op. cit. p. 31.

constituidas en comisión ad-hoc, esta reunión avanzó en la construcción del subsector público provincial. Se caracterizó la situación hospitalaria y se propusieron medidas de extrema urgencia, manifestándose la voluntad política de encarar una organización hospitalaria integral²⁵⁷, dando inicio a un proceso que culminó en los meses subsiguientes con un diseño sectorial general.

Este primer paso, cuyas resoluciones fueron avaladas y formalizadas por el total de los municipios, fue seguido por el llamado de la Intervención a una denominada "Conferencia Provincial de Organización Hospitalaria". Como paso previo, el Ministerio de Asuntos Sociales se dirigió a los directores de los Hospitales regionales, Centros de Salud y Puestos Sanitarios nacionales para comunicarles que oportunamente serían transferidos a la órbita provincial, además de solicitarles información completa referente a su funcionamiento y necesidades de equipamiento, edilicias y financieras. Esto perseguía dos objetivos fundamentales. El primero de ellos estuvo destinado a prever la futura acción a desarrollar y organizar el aspecto asistencial dentro de los cauces de la nueva estructura hospitalaria, y el segundo, de carácter más político, se vinculó a satisfacer la inquietud de la población al respecto. La autoridad sanitaria se hizo eco de los reclamos manifestados por la prensa en lo que a la atención sanitaria se refiere, por lo que decidió realizar inspecciones en los establecimientos de salud y abordar en forma inmediata e integral, el problema dentro de los presupuestos sanitarios establecidos por la autoridad central²⁵⁸. Simultáneamente en el orden nacional, se desarrollaban reuniones con los representantes provinciales de salud, con el fin de poner en marcha, el proyecto de transferencia de los establecimientos asistenciales ubicados en todo el territorio del país. La provincia de Río Negro no asistió a las mismas, pero manifestó su voluntad política respecto al movimiento descentralizador en que se halla empeñado el superior gobierno de la Nación²⁵⁹.

La realización de la Conferencia Médica Provincial en San Carlos de Bariloche, por parte del Ministerio de Asuntos Sociales, fue la estrategia utilizada por la Intervención Federal para dar cumplimiento a lo establecido por el nivel nacional. En la misma participaron además de la Jefatura de la Delegación Sanitaria Federal, los jefes directos de los establecimientos asistenciales y las autoridades de los Colegios de Medicina

²⁵⁷ *Río Negro*, edición del 19 de julio de 1957, p. 2.

²⁵⁸ *La Nueva Era*, edición del sábado 20 de julio de 1957, p. 1.

²⁵⁹ *La Nueva Era*, edición del sábado 10 de agosto de 1957, p. 2.

Estado, los recursos se ponen a disposición, la planificación de las políticas públicas se transforma en una estrategia fundamental y se toman las primeras medidas que se agrupan en dos grandes líneas de acción: la programación única de actividades y el mejoramiento de los recursos, tanto físicos como humanos y el hecho de que los hospitales oficiales instalados en el territorio son todos de jurisdicción provincial, con la modalidad de atención a pacientes agudos en forma general⁵³⁰.

7.5. El gobierno de Angel Edelman y Alfredo Asmar. Hacia el discurso de Felipe Sapag

La elección a gobernador en la provincia de Neuquén arrojó un resultado que a futuro tendrá sus implicancias en el entramado político neuquino. Afirmaba el líder del Movimiento Popular Neuquino, Felipe Sapag, que en 1958, cuando llegó la orden de votar todos a Frondizi, en Neuquén esto no fue acatado y se votó en blanco. Los resultados electorales van a mostrar un triunfo de la UCRI con cerca del 40% de los votos, seguido del voto en blanco con alrededor del 27% y tercero la UCRP con el 17 %. En algunos lugares como Junín y San Martín de los Andes, los votos en blanco superaron a la UCRI. Este partido obtuvo la gobernación con la fórmula Edelman-Asmar, y además triunfó en los ocho municipios que participaron del proceso electoral⁵³¹.

Las nuevas autoridades provinciales continuaron en materia de salud pública, la misma línea iniciada por el último interventor federal, Ricardo Hermelo. Es nombrado Ministro de Asuntos Sociales el Dr. Eduardo Antenor Castro Rendón, quién a su vez mantiene en el cargo de Director de Salud Pública, Asistencia y Previsión Social, al Dr. Roberto Chevalier. En párrafos anteriores se menciona que el Dr. Chevalier había sido designado como Director de Salud Pública durante la gestión del Dr. Luis V. Ramón en la gestión del último interventor federal. Esta continuidad se mantendrá hasta la renuncia del gobernador Angel Edelman por serios problemas de salud en 1959, lo cual permitió que asuma el cargo vacante el vicegobernador Alfredo Asmar, quien desplazó del cargo de Ministro de Asuntos Sociales al Dr. Castro Rendón y fue designado en el mismo el sr.

⁵³⁰ Jorge Gorosito y Horacio Heller, "El sector salud en la provincia de Neuquén"... , op. cit. p.77.

⁵³¹ Enrique Mases y Mariano López Cuminao, "La luz de un fósforo fue. Auge y decadencia ... , op. cit. p. 101.

Nicasio Cavilla Sorondo⁵³². Esa circunstancia también alejó del cargo de Director de Salud Pública al Dr. Roberto Chevalier.

A partir de la asunción del primer gobierno provincial comienza a desarrollarse un diseño provincial de características propias que se consolida luego con la llegada al poder del MPN, manteniendo sus rasgos esenciales aún con las intervenciones federales producto de los gobiernos dictatoriales de las épocas siguientes. La gestión Endelman-Asmar derogó los compromisos asumidos por la Revolución Libertadora con relación a la cuestión de recursos energéticos al mismo tiempo, que asumió un fuerte discurso federalista y comenzó la construcción del andamiaje institucional. Para la época, la provincia con respecto al sector salud, sólo contaba con 24 médicos, 35 enfermeros, 3 odontólogos y un obstetra⁵³³. En ese momento, se creó la Caja de Previsión Social y la Caja de Obra Médico Asistencial antecesora del actual Instituto de Seguridad Social de Neuquén (ISSN)⁵³⁴.

El desarrollo del sistema de salud público de Neuquén está asociado de manera insoslayable a las políticas de salud públicas pergeñadas a partir de la aparición de Felipe Sapag y el Movimiento Popular Neuquino a partir de la década del 60. No obstante, es posible identificar un momento fundacional anterior, comprendido más en lo discursivo que en lo concreto y que se manifiesta a partir del mandato constitucional de 1957 y el primer gobierno electo. En ese sentido, Neuquén, a diferencia de Río Negro y Chubut, va a mantener y a profundizar la determinación de la impronta fundacional para el sector, es decir pudo materializar en corto tiempo, las intencionalidades puestas de manifiesto en su etapa de provincialización.

El constitucionalismo social que marca la época de la provincialización subyace en las nuevas constituciones de Río Negro, Chubut y Neuquén. Para este último caso, la

⁵³² Nicasio Cavilla Sorondo, nacido en Allen, prov. de Río Negro, fue Ministro de Asuntos Sociales del gobierno de Alfredo Asmar y formaba parte del grupo teatral Amancay, el primer grupo de teatro independiente. Durante su gestión impulsó la creación de la Escuela de Arte (Decreto 0487/60). Anteriormente había sido Secretario de la Cámara, designado en la Reunión número 4 del 27 de abril de 1958 hasta el 19 de junio de 1958 y después, cuando esta Cámara sanciona el primer reglamento, fue designado secretario legislativo en la Reunión número 18 del 19 de junio de 1958 hasta el 13 de agosto de 1959 donde después es nombrado ministro de Asuntos Sociales. (Intervención del Diputado Provincial Raúl Esteban Radonich (Frente Grande) cámara durante el XXXVI Periodo Legislativo, Reunión 13, 11º Sesión del 30 de agosto 2007 en ocasión de tratarse el 8vo. Tema del día "Concurso de escultura alegórica en homenaje a Nicasio Cavilla", declarado de interés del Poder Legislativo, Expte. P-021/07-Preoyecto 5741. Se sanciona como Declaración de la Legislatura de la provincia de Neuquén n° 820/2007).

⁵³³ *Río Negro*, domingo 31 de marzo 2013, pp. 34-35.

⁵³⁴ Graciela Blanco; María Beatriz Gentile y Juan Quintar, *Neuquén. 40 años de vida institucional. 1958-1998...*, op.cit. pp. 18-19.

centralización institucional y la temprana vocación planificadora⁵³⁵ que se dan en los gobiernos iniciales neuquinos, crean condiciones óptimas para la concreción de las finalidades fundacionales en lo que hace al sector sanitario que se enuncian en la etapa fundacional. En el trabajo ya mencionado sobre “Estado, sociedad y enfermedad: Neuquén 1943-1972”, se define a la salud pública neuquina como un proceso de *inter-acción* entre Estado y sociedad provincial. Una de sus reflexiones refiere a que el

“espacio médico que nos ocupa no se reduce a un conjunto de conocimientos y su circulación, técnicas y prácticas sino que, al mismo tiempo, se presenta como una forma particular de ejercicio de lo político. Es decir, que si en el desarrollo de la medicina es posible detectar un poder organizador de la sociedad, en el perfil de la salud pública de la provincia de Neuquén se advierte una forma particular de aquella afirmación general: la capacidad de contribuir a construir un orden social que posee la oferta médico hospitalaria”.

Aquí radica a nuestro entender la gran diferenciación existente entre el accionar político institucional de los tres espacios que nos ocupan en esta tesis de aproximación a los orígenes de los sistemas de salud pública provinciales. En el caso neuquino, esto es posible por el accionar estratégico de un grupo que supo luego de la segunda elección provincial, articular alrededor del Estado, los intereses particulares de los distintos sectores del espacio rural y urbano de la provincia y concretar las aspiraciones regionales, muchas de ellas enunciadas en lo discursivo en la etapa anterior, pero no plasmadas en políticas tangibles. La defensa de la medicina asistencial que recorre la campaña de la elección para primer gobernador provincial, constituye una cuestión expuesta por todos los partidos de la época junto a otros temas generales como educación, posicionamiento frente a YPF, energía atómica, etc. Pero no hay referencias a la particular situación de sus habitantes en relación con el poder central y los recursos⁵³⁶. La mera enunciación de los primeros momentos se concretó, una vez organizado el nuevo espacio político integrador provincial a partir de la llegada del MPN al poder. En el marco de un sistema político condicionado por las directivas nacionales, los dirigentes del MPN, con gran arraigo en el espacio regional, recrearon un patrón de representación política y demostraron, una gran capacidad para

⁵³⁵ Demetrio Taranda y otros, *Silencio Hospital. Una historia de la salud pública...* op. cit. p.32.

⁵³⁶ Orietta Favaro, “Sociedad y política. La interpelación y representación política de los ciudadanos neuquinos, 1958-1983”, Neuquén, Universidad Nacional del Comahue, *Biblioteca Virtual, Centro de Estudios Históricos de Estado, Política y Cultura (CEHEPYC)*, miembro del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), 2004.

aglutinar sectores a su proyecto, lo cual permitió, que se constituyeran, en la fuerza dominante de la escena política provincial⁵³⁷.

En el período comprendido entre 1955 y 1983 se afirma que

“muchos sanitaristas argentinos vivieron la alucinación de que era posible construir un buen sistema de salud con una Argentina llena de proscripciones con una falta total de derechos y garantías individuales, sin libertad y sin justicia, con una comunidad apaleada y aterrorizada que aprendía rápidamente las lecciones de la autocensura y de mirar para el costado”⁵³⁸

La continuidad ya mencionada de funcionarios en el área de salud durante la etapa de la última intervención de la Revolución Libertadora, y en el primer gobierno constitucional de Angel Edelman, se repitió más tarde, durante el transcurso del segundo gobierno constitucional, ahora a cargo del MPN (1963-1966). Esto continuó con la posterior permanencia de sus cuadros partidarios, en los regímenes de facto que se suceden durante la década del sesenta y setenta⁵³⁹. Esas continuidades también se dan en el área de salud donde se pusieron en práctica distintos programas que respondían a una planificación sanitaria nacional⁵⁴⁰. No obstante lo anterior, en la práctica y en términos político-administrativos, es necesario tener en cuenta que luego del golpe de Estado de 1955, en Neuquén fueron removidos los antiguos funcionarios peronistas y reemplazados por cuadros políticos que provenían en su gran mayoría del radicalismo⁵⁴¹.

La continuidad también se da en lo discursivo. El discurso de Felipe Sapag durante la campaña de 1962, como candidato a gobernador por el recién fundado MPN, en las elecciones anuladas por el gobierno nacional, es un importante punto de partida para analizar la génesis de las políticas de salud pública de Neuquén,

⁵³⁷ Mario Arias Bucciarelli, Alicia Ester González y Carolina Scuri, “Radicales y peronistas en la conformación del sistema político neuquino”, *Revista de Historia nro. 7*, 1998, pp. 178-179, Facultad de Humanidades. Universidad Nacional del Comahue, Neuquén. (<http://bibliocentral.uncoma.edu.ar/revelc/index.php/historia/index>).

⁵³⁸ Angel Jankilevich, *Hospital y Comunidad. De la Colonia a la Independencia y de la Constitución a la república corporativa*, Buenos Aires, Ediciones del autor, 2001, p. 269.

⁵³⁹ Mario Arias Buciarelli y Orietta Favaro, “Neuquén (Argentina) ¿economía de enclave y estado de bienestar?”, Neuquén, Universidad Nacional del Comahue, *Biblioteca Virtual, Centro de Estudios Históricos de Estado, Política y Cultura (CEHEPYC)* miembro del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), 2004.

⁵⁴⁰ PROVINCIA DE NEUQUEN, Ministerio de Salud Pública de la provincia de Neuquén, Departamento de Historia de la Universidad Nacional del Comahue, *Estado, sociedad, salud: Neuquén...*, op. cit. p. 27.

⁵⁴¹ Enrique Mases y Mariano López Cuminao, “La luz de un fósforo fue. Auge y decadencia ...”, op. cit. p. 95.

“La protección sanitaria debe llegar hasta el último rincón de la provincia [y para ello era necesario] dotar a los centros asistenciales fijos y crear una asistencia ambulatoria que proteja la población y en especial a la niñez.”⁵⁴²

En ese sentido Felipe Sapag asume en lo discursivo el mandato constitucional de 1957 y que luego, en el ejercicio de sus funciones a partir de los años '70, lo materializó a partir del plan de salud de Neuquén.

Afirma Jorge Daniel Grünmann, quién fue Jefe de la Zona Sanitaria IV de Salud de Neuquén, que la realidad sanitaria puede evaluarse hacia los ochenta, a partir de un informe de los responsables del Plan de Salud, Néstor Perrone y Alicia García Bates, “Mortalidad Infantil en la provincia de Neuquén, diciembre de 1983”⁵⁴³:

“dentro de una comparación de tres cortes, en los años 1960, 1970 y 1980, refiere a que la evolución sanitaria en esos 20 años puede sintetizarse en una decidida predominancia del sector público, y en una forma regionalizada integrada como modalidad global de organización de sus recursos, con el desarrollo de un nivel central jerarquizado, estable y tecnificado, un nivel intermedio zonal respetado y consolidado y una red de servicios estructurada por niveles de complejidad creciente, articulada, con predominio de la atención ambulatoria: con una mejor distribución y desarrollo cualicuantitativo de sus recursos humanos –en particular el de enfermería por la reconversión de su personal empírico, pero también el cuerpo médico, fundamentalmente a través de la residencia en medicina general, así como de cursos de capacitación orientados a las clínicas básicas-; con el desarrollo de actividades programadas de atención primaria, particularmente para el grupo materno-infantil; con un apoyo financiero sostenido y una administración eficiente traducida particularmente en un decrecimiento de los costos ambulatorios”⁵⁴⁴

Ninguno de los logros señalados por el Plan de Salud hubiera sido posible sin el desarrollo paralelo de otras áreas como educación, vivienda, trabajo, comunicaciones y desarrollo económico⁵⁴⁵. De todos modos la cobertura territorial, es algo muy difícil de implementar y algunos sectores como el barrio El Mirador, en la zona del Departamento Añelo, todavía continúa con un inadecuado sistema de salud. En lugares como el citado y

⁵⁴² Segmento de un discurso de campaña de Felipe Sapag. (Demetrio Taranda y otros, *Silencio Hospital...*, op. cit. p.32). El párrafo correspondiente puede ser interpretado a la luz de los arts. 291 y 294 de la Constitución de 1957.

⁵⁴³ Cfr. Jorge Daniel Grünmann, “Anexo 1: El Plan de Salud el Neuquén”, en: Willie Arrué y Beatriz Kalinsky, *De la médica el terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la provincia del Neuquén*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1991, pp. 264-265.

⁵⁴⁴ *Ibidem*

⁵⁴⁵ En el año 1980 había 59.180 viviendas en la provincia. Desde 1981 y hasta 1988 se construyeron 20.080 viviendas por planes oficiales y 8.555 viviendas privadas. En parque de viviendas se incrementó en un 48,4 %, mientras que la población creció un 44,3%. Cfr. Jorge Daniel Grünmann, “Anexo 1: El Plan de Salud el Neuquén”, en: Willie Arrué y Beatriz Kalinsky, *De la médica el terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la provincia del Neuquén*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1991, pp. 265.

en otros sitios de la provincia muy alejados de los centros urbanos, la medicina estatal presenta ciertas limitaciones y :

“genera un proceso de atención a la salud en el cual no existe ni un MMH propiamente dicho, ni un sistema tradicional, sino que encontramos un sistema de salud “popular” –para usar los términos de Menéndez-, que abarca un amplio gradiente de soluciones provenientes de los campos científico, semicientífico, alopático, homeopático, tradicional, natural y sobrenatural, con promesas a la Difunta Correa y misas de sanación incluidas”⁵⁴⁶

El plan organizado en 1970 representó un punto de inflexión y fue la respuesta a una situación sanitaria caracterizada por la ausencia de una política sistemática y coherente para el sistema provincial de salud. En veinte años, Neuquén logra revertir una situación que la ubicaba a nivel nacional en los últimos lugares en lo que hace a la mortalidad infantil. Se transforma en una provincia, que podía mostrar indicadores que la posicionaban entre los tres mejores distritos del país. Esto se basó en la gran piedra angular que representaron las propuestas tecno-burocráticas implementadas desde el Ministerio de Bienestar Social de la Nación, que incluían zonas sanitarias que abarcaban todo el territorio, la implementación de distintos niveles de complejidad, la dedicación exclusiva de los profesionales y las políticas de prevención como eje de un esquema de interacción entre médico y paciente, en donde el profesional no debía enfrentar tanto a la enfermedad, sino ayudar a preservar la salud⁵⁴⁷. Lo discursivo plasmado en la etapa fundacional provincial se comenzaba a llevar a la práctica durante las primeras gestiones de Felipe Sapag.

Las luchas internas en el MPN, el advenimiento de nuevas figuras al poder y los avatares de la política nacional entre otros factores, generaron cambios en la concepción de la ya tradicional estructura de salud.

“Si en las décadas anteriores el Estado había mantenido un papel protagónico en la provisión de servicios sanitarios para el conjunto de la población, en la mirada de las nuevas autoridades, la función del Estado n debía ser otra que atender exclusivamente a los sectores sociales más vulnerables. Sin embargo todavía más preocupante que estas constataciones resulta el hecho de que las políticas sanitarias de los últimos gobiernos han logrado en muy corto plazo una modificación en el imaginario de la sociedad neuquina: la población parece haber mudado hacia el mundo de las clínicas privadas la imagen de excelencia antes asociada a los hospitales de la provincia y los

⁵⁴⁶ Horacio Ricardo Sampayo y Luisina Fontenla, “Vivir sin médico: el caso del barrio El Mirador, Añelo, provincia del Neuquén” ..., op. cit. p. 99.

⁵⁴⁷ Demetrio Taranda y otros, *Silencio Hospital* ..., op. cit. p. 151.

nuevos profesionales parecen haber inclinado sus preferencias laborales hacia esos sector”⁵⁴⁸.

El nacimiento del Plan de Salud de Neuquén también es el punto de inicio de la obra social provincial, el Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN)⁵⁴⁹.

“De esta forma, el Estado se encontraba fortaleciendo el sistema público, pero al mismo tiempo sentando las bases para la expansión del mercado de servicios médicos. En otras palabras, los recursos oficiales servían para levantar la nueva arquitectura de la salud pública y, a través de la obra social provincial, para financiar al sector conformado por las clínicas sanatorios existentes”.

Durante la década del setenta, más precisamente en el año 1974, en los momentos de mayor desarrollo del Plan de Salud de Neuquén, los prestadores médicos asociados en el Colegio Médico de Neuquén firmaron una solicitada dirigida al gobernador Felipe Sapag en donde expresaban que no querían sentirse excluidos del mercado de la salud y proponían la creación de un Consejo Provincial de Salud de conducción coparticipada⁵⁵⁰. Si bien el colegiado médico no actuó en forma directa y significativa durante todo el período fundacional, sus organizaciones datan de mediados de la década del cincuenta. El sector médico neuquino organizado, seguía los pasos de su par rionegrino, quién ya desde los primeros momentos de la provincialización había planteado y logrado, aunque en forma parcial, concretar esta propuesta que beneficiaba al sector, en donde el rol del Estado pasa a un segundo plano y las clínicas y los efectores privados van a concentrar los mayores beneficios del sistema de salud.

En la nueva división de tareas que trajo consigo la década de los noventa, el Estado provincial, ocuparía en la provisión de los servicios de salud, el lugar residual que antes tenía la medicina privada, haciéndose cargo de aquellos sectores de la población sin posibilidades de comprar servicios en el mercado sanitario.

⁵⁴⁸ Demetrio Taranda y otros, *Silencio Hospital...*, op. cit. pp. 138-139.

⁵⁴⁹ La Caja de Obra Médico Asistencial es el resultado de la Ley provincial n° 42, sancionada el 4 de noviembre de 1958. Dos años más tarde, la sanción de la Ley n° 178 creaba y reglamentaba la Caja de Previsión Social de la Provincia, puesta en funcionamiento recién durante el período 1963-1966 durante el gobierno de Felipe Sapag y Pedro Mendaña que se inició el 12 de octubre de 1963 y fue interrumpido el 28 de junio de 1966 por un golpe de estado. El 30 de enero de 1970, en el inicio de una década clave para el desarrollo de la provincia, se dicta la ley 611 que crea el Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN), fusión formal de la Caja Obra Médico Asistencial y la Caja de Previsión de la Provincia, a la que años más tarde se le incorporaron las reformas introducidas por las leyes n° 1951 y n° 2132.

⁵⁵⁰ Demetrio Taranda y otros, *Silencio Hospital...*, op. cit. pp. 86-87.

Existen no obstante ciertas críticas al Plan de Salud de Neuquén, en donde se apela a la figura del “mito” para explicar su pertenencia al imaginario social. Leopoldo Mario Borini⁵⁵¹, sostiene que mientras por un lado la figura del líder del MPN construía una identidad propia para Neuquén en lo relativo a salud pública, en realidad estaba sosteniendo el modelo de acumulación local privado de salud. La pervivencia del plan de salud durante mucho tiempo, también tuvo como factor determinante la inacción del subsector privado en cuanto a conformar un polo de oposición a las políticas sanitarias, ya que se beneficiaba en forma directa de los aportes que recibía a partir de la instrumentación de la obra social provincial (ISSN).

“Los Estatutos de Colegios y Círculos más antiguos, por ejemplo el de Santiago del Estero; enfatizan sus intereses particularistas por sobre los intereses más generales de la política provincial en salud, anticipando una virtual oposición en caso de contrariar sus intereses corporativos. En cambio, el Estatuto de FEMENEU (Federación Médica Neuquina) puso al gremio médico, al servicio del bien común que reconocía en las políticas de salud provinciales”.

Asume además Leopoldo Mario Borini, que en la conciencia colectiva sanitaria se asume la relación lineal que el poder gubernamental del sapagismo alimenta como una épica de su gestión, lo cual lo legitima a partir de los informes de los evaluadores del plan de salud quienes expresan que:

“la provincia del Neuquén tiene un modelo de salud. Tal vez uno de los pocos que puedan colocarse en la vidriera nacional (...) porque la salud en Neuquén siempre ha sido un tema asumido integralmente por el Gobierno provincial. El MPN asumió en el año 1970 un compromiso político para llevar a cabo un ambicioso proyecto que es hoy una realidad”.

En esta afirmación se omiten factores del contexto interregional y nacional que favorecieron el desarrollo neuquino en salud, como por ejemplo los aportes extras que Neuquén recibió de la Nación lo que le permitió convertirse en el único polo de desarrollo argentino de los años 70. Esos aportes extraordinarios producidos por la renta petrolera, incluido su desarrollo del sector público de la salud, aunque el de su sector comercial de salud se produce a partir de la transferencia de los fondos de la Obra Social Provincial (ISSN). En parte hay razón en sus argumentos, pero Neuquén no fue la única provincia que

⁵⁵¹ Leopoldo Mario Borini, “¿Existió un "FENÓMENO NEUQUINO" en salud? Epidemiología social de una atención primaria”. Disponible en: www.marioborini.bligoo.com.

recibió los beneficios de la intervención estatal, ya que en la Patagonia, el rol del Estado se transformó en protagonista preponderante.

El desarrollo de la infraestructura de la década del sesenta como el complejo El Chocón-Cerros Colorados, y el auge de la explotación petrolífera y gasífera, más el descubrimiento del yacimiento de Puesto Hernández en 1967 y el de Loma de la Lata en 1977; son hechos que redimensionaron la economía neuquina y acompañaron la expansión de otros sectores económicos como la fruticultura y la industria manufacturera⁵⁵², sin olvidar que cuando las ideas neoliberales comenzaron a marcar el retroceso del Estado, en Neuquén la estrategia del gobierno se diseñó en función de la programación y la planificación del COPADE ya mencionado.

Dos son los momentos que podemos diferenciar en el proceso. El primero de carácter enunciativo está constituido por el último período de la Intervención Federal en 1957 que crea la Dirección de Salud Pública más el enunciado constitucional de 1957. El segundo, correspondiente a la materialización de lo enunciativo comienza en plena campaña para las elecciones generales de 1963 a partir del discurso de Felipe Sapag, candidato del MPN, quién define a la salud como política de Estado, para lo cual necesita un plan de acción específico y un esquema organizativo para el sector salud, lo que recién podrá implementar a partir de 1970 y durante un gobierno de facto. (Ver Anexo. Cuadro n° 8: Esquema de las diferentes etapas del proceso de enunciación y materialización de discurso fundacional del subsector público de salud. Provincia de Neuquén). El nuevo período constitucional a partir de 1974 le dará continuidad y empuje al Plan de Salud de Neuquén y a partir de esa época, sufrirá los avatares políticos internos y del contexto nacional, lo que desvirtuará su concepción original, le hará perder presencia al Estado en la provisión de los servicios de salud, una de sus características principales, y verá incrementar la transferencia de los recursos públicos al sector privado a partir de la obra social provincial, el ISSN creado al mismo tiempo que el Plan de Salud.

⁵⁵² Adriana Giuliani y Nora Díaz, *Petróleo y economía neuquina...*, op.cit. pp. 75-78.

CONCLUSIONES GENERALES:

“En los territorios, luego nuevas provincias, se pueden hallar claves significativas para releer el proceso histórico nacional y enriquecerlo a partir de nuevos aportes, con la intención de salir de las interpretaciones ‘generalizadoras’ que se sostiene en supuestos que no contemplan las variaciones de las dinámicas propias de los espacios provinciales inscriptas en diferentes momentos históricos de su conformación como tales. Existe una tendencia a interpretar el proceso histórico en términos de un centro dinámico metropolitano, hecho que conlleva el riesgo de concretar un ejercicio simplificador al englobar una realidad socio- histórica más compleja que es la que encarna una Argentina de diferentes velocidades de integración y desarrollo”⁵⁵³

Durante la construcción de los nuevos espacios políticos en la Patagonia norte y central por la provincialización de los territorios nacionales, se pusieron en evidencia conflictos y tensiones en las sociedades regionales, a partir de la readecuación de los nuevos roles asumidos, y por las relaciones que se establecieron con el Estado central. En ese momento, es el nuevo Estado quién produjo cambios institucionales que redefinieron organigramas y funciones, a partir de ser entendido como un espacio de agentes sociales y de instituciones con intereses y tradiciones, no siempre compatibles entre sí.⁵⁵⁴

A nivel nacional, la fuerte influencia de la desperonización dominó el ámbito político y condicionó su accionar en lo inmediato, mientras que lo económico transitó una nueva forma de acumulación definida como estrategia desarrollista, que reemplazó a la estrategia de acumulación justicialista. Con relación al sector de salud a nivel nacional, el derrocamiento del peronismo inauguró el modelo pluralista de planificación descentralizada, que fue impuesto en reemplazo del modelo de planificación centralizada vigente durante el período anterior.

Para la época de la provincialización, la oferta de salud pública estaba todavía cruzada por diferentes elementos que fueron determinantes al momento de constituirse un nuevo subsector de salud pública provincial. Los resabios de un sistema preexistente producto de la acción de los gobiernos centrales durante la etapa de ocupación y desarrollo de estos lugares periféricos, coexistían junto a las reminiscencias de la presencia atenuada de las políticas impulsadas por Ramón Carrillo durante la gestión peronista.

553 Cfr. Orietta Favaro y Graciela Iuorno, (Cehepyc/Clacso-UNCo), “Reflexiones en torno a los estudios sobre Territorios Nacionales”, *Dossier, Territorios Nacionales*. Disponible en: historia.politica.com

554 Cfr. Federico Neiburg y Mariano Plotkin (compiladores), *Intelectuales y expertos...*, op. cit. p. 20.

A esto debemos sumar la implementación de políticas nacionales de salud impuestas durante la transición de las Intervenciones Federales y el primer gobierno posperonista, con planes nacionales poco adaptables a las realidades regionales, como en su oportunidad fueron definidos por el doctor José Franzó, a partir de su análisis del impacto del plan de lucha nacional contra la tuberculosis en la provincia de Chubut en 1959.

En Río Negro, Chubut y Neuquén, las tensiones a partir del cambio del rol de las sociedades regionales existentes y las influencias nacionales propias de las políticas de salud del momento, pusieron en evidencia las estrategias que utilizaron los nuevos elencos político-administrativos para relacionarse con los grupos preexistentes o los nuevos grupos representativos del poder económico y del sentir social. Se manifestó allí y de manera notable en algunos casos, las distintas capacidades de negociación, mediación y adecuación, entre las estructuras político-administrativas y los sectores médicos organizados. Aspectos tales como los liderazgos locales, definidos no solamente para el sector político sino también por los representantes del sector médico-corporativo, se hicieron concretos en estos procesos de organización de los subsectores de salud pública.

Se suma a lo anterior, la influencia que tuvo el cambio de paradigma sanitario que impulsó el orden nacional, lo cual impactó en forma directa en la problemática que enfrentaron los nuevos Estados subnacionales cuando comenzaron a llevar adelante el nuevo entramado de la salud provincial. El proceso de construcción del subsector de salud pública, implicó por parte de las nuevas provincias, legitimar con su accionar el diagnóstico de problemas sociales y la formulación de soluciones. En este camino de construcción de nuevas estructuras y de líneas de acción, el diagnóstico y las soluciones fueron aportadas en muchos casos por sectores que defendieron sus propios intereses corporativos y por lo tanto fragmentaron la esfera de acción estatal al mismo tiempo que limitaron el poder de decisión del nuevo Estado provincial.

Es posible preguntarse por lo tanto, si el nuevo estado provincial naciente, tuvo alguna posibilidad de transitar un camino fundacional en el área de salud pública, acorde a su función de representante de los intereses generales. Para responder el interrogante es necesario distinguir por un lado, las fases y procesos diferenciadores en la conformación de los nuevos subsectores de salud y por otro, tener en cuenta que las configuraciones que adopta el sector sanitario es el resultado del juego interactivo entre la Sociedad Civil y el

Estado con la mediación del sistema político, siendo éste último, quién canalizará las expectativas y demandas, haciéndolas objeto de decisión para encontrar respuestas en los órganos de gobierno. Por lo tanto, no se trata de una estructura rígida, sino cambiante con los tiempos y los contextos históricos⁵⁵⁵.

La preexistencia de un sistema de salud desarrollado parcialmente durante el período territorialiano, define la etapa preformativa del subsector de salud provincial. Posteriormente, la época comprendida entre el inicio de la transición de las Intervenciones Federales y el primer gobierno constitucional, conforma el momento formativo que incluye dos etapas distintivas, la de enunciación del nuevo subsector y finalmente la de materialización del mismo. Esta etapa formativa está caracterizada por la presencia de representantes del sector privado sumamente activos, en proceso de organización y expansión, la proscripción del peronismo y las influencias de las políticas sanitarias del orden nacional.

En ese período, los partidos políticos tolerados por el poder central, sus representantes y las fuerzas sociales existentes asumieron su rol fundacional que se reflejó en los aspectos discursivos del momento. A partir de allí las políticas públicas fueron entendidas como una “relación social” y el Estado, se convirtió en protector del sistema. Si bien se mostró como expresión de la defensa de los intereses generales, sus decisiones no fueron neutrales y siempre respondieron al bloque social que configurado en esa instancia resolvió favorablemente sus disputas con el resto del conjunto social⁵⁵⁶.

Esto se interrelacionó con una gran diversidad de intereses puestos en juego por los distintos actores sociales que luchan por su fracción de poder⁵⁵⁷ en el terreno político. El cambio de sociedad territorialiana a sociedad provincial hizo que manifestaran los intereses de distintos grupos como comerciantes, agricultores, ganaderos, acopiadores de frutos del país y profesionales afincados en los centros urbanos entre otros, todos imbricados en mayor o menor medida en las fuerzas políticas con capacidad de representación.

⁵⁵⁵ Néstor Perrone y Lucrecia Teixido, “Estado y salud en la Argentina”, *Revista de la Maestría en Salud Pública*, ISSN: 1667-3700 · Año 5- Nº 10 · Diciembre 2007.

⁵⁵⁶ Cfr. Orietta Favaro, “La reconciliación de la historia con la política...”, op. cit. p. 21.

⁵⁵⁷ Cfr. Carolina Biernart y Karina Ramacciotti, “Preguntas y herramientas para el análisis de las políticas sociales”, en: Carolina Biernart y Karina Ramacciotti (editoras), *Políticas sociales. Entre demandas y resistencias. Argentina 1930-1970*, Buenos Aires, Biblos, 2012, p. 10.

La idea de fundar una provincia, la posibilidad de comenzar a depender de sí mismos, tanto en lo concreto como en lo simbólico y de tener representantes genuinos en los lugares de decisión nacional, generaron deseos y expresiones en donde lo discursivo en muchas ocasiones superó lo estrictamente posible de realizar. Por otro lado, las nuevas alianzas y operaciones políticas que se concretaron en ese momento fundacional, van a tener su correlato en las distintas épocas que transitaron hacia el futuro las nuevas provincias.

En cada una de estas nuevas entidades se intentó construir una propia idea de porvenir, pensada desde un marco de referencia incompleto desde lo político y social a partir de la proscripción del peronismo. Ante la necesidad de resolver el problema que implicaba el dilema peronista, las acciones que llevó adelante el gobierno de facto y su asociación con los sectores afines de la sociedad civil, inauguró una nueva etapa en la vida política nacional, que va a ser el trasfondo común que las nuevas provincias compartieron en su etapa fundacional. En tal sentido, si bien el nuevo gobierno provisional carecía de un programa, la erradicación del peronismo era el componente aglutinador aceptado por gran parte del arco político argentino, lo cual implicó persecuciones y represión a personas, gremios y asociaciones vinculadas con el gobierno depuesto⁵⁵⁸. La formación de Comisiones Investigadoras que funcionaron desde octubre de 1955 y durante todo 1956, permitió desplegar estrategias represivas y de control en todo el territorio nacional y como en el caso de Río Negro, la persecución política y las represalias formaron parte de ese proceso de desperonización, lo que dejó su impronta en el ámbito social y político a partir de un mecanismo de exclusión que condicionó el desarrollo democrático de la provincia⁵⁵⁹.

En esta nueva etapa se sientan las bases para los siguientes periodos de inestabilidad político-institucional en donde la revolución construyó un ámbito de participación político restringido. En lo referido al proceso de provincialización, éste se inició en junio de 1955 y se interrumpió por el golpe de estado de septiembre del mismo año. A partir de 1956 se aceleró la transición estructurando un régimen legal provisorio en donde se impuso que el gobierno y administración de las provincias debía ejercerse con la sola normativa de la Constitución Nacional, pero con las reservas contenidas en la proclama revolucionaria del gobierno provisional de la república del 27 de abril de 1956. Esta relación entre lo

⁵⁵⁸ Cfr. Martha Ruffini, "La Revolución Libertadora en el sur argentino...", op. cit. pp. 37-58.

⁵⁵⁹ *Ibidem*

constitucional y lo establecido por el gobierno militar, formó parte de la estrategia de legitimación del poder replicada en los gobiernos de facto posteriores⁵⁶⁰.

Si bien las Intervenciones Federales a partir de 1956 llevaron adelante el proceso de provincialización mediante una transición en donde la legitimación estaba dada por el llamado a la participación de los distintos sectores sociales no afines al peronismo, es necesario también tener en cuenta que

“la revolución libertadora retrasa la efectivización y puesta en marcha de los nuevos estados. Así sobrevienen tres años de intervención en los que se realizan acciones para construir el aparato estatal de las instancias. Para ello, es necesario, convocar a la convención constituyente, dictar la constitución y realizar las primeras elecciones provinciales”⁵⁶¹.

Este período de Intervención Federal fue de relacionamiento entre el poder de facto y las nuevas sociedades políticas emergentes. Tanto para Río como Neuquén y Chubut, fue determinante a la hora de definir el modelo de subsector de salud pública. Las distintas formas de relacionamiento produjeron procesos de características propias en cada una de las nuevas jurisdicciones provinciales. Todo el desarrollo se produjo en un período dominado por las consecuencias de los avatares propios del acontecer nacional a lo cual se incorporaron como capas superpuestas, las distintas tensiones y conflictos que ocurrían a nivel regional, lo que generó encuentros y desencuentros en la construcción de estas nuevas instancias estatales. Es un momento de inflexión en la vida social y política de estos territorios ahora devenidos en provincias. Lo ansiado y buscado durante largo tiempo, la inclusión de los ciudadanos a los derechos plenos, se concretó con el marco normativo que brindó la provincialización.

“El proceso de inclusión de los habitantes de los territorios nacionales a la ciudadanía política, si bien es una demanda que se amplía en la medida que aumenta y se desarrolla la sociedad territorialiana, recién se concreta cuando son provincializados los espacios de referencia en la década del cincuenta. Durante las tres grandes etapas que se conjugan con regímenes políticos: radicales, neoconservadores y peronistas, se genera una multiplicidad de gestiones de parte de los habitantes de estos espacios para ser incorporados al cuerpo político de la Nación”⁵⁶².

Comenzó de esta manera, un nuevo proceso de inclusión social a nivel provincia, con nuevos agentes que se incorporaron a la toma de decisiones como fuerzas orientadoras

⁵⁶⁰ Cfr. Martha Ruffini, “La Revolución Libertadora en el sur argentino...” op.cit. pp. 37-58.

⁵⁶¹ Orietta Favaro y Mario Arias Bucciarelli; “Historia nacional - historia provincial. Un falso dilema”, Cehepyc/Clacso. Disponible en: <http://168.96.200.17/ar/libros/argentina/cehepyc/interesuelas.doc>

⁵⁶² Ibidem

de políticas. Los sectores participantes en esta construcción, legitimaron sus propios proyectos sociales, económicos y políticos, a partir de instrumentos jurídicos como las Constituciones provinciales y las leyes que produjeron los nuevos cuerpos legislativos. En Chubut, las fuerzas que en la época territorialiana organizaron la vida civil, ahora se involucraban directamente en el diseño del nuevo Estado provincial.

“La clase, dominante primero y dirigente después, estuvo representada en la Asamblea Constituyente, sin que existiera ninguna fuerza contra hegemónica en ese ámbito, por lo que no observamos absorción ni cooptación de cuadros provenientes de las clases subalternas”.⁵⁶³

Esa organización en la vida territorialiana, previa a la concreción formal de la provincialización fue posible visualizarla en el entramado político y social que nos brindó la transición. En el área de salud, se observó, que una vez iniciado este proceso, desde el nivel nacional se estructuró un tutelaje sobre la formación y diseño de la nueva organización de los subsectores provinciales. El mismo siguió las directivas y recomendaciones del informe solicitado por el gobierno provisorio de la Revolución Libertadora a la OPS, hecho que se registra en los debates de las Convenciones Constituyentes provinciales.

En Río Negro, el asociacionismo del sector médico con la Intervención Federal se hizo visible en la Asamblea Médica de San Carlos de Bariloche de 1957. Allí el sector médico ya organizado a partir de círculos médicos preexistentes, expresó sus intereses particulares diseñando la estructura de salud pública. Inició en ese momento una trayectoria institucional propia, en donde la presencia privada dentro del subsector estatal tuvo su momento culminante en la década de los noventa, cuando logró acceder a la conducción del organismo sanitario provincial y subsumir dentro de su ámbito de decisión, la exclusividad de la salud pública rionegrina.

En Chubut, la política mostró algunos aspectos que se asemejan a la experiencia anterior. Lo que definimos en algún momento de la tesis como “la estrategia Viglione”, generó las bases de un sistema en donde el sector médico corporativo en pleno proceso de organización y expansión aportó los recursos humanos necesarios para la puesta en marcha del nuevo subsector de salud pública provincial. La convocatoria que el nuevo gobierno

⁵⁶³ Mónica Gatica y Gonzalo Pérez Álvarez, “Provincialización, corporaciones y política: la Convención Constituyente del Chubut en 1957”, en: Martha Ruffini, *Dossier. De territorios a provincias. Actores, partidos y estrategias en las nuevas provincias argentinas (1951-1962)*. Disponible en: Historia.politica.com

provincial le hizo al doctor José Franzó de Esquel para que asuma la responsabilidad del subsector de salud pública en los primeros momentos del gobierno constitucional, no fue bien recibida por la corporación médica y provocó tensiones y discrepancias también en el seno de la nueva Legislatura. La figura del doctor José Franzó no fue controversial solo desde lo geográfico sino también desde lo partidario, ya que era de extracción socialista, lo que produjo tensiones y conflictos y su posterior renuncia al cargo. Esto reafirmó la influencia y el poder ahora hegemónico de un sector que se apropió desde sus propias bases organizativas, del subsector público. El asociacionismo posterior de las clínicas tendrá su momento culminante a partir de la representación que en el orden nacional ejercerá la figura del doctor Atilio Viglione, en la Confederación respectiva. Los hechos anteriores constituyen los hitos finales de la construcción de un entramado en donde lo público queda subsumido dentro del esquema organizativo que propone el subsector privado. En Chubut la organización médica estaba imbricada dentro del aparato estatal a partir de la acción directa de sus referentes. En otros ámbitos, también los resabios de la desperonización fueron instancias de conflictos que tuvo que enfrentar el gobernador electo Jorge José Galina⁵⁶⁴.

No obstante los tutelajes que establecieron las reglas de juego de las nuevas estructuras provinciales, ¿existieron intentos y se desarrollaron estrategias institucionales desde los sectores de salud pública provinciales, que impidieran el quedar subsumidos dentro de la esfera de influencia de las políticas nacionales y del subsector privado de salud, o solamente se generaron las condiciones necesarias para que ello aconteciera?

⁵⁶⁴ El ofrecimiento del cargo de Presidente del Directorio del Banco de la Provincia de Chubut al peronista Raúl Rioboó provocó enfrentamientos y tensiones en el interior del bloque parlamentario oficialista. La postura inicialmente intransigente del gobernador Jorge José Galina por imponer su candidato hizo que los legisladores acordaran votar la designación de Raúl Rioboó, aunque hicieron lo posible por hacer notar que la opinión mayoritaria era contraria a la decisión del propio gobernador. Fue el propio Raúl Rioboó al declinar el ofrecimiento quién ayudó a solucionar el conflicto, lo que permitió la designación como Presidente del Directorio del Banco de Chubut, de Henry Matthew Jones. (Cfr. Orlando Ibarra, *Provincia del Chubut. Etapa Fundacional...*, op. cit. p. 104). El Banco de la provincia de Chubut fue creado por ley n° 34 del mes de septiembre de 1958, la cual establecía un capital inicial de cincuenta millones de pesos moneda nacional. La entidad va a iniciar sus actividades en el año 1959. (Orlando Ibarra, *Provincia del Chubut. Etapa Fundacional...*, op. cit. p. 48). Raúl Rioboó fue dirigente de extracción peronista de la zona de Esquel, con el antecedente de haber sido designado por Juan Domingo Perón como gobernador del Territorio del Chubut, función que cumplió entre los años 1946-1947. Posteriormente se desempeñó como cónsul en Roma, siendo electo gobernador de la provincia del Chubut en las elecciones de 1962 en la fórmula Rioboó-Corchuelo, no llegando a asumir por la intervención militar. Raúl Rioboó no fue el único peronista convocado. Se nombró el 31 de octubre de 1959 como presidente de la Dirección General de Bosques y Parques al Ing. Agr. Silvio Grattoni, peronista de la ciudad de La Plata, quién posteriormente en 1974 fue el primer rector de la Universidad de la Patagonia.

La provincia de Neuquén, definió un Estado que contó como principal característica una importante centralización institucional y una temprana vocación planificadora⁵⁶⁵. Es posible verificar además, una continuidad en las estructuras de salud pública, de figuras que ya habían actuado en el ámbito oficial en la época territorialiana, las cuales continuarán en la etapa de la transición de las Intervenciones Federales y en el primer gobierno provincial. Estas continuidades, dadas en un período de cambios, esbozan la característica fundamental que dominará el escenario de salud neuquino en épocas posteriores. No obstante lo anterior, en Neuquén, al igual que en las otras provincias, lo enunciado en el primer momento de la etapa formativa, tampoco se concretó en el primer gobierno constitucional y será recién durante la campaña electoral de 1962 cuando se retomará un discurso fundacional cuyo anclaje es posible rastrearlo en los deseos enunciativos de la provincialización.

En esta forma de pensarse a sí mismos en las nuevas provincias, también existen diferencias notorias, aunque la idea de comenzar un nuevo camino sea el común denominador. La posibilidad fundacional incluye constituir el marco legal de funcionamiento en este caso del subsector de salud pública. En ese sentido, los sectores involucrados y el aparato institucional de las nuevas provincias desplegarán distintas estrategias y formas de interrelación en donde la política será el factor fundamental.

“Se debe entender a la política como una actividad en la que la esfera privada y la esfera pública se relacionan dialécticamente y terminan por configurar especiales relaciones de poder entre los diferentes ciudadanos”⁵⁶⁶.

En Río Negro y Chubut las figuras prominentes con un cierto grado de representación social y arraigo en la escena local, como el sector de los profesionales de salud, fueron interlocutores válidos legitimados por su accionar profesional y social y en los cuales se delegó parte de las decisiones fundacionales y en otros, como en Neuquén, los liderazgos políticos partidarios asumieron ese rol fundacional.

La incorporación de nuevos sectores en la discusión de la formación de los aparatos estatales conformó procesos de construcción que definieron la trayectoria de las instituciones,

⁵⁶⁵ Demetrio Taranda; Joaquín Perrén; Enrique Mases; Lisandro Gallucci y Fernando Casullo, *Silencio Hospital...*, op. cit. p. 32.

⁵⁶⁶ Lisandro Gallucci y Gonzalo Perrén, “La ciudadanía como espacio social de luchas en el Territorio del Neuquén. Una aproximación al estado de la cuestión”, *VI Congreso de Historia Social y Política de la Patagonia Argentino-Chilena*, Secretaría de Cultura del Chubut, Trevelin, 15, 16 y 17 de noviembre de 2001, p. 55.

“En estas últimas es posible identificar las prácticas de múltiples agentes que en su accionar cotidiano las actualizan, aceptándolas, cuestionándolas, adjudicándoles valor según sus ideologías o intereses a la vez que se involucran en conflictos por su fortalecimiento o vaciamiento en función de sus propias estrategias de afirmación y competencia”⁵⁶⁷

La concreción de las nuevas entidades provinciales no implicó que las mismas materializaran sus aparatos burocráticos administrativos y de servicios de salud pública, en un proceso lineal y continuo de experiencias inmediatas e inexorables. En la época territorialiana el avance del proceso de medicalización, expresó las múltiples particularidades y combinaciones de estrategias y de lógicas institucionales para resolver los problemas sanitarios que debió enfrentar un Estado lejano⁵⁶⁸.

En ese sentido se visualizó en el período formativo para estas nuevas entidades provinciales, características similares en lo que hace al proceso de medicalización mencionado. Los nuevos Estados provinciales se encontraban subordinados a partir de la implementación de políticas sanitarias centralistas. La experiencia neuquina posterior, permite resaltar no obstante, que si bien su subsector de salud pública siguió las directrices nacionales, logró imbricarse con los saberes populares dispersos en el gran espacio de su geografía, adquiriendo características propias.

El país inició el proceso de modernización de su estructura hospitalaria y de los planes de estudios de las carreras médicas aproximadamente en el último cuarto del siglo XX⁵⁶⁹. En ese período, la coyuntura muestra un proceso político en el espacio nacional en donde se produce la incorporación de partidos provinciales que son funcionales a los gobiernos semidemocráticos y de facto, a partir de una nueva instancia de dominación política que es llevada adelante por los gobiernos militares lo que da lugar a una nueva figura que se conoce como los “gobernadores naturales”. El primer ensayo se realiza en Neuquén en 1970 con Felipe Sapag⁵⁷⁰ quién reemplazó al Interventor Federal designado por el gobierno militar de Onganía, Rodolfo Rosauer. Desde el gobierno nacional se

⁵⁶⁷ Susana Belmartino, *La atención médica argentina en el siglo XX: instituciones y procesos*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 2005, p. 15.

⁵⁶⁸ La idea de medicalización no sólo refiere al concepto más utilizado, es de decir al de la imposición de los valores médicos hegemónicos y la supresión de la cultura popular, bajo la consideración de “expropiación” y/o “monopolio” de la salud frente a tradiciones médicas no oficiales y sus practicantes, sino que se le debe añadir las demandas sociales frente a las posibilidades de mayor eficacia en la resolución de los problemas de la salud/enfermedad. Cfr. María Silvia Di Liscia, “Instituciones portátiles...”, op.cit. p. 361.

⁵⁶⁹ María Silvia Di Liscia, “Instituciones portátiles...” op.cit. p. 378.

⁵⁷⁰ Orietta Favaro y Mario Arias Bucciarelli; “Historia nacional - historia provincial...”. op.cit.

identifica a Felipe Sapag como el mejor representante de las fuerzas vivas y poseedor del “liderazgo natural” en la provincia⁵⁷¹. Ese momento implica un punto de inflexión diferenciador con respecto a los otros espacios provinciales que nos ocupan. Si bien ya estamos en la década del 70, Felipe Sapag, comenzó algunos años antes a bosquejar una nueva forma de intervención en el área de salud pública. Con el acceso al Estado, lugar en donde se encuentra el poder y la posibilidad de relacionarse con los distintos sectores, logra constituir una política con un fuerte implante social, posibilidad que da el hecho de que en Neuquén no hay clases dominantes de larga tradición social y política ya que la fracción burguesa que gobierna desde hace cuarenta años la provincia, tiene origen popular⁵⁷².

Es necesario saber, además, si el Estado logró articular el accionar del subsector de salud público en la jurisdicción provincial, o fue solamente una expresión de deseos en el momento fundacional y quien realmente interrelacionó las diferentes regiones provinciales, fue el sector médico privado y organizado. La presente tesis hizo continua referencia a los grandes espacios que comprendían las nuevas entidades provinciales. Esa idea de gran espacio ya estaba instalada a principios del siglo XX con testimonios como el entonces Ministro del Interior Joaquín V. González. Tres de esos Territorios Nacionales conforman nuestro objeto de observación y análisis, es decir nuestro gran espacio.

“Casi la mitad de la superficie territorial de la República Argentina está formada por diez regiones que nuestra administración designa con el nombre de Territorios Nacionales. En su extensión total son tan grandes como Francia, España e Italia y con sólo doscientos mil habitantes”⁵⁷³.

El avance del Estado Nacional sobre estos territorios en materia de salud pública y que va a conformar para nuestro caso el período preformativo que culminó en la segunda mitad del s.XX., no puede visualizarse como

“una marcha monolítica a un inevitable progreso ni como una represión totalitaria; las variaciones en el contexto nacional de las responsabilidades políticas para el desarrollo sanitario son múltiples e incluso ofrecen dimensiones contradictorias”⁵⁷⁴

Lo espacial en este proceso de construcción de los subsectores de salud pública, se constituyó en un aspecto esencial para la integración y provisión de servicios, ya que una de las características que comparten estas provincias son los grandes espacios con poca

⁵⁷¹ Cfr. Demetrio Taranda y otros, *Silencio Hospital...*, op.cit., p. 47.

⁵⁷² Orietta Favaro y Mario Arias Bucciarelli; “Historia nacional - historia provincial. ...”. op.cit.

⁵⁷³ María Silvia Di Liscia, “Instituciones portátiles...”, op. cit. p. 359.

⁵⁷⁴ *Ibíd.*, p. 361.

población y casi nula infraestructura sanitaria. La integración no fue resuelta en su totalidad desde el sistema de salud estatal en Río Negro y Chubut. La alta concentración y organización asociada a la provisión de servicios que presenta el sector privado en los principales centros urbanos contrastó con lo exiguo de la presencia del Estado en las regiones alejadas. Continuaban vigentes desde el ámbito oficial, las instituciones portátiles y la estructura esquelética que dominó la época territoriana.

Como contrapartida, la organización médica del ámbito privado a partir de los Círculos, Asociaciones y Federaciones, preexistentes ya en la etapa de la transición, conformó una trama organizativa que articuló las diferentes regiones de las provincias en forma muy efectiva tanto en Río Negro como en Chubut a partir de su fuerte presencia en los asentamientos urbanos más importantes. En Neuquén la presencia estatal tuvo un primer momento en donde subsistieron los problemas de integración propios de la época del Territorio, pero hacia la mitad de la década del sesenta, la acción del MPN comenzó a concretar tanto en lo material como en lo simbólico una mayor presencia gubernamental, lo que le permitió estructurar un proyecto de salud de acuerdo a sus necesidades específicas pocos años después⁵⁷⁵. La provincia de Río Negro intentará algo similar a la experiencia neuquina con buenos resultados en los comienzos del año 1974 y parte de 1975, pero luego, el plan de salud instrumentado será desestructurado por el propio gobierno provincial y por el siguiente gobierno de facto.

La red asociativa del sector privado articuló servicios, infraestructura y recursos humanos en distintas regiones y promovió con éxito sus intereses de sector. Se debe tener en cuenta, que la fuerte influencia que ejerció en la construcción del subsector de salud pública a partir del tutelaje y la mediación sobre el ámbito político de la época, es inversamente proporcional al número de profesionales activos. Los médicos asentados en la Patagonia norte y central, se concentraban mayoritariamente en las zonas urbanas, donde el subsector privado les permitía gozar de las posibilidades que les daba la aceptación ya universalizada del modelo médico hegemónico. Esta concentración generó una mala distribución del recurso humano profundizando los desequilibrios regionales en cuanto a la

⁵⁷⁵ Es Felipe Sapag quien afirmará tiempo después, que si bien durante su primer gobierno se realizaron obras tendientes a mejorar la infraestructura sanitaria al mismo tiempo que se incorporó recurso humano, se tuvo en todo momento presente que se estaba trabajando sobre la coyuntura pero sin desarrollar un sistema de salud, lo cual va suceder a partir de 1970. Vease: Willie Arrue y Beatriz Kalinsky, *De la médica el terapeuta...*, op. cit. p. 257.

oferta sanitaria. Para 1959 el número de médicos activos en todo el país en relación con su población corresponde a una alta cultura, pero persiste una distribución defectuosa que hace que grandes zonas se encuentren aún sin servicios de salud completos. Un cuadro similar se repite en estas nuevas provincias, en donde se arrastra el mismo problema que persistía en la época territorialiana, lo cual generó una situación que no fue atendida ni por el sector médico involucrado directamente ni por el Estado como proveedor de los servicios públicos⁵⁷⁶.

La articulación por parte del sector privado de los grandes espacios a partir de una red de servicios subyacente en los centros urbanos más importantes, deja a los Estados provinciales la complementariedad de los servicios. Esto genera interrogantes específicos que ponen en cuestión aspectos fundacionales expresados desde lo discursivo en forma recurrente durante la etapa formativa. Por lo tanto, ¿fue realmente la estrategia política desplegada desde el sector médico organizado lo que realmente desarticuló las intencionalidades fundacionales de los nuevos estados provinciales en lo referido al subsector de salud pública?. ¿O las nuevas representaciones políticas hicieron propios los intereses particulares de los sectores que se integraban a la vida política plena en las provincias?

El dilema de “centralizar o delegar” recorrió la temática de la salud pública⁵⁷⁷ durante toda la primera mitad del siglo XX. El peronismo con su impronta fuertemente centralizadora será reemplazado por un paradigma en donde la descentralización será el núcleo central de la política sanitaria en donde ocuparon un lugar central las ideas del rol subsidiario que debía tener el Estado frente a la asistencia sanitaria privada.

Durante la provincialización se incorporó este debate en la política sanitaria provincial en una doble perspectiva. En primer lugar, se debe destacar la formalización de un subsector de salud en donde la coyuntura del cambio del paradigma sanitario condicionará su génesis a partir del rol de un nuevo Estado provincial que actuó en un contexto de desperonización sanitaria, influencia de organismos internacionales y nuevo posicionamiento político-gremial de las organizaciones médicas organizadas. En segundo

⁵⁷⁶ Cfr. Marta L. Schuffer, “Cantidad y distribución de los médicos en la Argentina: una revisión histórica”, en: *Medicina y Sociedad*, Vol. 23 no2 (abr-jun. 2000) pp.97-108. Disponible en: <http://www.worldcat.org/title/cantidad-y-distribución-en-la-argentina-una-revisión-histórica/oclc/06993639>

⁵⁷⁷ Cfr. Karina Ramacciotti, *La policía sanitaria del peronismo*, Buenos Aires, Biblos 2009, pp. 38-41.

lugar, persistía la situación heredada del período anterior que tuvo que ver con la dispersión geográfica y la amplitud territorial como vulnerabilidad más explícita de la carencia de infraestructura y servicios. Esto implicó que en el inicio del período que denominamos formativo, es el momento en que se formalizaron los acuerdos necesarios para concretar un aparato de salud acorde a la época. Pero esa característica peculiar que presenta el proceso también hizo que en algún caso se manifiesten de manera explícita realidades provinciales que comienzan a poner en discusión los intereses corporativos.

En ese juego de poder que se da por fuera y por dentro de las estructuras del Estado, el accionar del sector médico corporativo asumió distintas formas de intervención, lo que dio lugar a procesos en donde lo privado se va a sobreponer sobre lo público o viceversa, según fuera la capacidad de negociación y mediación estatal. Podemos decir que el dilema de “centralizar” o “delegar” propio del período preformativo, se vuelve a reeditar ahora dentro de un espacio subnacional en donde, se puso en discusión nuevamente el derecho a la salud. En ese momento, la adopción del rol subsidiario del Estado se encuentra ausente en el plano discursivo, pero se concreta en algún caso en las normativas vigentes.

Lo político tiene su correlato en lo médico-corporativo y prueba de ello es su posicionamiento en la disputa por el poder en los momentos fundacionales de las provincias que encuentra al sector médico ya organizado en círculos y federaciones y posteriormente con afiliaciones a las organizaciones gremiales nacionales como COMRA. En Chubut y Río Negro el asociacionismo médico condicionó el accionar político e influyó en forma directa en la constitución de las nuevas estructuras sanitarias. Las leyes que estructuraban el Consejo de Salud Pública en Río Negro incluían a partir de la n° 60/1959 a la Federación Médica como parte integrante del mismo. Solamente en la década del 70, con el triunfo del FREJULI en la provincia, se modificó esa tendencia y el sector médico organizado fue reemplazado por las asociaciones gremiales de los empleados estatales de salud. Posteriormente fue modificada la ley y en la década siguiente la Federación Médica era incorporada una vez más a la estructura sanitaria rionegrina. El final del proceso se produjo en los años 90 cuando la cúpula de la Federación asumió el control del sistema de salud público provincial.

En Chubut, la fuerte presencia del sector médico privado en la etapa de la provincialización, tuvo su correlato en la organización estatal y condicionó el desarrollo del

sector público, logrando una primacía que se prolongó a través del tiempo. En la época del territorio, un episodio evidenció la subordinación del poder político a los intereses del sector médico organizado. El doctor Atilio Viglione y su socio el doctor Ramón Cuervo, frente al requerimiento insistente del entonces gobernador Raúl Riobóo que les solicitaba que asumieran la dirección del Hospital público de Santa Teresita, condicionaron su aceptación sólo si se garantizaba que esa tarea no impidiera sus desarrollos profesionales en su clínica privada de Trelew, consiguiendo el visto bueno del poder político de turno.

En Neuquén, si bien hay una organización médica preexistente desde el año 1957, ésta no conforma un bloque de poder que genere la intermediación estatal. Posteriormente en la época del MPN, se produjo el desarrollo del sector público y durante un lapso prolongado ejerció su supremacía sobre el sector privado, mientras mantuvo el elenco gobernante su capacidad de negociación e intermediación.

El rol del gremialismo médico para el momento de la provincialización y los primeros gobiernos constitucionales dejó atrás la etapa en que consideraba que el conocimiento técnico-científico acumulado por la profesión era el fundamento necesario para la función política en donde lo político es identificado como la definición de valores que trascienden lo individual y lo sectorial para aportar al bienestar social en su conjunto⁵⁷⁸. Las políticas desplegadas por la Secretaría de Trabajo y Previsión a partir de 1943 generaron una competencia en lo que hace a la captación de adherentes para la organización gremial existente de los médicos. Dos organizaciones identificadas como la Federación Argentina de Médicos y la Confederación General de Profesionales, si bien contaban con el apoyo del gobierno no lograron el objetivo de alcanzar el apoyo generalizado de los profesionales de salud. El derrocamiento del peronismo en 1955 encontró a la COMRA con sus bases sociales intactas y es el momento en que el gremialismo médico mayoritario definió bajo nuevos parámetros su inserción en la vida social de la época. A su entender, la política había desvirtuado la búsqueda del bienestar común y restado legitimidad a la centralización del poder estatal, por lo que consideró necesario comenzar la defensa de los derechos de su profesión. La eficacia y el conocimiento técnico acumulado entendido como capital propio e indisoluble, anteriormente volcado a la actuación política en la búsqueda del bienestar general, ahora se convirtió en la base de la demanda corporativa potenciando

⁵⁷⁸ Susana Belmartino, *La atención médica argentina en el siglo XX...* op.cit. p. 139.

su accionar a partir de una lógica exclusiva del sector privado que va a regular la práctica médica, apuntando a un horizonte que tiene como objetivo lo hegemónico en el ejercicio de la profesión⁵⁷⁹. La gran huelga médica de 1958 demostró el poder corporativo del sector médico organizado, hecho que puede ser visualizado preferentemente en la provincia de Chubut.

Las organizaciones médicas preexistentes para el momento de la provincialización contemplaban en sus estatutos fundacionales esta visión impulsada por la COMRA. Se sumó además que la antinomia “centralización-descentralización” fue resuelta por el gobierno Provisional en 1957 a partir de la transferencia de los establecimientos de salud a las provincias, hecho que también tuvo su impacto en las nuevas entidades provinciales en proceso de constitución. El argumento que posibilitó estas acciones lo constituyó la idea del déficit fiscal como preocupación que dominó la toma de decisiones en materia de salud pública⁵⁸⁰, limitante que favoreció al sector privado que avanzó en el mercado de las prestaciones de salud.

Esta coyuntura en el proceso de la construcción del aparato institucional de la salud pública inauguró el período conocido como el del modelo pluralista de planificación descentralizada, puesto en marcha a partir de la ruptura institucional de 1955, en donde se profundizó la idea de la descentralización y la llegada de las tendencias ideológicas e intelectuales de los organismos sanitarios internacionales⁵⁸¹, donde la salud comenzó a transformarse en el gran negocio de la enfermedad.

Desde los niveles nacionales de decisión, la aplicación de nuevas lógicas en la distribución de recursos públicos para el sector, siguiendo las influencias y recomendaciones de los organismos internacionales, son acciones que presentan una matriz que se entronca con el proceso de despersonización pero aplicable al área de salud. La nueva postura del gremialismo médico a nivel nacional consideró de aquí en adelante que la unidad en la gestión, la centralización, la uniformidad de normas y el énfasis de que lo político es el factor indispensable de los recursos técnicos, son características consideradas “totalitarias” y responsables de la deficiencia y deformaciones que se verifican en los

⁵⁷⁹ Susana Belmartino, *La atención médica argentina en el siglo XX...* op.cit. pp. 139-140.

⁵⁸⁰ *Ibidem*, p. 131.

⁵⁸¹ Jorge Katz; Hugo Arce y Alberto Muñoz, “El modelo organizacional vigente...”, op.cit. p. 20.

servicios de salud⁵⁸². Las organizaciones gremiales preexistentes en los territorios de Río Negro y Chubut, aplican con gran éxito esta nueva forma de enfrentar el problema de salud direccionada por el gremialismo médico nacional.

A nivel regional, los nuevos vínculos y las creencias que influyeron en la vida política local van a desbordar los marcos de representación dando inicio a nuevas formas de mediación y figuras que comienzan a concentrar la confianza de la mayoría de los sectores sociales, en territorios que se insertan tardíamente al desarrollo capitalista. Se generó en estas nuevas provincias, una cultura política que convierte al estado local en referente central de la acción colectiva⁵⁸³.

Las tres provincias motivo del estudio de esta tesis, nacieron a la vida institucional a partir del triunfo de la UCRI, lo cual condensa el sentimiento político partidario de la época. Posteriormente, la novedad del MPN en Neuquén rompió con la homogeneidad partidaria de la época fundacional, y a partir de la década del 60, las características de las propias realidades políticas generaron paisajes disímiles, abriendo nuevos caminos en la concreción de los deseos fundacionales, lo que será internalizado por el subsector público de salud.

En Río Negro, el sector médico organizado en el ámbito privado totalmente consustanciado con las nuevas políticas estructuradas desde las organizaciones gremiales nacionales y en un clima político en donde todavía continúan presentes los efectos de la desperonización, se convierte en el interlocutor privilegiado de la Intervención Federal al momento de decidir el primer diseño del subsector público de salud. Esa oportunidad no será desperdiciada y a partir de allí, y aún en las gestiones de los gobiernos constitucionales posteriores, logra incluir dentro del esquema de decisiones gubernamentales su representación social. El momento “enunciativo” lo reconocemos en la conferencia médica de San Carlos de Bariloche de 1957, donde el Estado provincial se articula con el sector médico corporativo preexistente con total prescindencia de las fuerzas políticas actuantes en la provincia. La etapa de la “materialización” la ubicamos a partir de la Convención Constituyente Provincial realizada en la segunda mitad del año 1957, momento en que se

⁵⁸² Susana Belmartino, *La atención médica argentina en el siglo XX...* op.cit. p. 131.

⁵⁸³ Orietta Favaro y Mario Arias Bucciarelli; “Historia nacional - historia provincial...”, op.cit.

formaliza el mandato constitucional que luego dará origen a la sanción de la ley n° 60 del año 1959 que estructura el Consejo Provincial de Salud Pública, organismo que será puesto en total funcionamiento recién a partir del año 1964. Se formalizó un modelo que en la década de los '70 será modificado por la irrupción del FREJULI y el intento a nivel nacional de estructurar un sistema integrado de salud, que para el caso de Río Negro generó un proyecto denominado "Plan de Salud" de corta duración, para luego retomar el camino iniciado en el discurso fundacional implementado ya en la etapa de la transición. Las políticas de salud en Río Negro tienen una relación directa con la creación institucional del subsector. Consideramos que lo discursivo-enunciativo tiene su correlato casi inmediato en la materialización temprana de una legislación específica, aunque intervenciones posteriores y antagónicas se harán presentes en momento posteriores de la trayectoria institucional del subsector de salud. Estas experiencias no lograrán revertir la matriz enunciada en los aspectos discursivos de la Intervención Federal posterior al golpe de Estado de 1955.

Para Neuquén, la etapa preformativa, al igual que en Río Negro y Chubut, la conforma el sistema de atención sanitaria nacional desplegado durante la época territorialiana. Se observó al final de la misma que durante la gestión de Ricardo Hermelo, último Interventor Federal de la Revolución Libertadora y de su Ministro de Asuntos Sociales, el doctor Luis V. Ramón, un aspecto importante dado por la continuidad, en parte, de los funcionarios responsables de la salud pública del período anterior. La etapa fundacional y su primer momento, el enunciativo, lo ubicamos en el mandato de la Convención Constituyente. La materialización del subsector lo reconocemos a partir de la llegada al gobierno del MPN en donde van a confluir, la organización de un subsector público de salud y la implementación de políticas de salud con fuerte presencia estatal, con un anclaje discursivo generado en el momento enunciativo de la etapa de la provincialización.

En Chubut, el accionar del sector privado como promotor de la salud pública a partir de una estrategia de integración de características asimétrica, constituyó el núcleo de la etapa "formativa" del subsector de salud provincial. A partir del momento mismo de la llegada de las Intervenciones Federales y gracias al impulso del sector privado preexistente y su imbricación en el aparato estatal, lo "enunciativo" y la "materialización" del subsector, formó parte de un proceso sin discontinuidades. Este comenzará a partir de la organización

temprana del sector médico con la matriculación provincial en 1957 llevada adelante por el doctor Atilio Viglione, responsable de la Dirección General de Salud Pública de Chubut y dirigente gremial de los médicos. Posteriormente ya en el gobierno constitucional, se crea por ley n° 53 la Dirección General de Salud Pública y Seguridad social y por ley n° 60 el Plan de creación de hospitales y realización de estudios para la organización de la asistencia social, cuya responsabilidad recaerá en figuras prominentes de la organización médica que responde al sector privado.

Las intencionalidades presentes en los momentos fundacionales, ¿realmente logran plasmar un derecho a la salud en estas nuevas provincias emergentes, o solamente recrearon un sistema que en parte reprodujo las falencias de la estructura territorialiana en donde la ausencia y la incapacidad de articular estrategias por parte del Estado fueron sus características más notables?. En esta instancia de articulación de nuevos espacios políticos y de irrupción de nuevos sujetos con legitimación para influir en la toma de decisiones, lo político desborda la capacidad transformadora de la política.⁵⁸⁴ No hay respuestas a partir de la concreción de estos nuevos aparatos estatales provinciales de salud a muchos de los problemas ya evidenciados durante la época territorialiana, y solamente en uno de los casos, se interpreta la necesidad de extender lo que ya se considera el derecho a la salud, a partir de un esquema que permite la presencia estatal de forma concreta con mayor cobertura territorial, como es el caso neuquino.

El proceso de construcción de los subsectores de salud pública en las nuevas provincias se puede resumir en una sola problemática, la cual está definida justamente por el núcleo central de la cuestión salud, es decir, el derecho a la salud. Todo lo que comprende el proceso en sí, se reduce a la búsqueda de respuestas que permitan encontrar un modelo que equilibre las fuerzas concurrentes y se convierta en un satisfactor legítimo de ese derecho a la salud.

Si tenemos en cuenta todo el proceso de transformación que ha transitado el concepto de salud, pasaremos desde lo exclusivamente biológico hasta las concepciones más integrales inauguradas por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la

⁵⁸⁴ Entendido como la marcha general de la sociedad, “lo político”, asume particular importancia porque en algún caso desborda la capacidad de acción de “la política”, es decir lo que se entiende como la actividad ligada a la gestión de lo mencionado anteriormente.
Cfr. Orietta Favaro y Mario Arias Bucciarelli; “Historia nacional - historia provincial...”, op.cit.

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud partir de 1946, en donde se encuentra definida como un estado de completo bienestar al cual todos los individuos tienen derecho⁵⁸⁵.

Hacia el fin de la época territorialiana y antes del golpe de 1955, el Estado propugnaba un modelo de atención centralizada reservándose la potestad de la planificación y la administración del sistema. La ruptura que significó el fin del peronismo y los avatares posteriores van a fragmentar en sucesivas etapas ese sistema y a partir de esas instancias, el Estado deja de estar obligado a satisfacer de manera integral las necesidades sanitarias de la población y sólo se responsabilizará del nivel primario, quedando el resto librado a las posibilidades económicas de los propios afectados⁵⁸⁶.

Las nuevas provincias que irrumpen en la escena nacional a fines de la década del cincuenta, de alguna manera adecuaron la concreción del derecho a la salud a sus posibilidades políticas, de mediación y también de disponibilidad de recursos. En algunos casos lo “deseado” tuvo su correlato en lo enunciativo y discursivo y su concreción se aproximará al ideal del derecho pleno, aunque siempre dentro de un esquema en donde los factores anteriormente mencionados van a condicionar el equilibrio de los intereses contrapuestos. El nuevo Estado provincial no debe ser considerado como un actor único y autoconsciente responsable del estado de la cuestión, sino que debe ser comprendido como un espacio en donde en forma continua se producen y actualizan prácticas cotidianas dentro de las formaciones institucionales, donde las redes de relaciones disputan la definición y ejecución de las intervenciones estatales⁵⁸⁷.

La organización de las nuevas provincias necesariamente construyó nuevos ámbitos de administración y decisión gubernamental, en donde el subsector salud reflejó la concepción de derecho a la salud de la época, lo cual implicó en cierta medida, la construcción de nuevas ciudadanía. Se instauró por lo tanto, un estadio de inclusión parcial en lo que se entiende como el derecho a la salud, a partir de una oferta propia y con un criterio en la distribución de servicios totalmente genuino, en donde los casos particulares provinciales van a producir distintas instancias de ese proceso de inclusión.

⁵⁸⁵ Cfr. Graciela Vidiella, *El derecho a la salud*, Buenos Aires, Eudeba, 2000

⁵⁸⁶ *Ibidem*, p. 16.

⁵⁸⁷ Cfr. Ernesto Bohoslavsky y Germán Soprano (editores), *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*, Buenos Aires, Prometeo Libros, 2010.

En un contexto caracterizado por el establecimiento de un gobierno representativo de la ciudadanía, aunque en sentido restringido, se establece un modo de articulación entre sociedad y Estado, en donde será el mismo Estado quién privilegie o no, el accionar del sector médico organizado como agente fundamental de dicha mediación. La consecuencia directa será que Neuquén, con el tiempo logró construir su propia cultura en salud pública, la cual se incorpora positivamente a su imaginario social. En épocas de crisis, ese hecho, constituirá un elemento de connotaciones histórico-sociales que va a remitir a situaciones en donde el equilibrio era propugnado y sostenido por un Estado de fuerte presencia en el sector. Rio Negro anclado a una matriz fundacional condicionada por el sector privado, intentará en épocas posteriores desprenderse de ese tutelaje ya institucionalizado, pero será un proceso que quedará a mitad de camino, instituyendo un sistema híbrido en donde la capacidad de negociación y mediación siempre será favorable al sector privado. En Chubut el imbricamiento de los profesionales del sector privado en el aparato estatal determinó un tutelaje que no le permitió a la estructura estatal, un desarrollo acorde a las pretensiones fundacionales. El liderazgo político será ejercido por figuras con fuerte arraigo en el sector médico organizado que condicionó al propio Estado.

En la génesis de los subsectores sanitarios de salud, los nuevos estados provinciales asumen desde lo enunciativo el diseño y la construcción de sus subsectores de salud, al mismo tiempo que la materialización parcial de los proyectos fundacionales, presupone que de alguna manera convalidaron un acceso restringido al pleno derecho a la salud pública. Hay, por lo menos, dos aspectos que deben ser tomados en cuenta para explicar lo anterior. El primero de ellos está referido a la imposibilidad que desde la órbita estatal enfrentaron estas entidades subnacionales para establecer una construcción del edificio sanitario en forma autónoma, debido a la influencia de los intereses que orientaron las políticas de salud. El segundo aspecto y consecuencia directa del anterior, lo constituye el hecho de que al cumplir en forma parcial los deseos fundacionales, en la práctica solo se logró y por todos los factores enunciados durante las conclusiones de esta tesis, llegar a concretar a lo largo de sus trayectorias institucionales, un derecho restringido⁵⁸⁸. Este aspecto que desde

⁵⁸⁸ El derecho a la salud ha originado muchas discusiones en el ámbito de la bioética e incluso algunos autores se niegan a admitirlo como tal. Uno de los argumentos de mayor preponderancia es el de admitir el alto costo que demanda la atención sanitaria, afirmando que si el Estado estuviera obligado a garantizar a todos los individuos el goce del más alto grado de salud, tal como lo prescribe la Declaración de Principios de la OMS,

un marco teórico establecido contiene un vértice negativo, tendrá efectos distintos en los nuevos estados provinciales. Lo inconcluso del momento les permitió continuar con la búsqueda del ideal sanitario enunciado desde lo discursivo fundacional durante toda su trayectoria histórica-institucional, pero al mismo tiempo, posibilitó concretar un subsistema desequilibrado a partir de la presencia de fuertes y diversos intereses locales e influencias nacionales e internacionales. Se logró por lo tanto, construir un subsector público que coexistió minimizando el conflicto que representa la construcción de un subsector estatal de singular fortaleza.

Los problemas planteados por esta tesis generan numerosos interrogantes que quedan sin respuesta pero que pueden servir como inicio de nuevos procesos investigativos y complementarios al actual. Al centrarnos en las representaciones políticas y sociales toleradas por el gobierno provisional de la Revolución Libertadora, quedan fuera de análisis aquellas formas organizativas proscriptas. Tampoco se hace mención específica a la cuestión económica derivada de los presupuestos provinciales dedicados al subsector público de salud. Por lo tanto, ese factor determina un nuevo campo de análisis que va a permitir generar una mayor comprensión al problema. Asimismo se puede plantear, si existieron o no, otros sectores que pudieran ser definidos como fuerzas orientadoras de salud pública, además del sector médico organizado, que ampliaría, sin duda alguna, el horizonte de análisis. Uno de esos sectores aludidos sería el correspondiente al emergente espacio de las obras sociales que tanto en Río Negro como en Neuquén en épocas posteriores, van a construir y conservar grandes estructuras de poder dentro del sistema de salud pública integral. Por otro lado, en la aparente homogeneidad política de las tres provincias de los elencos dirigenciales triunfantes tanto en la Convención Constituyente como en la elección general, subyacen numerosas diferencias, aparte de las mencionadas en la tesis, que no fueron sometidas al análisis como cuestiones a resolver, y por lo tanto abre un nuevo camino de interpretación del problema. Coexisten por lo tanto una serie de problemáticas que permitirán seguir indagando sobre las diferentes formas de articulación entre los discursos y la política sanitaria en estas provincias, lo que promueve una nueva agenda investigativa hacia el futuro.

esto significaría el colapso de la economía. Sobre el tema y las diversas interpretaciones que presenta el derecho a la salud véase Graciela Vidiella, *El derecho a la salud...*, op. cit. pp.21-40.

Las transformaciones del sector salud fueron producto de las interacciones entre la sociedad y el Estado con la mediación del sector político, proceso que se dio sobre la base de los hospitales públicos, el sector privado, las obras sociales y los servicios de salud de los sindicatos⁵⁸⁹. En las nuevas provincias, esa interrelación en algunos casos se encontró desequilibrada a partir de la menor o mayor influencia de las llamadas fuerzas orientadoras de políticas que pudimos registrar. Es decir, que la salud pública no fue entendida como un proceso de construcción colectiva y por el contrario, su proceso de construcción institucional absorbió la imposición de modelos culturales hegemónicos direccionados desde el sector médico. En ese sentido, el sector político partidario, no asumió su capacidad de interpelación desde la propia legitimación que tenía como representante de los intereses generales de la sociedad civil, sino que en muchos casos, se hizo cargo de la defensa de los intereses corporativos de sectores bien definidos.

La imposición de una cultura de salud pública implica una vocación de poder por parte del Estado. En esta aproximación al tema que implica el desarrollo de la presente tesis, podemos decir que en lo discursivo de la etapa fundacional, lo deseado será preponderante en cuanto a lo posible. Con el transcurrir de la época, la profundización de las instancias de negociación y la materialización del subsector, provocó que esa relación se invierta, a partir de la acción de grupos organizados orientadores de políticas, provenientes del sector privado. Si bien lo nuevo que trae la transición está signado por la imposición de un modelo descentralizador, en uno de los ejemplos tratados se hará visible la impronta de un sistema con rasgos centralistas y con fuerte presencia estatal propio de la época del peronismo anterior.

La trayectoria de la salud pública en nuestro país, fue un proceso que puso en evidencia, la capacidad de la medicina para construir un orden social. Esa particularidad, es asumida filosófica y materialmente por el sector médico organizado a partir de la segunda mitad de la década de los cincuenta. La concreción de las nuevas provincias, se inserta dentro de una época donde coinciden los cambios de paradigma en el sistema de acumulación, junto a la nueva forma de concebir la salud desde el propio Estado. Es el momento en que la salud se convirtió en el gran negocio de la enfermedad. Esto generó las bases de un esquema sanitario-cultural, donde la acción del Estado provincial, quedó

⁵⁸⁹ Néstor Perrone y Lucrecia Teixido, “Estado y salud en la Argentina”, ... op.cit.

subsumida dentro de los intereses particulares que llevaron adelante los sectores privados orientadores de políticas. La delegación de los diseños del subsector de salud, las normativas sancionadas y la imbricación de los representantes del mismo, en las estructuras partidarias y en los elencos gubernamentales, relegaron a un plano exclusivamente retórico, los deseos y aspiraciones fundacionales. En uno de los casos, Neuquén, el Estado percibió esa capacidad transformadora que tiene la oferta médico hospitalaria, la cual logró ampliar con una oferta cultural y espacial, que hizo, que el proceso de construcción del subsector de salud pública, sea totalmente diferenciador al resto de los casos.

En esta etapa fundacional de las provincias, se puede concluir, que durante el período estudiado, la cultura de la salud pública estuvo direccionada mayoritariamente por representaciones que remiten principalmente al subsector privado, en donde con fluidez, hay un continuo desplazamiento entre la dimensión médica-institucional y la política partidaria.

V. BIBLIOGRAFIA Y FUENTES

FUENTES UTILIZADAS

A. Archivos y repositorios documentales

A.1. Provincia de Chubut

CONSTITUCION DE LA PROVINCIA DEL CHUBUT. 1957.

PROVINCIA DEL CHUBUT, BOLETIN OFICIAL, Decreto n° 472, página 4, Edición del 31 de Marzo de 1958.

PROVINCIA DEL CHUBUT, ASESORIA DE DESARROLLO, *Análisis de la Economía del Chubut y sus perspectivas de Desarrollo*, Primera parte: Análisis Globales, Tomo II, Rawson, 1970.

PROVINCIA DEL CHUBUT, Secretaría General de la Gobernación, División Archivo Histórico, *Gobernadores del Chubut*, Rawson, 1975

PROVINCIA DEL CHUBUT, Archivo Histórico Provincial (AHP).

PROVINCIA DEL CHUBUT, *Diario de sesiones de la H. Convención Constituyente 1957*, Sesión del 22 de noviembre de 1957, 5ª. Reunión, 3ª. Sesión de Tablas, Rawson, 1957.

PROVINCIA DEL CHUBUT, Mensaje de S.E. el señor Gobernador, *Diario de sesiones de la H. Legislatura*, Sesión del 1 de mayo de 1958, 2ª. Reunión, Punto 4, Rawson, 1958.

PROVINCIA DEL CHUBUT, "*Diputados provinciales 1958-1962*", Biblioteca de la Legislatura de la provincia de Chubut.

LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE CHUBUT, Ley n° 53 del año 1958.

LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE CHUBUT, Ley n° 60 del año 1958.

PROVINCIA DE CHUBUT, Decreto n° 472/58.

LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DEL CHUBUT, Ley n° 491 del año 1964.

A.2. Provincia de Río Negro

CONSTITUCION DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO. 1957.

Decreto 479/55 de la Intervención Federal en Río Negro.

Decreto n° 10.706 del Gobierno Provisional Nacional.

Decreto n° 1007/57 de la Intervención Federal.

Decreto n° 1153/57 de la Intervención Federal.

Decreto n° 1375/57 del Gobierno Provisional Nacional.

Decreto n° 964/57 de la Intervención Federal en Río Negro.

LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO, Ley n° 60 del año 1959.

PROVINCIA DE RIO NEGRO, LEGISLATURA PROVINCIAL, Diario de sesiones n° 20 del año 1959 de la Legislatura de Río Negro.

PROVINCIA DE RIO NEGRO. DIARIO DE SESIONES DE LA H. CONVENCION CONSTITUYENTE, 1957.

PROVINCIA DE RIO NEGRO, *Tres años de gobierno. Obras Públicas realizadas*, Tomo II, Viedma 1961

Sistema provincial de Archivo (SIPAR), *Memoria de la Gobernación del Territorio de Río Negro, año 1933*, Viedma, Provincia de Río Negro

Sistema provincial de Archivo (SIPAR), *Memoria de la Intervención Federal para el período 1957-1958*, Viedma, Provincia de Río Negro.

A.3. Provincia de Neuquén

DECRETOS n° 1409/57, 1678/57, 1896/58, 1986/58, COMISIONADO FEDERAL DE LA PROVINCIA DE NEUQUEN

DECRETO N° 6814 PODER EJECUTIVO NACIONAL

DECRETOS N° 1/55, 9/55, 30/55, 642/57 y 161/57 PROVINCIA DE NEUQUEN

CONSTITUCION DE LA PROVINCIA DEL NEUQUEN (1957)

DIARIO DE SESIONES DE LA PROVINCIA DE NEUQUEN, Tomo único.

PROVINCIA DEL NEUQUEN, MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, *Seguro provincial de Salud, Etapa 1. Discurso del Ministro de Salud Dr. Gustavo Vaca Narvaja*", Neuquén, marzo de 1988.

PROVINCIA DEL NEUQUEN, MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, *Informe. Gasto en Salud. Crecimientos y avances (1987-1991). Políticas e impactos*, Capítulo II, Neuquén, marzo de 1988.

PROVINCIA DE NEUQUEN, LEGISLATURA PROVINCIAL. Leyes varias período 1958-1959.

B. Diarios y periódicos

Río Negro, General Roca, ediciones de los años 1957,1958, 1959 y 2006.

La Nueva Era, Viedma, ediciones del año 1957, 1958 y 1959.

Jornada, Trelew, ediciones de los años 1957, 1958 y 1959.

Esquel, Esquel, ediciones 1958, 1959

La Luz, Esquel, ediciones 1955

Noticias de la Costa, ediciones años 2014

La mañana de Neuquén, ediciones año 2013

BIBLIOGRAFIA UTILIZADA

ABEL, José Luis ABEL, “La UCRI de Río Negro y la Convención Constituyente de 1957”, *IV Jornadas de Historia de la Patagonia*, Santa Rosa, La Pampa, 20 al 22 de septiembre de 2010.

-----, “La UCRI de Río Negro 1958-1963: Partido, elecciones y gobierno”, *IV Jornadas de Historia Social de la Patagonia*, Santa Rosa, La Pampa, 19 y 20 de mayo de 2011.

ALVAREZ, Adriana, “Ramos Mejía: Salud Pública y multitud en la Argentina finisecular”, en: LOBATO, Mirta Zaida (editora), *Política, médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud argentina*, Buenos Aires, Biblos, 1996.

-----, MOLINARI, Irena y REYNOSO, Daniel (editores), *Historias de enfermedades, Salud y Medicina en los siglos XIX y XX*, Universidad Nacional de Mar del Plata, 2004.

ALZUGARAY, Rodolfo, *Ramón Carrillo. El fundador del sanitarismo nacional*, Buenos Aires, Ediciones Colihue, 2008

ANDRES, MERCEDES, “Modelos de relaciones especiales adoptados en la política exterior argentina”, Centro de Estudios Internacionales (CAEI), Programa de Política exterior argentina, Workin paper #18.

Disponible: http://www.caei.com.ar/sites/default/files/18_0.pdf.

ARIAS BUCCIARELLI, Mario, “El estado Neuquino. Fortalezas y debilidades de una modalidad de intervención”, en Favaro, Orietta (Dir.), *Neuquén: La construcción de un orden Estatal*, Neuquén, CEPHyC, 1999.

-----, “Los territorios nacionales como problema historiográfico. Avances, perspectivas desafíos”, *III Jornadas de Historia Política, VI Jornadas del Programa Historia Política. Las provincias en la política nacional*, Facultad de Derecho, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, 2013.

-----, “Identidades en disputa: las “regiones” del Comahue y los poderes provinciales”, *Cuadernos del Sur. Historia*, Departamento de Humanidades, UNS, Bahía Blanca, 35-36/2006-2007.

-----, GONZALEZ, Alicia Ester y SCURI, Carolina, “Radicales y peronistas en la conformación del sistema político neuquino”, *Revista de Historia nro. 7*, 1998, pp. 178-179, Facultad de Humanidades. Universidad Nacional del Comahue, Neuquén. Disponible: <http://bibliocentral.uncoma.edu.ar/revele/index.php/historia/index>

-----, y FAVARO, Orietta, “Neuquén (Argentina) ¿economía de enclave y estado de bienestar?”, Neuquén, Universidad Nacional del Comahue, *Biblioteca Virtual, Centro de Estudios Históricos de Estado, Política y Cultura (CEHEPYC)*, 2004.

ARCE, Hugo, *El sistema de salud. De dónde viene y hacia dónde va*, Buenos Aires, Prometeo Libros, 2010.

-----, *El territorio de las decisiones sanitarias*, Buenos Aires, Ediciones Héctor Macchi, 1993.

ARMUS, Diego (compilador), *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2005.

-----, (editor), *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*, Buenos Aires, Grupo Editorial Norma, 2002.

ARRUE, Willie y KALINSKY, Beatriz, *De la médica el terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la provincia del Neuquén*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1991

-----, y KALINSKY, Beatriz, *Claves antropológicas de la salud. El conocimiento en una realidad intercultural*, Buenos Aires, Miño y Dávila Editores, 1996.

ASMAR, Estela Maris, “Primer gobierno constitucional del Neuquén y sus protagonistas”, Neuquén, Junín de los Andes, *IIº Congreso Regional de Historia*, agosto de 2001.

BANDIERI, Susana, “*Historia de la Patagonia*”, Buenos Aires, Sudamericana, 2005.

-----, BLANCO, Graciela y VARELA, Gladys (directoras), *Hecho en Patagonia. La historia en perspectiva regional*, Neuquén, EDUCO, Universidad Nacional del Comahue, 2005.

BARRAGAN, Horacio Luis, MOISO, Adriana, MESTORINO, María de los Ángeles y OJEA, Oscar Alfredo, *Fundamentos de Salud Pública*, La Plata: Edulp, 2007.

BELMARTINO, Susana, "Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo", *Desarrollo Económico*, vol. 35 N° 137, Buenos Aires, Abril-Junio 1995.

-----, *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 2005.

-----, “Políticas de Salud en la Argentina: perspectiva histórica”, en: *Cuadernos Médico Sociales* n° 55, 1991

-----, “Servicios de salud y sistema político: Argentina, Brasil y Chile entre 1920 y 1970”, en: ARMUS, Diego (compilador), *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2005.

-----, BLOCH, Carlos y BASCOLO, Ernesto, *Reforma de la atención médica en escenarios locales: 1990-2000*, 1º ed. Buenos Aires, Lugar, 2003.

-----, BLOCH, Carlos, CARNINO, María Isabel y PERSELLO, Ana Virginia, *Fundamentos ahistóricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina, 1940-1960*, Buenos Aires, OPS/OMS, 1991.

BIERNART, Carolina y RAMACCIOTTI, Karina, “Preguntas y herramientas para el análisis de las políticas sociales”, en: Carolina Biernart y Karina Ramacciotti (editoras), *Políticas sociales. Entre demandas y resistencias. Argentina 1930-1970*, Buenos Aires, Biblos, 2012

BLANCO, Cecilia, “La erosión de la unidad partidaria en el socialismo argentino. 1955-1958”, *Iº Jornadas de trabajo sobre Historia Reciente*, Centro de Estudios de Historia Obrera, Escuela de Historia, Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario, octubre 2003.

BLANCO, Graciela, *35 años del COPADE y la planificación en Neuquén. Una historia de sueños, proyectos y acciones en pos del desarrollo. 1964-1999*, Neuquén, Centro de Estudio de Historia Regional (CEHIR), Depto. de Historia, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional del Comahue. Centro de Planificación y Acción para el Desarrollo (COPADE), Gobierno de Neuquén, 1998.

-----, GENTILE, María Beatriz y QUINTAR, Juan; *Neuquén. 40 años de vida institucional. 1958-1998*, Neuquén, Centro de Estudio de Historia Regional (CEHIR),

Depto. de Historia, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional del Comahue. Centro de Planificación y Acción para el Desarrollo (COPADE), Gobierno de Neuquén, 1998.

BOHOSLAVSKY, Ernesto, *El complot patagónico: nación, conspiracionismo y violencia en el sur de Argentina y Chile siglos XIX y XX*, Buenos Aires: Prometeo Libros, 2009.

-----, y SOPRANO, Germán (editores), *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*, Buenos Aires, Prometeo Libros, 2010.

BONA, Aixa y VILABOA, Juan (coordinadores), *“Las formas de la política en la Patagonia. El primer peronismo en los Territorios Nacionales”*, Buenos Aires, Biblos, 2007.

-----, “El peronismo en los Territorios Nacionales patagónicos. Una aproximación al análisis comparativo”, en: BONA, Aixa y VILABOA, Juan (coordinadores), *Las formas de la política en la Patagonia. El primer peronismo en los Territorios Nacionales*, Buenos Aires, Biblos, 2007.

BORINI, Leopoldo Mario, “¿Existió un "FENÓMENO NEUQUINO" en salud? Epidemiología social de una atención primaria”. Disponible en: www.marioborini.bligoo.com.

BORON, Atilio, “El nuevo orden mundial y como desmontarlo”, en: SEOANE, José y TADDEI, Emilio (comps.), *Resistencias mundiales. De Seattle a Porto Alegre*, Buenos Aires, CLACSO, 2001.

CAMPINS, Mónica, DOBAÑO FERNANDEZ, Palmira, GAGGERO, Horacio y PFEIFFER, Ana Teresa, “Desde el golpe del treinta hasta el gobierno de Menem”, en: ALORI, Laura, ALVAREZ, Gustavo y BLANCO, Teodoro, *El Estado y los actores sociales en la historia argentina. Desde sus orígenes al presente*, Buenos Aires, Biblos, 2005.

CARDONE, Edgardo, *José María Guido, un patriota en la borrasca*, Buenos Aires, De los Cuatro Vientos, 2005.

CARRILLO, Arturo y CARRILLO, Augusto Raúl, *“Ramón Carrillo, el hombre..., el médico, ...el sanitarista”*, Buenos Aires, ediciones del autor, 2005.

CARRILLO, Ramón, *“Planes de Salud Pública. Obras completas”*, Tomo IV, Buenos Aires, Eudeba, edic. 1974.

CASTILLO, Héctor Enrique, “Delegados territorianos, legisladores a medias”, publicado en *HISTNEUQ* versión online disponible.

CAVAROZZI, Marcelo, *Autoritarismo y democracia. La transformación del Estado al mercado en Argentina (1955-1966)*, Buenos Aires, Ariel, 1997).

CEJAS, Claudia, *Historia del Hospital Francés de Buenos Aires*, RAR, Volumen 75, Número 4, 2011.

CERUTTI, Angel y GONZALEZ, Cecilia, “Educación y xenofobia en la Argentina. El caso del prejuicio antichileno en el territorio del Neuquén, Argentina”, en: SAMPAYO, Horacio Ricardo (coordinador), *El acceso y la exclusión en el cuidado de la salud: una perspectiva antropológica. Análisis de las continuidades y rupturas en la forma de abordar la salud, la discriminación, la segregación y los prejuicios*, Neuquén, EDUCO, Universidad Nacional del Comahue, 2013.

CHAVEZ, Beatriz Carolina, “Neuquén desde el dictado de la ley de la provincialización hasta su organización constitucional (1955-1958), Neuquén, Junín de los Andes, II° Congreso Regional de Historia, agosto de 2001.

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES (CFI), *RIO NEGRO. Producto Bruto Interno 1953-1960*, Departamento de Información e Investigación, Sección Cuentas Sociales Regionales.

CORIGLIANO, Francisco, “Los modelos de relaciones especiales en la política exterior argentina (1862-2008). De Bartolomé Mitre a Cristina Fernández de Kirchner”, *Boletín del Instituto de Seguridad Internacional y Asuntos Estratégicos (ISIAE)*, Consejo Argentino para las Relaciones Internacionales (CARI), año 11, n° 45, Abril 2008. Disponible: <http://cari.org.ar/publicaciones.html>

DAL BO, Alberto, *Hospitales de reforma. Crónicas para evitar el olvido*, Buenos Aires, Biblos, 2008.

DIANA, Marta, *Mujeres guerrilleras. Sus testimonios en la militancia de los setenta*, Buenos Aires, Booket, 2011.

DI LISCIA, María Silvia, “Imaginario y derroteros de la salud en el territorio argentino. Los territorios nacionales (fines del XIX y principios del XX)”, *Entrepasados, Revista de Historia*, n° 33, ISSN: 0327-649-X-32. 2008.

-----, *Dificultades y desvelos de un Estado interventor. Instituciones, salud sociedad en el interior argentino /La Pampa, 1930-1946*, Facultad de Ciencias Humanas, ULPam.

-----, “Cifras y problemas. Las estadísticas y la salud en los Territorios Nacionales (1880-1940), en: *Salud Colectiva*, vol. 5, núm. 2, mayo-agosto 2009, pp. 259-278, Universidad Nacional de Lanús, Argentina. Disponible: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73111763008>.

-----, “Instituciones ‘portátiles’. La sanidad en los Territorios Nacionales (1880-1910)”, en: BOHOSLAVSKY, Ernesto y SOPRANO, Germán (compiladores), *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*, Buenos Aires, Prometeo Libros, 2010.

-----, y BOHOSLAVSKY, Ernesto, “La profilaxis del viento. Instituciones represivas y sanitarias en la Patagonia Argentina, 1880-1940”, en: *Asclepio. Revista de*

Historia de la Medicina y de la Ciencia, 2008, vol. LX, nº 2, julio-diciembre, ISSN: 0210-4466

-----, “Desde fuera y desde dentro. Enfermedades, etnias y nación (Argentina, 1880-1940)”, en: HOCHMAN, Gilberto; DI LISCIA, María Silvia y PALMER, Steven (organizadores), *Patologías de la Patria. Enfermedades, enfermos y nación en América Latina*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2012.

DIRECCION DE PRENSA MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE NEUQUEN, *Organización general del sistema de salud de la provincia de Neuquén*, Gacetilla de prensa, Neuquén, julio 2007.

DOVAL, Hugo, “La medicina, los medios y la estructura social. Aportes para el desarrollo histórico y la situación actual en la Argentina”, en: MICUCCI, Hugo, DOVAL, Hugo y STEIN, Ernesto, *Salud: crisis del sistema. Propuestas desde la medicina social*, Buenos Aires, Agora, 1992.

DUMRAUF, Clemente I., *Historia de Chubut*, Buenos Aires, Editorial Plus Ultra, 1996.

DUSSEL, Inés, “¿Existió una pedagogía positivista? La formación de los discursos pedagógicos en la segunda mitad de siglo XIX”, en: PINEAU, Pablo, DUSSEL, Inés y CARUSO, Marcelo R., *La escuela como máquina de educar: tres escritos sobre un proyecto de modernidad*, Buenos Aires, Paidós, 2005.

ENTRAIGAS, Jorge Raúl, *La provincialización de Río Negro. Antecedentes y apuntes históricos*, Departamento de Comisiones de la Legislatura de Río Negro, Viedma, 1991.

EPIFANIO, Hugo, *La Constitución de Río Negro comentada*, Viedma, ediciones del autor, 1982.

FAVARO, Orietta (editora), *Neuquén. La construcción de un orden estatal*, Centro de Estudios históricos de Estado, política y Cultura (CEHEPYC), Universidad Nacional del Comahue, Neuquén, 1999.

-----, “La reconciliación de la historia con la política. Aportes teóricos y metodológicos en la historia política neuquina”, en: FAVARO, Orietta (editora), *Neuquén. La construcción de un orden estatal*, Neuquén, Centro de estudios históricos de Estado, política y cultura (CEHEPYC), Universidad Nacional del Comahue, 1990.

-----, “Sociedad y política. La interpelación y representación política de los ciudadanos neuquinos, 1958-1983”, Neuquén, Universidad Nacional del Comahue, *Biblioteca Virtual, Centro de Estudios Históricos de Estado, Política y Cultura (CEHEPYC)*, 2004.

-----, (coordinadora), *Sujetos Sociales y Política. Historia Reciente de la norpatagonia Argentina*, Centro de Estudios históricos de Estado, política y Cultura, Universidad Nacional del Comahue, Neuquén, Editorial La Colmena, 2005.

-----, y CAO, Horacio, “Los Estados provinciales. Una conceptualización provisoria”, en: FAVARO, Orietta (coord.), *Sujetos sociales y política. Historia reciente de la Norpatagonia Argentina*, Buenos Aires, La Colmena, 2005.

-----, y SCURI, María Carolina, “La trastienda de la Historia Regional”, en: FAVARO, Orietta (coord.) *Sujetos sociales y política. Historia reciente de la Norpatagonia Argentina*, Buenos Aires, La Colmena, 2005.

-----, y IUORNO, Graciela, (Cehepyc/Clacso-UNCo), “Reflexiones en torno a los estudios sobre Territorios Nacionales”, *Dossier, Territorios Nacionales*. Disponible en: historia política.com

-----, y ARIAS BUCCIARELLI, Mario, “Historia nacional - historia provincial. Un falso dilema”, Cehepyc/Clacso. Disponible en: <http://168.96.200.17/ar/libros/argentina/cehepyc/interesescuelas.doc>

FOUCAULT, Michel, “Genealogía del racismo”, disponible en: http://psico-web.com/sociología/foucault_genealogia01.htm

GALASSO, Norberto, *De la Banca Baring al FMI. Historia de la deuda externa argentina*, Buenos Aires, Colihue, 2004.

GALLUCCI, Lisandro, “Ciudadanía y orden institucional en la Patagonia Norte. Notables y subalternos en Neuquén durante las primeras décadas del siglo XX”, en: BOHOSLAVSKY, Ernesto y GODOY ORELLANA, Milton (editores), *Construcción estatal, orden oligárquico y respuestas sociales. Argentina y Chile, 1840-1930*, Buenos Aires, Prometeo Libros, Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento, 2010.

-----, “En los márgenes de la República. Una mirada a la vida política en los Territorios Nacionales de la Patagonia Norte (1884-1945)”, en: CAMINO VELA, Francisco (comp.), *El mundo de la política en la Patagonia Norte*, Neuquén, EDUCO, Universidad Nacional del Comahue, 2012.

-----, y PERREN, Gonzalo, “La ciudadanía como espacio social de luchas en el Territorio del Neuquén. Una aproximación al estado de la cuestión”, *VI Congreso de Historia Social y Política de la Patagonia Argentino-Chilena*, Secretaría de Cultura del Chubut, Trevelín, 15, 16 y 17 de noviembre de 2001,

GATICA, Mónica, LOPEZ, Susana, MONEDERO, María Laura y PEREZ ALVAREZ, Gonzalo, *Patagonia: Desarrollo y neoliberalismo*, Buenos Aires, Imago Mundi, 2005.

-----, y PEREZ ALVAREZ, Gonzalo, “Provincialización, corporaciones y política: la Convención Constituyente del Chubut en 1957”, en: Martha Ruffini, *Dossier. De territorios a provincias. Actores, partidos y estrategias en las nuevas provincias argentinas (1951-1962)*. Disponible en: Historia política.com

GEROSA LEWIS, Ricardo Tomás, “Historia constitucional de Chubut”, disponible en: http://www.estudiogerosa.com.ar/miembros/rtgl/publicaciones/articulos_especializados/historia_constitucional_chubut.php

GIULIANI, Adriana y DIAZ, Nora, *Petróleo y economía neuquina*, Neuquén, EDUCO, Universidad Nacional del Comahue, 2008.

GONZALEZ LEANDRI, Ricardo, “La profesión médica en Buenos Aires, 1852-1870”, en: LOBATO, Mirta Zaida (edit.), *Política. Médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina*, Buenos Aires, Biblos, 1996.

GOROSITO, Jorge y HELLER, Horacio; “El sector salud en la provincia de Neuquén” en: KATZ, Jorge y colaboradores, *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1993.

GRÜNMAN, Jorge Daniel, “Anexo 1: El Plan de Salud el Neuquén”, en: ARRUE, Willie y KALINSKY, Beatriz, *De la médica el terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la provincia del Neuquén*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1991

HOCHMAN, Gilberto, DI LISCIA, María Silvia y PALMER, Steven (organizadores), *Patologías de la Patria. Enfermedades, enfermos y nación en América Latina*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2012.

HUALPA ACEVEDO, Eduardo y VIGLIONE, Enrique Oscar, *Dr. Enrique Oscar Viglione. Memoria*, Tomo I, Buenos Aires, Ediciones de La Galera, 2004.

HUGHES, Edgardo Rubén, “A propósito del significado, contenido y origen de la expresión Estado social y democrático de derecho en general y en la constitución de la provincia del Chubut en particular”, *Revista El Reporte*, Año 4, Nro. 13, octubre de 2004

IBARRA, Orlando, “*Provincia del Chubut. Etapa fundacional*”, Rawson, Círculo Policial y Mutual de la provincia del Chubut, 2003.

IGLESIAS, Aída Ester y GEREZ, Luis Alberto (coordinadores), *En búsqueda de su propia historia. Hospital Zonal de Trelew Dr. Adolfo Margara*, Trelew, Biblioteca popular hospitalaria “Dora Seña”, 2006.

IRIART, Celia, MERHY, Emerson Elías y WAITZKIN, Howard; *La atención gerenciada en América Latina. Su papel en la reforma de los sistemas de salud*, Buenos Aires, Instituto de Estudios y Formación Central de los Trabajadores Argentinos (CTA), 1999.

IUORNO, Graciela, “*Poder y familias. La dinámica articulación de redes sociales y políticas*”, en: FAVARO, Orietta (coordinadora), “*Sujetos Sociales y Política. Historia Reciente de la norpatagonia Argentina*”, Centro de Estudios históricos de Estado, política y Cultura, Universidad Nacional del Comahue, Neuquén, Editorial La Colmena, 2005.

-----, “Proceso de provincialización en la Norpatagonia. Una historia comparada de intereses y conflictos”, en: IUORNO, Graciela y CRESPO, Edda (coordinadoras), *Nuevos espacios. Nuevos problemas. Los Territorios Nacionales*, Neuquén, Educo, 2008.

JANKILEVICH, Angel, *Hospital y Comunidad. De la Colonia a la Independencia y de la Constitución a la república corporativa*, Buenos Aires, Ediciones del autor, 2001

-----, “Historia del Hospital Italiano”, *Colección Revista Hospital y Comunidad*, disponible en: revistahyc@ciudad.com.ar

JUNTA DE ESTUDIOS HISTORICOS DEL CHUBUT, “Cuadernos de Historia del Chubut”, Cuaderno N° 3, Trelew, Junio de 1968.

KATZ, Jorge y colaboradores, *El sector salud en la República Argentina. Su estructura y comportamiento*, Serie Economía, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1993.

-----, ARCE, Hugo y MUÑOZ, Alberto, “El modelo organizacional vigente y sus orígenes histórico-institucionales”, en: KATZ, Jorge y colaboradores, *El sector salud en la República Argentina, su estructura y comportamiento*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1993.

LA SERNA, Carlos y GOMIZ GOMIZ, José Antonio (compiladores), *La salud pública en los tiempos del neoliberalismo. El caso de la provincia de Río Negro*, Serie Políticas Públicas, Ediciones del CEAPPE (Centro de Estudios en Administración, Políticas Públicas y Estado), Maestría de Administración Pública, Centro Universitario Regional Zona Atlántica (CURZA), Universidad Nacional del Comahue, Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública (I.I.F.A.P.), Universidad Nacional de Córdoba, 2002.

LIONETTI, Lucía, *La misión política de la escuela pública. Formar a los ciudadanos de la república (1870-1916)*, Buenos Aires, Miño y Dávila Editores S.R.L., 2007.

LOBATO, Mirta Zaida, “Lecturas de historia de la salud en Argentina. Una introducción”, en: LOBATO, Mirta Zaida (edit.), *Política. Médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina*, Buenos Aires, Biblos, 1996.

LOZADA, Ezequiel y LOZADA, Martín, *El derecho público de Río Negro*, Gral. Roca, Editorial Francisco Héctor Estrada, 1994.

MACOR, Darío y TCACH, César (edit.), “La invención del peronismo en el interior del país”, Universidad Nacional del Litoral, 2003.

MASES, Enrique y LOPEZ CUMINAO, Mariano, “La luz de un fósforo fue. Auge y decadencia de la Unión Cívica Radical Intransigente Neuquina (1957-1962)”, en: CAMINO VELA, Francisco (compilador), *El mundo de la política en la Patagonia norte*, Neuquén, EDUCO, Universidad Nacional del Comahue, 2012.

MAZZAFERO, Vicente Enrique y otros, *Medicina y salud pública*, Buenos Aires, EUDEBA, 1999.

MENENDEZ, Eduardo, “Modelo hegemónico, crisis socio-económica y estrategias de acción en el sector salud”, Rosario, *Cuadernos Médicos Sociales n° 33*, 1985.

-----, “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988.

-----, *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2009.

MIRANDA, Marisa, “Doxa, Eugenesia y derecho en la Argentina de posguerra (1949-1957)”, en: VALLEJO, Gustavo y MIRANDA, Marisa (compiladores), *Políticas del cuerpo. Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*, Buenos Aires, Siglo XXI Editora Iberoamericana, 2007

MOMBELLO, Laura, “Neuquén es memoria y memoria es Neuquén”, *Revista de Historia nro. 9*, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional del Comahue, Neuquén, 2001, pp.115-117. Disponible: <http://bibliocentral.uncoma.edu.ar/revele/index.php/historia/index>

NAVARRO FLORIA, Pedro, *Historia de la Patagonia*, Buenos Aires, Ciudad Argentina, Editorial de Ciencia y Cultura, 1999.

NEIBURG, Federico y PLOTKIN, Mariano (compiladores), *Intelectuales y expertos. La constitución del conocimiento social en la Argentina*, Buenos Aires, Paidós, 2004.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, *Documentos básicos de la Organización Panamericana de la salud*, Documento oficial n° 308, Decimosexta edición, Washington D.C., OPS., 2002.

ORIOLA, Jorge, *Esquel... del telégrafo al pavimento*, Buenos Aires, Honorable Senado de la Nación, 2003.

OSZLAK, Oscar, *La formación del Estado argentino*, Buenos Aires, Emecé Editores, 2009.

PERREN, Joaquín y PEREZ ALVAREZ, Gonzalo, “Las ‘nuevas’ provincias como problema historiográfico. Una primera aproximación a los casos patagónicos”, *XII° Jornadas Interescuelas y Departamentos de Historia*, San Carlos de Bariloche, 2009

PERRONE, Néstor y TEIXIDO, Lucrecia, “Estado y salud en la Argentina”, *Revista de la Maestría en Salud Pública*, ISSN: 1667-3700 · Año 5- N° 10 · Diciembre 2007

PROVINCIA DE NEUQUEN, Ministerio de Salud Pública de la provincia de Neuquén, Departamento de Historia de la Universidad Nacional del Comahue, *Estado, sociedad, salud: Neuquén (1944-1972). Investigación histórica sobre el Plan de Salud Neuquino*, 1990.

PODER EJECUTIVO NACIONAL, MINISTERIO DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD PUBLICA, “*Política sanitaria y social. 12 de octubre de 1963 – 31 de diciembre de 1965. Tomos I y II*”, Buenos Aires, 1966.

PUIGGROS, Adriana, *Sujetos, disciplina y currículo en los orígenes del sistema educativo argentino (1885-1916)*, Buenos Aires, Editorial Galerna, 1990.

RAMACCIOTTI, Karina, *La política sanitaria del peronismo*, Buenos Aires, Biblos, 2009.
-----, *La Fundación Eva Perón y las mujeres: entre la provocación y la inclusión*, Buenos Aires, Biblos, 2008.

-----, “Administración sanitaria: reformas y resultados obtenidos, Argentina (1946-1955)” en: BOHOSLAVSKY, Ernesto y SOPRANO, Germán (compiladores), *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*, Buenos Aires, Prometeo Libros, 2010.

-----, “Las políticas de salud en la Argentina, 1946-1954: logros, conflictos y obstáculos en la gestión del Dr. Ramón Carrillo”, *VIIº Jornadas Interescuelas Departamentos de Historia*, Neuquén, Universidad Nacional del Comahue, 1999.

-----, “De neurocirujano a primer ministro de Salud de la Argentina”, *Salud Colectiva*, vol. 4 n.1 Lanús, ene./abr. 2008, *versión On-line*, ISSN 1851-8265

RAPOPORT, Mario, *Historia económica, política y social de la Argentina (1880-2003)*, Buenos Aires, Emecé Editores, 2008.

RECALDE, Héctor, *El Primer Congreso Pedagógico/2,(1882)*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina S.A., 1987.

ROSS, Peter, *The Construction of the Public Health System in Argentina 1943-1955*, The University of New South Wales, Sydney, Australia, 2006. Disponible en: <http://electroneubio.secyt.gov.ar/index2.htm>.

ROVERE, Mario, "La salud. Alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto", *Revista electrónica La esquina del Sur*, Buenos Aires, 2004.

RUFFINI, Martha, *La pervivencia de la república posible en los territorios nacionales: poder y ciudadanía en Río Negro*, Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2007.

-----, “Peronismo, territorios nacionales y ciudadanía política. Algunas reflexiones en torno a la provincialización”, en: *Revista Avances del César*, Año V, Nro. 5. Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Humanidades y Artes, Escuela de Historia, Centro de Estudios Social Regional. Rosario: Argentina. 2005. Disponible: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/argentina/cehepyc/ruffi.rtf>).

-----, “La Revolución Libertadora en el sur argentino. Persecución política y antiperonismo en Río Negro”, en: *e-l@tina. Revista electrónica de estudios latinoamericanos* [en línea], Vol. 11, nº 41, Buenos Aires, octubre-diciembre de 2012, pp. 37-58. <<http://iealc.sociales.uba.ar/publicaciones/elatina>>

-----, *Dossier. De territorios a provincias. Actores, partidos y estrategias en las nuevas provincias argentinas (1951-1962)*. Disponible en: [Historia política.com](http://historia.politica.com)

RUIBAL, Beatriz, “Medicina legal y derecho penal a fines del siglo XIX”, en: LOBATO, Mirta Zaida (edit.), *Política. Médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina*, Buenos Aires, Biblos, 1996

SAMPAYO, Horacio Ricardo y FONTENLA, Luisina, “Vivir sin médico: el caso del barrio El Mirador, Añelo, provincia del Neuquén” en: SAMPAYO, Horacio Ricardo (coordinador), *El acceso y la exclusión en el cuidado de la salud: una perspectiva antropológica. Análisis de las continuidades y rupturas en la forma de abordar la salud, la discriminación, la segregación y los prejuicios*, Neuquén, EDUCO, Universidad Nacional del Comahue, 2013.

SANCHEZ, Norma Isabel, *La higiene los higienistas en la Argentina (1880-1943)*, Buenos Aires, Sociedad Científica Argentina, 2007.

SCHUFFER, Marta L., “Cantidad y distribución de los médicos en la Argentina: una revisión histórica”, en: *Medicina y Sociedad*, Vol. 23 no2 (abr-jun. 2000). Disponible en: <http://www.worldcat.org/title/cantidad-y-distribución-en-la-argentina-una-revisión-histórica/oclc/06993639>

SPINELLI, Hugo (compilador), *Salud colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2004.

SPINELLI, María Estela, *Los vencedores vencidos. El antiperonismo y la revolución libertadora*, Buenos Aires, Biblos, 2005

SOPRANO, Germán, “Estados nacionales, regiones y fronteras en la producción de una historia social de orden estatal en América Latina”, en: BOHOSLAVSKY, Ernesto y GODOY ORELLANA, Milton (editores), *Construcción estatal, orden oligárquico y respuestas sociales. Argentina y Chile, 1840-1930*, Buenos Aires, Prometeo Libros, Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento, 2010.

SVAMPA, Maristella, *El dilema argentino: civilización o barbarie. De Sarmiento al revisionismo peronista*, Buenos Aires, Ediciones El Cielo por asalto, 1994.

TARANDA, Demetrio, PERREN, Joaquín, MASES, Enrique, GALLUCCI, Lisandro y CASULLO, Fernando, *Silencio Hospital. Una historia de la salud pública en Neuquén*, Neuquén, EDUCO-Universidad Nacional del Comahue, 2008.

TESTA, Mario, *Pensar en salud*, 3º Edición, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2004.

TESTA, Daniela, “¡SOS vacunas! Tensiones entre Estado y sociedad civil (1957-1971)”, en: BIERNART, Carolina y RAMACCIOTTI, Karina (editoras), *Políticas sociales. Entre demandas y resistencias. Argentina 1930-1970*, Buenos Aires, Biblos, 2012.

TORRADO, Susana, *Estructura social de la Argentina. 1945-1983*, Buenos Aires, Ediciones de la Flor, 1992

TORRES, Susana B., “Los orígenes de la inmigración chilena en Comodoro Rivadavia 1901-1947”, ponencia en las *VIIº Jornadas Interescuelas Departamentos de Historia*, Neuquén, Universidad Nacional del Comahue, 1999.

-----, y CISELLI, Graciela, “La Gobernación militar de Comodoro Rivadavia (1944-1955) Un análisis exploratorio”, en: BONA, Aixa y VILABOIA, Juan (coordinadores), *Las formas de la política en la Patagonia. El primer peronismo en los Territorios Nacionales*, Buenos Aires, Biblos, 2007

VACA, Josefina y CAO, Horacio, “Continuidades y rupturas en las desigualdades territoriales de la República Argentina”, Universidad Nacional de Quilmes, *Revista de Estudios Regionales* n° 72, I.S.S.N.: 0213-7585, 2005.

VERONELLI, Juan Carlos, *Medicina, gobierno y sociedad: evolución de las instituciones de atención de la salud en Argentina*, Buenos Aires, El Coloquio, 1975.

-----, y Testa, Analía (editores), *La OPS en la Argentina. Crónica de una relación Centenaria*, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de La Salud, Argentina, 2002.

-----, y Veronelli Correch, Magalí, *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*, Tomo 2, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Argentina, 2002.

VIDIELLA, Graciela, *El derecho a la salud*, Buenos Aires, EUDEBA, 2000.

VISILLAC, Enrique, “Historia del gremialismo médico argentino. Su rol en la salud pública”, Buenos Aires, *Boletín de Temas de salud*, Año 13, n° 123, noviembre 2006

-----, MARTINEZ, Nélica y BOLONIATI, Norma, *70 años de actividad médica: de la profesión liberal a la progresiva precarización del trabajo*, Asociación de Médicos Municipales de la ciudad de Buenos Aires, Premio Salud Pública 2006-2007, Buenos Aires, 2007.

WINDERBAUM, Silvio, “Río Negro: una fragmentación espacial perfectamente organizada”, en: BANDIERI, Susana, BLANCO, Graciela y VARELA, Gladys (directoras), *Hecho en Patagonia. La historia en perspectiva regional*, Neuquén, EDUCO, Universidad Nacional del Comahue, 2005.

YGOBONE, Aquiles D., *Renacimiento de la Patagonia. Contribución al estudio, investigación y solución de diversos problemas del sur argentino*, Buenos Aires, Ediciones Depalma, 1964.

ZABALA, Pablo, “La enfermedad de Chagas como ‘problema nacional’ en Argentina. Populismo, sanitarismo e investigación científica”, en: HOCHMAN, Gilberto; DI LISCIA, María Silvia y PALMER, Steven (organizadores), *Patologías de la Patria. Enfermedades, enfermos y nación en América Latina*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2012.

ZALDUA, Gabriela, “La hegemonía neoliberal y las condiciones de producción de los actos de salud en hospitales públicos”, en: ZALDUA, Graciela Zaldúa, LODIEU, María Teresa, TISERA, Ana y GAILLARD, Paula, *Jornadas Gino Germani*, IIFCS, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina. 2000.

Disponible: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/argentina/germani/zaldua.rtf>

ZAMIT, Diego, “La primera Asamblea Constituyente del Chubut”, *Cuadernos de Historia del Chubut*, Junta de Estudios Históricos del Chubut, Trelew, junio de 1968.

Páginas web consultadas:

Federación Médica de Río Negro: www.fcdmedica.org.ar

Confederación Médica de la República Argentina (COMRA)

Colegio Médico de Cipolletti: www.cmcipolletti.com.ar/historia.php

www.amech.org.ar/nosotors/html.

www.hospitalbritanico.org.ar

www.hospitalespanolba.com.ar

www.hospitalaleman.com.ar

www.medicos-municipales.org.ar/repor0700.htm

www.hospitalneuquen.org.ar

minutoncuquen.com

VI. ANEXO

Cuadro n° 1: Convencionales Constituyentes de Río Negro. 1957

Fuente: Diario de Sesiones de la Convención Constituyente de Río Negro

UNION CIVICA RADICAL INTRANSIGENTE

Justo EPIFANIO
José María GUIDO
Pablo Fermín OREJA
Manuel PORCEL de PERALTA
Juan STABILE (1)
Bernardo LAVAYEN (2)
César OBREGON
Pablo PIZÁ
Elvio CASTELLO

UNION CIVICA RADICAL DEL PUEBLO

José Enrique GADANO
Felipe bsalón CONTIN
Julio Raúl RAJNERI
Alberto RIONEGRO
Mario VIECENS
Nelly Frei de NEUMEYER

PARTIDO DEMOCRATA CRISTIANO

Roberto DE REGE

Manuel Rodolfo SALGADO
Manuel BUSTAMANTE

PARTIDO SOCIALISTA

Primo SEVERINI
Emilio BERJOLIS
Roberto CIRIGLIANO

PARTIDO DEMOCRATA DE RIO NEGRO

Adalberto PAGANO

PARTIDO DEMOCRATA PROGRESISTA

Santiago HERNANDEZ
Marcelo MONETTA (4)

Referencias:

- (1) Por renuncia es reemplazado por Julio MALEVILLE
- (2) Por renuncia es reemplazado por Farid MARON
- (3) Por renuncia es reemplazado por Héctor CASAMIQUELA
- (4) Por renuncia es reemplazado por Oscar Donato CALANDRIELLO

Cuadro n° 2: Primera Legislatura de la provincia de Río Negro

Fuente: *Libro de Diputados*. Legislatura de la provincia de Río Negro.

Legislador	Repres. Política	Ingreso	Egreso
ABBATE, Oscar Antonio	DC	1-V-1960	(*)
AGUIRRE, Ricardo	UCRP	17-III-1958	(*)
BASSE, Ismael	UCRI	20-V-1958	(*)
BEVERAGGI, Agustín Napoleón	UCRI	17-III-1958	Renunció 9-X-1961
CAMPBELL, Norman Percival	UCRI	17-III-1958	(*)
CASAMIQUELA, Héctor Amílcar	UCRI	17-III-1958	(*)
CASTELLO, Edgardo Sigfrido	UCRI	17-III-1958	(*)
CHUCAIR, Elias	UCRI	17-III-1958	(*)
CONCETTI, José	UCRI	17-III-1958	Renunció 20-V-1958
COSTANZO, Nicolás	UCRP	1-V-1958	(*)
ESTEBAN, Agustín	UCRP	1-V-1958	(*)
FRUM, Jorge Raúl	UCRP	1-V-1958	Renunció 16-IX-1958
GARCIA CRESPO, Andrés	UCRP	1-V-1958	(*)
GUIDO, José María	UCRI	17-III-1958	Electo Senador Nacional
MARON, Farid	UCRI	17-III-1958	(*)
MEHDI, Héctor Julio	UCRP	1-V-1958	(*)
MURILLAS, Angel	UCRI	1-V-1959	(*)
OROZA, Rodolfo	UCRI	17-III-1958	(*)
PEREZ, Emilio	UCRP	1-IX-1961	(*)
PIÑERO, Ignacio Alfredo	UCRI	1-V-1958	(*)
PISAREWSKI, Waldemar	DC	1-V-1959	(*)
RAJNERI, Julio Raúl	UCRI	17-III-1958	(*) (**)
RIONEGRO, Alberto	UCRP	19-V-1958	(*)
RUIZ, Carlos Antonio	UCRI	17-III-1958	(*)
SALGADO, Manuel Rodolfo	DC	17-III-1958	Renunció 1-V-1960
SCHOENMAKER, Juan	UCRP	1-V-1960	(*)
STABILE, Juan Felipe	UCRI	17-III-1958	Renunció 1-V-1959
TASSARA, Juan Carlos	DC	17-III-1958	Renunció 1-V-1959
VELASCO, José Marcial	UCRP	16-IX-1958	Falleció 28-VIII-1961
VENZANO, Rodolfo	UCRI	1-XII-1961	(*)
VICHICH, Egberto Saúl	UCRI	17-III-1958	(*)
VIECENS, Mario Roberto	UCRP	19-V-1958	Renunció 1-V-1960

Fuente: *Libro de Diputados*. Legislatura de la provincia de Río Negro. Elaboración propia

Referencias:

UCRP: Unión Cívica Radical del Pueblo
UCRI: Unión Cívica Radical Intransigente
DC: Democracia Cristiana

(*) Caducaron sus mandatos el 24-III-1962 por Decreto N° 3 de la Intervención Federal de la Provincia de Río Negro.

(**) En la fuente utilizada, el *Libro de diputados. Legislatura de la provincia de Río Negro*, se menciona al diputado Julio Raúl Rajneri como representante de la UCRI, lo cual es incorrecto. En el desarrollo de la tesis se ha realizado la corrección correspondiente, dado que el diputado en cuestión era el presidente del Bloque de la UCRP.

Cuadro n° 3: Esquema de las diferentes etapas del proceso de enunciación y materialización del discurso fundacional del subsector público de salud. Provincia de Río Negro.

RIO NEGRO				
Momento Formativo	Escenario político territorial/provincial	Hecho relevante institucional/político	Actores participantes	Escenario político nacional
<u>Enunciativo</u>		1957. Conferencia Hospitalaria en San Carlos de Bariloche	Intervención Federal Corporación Médica organizada y no organizada (Fase "fundacional" del sector médico organizado)	Gobierno de facto de la "Revolución Libertadora"
<u>Materialización</u>	Convención Constituyente al inicio del proceso de provincialización	1957. Constitución Provincial	Representaciones políticas autorizadas (peronismo proscripto)	Campaña de elecciones generales de 1958
1° Etapa	Primer gobierno provincial constitucional Gobierno de Edgardo Castello (UCRI)	1959. Sanción de la ley n° 60 (Creación del Consejo Provincial de Salud Pública)	Partidos políticos con representación parlamentaria. Corporación médica organizada (Fase de "integración" del sector médico organizado)	Gobierno de Arturo Frondizi
2° Etapa	Gobierno de Carlos Nielsen (UCRP)	1964. Conformación Consejo Provincial de Salud Pública (CPSP)	Autoridad sanitaria del Gobierno provincial Corporación médica organizada	Gobierno de Arturo Illia

Cuadro n° 4: Convencionales Constituyentes de Chubut. 1957.

Fuente: Diario de Sesiones de la Convención Constituyente de Chubut

UNION CIVICA RADICAL INTRANSIGENTE

Jorge José GALINA
Juan PATANE
Manuel Alberto GARASINO
Alberto DE BERNARDI
Diego Isidro RICA
Tomás HARRIS
Emilio JACOBSEN
Ariel WILLIAMS
Adolfo KLAÑA
Idelfonso SCUFFI

UNION CIVICA RADICAL DEL PUEBLO

Roque GONZALEZ
Diógenes VARELA DIAZ
Francisco SALVADOR
Francisco Antonio REARTE
Emyrs HUGHES
Carlos Ernesto BURGIN
Félix, ANGULO

DEMOCRACIA CRISTIANA

Angel Antonio GARGAGLIONE
Diego ZAMIT
Luis CLAVIJO

PARTIDO SOCIALISTA

Nino MONACO
José MENENDEZ

PARTIDO DEMOCRATA PROGRESISTA

Carlos Félix IBARRA
Guillermo LOPEZ BRAVO

Autoridades:

Presidente: Jorge José GALINA (UCRI)

Vicepresidente 1º: Juan PATANE (UCRI)

Vicepresidente 2º: Angel Antonio GARGAGLIONE (DC)

Presidente de la Comisión redactora: Diego ZAMIT (DC)

Secretarios de la Convención: Antonio CALVO y Eduardo KITAIGRODZKI

Cuadro n° 5: Primera Legislatura de Chubut

UNION CIVICA RADICAL INTRANSIGENTE

Asencio ABEIJON,
Marta AREVALO de GALINA (1)
Roberto Antonio BRUNO
Joffre José CARTIER
Jorge Alejandro COSTA
Simón CHEBEIR (*)
Alberto Camilo De BERNARDI
Juan Tomás ERRENDASORO
Rubén Héctor FERRARI
Pedro Ramón GARCIA
Félix Néstor GONZALEZ
Rubén Angel HERNANDEZ
Eduardo KITAIGRODZKI (2)
Liberato José LAVALLE
Euclides Argentino MORE
Miguel Angel SSEGURA

UNION CIVICA RADICAL DEL PUEBLO

José ALBERDI
Santos CALVO
Máximo CAMPOS
Victorino FERNANDEZ
Herminio GONZALEZ
Oscar Arturo HERRERA
Julio Pedro TELLERARTE (3)

PARTIDO POPULAR POPULISTA

Edmundo Abel CASTILLO (4)
Francisco J. SANCHEZ

DEMOCRACIA CRISTIANA

Angel Antonio GARGAGLIONE

PARTIDO SOCIALISTA

Jesús MENENDEZ.

Referencias:

- (1) Primera mujer en la Legislatura, está casada con Rolando Galina, escribano y primo del Gobernador Jorge Galina.
- (2) El diputado Kitaigrodzki renuncia el 29 de diciembre de 1959 y fue reemplazado por Julio Crespo
- (3) El diputado Tellerarte renuncia en 1960 y en su reemplazo asume Luis Baraibar
- (4) El diputado Castillo fallece en 1960 y es reemplazado por José Nicolás Romero
- (*) El diputado Simón Chebeir de la UCRI de Esquel junto al Dr. Fermin Manghi y Luis Feldman Josin, director-editor del diario "Esquel", participaron en septiembre de 1955 de la "Junta de Adhesión Revolucionaria" que se formó apenas se produjo el golpe de Estado en esa localidad. (Cfr. Jorge Oriola, *Esquel... del telégrafo al pavimento...*, op. cit. p. 154).

Cuadro n° 6: Esquema de las diferentes etapas del proceso de enunciación y materialización del discurso fundacional del subsector público de salud. Provincia de Chubut.

CHUBUT				
Momentos	Escenario político territorialiano/ provincial	Hecho relevante institucional/ político	Actores participantes	Escenario político nacional
<u>Enunciativo</u>	Intervención Federal de la “Revolución Libertadora”	Gestión del doctor Atilio Viglione al frente de la Dirección General de Salud Pública 1957. Matriculación de médicos realizada por la Dirección General de Salud Pública de la Intervención Federal.	Intervención Federal Sector médico organizado Representaciones políticas autorizadas (peronismo proscripto)	Gobierno de facto de la “Revolución Libertadora” Campana de elecciones generales de 1958
<u>Materialización</u>	Convención Constituyente al inicio del proceso de provincialización Primer gobierno provincial constitucional, Gobernador Jorge José Galima (UCRI)	1957. Constitución Provincial (art. 52° y 53°) 1958. Discurso del gobernador el 1° de mayo de 1958 al inaugurar las primeras sesiones de la Legislatura provincial provincial 1958. Sanción de la ley n° 53. Creación de la Dirección General de Salud Pública y Seguridad Social 1958. Sanción de la ley n° 60. Plan General de creación de Hospitales y de realización de estudios para la organización de la Asistencia Social	Partidos políticos con representación parlamentaria. Sector médico organizado	Gobierno de Arturo Frondizi

Cuadro n° 7: Convencionales Constituyentes de Neuquén. 1957.

Fuente: Diario de sesiones de la Convención Constituyente de Neuquén

UNION CIVICA RADICAL INTRANSIGENTE

Armando CASANOVA
Héctor CICHERO
Lorenzo CREASE
Angel EDELMAN
Miguel ESPINOSA
María Dolores GOY
José JARITONSKY
Héctor MANCINI
Manuel MUJICA
Robinson SEPULVEDA

UNION CIVICA RADICAL DEL PUEBLO

José FERNANDEZ
Antonio GIAMBELUCA
Alfredo GODOY DIAZ
Carlos OLANO
Juan GALEANO

PARTIDO DEMOCRATA

Aurelio BASSI
Andrés DE LARMINAT
Normando ZINGONI.

PARTIDO SOCIALISTA

Diego JACOB
José SANCHEZ.

PARTIDO DEMOCRATA CRISTIANO

Alfredo IZAGUIRRE
Manuel VEGA

PARTIDO PROGRESISTA

Ervigio LOVOTTI

PARTIDO COMUNISTA

Pedro HEREDIA

Cuadro n° 8: Esquema de las diferentes etapas del proceso de enunciación y materialización del discurso fundacional del subsector público de salud. Provincia de Neuquén.

Momentos	NEUQUEN			
	Escenario político territorialiano/ provincial	Hecho relevante institucional/ político	Participantes	Escenario político nacional
<u>Enunciativo</u>	Intervención Federal de la “Revolución Libertadora”	1957. Creación Dirección de Salud Pública 1958. Creación de la Escuela de Auxiliares Técnicos de la Medicina	Intervención Federal	Gobierno de facto de la “Revolución Libertadora”
	Convención Constituyente al inicio del proceso de provincialización	1957. Constitución provincial	Representaciones políticas autorizadas (peronismo proscripto)	Campaña de elecciones generales de 1958
	Campaña para las elecciones generales de 1963	1962. Discurso de campaña de Felipe Sapag (MPN)	Nuevo partido provincial: Movimiento Popular Ncuquino (MPN)	Campaña de elecciones generales de 1963
<u>Materialización</u>	Asunción de Felipe Sapag como gobernador durante el gobierno de la “Revolución Argentina ” (1970)	1970. Comienzo del Plan de Salud	Gobierno de facto nacional	Gobierno de facto de la “Revolución Argentina”
1º Etapa			Fuerzas políticas provinciales nucleadas en el MPN	
2º Etapa	Nuevo Gobierno de Felipe Sapag (MPN) (Elecciones generales de 1973)	1974. Continuación del Plan de Salud	Autoridad sanitaria del gobierno provincial	Gobierno del FREJULI