

Trabajos y Comunicaciones, 2da. Época, N° 44, e023, septiembre 2016. ISSN 2346-8971  
 Universidad Nacional de La Plata.  
 Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.  
 Departamento de Historia

# Nuevas capacidades estatales para una sociedad transformada. Instituciones y políticas sanitarias en la provincia de Santa Fe primera mitad del siglo XX

New State's capabilities for a transformed society. Institutions and health policies in the province of Santa Fe in the first half of the twentieth century

**Natacha Cecilia Bacolla \***

\* Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales del Litoral IHUCSO (CONICET/Universidad Nacional del Litoral)- Universidad Nacional de Rosario, Argentina | [nbacolla@gmail.com](mailto:nbacolla@gmail.com)

## PALABRAS CLAVE

Políticas Sanitarias  
 Capacidades Estatales  
 Centralización  
 Cuadros Técnicos  
 Santa Fe

## KEYWORDS

Health Policies  
 State Capabilities  
 Centralization  
 Technical Cadres  
 Santa Fe

## RESUMEN

El presente trabajo indaga las dinámicas de transformación de las políticas sanitarias en la provincia de Santa Fe en la primera mitad del siglo XX, focalizando tres coyunturas: en primer lugar, el contexto previo y la sanción de la ley de sanidad en 1932; en segundo término, los cambios sostenidos durante la segunda mitad de la década de 1930 que darían lugar a la creación del Ministerio de Salud y Trabajo en 1941; finalmente las innovaciones proyectadas desde la intervención de 1943 y los posteriores gobiernos peronistas. A partir de los debates parlamentarios, las memorias ministeriales, la prensa y las publicaciones especializadas, nos proponemos dar cuenta de algunos aspectos de este proceso de transformación en las políticas sanitarias locales en diálogo con el plano nacional.

## ABSTRACT

This paper explores the dynamics of transformation of health policies in the province of Santa Fe in the first half of the twentieth century, focusing on three moments: first, the previous context and the sanction of the law of health in 1932; secondly, the changes sustained in the second half of 1930 that would result in the creation of the Ministry of Health and Labour in 1941; and finally, the innovations projected from the federal intervention in 1943 and subsequent peronist governments. The aim is to give an account of some aspects of this process of transformation in local health policy, putting it in dialogue with the national level.

Recibido: 23 de octubre de 2015 | Aceptado: 30 de agosto de 2016 | Publicado: 15 de septiembre de 2016

*Cita sugerida:* Bacolla, N. C. (2016). Nuevas capacidades estatales para una sociedad transformada. Instituciones y políticas sanitarias en la provincia de Santa Fe primera mitad del siglo XX. *Trabajos y Comunicaciones* (44), e023. Recuperado de: <http://www.trabajosycomunicaciones.fahce.unlp.edu.ar/article/view/TyCe023>



Esta obra está bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional  
[http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es\\_AR](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es_AR)

## Introducción:

Como han señalado algunos trabajos pioneros, las diversas políticas públicas que buscaron dar respuesta a la cuestión social, hilvanando un entramado de instituciones y legislaciones ya sea relativas al trabajo, a la salud, a la educación, a la vivienda; son en todos los casos producto de múltiples factores históricos y culturales difíciles de explicar sólo por las confrontaciones político partidarias en torno de un conjunto de leyes votadas o archivadas (Topalov, 1999; Horne, 2004). Estudiar la conformación de la legislación social de un país implica, por lo tanto, indagar sobre su sistema de valores, su cultura política, a la par que la constitución de espacios de desarrollo de saberes específicos y profesiones vinculados al estudio de los problemas frente a los cuales esa legislación viene a dar respuesta. En ese registro, si bien la emergencia de la cuestión social a fines del siglo XIX e inicios del siglo XX impulsó un conjunto de empresas reformistas aún enmarcadas en un amplio consenso liberal, fue con la conjunción de crisis política y económica acaecida en los años de entreguerras, que ganó la escena una profunda resignificación de la relación Estado y sociedad (Zimmermann, 1995). En Argentina, como en otros casos nacionales, este momento implicó una coyuntura bisagra, que abrevando en la "nebulosa reformadora" y atrapada en la compleja dinámica de la "democracia imperfecta", inaugurará nuevas herramientas de intervención estatal.

La política sanitaria no fue una excepción en este cuadro. La historiografía especializada constata, un proceso lento pero firme de construcción a nivel nacional de herramientas de intervención estatal desde el Departamento Nacional de Higiene (DNH), que reorientaron su atención de la "acción reactiva" a la "prevención". Proceso asociado a la consolidación de corporaciones médicas y, la conversión de esta especialidad en "saber de Estado", trascendiendo la práctica profesional (González Leandri, 2010; Suriano, 2000; Belmartino, 2005; Armus y Belmartino, 2001). Sin embargo el poder efectivo de intervención de esta agencia sobre el territorio nacional fue dificultoso por varias razones. En primer lugar, debido al federalismo del texto constitucional que dejaba una difusa definición jurisdiccional en relación a ésta y otras áreas, que si bien podían ser reclamados por los diversos niveles de gobierno, en la práctica habían cristalizado en una preferencia por la gestión local –la asistencia sanitaria, la regulación laboral y los servicios urbanos por ejemplo–. En segundo lugar, la escasez de recursos, económicos como técnicos, para extender la efectiva injerencia del DNH más allá de la Capital Federal y los territorios nacionales. En tercer lugar, las inestabilidades administrativas derivadas de las tensiones de la esfera política, así como también de la confrontación "técnica" dentro del cuerpo de funcionarios médicos. En cuarto lugar, si bien esta agencia estatal recorrió desde sus inicios en 1891 un proceso de fortalecimiento, aún entrados los primeros años del siglo XX su actividad era marcada por las urgencias de ciertas coyunturas sanitarias. Por último, a pesar que entre las décadas de 1910 a 1930 la diferenciación entre salud pública o colectiva y asistencia médica se iba haciendo más laxa –alimentada por debates de circulación internacional en diversos ámbitos–, la estructura institucional conspiraba contra ello, manteniendo separadas las agencias vinculadas a la higiene pública y a la asistencia sanitaria. Mientras que el DNH permanecía bajo la órbita del Ministerio del Interior; la cartera de Relaciones Exteriores tenía a su cargo las Sociedades de Beneficencia y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales; además de las instancias controladas por municipios y provincias (González Leandri, 2010; Veronelli y Veronelli Correch 2004; Belmartino, 2005; Belmartino y Armus, 2001; Biernat, 2015 y en este dossier).

Un buen diagnóstico de conjunto de estas primeras décadas del siglo XX emergería en la 1° Conferencia Sanitaria Nacional de 1923. Sus conclusiones expresaban una amplia coincidencia respecto a la necesidad de fortalecer las capacidades de intervención del DNH en todo el territorio. Pero esos mismos corolarios contenían dictámenes inversos: se declaraba que los servicios de higiene urbana, asistencia pública y social de enfermedades comunes debían ser de incumbencia municipal y provincial, dejando a la agencia nacional la profilaxis y atención de endemias y epidemias sobre todo cuando tuvieran incidencia regional; a la par que declaraba que cualquier entidad sanitaria federal debía contemplar la representación de todas las provincias, ya que se reconocía a éstas como agentes naturales para la eventual ejecución en sus circunscripciones de tareas derivadas de directivas nacionales (Biernat, 2015; CSN, 1923). Como señalan Veronelli y Veronelli Correch (2004:404) las posiciones por estos años pueden situarse entre dos polos: aquel conformado por las provincias de escasos recursos con una postura favorable a la expansión de competencias del organismo nacional; y aquellas de mayor desarrollo económico e institucional, que como "Santa Fe, asumían la defensa a ultranza de la autonomía municipal y provincial, y ni siquiera aceptaba delegar sus facultades en una institución que incorporase representantes provinciales". Más allá de algún logro legislativo, como la ley sobre profilaxis de la lepra, o la modesta mejoría de indicadores demográficos y sanitarios; los esfuerzos por avanzar en una renovación institucional en los organismos de alcance nacional no prosperarían ni en la década de 1920 ni en la siguiente. Así la 1° Conferencia Nacional de Asistencia Social convocada por el ministro Saavedra Lamas en 1933, reconocería similares destinos para sus conclusiones y proyecto de ley de Asistencia y Previsión Social que aquella conferencia sanitaria diez años antes y su proyecto de código. Las propuestas de los sucesivos presidentes del DNH, Miguel Sussini y Jacobo Spangenberg, dirigidos a transformar el departamento en una dirección que coordinara la asistencia y la previsión social corrieron igual suerte (Veronelli y Veronelli Correch, 2004; Belmartino et al., 1991; Belmartino, 2005; Biernat, en prensa y en este dossier). Varios factores seguían conspirando en su contra, desde aquellos de carácter constitucional y político, los provenientes de las constricciones económicas de la coyuntura de entreguerras, y la persistencia de una cultura política y un consenso social que sólo lentamente asimilaría el bienestar colectivo como parte de los derechos de ciudadanía.

Como señala Karina Ramacciotti, sería recién en la coyuntura abierta por el golpe de 1943 y el posterior gobierno peronista, que se darían las condiciones que impulsaron la expansión y reorganización de los servicios sanitarios a escala nacional, acompañando un nuevo clima de época. Particularmente desde 1946, "la salud pública argentina encaró una serie de modificaciones institucionales que, si bien retomaban antiguas ideas, se instauraron en un escenario político remozado, donde la planificación tomó un cariz diferente para guiar la acción estatal" (Ramacciotti, 2010: 208). Su constitución efectiva no estuvo exenta de dificultades para su puesta en marcha como secretaría primero y ministerio después. Una parte nada menor de estos obstáculos derivaba de factores internos de la nueva agencia estatal, entre los que pueden mencionarse, siguiendo a la misma autora, la alta rotación de quienes ocupaban los cargos técnicos –expresando la volatilidad de objetivos y prioridades–, la débil capacidad ejecutiva de sus expertos y los limitados recursos presupuestarios y de cuadros técnicos. A esto se sumaban elementos externos como la actuación de organismos no estatales, tal el caso de la Fundación Eva Perón. Sin embargo, un tercer aspecto

influiría en la tarea: aquel emergente de las herencias institucionales en las cuales operaba la nueva agencia nacional, entre las que sobresalían las pautas de relación entre nación y provincia, las propias dinámicas institucionales locales, como así también las tensiones que la naciente fuerza partidaria peronista imponía al escenario político regional y nacional. En este registro, los estudios regionales, permiten desvelar la complejidad de factores involucrados en este lento proceso de fortalecimiento de las capacidades estatales nacionales en el ámbito de las políticas sanitarias, dando cuenta de las condiciones de posibilidad que hicieron viables las resistencias provinciales y municipales en unos casos, y la poca factibilidad de articulación en otros (Di Liscia, 2007; Piazzesi, 2010; Belmartino, 2005; Ortiz Bergia, 2012 y en este dossier). Con este propósito en los siguientes apartados abordaremos las transformaciones institucionales que en el caso santafesino dan cuenta de los cambios producidos en las capacidades de intervención de la provincia en el área de salud durante la primera mitad del siglo XX, prestando atención no sólo a la relación que se plantea con la Nación sino también con las jurisdicciones subprovinciales; deteniéndonos en los actores y las condiciones de posibilidad de las reformas.<sup>1</sup>

### **1. Política sanitaria en Santa Fe en las primeras décadas del siglo XX.**

La provincia de Santa Fe, debido a su plena inserción en la dinámica económica agroexportadora y receptora de importantes corrientes migratorias, mostraba hacia las primeras décadas del siglo XX transformaciones demográficas vertiginosas: 89.117 habitantes consignados por el censo de 1869, se habían más que triplicado en 1895, contando 397.188 pobladores, que se elevarían a 899.640 en el de 1914 y 1.702.975 en el censo de 1947. Un acentuado dinamismo político –traducido en un temprano crecimiento de nuevas fuerzas, como el radicalismo o la Liga del Sur–, y un escenario de movilización social acompañaron los inicios del siglo en no menor medida, tanto en el ámbito rural –como lo demostrarían el "Grito de Alcorta", la conformación de la Federación Agraria y más tardíamente las huelgas de La Forestal–, y en forma más persistente en el mundo urbano. Donde, la combatividad de los gremios vinculados al transporte ferroviario, tranviario y portuario, principalmente en las mayores ciudades de la provincia, se amplificaría en Rosario con una activa movilización obrera, vinculada a la industria alimenticia y liviana que se había comenzado a desarrollar desde el cambio de siglo (Ascolani, 2011; Falcón y Monserrat, 1993).

Esta rápida transformación demográfica trajo consigo un conjunto de problemáticas sociales, siendo uno de sus emergentes aquellos relativos a la higiene pública y la habitabilidad –particularmente visibles en los principales centros urbanos, la capital provincial y la ciudad de Rosario–, que unido a los brotes epidémicos –como aquellos de cólera, viruela o fiebre tifoidea– impulsaron respuestas desde los municipios ya desde finales del siglo XIX, mediante acciones en el ámbito de la higiene pública, la creación de instituciones de asistencia médica e iniciativas de saneamiento urbano (Prieto, 1996; Lanciotti, 2004; Piazzesi y Bolcatto, 2011). Sería precisamente la coyuntura de epidemia de cólera hacia 1868, la ocasión en que el gobierno provincial crearía consejos de higiene departamentales; y con posterioridad al episodio epidémico desencadenado entre 1886 y 1887, el marco que catalizaría en noviembre de ese último año la creación dentro del gobierno provincial de un Consejo General de Higiene (CGH), con asiento en la ciudad capital y un Consejo dependiente en Rosario. Este organismo provincial tendría funciones de asesoramiento, relevamiento de

estadísticas sanitarias, control e inspección de establecimientos oficiales y privados cuyas actividades pudieran afectar la salud pública, y fiscalización del ejercicio de la medicina y la actividad farmacéutica (MSPyT-DSP, 1946: 61). Sin embargo, la extensión de injerencias era inversamente proporcional a los recursos afectados al mismo; a la par que entraban en competencia con los organismos municipales, sobre todo de las dos principales ciudades de la provincia, que por esos mismos años se dotaron de nuevos mecanismos de actuación desde sus Asistencias Públicas sobre ámbitos coincidentes –control profesional, seguimiento estadístico, inspección–, y disponiendo medidas de higiene urbana como la reubicación de cementerios, obras de saneamiento, la extensión de servicios de agua potable y la construcción de casas de aislamiento para hacer frente a la incidencia de las enfermedades infecto-contagiosas (MSPyT-DSP, 1946: 63; Prieto, 1996; Piazzesi y Bolcatto, 2011; Partenio, 2009; Roldán, 2012). Estos episodios epidémicos pondrían en escena tensiones entre autoridades sanitarias nacionales, municipales y el poder provincial; no sólo en torno a las estrategias para enfrentar dichas situaciones –con políticas de cuarentena, control sanitario, etc.– sino también en cuanto al plano jurisdiccional, plenamente visible esto último en el impacto que sobre el municipio rosarino tuvieron las modificaciones en torno al control sanitario sobre el puerto, que quedaba desde 1893 –a partir de las reformas introducidas por Ramos Mejía– a cargo de inspectores sanitarios dependientes del DNH (Partenio, 2009; Prieto, 1996; Armus y Hardoy, 1990).

Al igual que en otros casos provinciales, la infraestructura hospitalaria y la asistencia médica era provista por una multiplicidad de efectores: los municipios y comunas, las sociedades de beneficencia, las colectividades étnicas –de gran dinamismo en una provincia que acusaba un alto impacto inmigratorio– y un heterogéneo conjunto de prestadores privados. En el caso de la ciudad de Santa Fe hacia la primera década del siglo XX contaba con el Hospital de la Caridad –fundado por la Sociedad de Beneficencia local hacia 1860–, el Hospital Italiano –sostenido desde 1862 por la colectividad homónima– y la Casa de Aislamiento inaugurada en 1911 –financiada por la lotería de beneficencia nacional, subsidios provinciales y municipales– que se convertiría un año más tarde en el tercer establecimiento hospitalario de la ciudad con el nombre de "José B. Iturraspe" (Piazzesi y Bolcatto, 2011). Por esos mismos años Rosario concentraba una mayor infraestructura de asistencia, debida también a la Sociedad de Beneficencia local, como el Hospital de Caridad, los hospitales y otros servicios administrados por las colectividades étnicas –como la italiana, española, británica y alemana–, y el propio municipio –como el Hospital Rosario–. A los cuales se sumará a mediados de la década de 1910 el Hospital Centenario, producto de la iniciativa de sectores de la sociedad civil –y algunas de sus organizaciones representativas como la Bolsa de Comercio, o aquellas profesionales como el Círculo Médico– (Pérgola, 1988; Partenio, 2009; Prieto, 1996). Este proyecto involucraba una escuela de medicina, que venía a responder a otro aspecto inseparable de las políticas sanitarias: aquel de la formación de cuadros técnicos para su puesta en marcha. En ese sentido, si bien desde 1909 la Universidad Provincial, con sede en la ciudad de Santa Fe, había incorporado las facultades de Farmacia y Obstetricia, los estudios médicos sólo se impartían en las Universidades de Córdoba y Buenos Aires. Por lo tanto, la propuesta era vista como una respuesta no sólo a la permanente escasez provincial de profesionales de la salud; sino también a la saturación de las dos universidades que los formaban. Casi una década después, en 1919, la escuela de medicina del Hospital Centenario y parte de la facultad de Farmacia de la vieja universidad

provincial, serían el núcleo sobre el cual se crearía la Facultad de Ciencias Médicas de la nueva Universidad Nacional del Litoral (Piazzesi y Bacolla, 2015).

Pero más allá de estas acciones, el cuadro emergente de las políticas sanitarias santafesinas no dista demasiado de otras provincias. En primer lugar, hasta entrada la década de 1920 el CGH no aumentaría sus asignaciones presupuestarias. Durante las gobernaciones radicales ésta variaría entre el 0,49% del presupuesto provincial en 1911, descendiendo a 0,39% en vísperas de la Gran Guerra y llegando a representar el 0,97% hacia 1927 (Tettamanti, en prensa). Incremento debido a la creación de nuevas dependencias, como la oficina de Profilaxis, Bacteriología y Estadística –instituida por Mosca hacia 1923– y los dispensarios gratuitos que Aldao impulsaría en 1925 con fines preventivos frente a las enfermedades infecto-contagiosas que profundizaban su incidencia en los departamentos del norte provincial (*Mensajes del Gobernador*, 1927; Tettamanti, en prensa). Estas transformaciones serían acompañadas por un conjunto legislativo destinado a actuar sobre el ámbito laboral y otros aspectos de la política social. Hacia finales de la década de 1920, en la gestión de Ricardo Aldao, estas medidas vendrían a ser completadas con la creación de un Departamento Provincial del Trabajo (DPT), y la actualización de la legislación laboral provincial siguiendo la pauta nacional – inspección de higiene fabril, prohibición de trabajo nocturno para algunos oficios, reglamentación de la legislación sobre accidentes de trabajo, descanso dominical, etc.– (Piazzesi, 2014; Piazzesi y Tettamanti, 2014). En segundo lugar, al igual que otros espacios regionales, Santa Fe presentaba una fragmentada institucionalización de las políticas de asistencia y sanidad pública que reposaban principalmente en la acción de los municipios y comunas, con sus dos delegaciones del CGH débilmente coordinadas por una administración central. Un dato que resumiría el grado de autonomía de los organismos municipales respecto a las instituciones ligadas a la higiene pública y la asistencia médica, sería la múltiple representación con que la provincia participó en 1923 de la 1° Conferencia Sanitaria, con sendos proyectos de reformas para el DNH: aquel presentado por el delegado del Consejo de Higiene de Rosario, José Ábalos; la propuesta del representante del organismo sanitario de la municipalidad santafesina, Carlos Pensotti; y las posturas de la provincia llevadas por el Ministro del Interior, Roque Coulin –todos profesores de la joven Facultad de Medicina de la Universidad del Litoral-. La coincidencia de la delegación en todo caso reposaba en la defensa taxativa de los organismos locales como naturales ejecutores de la higiene pública. Postura que sería ratificada en otros ejemplos, como las reticencias que encontrará la aplicación de la ley 11.539 sobre profilaxis de la lepra y su modificatoria 11.410, a la cual el administrativista rosarino, Rafael Bielsa, consideraría violatoria del poder de policía local (Veronelli y Veronelli Correch, 2003; Bielsa, 1930).

## **2. Los años treinta: regulación profesional y centralización a escala provincial.**

La crisis política y económica de inicios de la década constituiría el marco de un conjunto de reformas en el plano provincial, que si bien innovadoras desde el punto de vista institucional, se apoyaban en la sedimentación de perspectivas no tan nuevas. Acompañando, en estos años de entreguerras, un proceso mucho más general, que como señala Carolina Biernat en este dossier, conjugaba un abanico de transformaciones: en los paradigmas disciplinares de la medicina, su complejización técnica, la organización corporativa de las profesiones vinculadas, una ampliación



del espectro de intervenciones estatales en el plano social, y el impacto de las nuevas instituciones internacionales, las cuales propiciarían la circulación y homogeneización de modelos de políticas sanitarias –como las oficinas de la Sociedad de Naciones u organismos no gubernamentales como la Fundación Rockefeller–. Estos factores viabilizarían y reforzarían paulatinamente las demandas y proyectos de centralización de la asistencia sanitaria que habían venido sucediéndose sin éxito desde inicios del siglo XX, a la par que haría evidente el giro de perspectiva: desde la noción de higiene defensiva a la positiva, en la cual confluiría las prácticas de la medicina preventiva con aquellas de raíz eugenésica que ponían en foco el mejoramiento del perfil biológico poblacional – nutrición, ejercitación física, etc.– y los problemas demográficos –como la natalidad, el envejecimiento poblacional, etc.– (Armus y Belmartino, 2001; Biernat, en este dossier). En este marco puede explicarse la coincidencia en diversos gobiernos provinciales respecto a proyectos de reforma institucional dentro del área sanitaria que, con muy diversos matices, creaban herramientas jurídicas acrecentando su capacidad de intervención, aunque con diverso grado de ejecución efectiva –tal el caso de Córdoba analizado por Ortíz Bergia en este mismo dossier–. En relación a Santa Fe se darían tres principales coyunturas que llevarían a transformar más profundamente las capacidades de intervención sanitaria y asistencial del gobierno provincial.

### **1932-1935 De los Consejos de Higiene a la Dirección General de Higiene.**

Un primer conjunto de reformas tendría lugar en la atípica gobernación demoprogresista liderada por Luciano Molinas. Ésta se distinguió, no sólo por su origen en las urnas –libres del mecanismo del fraude que se generalizará en la década– sino también por el tipo de reorganización que imprimió al aparato estatal y su lógica de funcionamiento. La cual avanzaría a partir de la puesta en vigencia de la Constitución provincial que había sido sancionada en 1921, pero no promulgada debido a las tensiones que suscitó su carácter liberal y laico, enfrentamientos que reaparecerían por estos años corporizadas en la movilización de sectores católicos que resisten su implementación (Macor y Bacolla, 2009). Las capacidades institucionales del Estado provincial para actuar sobre lo social reconocería un importante cambio más allá de las políticas sanitarias, que se expresaban en una profunda reforma educativa, el fortalecimiento de agencias relativas a las obras públicas, viales, parques y paseos, y la refuncionalización del DPT, a partir de la nueva ley de régimen legal laboral (Macor y Bacolla, 2009; Bacolla, 2012). En ese contexto la ley 2.287, sancionada por la legislatura en diciembre de 1932, creaba la Dirección General de Higiene (DGH), con la cual incorporaba dos innovaciones principales: una de tipo jurisdiccional, dándole al organismo provincial atribuciones de control y ejecución; otra de tipo normativo en relación a las profesiones médicas, en cuanto el poder público reconocía y delimitaba sus perfiles, áreas de incumbencia y espacios de organización corporativa.

La DGH dependía del Ministerio de Gobierno, contando con una dirección general, que la ley habilitaba a que funcionara indistintamente en Rosario o en Santa Fe, y dos secciones fijas en sendas ciudades. Cada una se componía de varios departamentos con funciones específicas: Inspección; Higiene y profilaxis; Instituto químico bromatológico y bacteriológico; Farmacia y Veterinaria. En su organización y capacidades, expresaba un viraje decisivo respecto a la concepción de la sanidad y las herramientas de intervención del Estado provincial vigentes hasta el

momento. En primer lugar, a diferencia de su predecesor provincial, el CGH, la ley le otorgaba atribuciones que le permitían actuar en las jurisdicciones comunales y de los dos municipios –el de Santa Fe y Rosario– en toda "cuestión que afectare la higiene pública", imponer cánones de inspección, multas y sanciones. Si bien las administraciones locales mantenían su poder de policía sanitaria –reforzadas además por el nuevo régimen municipal–, la DGH adquiría facultades concurrentes no sólo en situaciones de contingencia por epidemias o endemias, sino también cuando dichas instancias presentaran limitaciones de tipo técnico o económico. En segundo lugar, habilitaba al organismo a asesorar y proponer acciones al Ejecutivo, dentro de las cuales se incluían la creación de estaciones sanitarias y dispensarios profilácticos. En tercer lugar, para asegurar la autonomía y la vigilancia técnica que debía ejercer el organismo, se establecía como requisito para sus altos cargos –director, jefes de sección, de departamentos, e inspectores generales– ser médicos diplomados en universidades nacionales o reconocidas por éstas. En cuarto lugar, la DGH también incorporaba funciones de vigilancia en la formación de estadística demográfica y sanitaria provinciales, que se comprometía a compartir con la DNH. Por último, otra novedad que la ley traía, era la autonomización del "gobierno de las profesiones del arte de curar", que hasta el momento había sido ejercido por los consejos de higiene. Para ello creaba dos Consejos Médicos siguiendo, según el informante de la ley durante su debate en la legislatura provincial, modelos organizativos vigentes en el mundo anglosajón (DSCDPSF, 1932: 1456-1458). En estas instancias, con sede en la capital y en Rosario, residía la capacidad de regular el ejercicio profesional, comprendiéndose la medicina, odontología, obstetricia, veterinaria, ramos auxiliares y farmacia.

Esta nueva legislación introdujo una serie de tópicos y consensos afianzados entre los medios profesionales, como podemos constatar por ejemplo en la *Revista del Círculo Médico del Rosario*. Entre sus artífices encontramos algunas figuras de la medicina local, como el médico Eduardo Fidanza, el odontólogo Luis Camani Altube y en representación de Farmacéuticos y Bioquímicos Francisco Cignoli. Los mismos formaban parte del cuerpo de docentes de la Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y Ramos Menores de la UNL y de las organizaciones profesionales de la región como el ya mencionado Círculo Médico de Rosario, la Federación Gremial Médica y el Círculo Odontológico. En particular Eduardo Fidanza, autor del proyecto que finalmente sería sancionado y quien estaría a cargo de llevar a la práctica las transformaciones que su aplicación implicaba, era un reconocido profesional en el desarrollo de la dermatología como especialidad médica, tanto en el ejercicio privado como público a partir de su intervención entre finales de los años 20 y la década de 1930 en relación al tratamiento de la lepra en la ciudad de Rosario (Molinari, 2008; Bosch, 1966). Había sido a su vez presidente del Consejo de Higiene con sede en esa ciudad, además de un activo promotor del gremialismo médico, según lo demuestra su actividad en la organización de la Asociación Médica Argentina (Cervera, 1973; Pérgola, 1988). En este sentido la nueva legislación señalaba un proceso múltiple a nivel local, de constitución corporativa en el ámbito profesional de la medicina, de fortalecimiento de espacios de formación académica, y de institucionalización de este saber como un insumo para las políticas públicas que se autodefinían como "científicamente fundadas". No es casual que gran parte de las tensiones desencadenadas por la puesta en vigencia de la Ley de Sanidad provincial hayan concernido, más que a las nuevas capacidades de las agencias provinciales –sobre las cuales había un amplio consenso– a las herramientas de control sobre aquellos que podían ejercer la medicina, incluidas las denominadas ramas auxiliares, que eran



depositadas en los Consejos Médicos: la de llevar un registro de matriculación, herramientas de sanción sobre la comercialización de sustancias farmacológicas, habilitación de locales médicos, reglamentación de publicidad, control deontológico, etc.<sup>2</sup> Si bien estos instrumentos fueron acompañados por un constante interés de dotar de equipamiento material a esta área –como los proyectos de transformación en policlínico del ya existente Hospital Iturraspe y la de un Hospital de niños en la ciudad capital– su ejecución fue limitada por la crisis financiera provincial (Müller, 2011; Bacolla y Parera, 2011).

### **1938-1943: De la Dirección Provincial de Salud al Ministerio de Salud Pública y Trabajo**

Una segunda inflexión se daría con los gobiernos pertenecientes a la Concordancia, filiados a la UCR de Santa Fe –de Manuel de Iriondo (1937-1941) y de Joaquín Argonz (1941-1943)–. Bajo la hegemonía iriondista, "la provincia se asocia estrechamente al proceso de transformación nacional, y el Estado provincial, en paralelo con el Estado nacional, ganará recursos que potencian su capacidad de intervención frente a la sociedad" (Piazzesi, 1997: 106). Dentro de esta agenda del conservadurismo, además de la prioridad adquirida por las obras públicas –rasgo compartido por los gobiernos de la "democracia imperfecta"– las políticas de sanidad y de asistencia social mantendrían en la provincia un lugar destacado, expresado en varias reformas.

La primera de ellas se enmarcó en las disposiciones de la ley 2608, denominada de "Asistencia Hospitalaria y Organización de la Asistencia Social", sancionada en junio de 1938. Ésta establecía un plan general para todo el territorio provincial que contemplaba la construcción, instalación y sostenimiento de una red de hospitales generales, sanatorios "de llanura" para tuberculosos, colonias para niños convalecientes y para alienados, e institutos de diagnóstico y tratamiento de enfermedades específicas. Para su ejecución se creó una Comisión de Hospitales y Asistencia Social (CHyAS), dependiente del Ministerio de Gobierno, dotándola además de funciones de asesoramiento técnico, de administración de los establecimientos de salud de dependencia directa del gobierno, como así también el contralor de aquellos que percibieran algún subsidio oficial. Los estudios sobre las condiciones sanitarias y médico asistenciales de la provincia, llevados a cabo por esta Comisión –compuesta por los médicos Abelardo Irigoyen Freyre, Francisco Javier Pérez y David Sevlever–, darían como resultado una segunda y más profunda transformación en 1939: la formulación del proyecto de ley –promulgado con el número 2.858– que constituiría el Departamento de Salud Pública (DSP). Los fundamentos de la legislación que lo ordenaba y su acción pondrían en evidencia la novedad de esta agencia. Como se señalaba en la presentación de la ley en la legislatura, este departamento estaba organizado y estructurado según "las más modernas normas científicas", y siguiendo "experiencias existentes en diversos países" –remitiendo a las conclusiones del VI Congreso Nacional de Medicina; la 9° Conferencia Sanitaria Panamericana; resoluciones del Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones; y los ejemplos de Brasil, México, Perú y Chile–. Dos pilares sostendrían estas innovaciones. El primero de ellos, relativo a los factores organizativos, que ubicaba bajo este organismo técnico "la unificación de comando que pueda llevar una máxima descentralización de servicios con funcionamiento sincrónico y coordinado, como prerrequisito para lograr la máxima eficiencia con la mínima erogación" (MGJyC-DSP, 1939: 8). En ese sentido proponía, en el mediano plazo, la provincialización de los

establecimientos asistenciales dependientes de municipios, como así también de las sociedades de beneficencia (MGJyC-DSP, 1939: 276). El segundo instalaba una renovada visión de la propia ciencia médica, que ya no quedaba circunscripta al estudio de las enfermedades como un fenómeno escindido del contexto, sino que definida como social, involucraba todo un conjunto de problemas: la alimentación, la vivienda, el trabajo, la vida sexual, el factor psíquico, el descanso, la educación, la ejercitación física, entre otras; poniendo el acento en las acciones preventivas y afirmando la responsabilidad que incumbía al Estado en cada uno de estos aspectos (MGJyC-DSP, 1939: 277; Belmartino et al., 1991).

La organización del DSP traduciría estas premisas. Su dirección era confiada a un Consejo General de Sanidad, de carácter técnico, conformado por médicos higienistas o relacionados con especialidades de la medicina social (MGJyC-DSP, 1939: 276). De su secretaría técnico administrativa, dependían diversas agencias que atendían según los fundamentos del proyecto, a cada uno de los parámetros necesarios para "mantener en equilibrio permanente el estado sanitario general" (MGJyC-DSP, 1939: 271). En primer lugar, aquellas relativas a las bioestadísticas y epidemiología, que tendrían a su cargo el estudio, cuantificación y resolución de los principales problemas sanitarios en el territorio provincial. En segundo lugar, otro conjunto de reparticiones estaban centradas en la atención médica en particular con dos orientaciones: la de profilaxis y prevención de las enfermedades infectocontagiosas; y la de asistencia médica preventiva y curativa. A esto se agregaba la coordinación de hospitales generales y especializados; los institutos bromatológico y antirrábico, como así también los centros focalizados en diversas enfermedades definidas como sociales: tuberculosis, lepra, enfermedades venéreas, higiene mental, cáncer, patologías cardiológicas y reumáticas. Completándose la estructura asistencial con efectores específicos para atender lo relativo a odontología; y dos aspectos que se insertaban en los marcos de legislación sanitaria nacionales, uno de más larga data, aquel de accidentes de trabajo –con la creación de un Instituto de traumatología, accidentes de trabajo y cirugía reparadora–; y otro más reciente, la nueva legislación sobre maternidad e infancia sancionada en 1936 –con agencias específicas para la atención del binomio madre-hijo– (Biernat y Ramacciotti, 2013; Ramacciotti, 2014). Un tercer conjunto introducía en la órbita del DSP las dimensiones específicamente sociales y poblacionistas: con las oficinas de servicio social; higiene urbana y rural –en relación a normativas sobre vivienda, urbanización y espacios de esparcimiento, contempladas en la legislación vigente de parques y paseos–; sanidad escolar y educación física –en coordinación con el Consejo de Educación–. Estas acciones eran reforzadas por las tareas de una agencia específica de educación, propaganda y divulgación sanitarias, un museo de higiene, biblioteca y publicaciones, la cual debía sostener una "prédica cultural sanitaria a través de toda la provincia, utilizando los medios más diversos: cine, radiotelefonía, conferencias, afiches, en escuelas, clubs, cuarteles, etc." (MGJyC-DSP, 1939: 273). Por último, se constituían dos secciones que expresaban la confluencia de saberes técnicos para la implementación de los presupuestos de la medicina social. Una de ellas especializada en los aspectos jurídicos y administrativos, que vendría a sostener varios roles. Por una parte, de asesoramiento en relación a la acción legislativa sobre el derecho a la salud y a la asistencia médica –proponiéndose contribuir a la tarea de sancionar un código sanitario nacional, aludiendo a los conceptos difundidos por la Oficina Sanitaria Panamericana y el proyecto de ley de Asistencia y Previsión Social infructuosamente tratado en 1934–; y por otra, en las relaciones,

funcionamiento y actividades de las sociedades de beneficencia y las mutualidades. La otra sección, constituida por la Dirección de Arquitectura e Ingeniería Sanitaria estaría a cargo de la concreción de un moderno plan de obras, regionalizadas y organizadas según diversos niveles de complejidad, que evidenciaría nuevas orientaciones en la concepción de la arquitectura pública planteada en estrecha relación con aquellas cuestiones técnicas propias del área (Muller, 2011; Irigoyen Freyre, 1943; Sevlever, 1941). Dicha sección –bajo la dirección de dos figuras de larga carrera Carlos Navratil e Hilario di Muro– concretó diversos hospitales rurales, centros especializados como el de Anquilostomiasis ubicado en Cayastá<sup>3</sup>, el Hospital Psiquiátrico de la ciudad de Santa Fe, la Colonia de Alienados de Oliveros, el Instituto de Maternidad y Puericultura de la ciudad capital, y el Hospital de Coordinación para la Segunda Sección de Sanidad "Marcelino Freyre" de la ciudad de Rosario, entre otros (Muller, 2011; Bacolla y Parera, 2011).

En cada una de las dos circunscripciones judiciales en las que estaba organizada la provincia, la primera con sede en Santa Fe y la segunda en Rosario, se replicaba a su vez una sección de sanidad con funciones de coordinación de servicios médicos asistenciales, laboratorios y controles bromatológicos. De estas secciones dependían el conjunto de centros de salud departamentales –que atendían la medicina preventiva y curativa, servicio social, higiene e inspección de alimentos, exámenes prenupciales, hospitales y estaciones sanitarias, sanidad escolar, exámenes médico legales, y policía sanitaria–. Si esta noción de "centro de salud" es en sí novedosa respecto de los paradigmas sanitaristas en vigencia, "más innovadora aún es la concepción que reúne en estos centros las funciones tradicionalmente separadas de atención de la enfermedad y acciones sobre el medio: higiene ambiental, individual y social, lucha contra las enfermedades sociales y educación sanitaria" (Belmartino et al., 1990: 45). Por último, la organización profesional se instituía en dos Consejos Deontológicos, con igual estructura y funciones que los precedentes colegios médicos.

En los momentos de creación del DSP, si bien el presupuesto provincial había aumentado el porcentaje de participación del gasto en salud, siendo el 2,74%, éste seguía siendo menor que aquel sostenido por las municipalidades que variaba desde el 11% en el caso de las dos principales ciudades, a alrededor del 5% en las menores (MGJyC-DSP, 1939: 71). La infraestructura médico hospitalaria existente en la provincia, previa a la puesta en marcha del ya mencionado plan de construcciones, podía clasificarse en cuatro grandes grupos: 46 hospitales –de los cuales 8 dependían de municipios, 2 de la Nación ambos situados en Rosario, el del Centenario y el de Alienados; y los 38 restantes de sociedades de beneficencia–; 97 sanatorios –todos privados menos dos sostenidos por la Liga Argentina contra la Tuberculosis–; 26 salas de primeros auxilios –de carácter comunal–; 65 dispensarios –de los cuales 53 eran provinciales y 12 municipales–. La mayor parte de esta infraestructura se ubicaba en los departamentos con mayores recursos, ubicados en el centro sur provincial –principalmente Rosario, La Capital, Castellanos y General López–, contrastando con la situación del norte del territorio.

Al cabo de un año de la creación del DSP, se produciría una tercera transformación, en el contexto de la sanción de una ley orgánica de Ministerios en 1941 –la N° 2952–, que daría forma al Ministerio de Salud Pública y Trabajo (MSPyT). Éste ordenaba en dos consejos generales, el de Sanidad y el de Economía –presididos por el ministro de la rama–, un conjunto de incumbencias que se extendía sobre lo relativo a la salud –tomando la estructura coordinada con unidad de

jefatura ya en marcha con el DSP–, a la asistencia y a la legislación social –creando un Departamento de Servicio Social y la Caja de Asistencia Social–, lo relativo al régimen de trabajo –cuyas instituciones permanecían casi intactas en el molde que le había dado la gobernación demoprogresista– y de fomento agrícola, ganadero, industrial y comercial –donde se insertaba la labor de un organismo técnico que desde su creación en 1935 había sido autárquico: el Instituto Experimental y de Fomento agrícola y ganadero– (DSCDPSF, 1941; Bacolla, 2012; Bacolla, 2014). La novedad provincial radicaba más en las condiciones de su viabilidad que en los conceptos que fundamentaban el cuerpo legal que daba origen al nuevo ministerio, los cuales estaban presentes, por ejemplo, a nivel nacional en la contemporánea discusión del fallido proyecto de una Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social elaborado por Spangenberg (Veronelli y Veronelli Correch, 2004; Biernat, en prensa y en este dossier).

En ese sentido, muy pocos serían los debates suscitados en la legislatura provincial en torno a los fundamentos en los que se sostenía el nuevo ministerio, planteada como una cartera eminentemente técnica, por la naturaleza de sus áreas de intervención: la atención médica, la asistencia social y la “previsión”. Como ya se había hecho evidente en ocasión de los debates parlamentarios que acompañaron las precedentes leyes y los ecos de la prensa, varios consensos se habían fortalecido lentamente, tanto en las filas profesionales, como en diversos espacios políticos y académicos locales, siendo cada vez más débiles las oposiciones en nombre de las autonomías municipales, las libertades individuales o el rol de la beneficencia (Belmartino et al., 1991: 46-48). Por una parte, se reafirmaban los aspectos positivos de la coordinación y unidad de dirección, no sólo de las instituciones sino de la propia infraestructura –en cuanto a su distribución en el territorio provincial, los grados de complejidad y complementariedad–. Por otra parte, emergían deslizamientos conceptuales que apoyándose en la complejidad técnica adquirida tanto por la asistencia sanitaria como por la social, hacían cada vez más evidente dos dinámicas: el desplazamiento de las instituciones ligadas a la caridad y beneficencia a favor de personal especialmente formado; y la convergencia en una amplia visión de la “medicina social”, en la cual las acciones de políticas sociales estaban imbricadas en las de prevención e higiene, resumidas en el “bienestar social”. Éste último no sólo refería a los procesos de salud y enfermedad, sino a las condiciones de desarrollo económico de una comunidad, en tanto afectaba al “factor trabajo”. Por tanto dicho bienestar se presentaba como un asunto político en el sentido que formaba parte de la política pública, pero que al mismo tiempo involucraba soluciones técnicas, que se sustraían de la confrontación partidaria o ideológica, definiéndola como un objeto de estudio y dominio de un conocimiento experto, más que un ámbito de decisiones producidas por el forcejeo entre intereses rivales (DSCDPSF, 16/05/1941: 255–257). En ese mismo registro las políticas sociales del conservadorismo en la provincia se completaron con la reforma de la Caja de Asistencia Social, incorporando las pensiones a la vejez, la invalidez, a la madre y a los huérfanos; la institucionalización del Fondo de Asistencia a la Niñez, y un año más tarde, en septiembre de 1942, con la sanción de una ley de asistencia social –la N° 3069–, que estipulaba la creación de dos Juntas de Acción Social en la provincia –con sede en su capital y Rosario- cuyo primer foco de intervención principal sería la población infantil.

El conjunto de transformaciones institucionales hizo evidente en dos principales sentidos una nueva relación entre formación técnica y administración. En primer lugar, la importancia casi permanente que mantuvieron las políticas sanitarias en la agenda de gobierno en la provincia, y el proceso de

complejización y despliegue de sus estructuras que encontramos a lo largo de los años 1930, puede ser explicado en parte por las posiciones ocupadas por cuadros profesionales y técnicos. Desde la organización de la CHyAS hasta la conformación del MSPyT, sus principales cargos fueron ejercidos con relativa continuidad por figuras con trayectoria académica y ejercicio profesional en el campo, ampliamente insertos en sus asociaciones corporativas. Si en los inicios de la década así lo demostraba la figura de Eduardo Fidanza, para los momentos finales de la misma podía subrayarse en igual sentido la trayectoria de Abelardo Irigoyen Freyre, quien ocupó la Dirección de Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la ciudad de Santa Fe en los primeros años treinta; en 1938 fue designado presidente de la CHyAS de la Provincia, luego la dirección del DSP, de cuyo proyecto y diseño participó, del mismo modo que en la concepción del posterior MSPyT, a cuyo frente estuvo entre 1941 y 1943. Formado en la facultad de medicina local a la cual permanecería vinculado, y activo actor de varios espacios nacionales como la Academia de Medicina, la Sociedad Argentina de Broncoesofagología, e internacionales como la División Internacional de Sanidad de la Fundación Rockefeller (Belmartino, 2007; Avilés, 1961). Otros profesionales, también profesores de dicha facultad y plenamente insertos en los circuitos nacionales e internacionales de sus respectivas especialidades, tuvieron una proficua actuación: el químico Jorge Braulio Mullor, responsable del Instituto Bromatológico y la elaboración del código regulatorio en el área; David Staffieri –que junto a Clemente Álvarez se había desempeñado en la cátedra de clínica médica– Francisco Javier Pérez –colega de Irigoyen Freyre en el área de otorrinolaringología– y David Sevlever –asistente en la cátedra de higiene y medicina social–. Cabe mencionar la larga actuación de los ingenieros arquitectos Hilario di Muro y Carlos Navratil; sumando además un dato no menor: la pertenencia al campo médico de una parte de quienes ocuparon los principales cargos políticos provinciales en el período, Joaquín Argonz, su hermano Emilio, como así también el vice gobernador de Iriondo, Rafael Araya.

En segundo lugar, estos nuevos vínculos entre formación técnica y administración se expresaban en la preocupación por la formación específica de quienes desempeñarían las tareas dentro de la gestión de la salud pública y la asistencia social. En ese sentido, desde la creación de la Comisión de Construcciones Hospitalarias, sus titulares advertirían la carencia de estas orientaciones formativas dentro de las universidades nacionales, proponiendo la organización de una carrera sanitaria dentro de la administración provincial, con ingresos por concurso, el sostenimiento de su perfeccionamiento en el exterior, y una estabilidad garantida (MGJyC-DSP, 1939: 275). En dicha carrera no sólo eran los médicos y sus auxiliares el foco de atención, incluía a ingenieros y arquitectos sanitarios, y con la organización de la acción social, el personal dedicado a la misma. En ese registro, durante la breve vida de las Juntas de Acción Social se pondrían en marcha en Rosario en 1942 y dos meses antes del golpe de 1943 en Santa Fe, sendos cursos de asistentes sociales –en el primer caso reorganización del existente en el Liceo Nacional de Señoritas, y en el segundo creación de la Escuela de Asistentes Sociales– (Britos, 2003; Rubinzal, 2014; Genolet, 2004).

### **3. El peronismo en provincia: del Ministerio de Salud Pública y Trabajo al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.**

Como hemos señalado en el apartado anterior, la experiencia antipersonalista había logrado consolidar un conjunto de herramientas de intervención social, conjugando dinámicas de

modernización estatal con lógicas de control y ejercicio clientelar en un marco político ocluido (Piazzesi, 2010; Macor y Bacolla, 2009). Luego del golpe de 1943, y en particular a partir del giro que toma el gobierno militar a fines de 1944, provocando el alejamiento de los sectores más militaristas de tendencia nacionalista, la élite estatal que se consolida en el ámbito provincial reorientará, sin borrarlas, estas estructuras imprimiéndole nuevos contenidos. La llegada de Perón a la presidencia en 1946, implicaría un nuevo cuadro de relación entre provincias y Estado nacional. En la constitución del mismo influiría no sólo la creación de la Secretaría de Salud Pública primero, y su posterior conversión en Ministerio, sino también los instrumentos de planificación y las instancias de coordinación federal, reforzados desde 1949 por el nuevo marco constitucional. De este modo, las gestiones peronistas en la provincia serían ocasión de una dinámica paradójica: si bien continuarían fortaleciéndose las capacidades de intervención de las agencias provinciales en el área de salud y bienestar social, paralelamente dicho proceso sería acompañado por una correlativa pérdida de la capacidad de definición de agenda que había tenido el Estado provincial en la década precedente.

### **La gestión de Oscar Aldrey: la resignificación del Ministerio de Salud Pública y Trabajo**

Gran parte de estas nuevas improntas cristalizarían durante la intervención de Oscar Aldrey, entre finales de 1944 e inicios de 1946, siendo ministro de la cartera Carlos Lambruschini y subsecretario Lorenzo García –quien ocuparía varios puestos claves dentro de las estructuras ministeriales provinciales primero y en el plano nacional después de 1950<sup>4</sup>-. Durante estos dos años se profundizaría el proceso de centralización a escala provincial, por medio de varias modificaciones a la ley de ministerios y la relativa a la sanidad; en sintonía con tendencias presentes en el organismo que a nivel nacional reemplazó al DNH, la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social (Biernat, en prensa). En primer lugar, el Consejo General de Sanidad ganaría autonomía dentro de la estructura ministerial, mientras que varias agencias técnicas de su DSP pasarían a responder directamente a la jefatura de la cartera: la Oficina Jurídica, la División de Arquitectura e Ingeniería sanitaria, el Instituto Bromatológico y Departamento Químico –manteniendo en su dirección a quienes habían participado en su organización a lo largo de la década precedente, en el primer caso di Muro y Navratil, y en el segundo Mullor-. Del mismo modo se procedió con las divisiones de Educación, Propaganda y Divulgación Sanitaria, así como con aquella del Museo de Higiene, Biblioteca y Publicaciones; disponiendo una reorganización y vigorización de estas agencias, ejemplificadas en diversas actividades de exposición, el uso de la radiotelefonía, el cine y la sistemática edición de la *Revista de Sanidad, Asistencia Social y Trabajo* (AGPSF–MSPyT- Decretos 2898/44; 5943/44 (SP N° 769); 1217/44 (SP N°7248); 7256/44 (SP N° 225); MSPyT-DSP, 1946: 65-68).

Por otra parte, varias disposiciones efectivizaron contenidos de la ley 2858, que si bien contempladas en su texto, no habían sido concretadas. En ese sentido se traspasó a la órbita del DSP todo lo relativo a sanidad escolar y educación física, reparticiones aún vinculadas a la cartera de Instrucción Pública y su Consejo de Educación. A esto se sumaba la incorporación a las incumbencias de la misma repartición de los servicios de asistencia médico-sanitaria dentro del sistema penitenciario, comenzando su implementación en la cárcel modelo de Coronda (MSPyT-



DSP, 1946: 106). La normativa de la ley 3069 referida a asistencia social, sancionada en el último año del gobierno de Argonz, será igualmente el marco de desarrollo de las agencias estatales relativas, las cuales conformarán la Dirección de Acción Social, ahora dependiente de la cartera ministerial de salud. Ésta tomaba, entre otras, las funciones que habían recaído en la Junta Central de Acción Social –organizada durante el año 1943 y que había absorbido a las dos juntas circunscriptivas puestas en marcha por el iriondismo–.<sup>5</sup>

En segundo lugar, la intervención de Oscar Aldrey continuará el proceso de provincialización de la infraestructura médico asistencial, mediante la transferencia de los servicios sanitarios municipales, a excepción de los correspondientes a la ciudad de Rosario; el inicio del traspaso de algunas entidades privadas –como el Hospital de Caridad de la localidad de Tostado y el Hogar "Protomédico Manuel Rodríguez" perteneciente al Patronato de Leprosos de Santa Fe–; y la puesta en marcha de un plan de coordinación entre efectores privados y centros provinciales, ya dispuestos en la ley de 1938.

En tercer lugar, los servicios médico asistenciales rurales y urbanos serían reestructurados a finales de 1945 a partir del diseño de un plan que, partiendo de un estudio de rendimiento realizado por la División de Estadística General, adaptaba la coordinación hospitalaria existente en la provincia a las nomenclaturas, diferenciación de complejidad y funciones resuelto en el 1° Congreso Nacional de Salud Pública –realizado en septiembre de ese año en Buenos Aires–. (MSPyT-DSP, 1946: 76).<sup>6</sup> La reorganización implicaría no sólo la adopción de un nuevo nomenclador, sino también la incorporación más sistemática de la asistencia social junto a la médico-sanitaria y la extensión de cobertura en zonas rurales. La estructura se iniciaba con los dispositivos más simples, los puestos sanitarios; los cuales se vinculaban con las unidades sanitarias y de acción social menores, tanto móviles y como fijas. Estas últimas, ascendían a un número de 52, distribuidas en toda la provincia, y correspondían a los anteriores dispensarios y hospitales rurales de poca complejidad. Los hospitales rurales de mayor dimensión, y ubicación estratégica, adquirirían el rango de unidades sanitarias y de acción social mayores, ascendiendo a 39 establecimientos, que incorporaban en su estructura la internación clínica, quirúrgica, maternidad, además de servicios de odontología, obstetricia, visitadora de higiene y social. Los 3 Hospitales de círculo existentes, pasaban a denominarse Centros de Salud. Conservaban la confluencia de funciones en medicina integral, asistencial y preventiva, contando con mayor número de profesionales que los otros establecimientos, con servicios de complejidad tecnológica –laboratorios, radiología, hematología, etc.- y visitadoras de higiene y servicio social. Este cuadro de asistencia médica integral se completaba con las delegaciones de los centros especializados – en tuberculosis, venéreas, anquilostomiasis, lepra, oftalmología, rabia, nutrición etc.-, y, finalmente, se articulaba con la infraestructura sanitaria de sede urbana. Ésta comprendía tres principales capítulos. Por una parte, los ex Hospitales de Coordinación, "J. B Iturraspe" y "Marcelino Freyre", con asiento en Santa Fe y Rosario respectivamente, los cuales pasaban a denominarse Hospitales Centrales, conservando en su estructura una amplia gama de servicios de complejidad, un centro de salud, consultorios de higiene mental y dermatología. Por otra, las centrales de primeros auxilios en las principales ciudades –en general en base a efectores que antes de su provincialización habían dependido de la asistencia pública municipal-. Y por último los servicios específicamente orientados: de maternidad –como el del hospital central de Santa Fe-, los hospitales especializados –psiquiátricos,

oftalmológicos, de niños, etc.-, centros de atención de enfermedades infecciosas, los hospitales-escuelas de reeducación funcional y recuperación social –para cardíacos, inválidos, reumáticos, poliomielíticos, traumatizados, etc.-. Finalmente se ampliaban los dos hospitales colonias, el recientemente provincializado "Protomédico Rodríguez" y la "Colonia psiquiátrica de Oliveros". Ambos capítulos asistenciales se articulaban con los servicios de prevención a cargo de los ya mencionados centros y divisiones especializadas; aquel relativo a la libreta de sanidad –regulada por el código bromatológico provincial- y un laboratorio central (MSPyT-DSP, 1946: 78-79).

En cuarto lugar, se organizaron diversas áreas que respondían a la coordinación con algunas acciones de la nueva Dirección Nacional de Salud Pública. Además de profundizar la efectivización de leyes ya existentes –como las mencionadas respecto a la denuncia y tratamiento de la lepra y de enfermedades venéreas– se sumarían algunas reestructuraciones, entre las que cabe mencionar aquellas relativas a la implantación de un régimen uniforme en todas las provincias para la fiscalización del tráfico de estupefacientes, y denuncia de casos de intoxicación habitual, creándose una Sección de contralor de toxicómanos bajo dependencia del Hospital Psiquiátrico; y luego la Sección de contralor de estupefacientes que actuaba coordinadamente por intermedio de la Inspección de Farmacias del DSP y de los Consejos Deontológicos (AGPSF – MSPyT - Decreto PE 11474 - SP 1030). Las tareas estadísticas también serían fortalecidas, con la organización de un registro permanente de efectores, sociedades de socorros mutuos y asistencia social, organismos científicos y gremiales de carácter médico; profundizándose en las mismas líneas previstas por la legislación de 1932, las funciones de control de los consejos deontológicos, mediante la puesta en vigencia de un código de ética profesional.

Por último, el programa de la intervención puso un importante acento en la formación y capacitación de técnicos, teniendo lugar varias iniciativas vinculadas al fortalecimiento de una burocracia especializada; que acompañaría la prédica, ya presente desde finales de la década de 1930, a favor de una carrera sanitaria provincial, con estricta selección para el ingreso y permanencia, que sería la base de aquello que el director honorario de la *Revista de Sanidad*, Ubaldo Matera (1945: 19), denominaba "sanidad de Estado". En primer lugar, se sostuvo la consolidación de las Escuelas de Servicio Social, las que lograrían el reconocimiento nacional de sus títulos. Iniciadas, como ya hemos señalado, hacia finales de la gestión iriondista como respuesta a las necesidades técnicas para la aplicación de la ley 3.069, recibiría en estos años y durante los gobiernos peronistas subsiguientes un amplio impulso (Genolet, 2004; Britos, 2003; Rubinzal, 2014)<sup>7</sup>. Su acción sería complementada por otra instancia formativa que comenzaría a funcionar en 1946: la Escuela de Visitadoras de Higiene, instituida por la filial local de la Cruz Roja en base a un proyecto presentado por García desde la subsecretaría del MSPyT. En segundo lugar, también bajo el patrocinio ministerial se impulsaría la creación de una Escuela de Sanidad, dentro de la facultad de medicina local. El proyecto propuesto a su decanato, en ese momento ejercido por David Staffieri, tenía como objetivo la conformación de un cuerpo de sanitarios. En ese sentido se sostenía que para ello era imperativo, "no solamente contar con profesionales vocacionalmente aptos para cursar los grados de la milicia sanitaria", sino dotarlos de una formación acorde, que incluía un amplio abanico de conocimientos –desde la biometría hasta el servicio social–. Ésta abonaría la organización de una "medicina de Estado de carácter integral" (RS, Vol I, N° 1: 59). Dicha Escuela de Salubridad, dependiente de la facultad de medicina con sede en Rosario, también

tendría el concurso organizativo de García. Abriría sus puertas como instancia de especialización para graduados, con el curso de Médico Higienista; y durante 1947 sería convertido en Facultad de Higiene y Medicina Preventiva, a instancias de un proyecto presentado en el congreso nacional por el diputado Carmelo Barreiro, sustentado en la complementariedad del mismo con los objetivos del Primer Plan Quinquenal. Sucesivamente la unidad académica irá ampliando sus terminalidades: entre 1948 y 1949 las de Odontólogo Sanitario, Educador Sanitario, Técnico en inspección sanitaria, Técnico en Administración Hospitalaria, completándose en 1952 con la apertura del curso de Ingeniero Higienista. En todo el período estaría vinculada con la Oficina Sanitaria Panamericana, organismo que viabilizaría a través de becas el perfeccionamiento de su cuerpo de egresados y profesores, principalmente en el reconocido centro norteamericano de la universidad John Hopkins. Con la ejecución del Segundo Plan quinquenal el gobierno nacional reforzará el rol de este instituto como formador de cuadros técnicos, disponiendo la planta docente al servicio de su ejecución y organizando un conjunto de becas para realizar sus cursos dirigidos a funcionarios provinciales y nacionales del área (FHyMP, 1955: 5-8; RS, 1946, Vol.2, N° 7: 63; Piazzesi y Bacolla, 2015). Por último, en mayo de 1945, se impulsaría una tercera instancia de formación dependiente del Estado provincial: la Escuela de Servicio Administrativo y Sanitario, bajo la dirección de Roberto Lavagna. En su discurso inaugural Lavagna destacaba la continuidad con las políticas que habían dado origen al MSPyT; y la tríada que esta instancia formativa completaba con las anteriormente mencionadas, dentro de esta voluntad de crear una "milicia sanitaria", respaldada por una carrera que asegurara "un medio digno de vida, seguridad en el cargo y estímulo en la función", único medio para formar cuerpos técnicos estables, como bien demostraban dos casos exitosos dentro de la administración nacional: el Ejército y la administración de Justicia (Lavagna, 1945: 77-79).

### **Redefinir los espacios de intervención: el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.**

El fortalecimiento de la rama de sanidad y acción social del MSPyT operado durante la intervención de Oscar Aldrey, contrastaba con las regulaciones y capacidad de intervención provincial sobre su otra esfera de ingerencia: aquella relativa al mundo del trabajo. Al igual que en el resto de las provincias, en este ámbito se había superpuesto la actuación de la delegación regional de la Secretaría de Trabajo y Previsión. Ésta junto al Ministerio de Gobierno local –ejercido por quien sería en 1946 el candidato a gobernador por el peronismo Leandro Meiners– habían sido clave para, a través de la referencia al liderazgo de Perón, anudar las fuerzas sindicales y políticas que cristalizarán en el peronismo en la provincia (Bacolla, 2003). En ese sentido, la conflictividad que caracterizaría la constitución de la nueva fuerza en el ámbito nacional, se agravaría localmente con el suicidio del gobernador electo; que llevaría, como solución de compromiso, a la designación de Waldino Suárez –filiado al laborismo y fuertemente vinculado al catolicismo local–. Estas tensiones políticas se traducirían en procesos de reformas institucionales que serían plasmadas en un proyecto de Plan Trienal, con el cual la provincia proponía articular su agenda a la planificación quinquenal en el ámbito nacional, y a la vez retener resortes de decisión en diversas áreas. En ese registro puede ser leída la reforma de la ley de ministerios vigente desde 1941. La cual adopta una estructura similar a la surgida de las modificaciones nacionales; deslindando por lo tanto del antiguo ministerio la injerencia sobre la regulación laboral, con la constitución de una cartera de Trabajo y Economía y otra de Salud, autonomizando en secretarías con jerarquía ministerial, lo relativo a

Bienestar y Seguridad Social; como así también a Industrias, Orientación Profesional y Aprendizaje (Bacolla, 2003). Estas semejanzas obedecen a las directivas expresas que se difunden desde el Ejecutivo Nacional por medio de las Conferencias de Ministros y, que en ciertas áreas se tornaban prerequisites para que las provincias fueran beneficiarias de la ayuda federal. Dicho Plan Trienal se completaba en sus capítulos principales con dos proyectos de empréstitos específicos: uno dirigido a obras públicas –de 300.000.000 de pesos moneda nacional– dentro del cual el 10% se asignaba a infraestructura sanitaria; y otro denominado de “acción social” –que llegaba a la suma de 75.000.000– (DSCDPDF, 1946/47: 916-941 y 570-1575; Plan Trienal, 1947). Si bien dicha reorganización en su conjunto se presenta como una medida novedosa y revolucionaria, seguían siendo invocados los antecedentes institucionales de los gobiernos anteriores al golpe de 1943, aún en ámbitos que como el bienestar y la seguridad social, habían adquirido un lugar central en la cosmovisión y el programa político del peronismo. El balance de la breve gestión Suárez, y de su ministro de la cartera, Héctor Daminato acompañado en la subsecretaría por Enrique Cárcamo, sería más que magro: la implementación del Estatuto Nacional de los Profesionales del Arte de Curar, la finalización e inauguración del Hospital de Niños de Santa Fe y de la ampliación de la colonia psiquiátrica de Oliveros, además del inicio de construcción de algunos centros menores de salud. Las disputas internas del oficialismo por capitalizar políticamente la ayuda federal pasa a ser central, como lo demuestra el fracaso del mencionado plan y otro proyecto de empréstito presentado en 1948, específicamente orientado a la mejora del sistema de salud provincial; sumando a esto dos hechos: la escasa presencia en la provincia de la Fundación Eva Perón, y el atraso del plan de obras que la nación asigna a Santa Fe dentro del Plan Quinquenal, el cual será el foco propagandístico de la gestión Caesar.<sup>8</sup>

Con el nuevo marco constitucional surgido de la reforma de 1949, el Ministerio de Salud vuelve a incorporar el área de Bienestar Social, reunificación que ya se había dado de hecho bajo el breve ejercicio de la cartera por Lorenzo García durante la intervención que dio fin al gobierno de Suárez. Sus líneas de acción retomaron, bajo la dirección de Roberto Lavagna, las premisas planteadas durante la gestión de Aldrey, y se asociaron estrechamente a la agenda nacional –no sólo por la incorporación de delegaciones regionales del ministerio nacional, sino por los mecanismos de planificación y coordinación federal, y los estrechos vínculos entre el ministro provincial y el ahora subsecretario nacional–. En este marco cuatro aspectos serían principalmente atendidos: la ya mencionada política de formación de cuadros técnicos y una carrera de sanidad de Estado, que sería progresivamente permeada por criterios ideológicos y político partidarios; la expansión de la población beneficiaria por medio de la ley de asistencia gratuita, tasas mínimas y un marco regulatorio que incentivaba la conformación de mutualidades gremiales; una clara continuidad en el proceso de provincialización de la infraestructura sanitaria –que incorporaría servicios aún en manos de sociedades de beneficencia–; y una nueva ley de colegiación que otorgaba autarquía y autonomía a las existentes instancias de organización de las profesiones del arte de curar –impulsada por Luis Bomsembiante en 1950 y que se efectivizaría en 1953– (DIPyP, 1950; Ley 3950/50). La dinámica permanecerá hasta la caída del peronismo. Durante la gobernación de Luis Cárcamo (1952-1955), la asociación de la agenda provincial con la nacional se estrecha en mayor medida en el marco del Segundo Plan Quinquenal, que incluía en el régimen de coordinación nacional a los planes provinciales financiados con recursos propios (DIPyP, 1953: 23-26). Sin

embargo, los niveles de gasto público en el área de salud y bienestar social mantendrían en todo el período –entre 1946 y 1954– una curva ascendente, representando en promedio el 14 % del presupuesto provincial; rubricado en el aumento de la capacidad de atención, que para 1951 contaba 4.148 camas, y una nada desdeñable infraestructura que alcanzaba unos 186 establecimientos de muy variada escala y complejidad en todo el territorio provincial (Belmartino et al., 1991; Bacolla, 2003; DIPyP, 1951). Datos que exponen la dimensión del proceso de provincialización del sistema de asistencia y prevención médica y acción social alcanzado hacia mediados del siglo XX.

### **Recapitulaciones**

Desde finales del siglo XIX, las consecuencias de una más o menos vertiginosa modernización impactaban sobre las elites argentinas, generando un conjunto de iniciativas no sólo como proyectos, sino como efectivas herramientas de intervención estatal sobre la llamada "cuestión social". En esta agenda del reformismo de cambio de siglo el problema sanitario ocupó, junto a otros, un lugar nada desdeñable que sin embargo no se vería plasmado en herramientas efectivas de acción ni en el plano nacional ni en los propios Estados provinciales. Si bien una clave explicativa de este proceso se ha ubicado en las limitaciones que la estructura federal, y la organización institucional de las provincias, impuso desde sus inicios a los proyectos de centralización y articulación de las agencias sanitarias tanto a escala provincial como en el ámbito del Estado nacional, amplificado en algunas coyunturas por las restricciones presupuestarias y el impacto de sucesivas crisis políticas; otra nada desdeñable se halla en las condiciones de posibilidad que hicieron viables las resistencias provinciales y municipales en unos casos, y la poca factibilidad de articulación en otros. En ese sentido el estudio de casos provinciales, como el santafesino, permite plantear un conjunto de variables explicativas que dan cuenta de factores que no sólo pasan por las capacidades económicas para sostener la expansión de herramientas de intervención y equipamiento sanitario, sino que involucran otras condiciones de posibilidad. En primer lugar, la conformación de un consenso social y político que asimilaría sólo lentamente el bienestar colectivo como parte de los derechos de ciudadanía y condición de modernización material. Si bien éste había sedimentado a lo largo de las primeras décadas del siglo encontraría, como ha señalado Karina Ramacciotti, su punto de condensación en las vísperas del peronismo, impulsado no sólo por factores locales, sino por un clima de opinión e instituciones internacionales que le darían nueva legitimidad. En segundo lugar, la viabilidad técnica constituye un aspecto no menor en varios sentidos. Por una parte, desde la formación de cuadros de expertos necesarios para llevar adelante estas nuevas visiones de la gestión y la administración sanitaria, y su relativa continuidad en las agencias estatales involucradas. Por otra, remite a las precondiciones que hicieron realizable en el plano infraestructural la compleja ingeniería institucional de coordinación de las políticas de asistencia médica y social en la coyuntura de mediados de siglo. En ese registro, el fortalecimiento de las capacidades de intervención e infraestructura a escala provincial –lograda con mayor o menor efectividad según el caso y acicateada por la complejización técnica y profesional de la medicina– se delinean como precondición para el proceso de centralización nacional en la definición de agenda.

### **Notas**

1 Es imposible abordar aquí la vasta literatura teórica que aborda el problema de las “capacidades

estatales” desde los ya clásicos textos de Evans, Rueschmeyer y Skcopol (1985); y en otra clave la obra de Rosanvallon (1993), o Mann (1991). Atendiendo al debate planteado desde diversos campos disciplinares en ese registro en la últimas décadas se entiende en este artículo por “capacidades estatales” los resultados institucionales, procedimentales y políticos de procesos complejos por los cuales el Estado en diversos niveles logra crear las herramientas materiales (infraestructura, agencias, legalidad, etc) sino también simbólicas (legitimidad, proyecto de sociedad, agendas) que le permiten involucrarse e intervenir sobre diversos ámbitos de lo social.

2Cf. *El Orden*, Santa Fe, 28/10/1934, p.3, *El Litoral*, Santa Fe, 29/12/1934, p.4, *La Capital*, Rosario, 26/12/1934, p.4.

3 Hay una remarcable relación con la Fundación Rockefeller en las acciones de la provincia sobre la anquilostomiasis, como lo demuestra la presencia de algunos referentes de la misma: Wilbur Sawyer y Eduard Janney.

4 Médico por la UNL, recibido en 1931, y especializado en Tisiología en la UBA, diplomado en 1943. Activo en el ámbito gremial, participó de los inicios de la Federación de Sanidad de la Provincia en 1940 y presidió el Consejo Deontológico de la primera circunscripción en 1942. Durante la intervención encabezada por Oscar Aldrey, ejerció la subsecretaría del MSPyT; y participó de la Comisión Provincial de la Vivienda Popular. En 1945 fue nombrado por concurso jefe del Servicio de Tisiología del Hospital Iturraspe. De febrero a junio de 1949 –durante la intervención que dio fin al gobierno electo de Waldino Suárez- fue ministro de la cartera de Salud Pública y estuvo a cargo de la entonces Secretaría de Bienestar y Seguridad Social. Desde 1950 sería designado subsecretario técnico del recientemente creado Ministerio de Salud nacional. Entre 1946 y 1948 realiza varias estancias en el exterior, por medio de la Fundación Rockefeller. Participó en la organización de la Escuela de Sanidad y luego Facultad de Higiene y Medicina Preventiva de la UNL; la escuela de Servicio Social de la provincia y la de Visitadoras de Higiene. En 1975 sería designado Director de Epidemiología y Control de Lucha Antituberculosa de la provincia. Murió en Santa Fe, en 1988 (Avilés, 1961: 79-80; *El Litoral*, 10/08/2001).

5 Sus principales acciones se dirigen al ámbito escolar: implementación de programas como "copa de leche" y "miga de pan", recreación mediante la organización de clubes de niños, subsidio a algunos centros obreros existentes –particularmente en establecimientos con trabajo de menores- y clubes deportivos y de esparcimiento. Estas actividades eran difundidas en la *Revista de Sanidad*.

6 Los proyectos y fundamentación de dichas reformas son difundidas en la *Revista de Sanidad*, y sería un tema central de la Conferencia de Funcionarios Técnicos y Administrativos del Departamento de Salud Pública llevada a cabo en 1945.

7 Varios de sus docentes pertenecen a diversas facultades de la UNL o son funcionarios: Roberto Lavagna, Luis Bonsembiante, Francisco Menchaca, Mariano Tissebaum, Emma Gustavino Ureta. Otra división incorporada a la administración provincial es el Gabinete de Psicotecnia y Orientación Profesional existente en la ciudad de Rosario y dependiente del Instituto Cultural Joaquín V. González, renombrado Instituto provincial (Decreto 13.192/45 - SP1518). Éste había tenido un notorio impulso por parte de Carlos Lambruschini y su esposa Erminda Benítez.

8 La Fundación Eva Perón gozó de exención impositiva durante la gobernación Caesar y obtuvo



varias propiedades en donación. Desde 1951, percibió por ley provincial un aporte obligatorio de los agentes estatales, correspondiente a los sueldos del 1° de mayo y 12 de octubre de cada año. (DSCSPSF, 1951-1952: 265). La interpenetración entre ésta y las acciones del Estado nacional en la ejecución del plan quinquenal en Santa Fe pueden verse ejemplificada en el Hospital-Hogar Escuela, "Eva Perón", emplazado en cercanías de Rosario, cuyos terrenos provinieron de la expropiación y posterior donación a la fundación por la provincia, mientras las obras –con capacidad de 300 camas y 1200 pupilos- formaron parte de aquellas estipuladas en el Primer Plan Quinquenal, y ejecutadas por Dirección Nacional de Arquitectura (Ley N° 3610/49). Sólo se prehabilitaría a fines de 1954.

### Referencias bibliográficas:

Archivo General de la Provincia de Santa Fe – Ministerio de Salud Pública y Trabajo (AGPSF–MSPyT) 1941-1946.

Armus, D. & Belmartino, S. (2001). "Enfermedades, médicos y cultura higiénica". En Cattaruzza, A. (dir.) *Crisis económica, avance del estado e incertidumbre política (1930-1943)*, Nueva Historia Argentina, Tomo 7, Buenos Aires: Sudamericana.

Armus, D. & Hardoy, J.E (1990). "Conventillos, ranchos y casa propia en el mundo urbano del novecientos". En Armus, D. (comp.) *Mundo urbano y cultura popular. Estudios de historia social argentina*, Buenos Aires: Sudamericana.

Ascolani, A. (2011). "Santa Fe rural" en Macor, D. (Dir.) *Signos santafesinos en el bicentenario*, Santa Fe: Espacio santafesino editores.

Avilés, V. (1961). *Gobernantes de Santa Fe desde 1810 hasta 1960*, Rosario: Talleres Gráficos Fenner.

Bacolla, N & Parera, C. (2011) "Saberes de estado en espacios provinciales. Profesiones y organismos estatales en la década del treinta en Santa Fe.", *XIII Jornadas Interescuelas – Departamentos de Historia*. Universidad Nacional de Catamarca, Catamarca.

Bacolla, N. (2003). "Política, administración y gestión en el peronismo santafesino, 1946-1955". En Macor, D. & Tcach, C. (ed.), *La invención del peronismo en el interior del país*, Santa Fe: Ediciones UNL.

Bacolla, N. (2012). "Debates, prácticas políticas y reforma institucional en la entreguerras. Un análisis desde el caso santafesino.", en Leoni, M.S y Solís Carnicer, M.M. *La política en los espacios subnacionales. Provincias y territorios en el nordeste argentino (1880-1955)*, Rosario: Prohistoria.

Bacolla, N. (2014) "Política, representación de intereses y profesionalización de agencias estatales. La constitución del Instituto Experimental y de Investigación Agrícola en la provincia de Santa Fe (1935 – 1943)". *III Workshop Interuniversitario de Historia Política.*, Vaquerías (Córdoba).

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

- Belmartino, S., Bloch, C., Carnino, M. I. & Persello, M. V. (1991). *Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud, 1940-1960*, Buenos Aires: OPS/OMS.
- Belmartino, S., Bloch, C., Persello, M. V. & Quiroga, H. (1987). *Las instituciones de salud en la Argentina, desarrollo y crisis*, Buenos Aires: Ministerio de Educación y Justicia, Secretaría de Ciencia y Técnica.
- Biernat (en prensa) "Interferencias políticas e interinstitucionales al proyecto de centralización de la administración sanitaria nacional (1943-1945)" en *Anuario del Instituto de Historia Argentina*, La Plata, UNLP.
- Biernat, C. & Ramacciotti, K. (2008). "La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: estructuras administrativas, legislación y cuadros técnicos (1936-1955)". En *Manguinhos*, Río de Janeiro, Vol. 15, n° 2.
- Biernat, C. (2015) "La Conferencia Sanitaria de 1923 y los proyectos de centralización del Departamento Nacional de Higiene en Argentina". En Cerdá, J. M., Guadarrama, G.; Lorenzo, M. D. & Moreyra, B. (comp.). *Remedios locales y calamidades públicas La historia de la Asistencia y la cuestión Social, siglos XIX y XX*, México: Colegio Mexiquense.
- Bosch, R. (1966) *Historia de la Facultad de Medicina*, Rosario: UNL.
- Cervera, F. (1973) *Historia de la Medicina en Santa Fe*, Santa Fe: Colmegna.
- Conferencia Sanitaria Nacional (CSN) (1923). *Conferencia Sanitaria Nacional. Antecedentes, sesiones y conclusiones*, Buenos Aires: Talleres Gráficos Editorial Argentina de Ciencias Políticas.
- Di Liscia, M. S. (2007). "Dificultades y Desvelos de un Estado interventor. Instituciones, salud y sociedad en el Interior Argentino. La Pampa, 1930-1946". En *Anuario IEHS*, 22, Tandil: IEHS.
- Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados y de Senadores de la Provincia de Santa Fe* (DSCDPSF) Años 1932; 1938; 1939; 1941; 1946; 1950; 1953.
- Dirección de Informaciones, Prensa y Publicidad (DPIyP) (1950) *Santa Fe. 18 meses de gobierno peronista*, Santa Fe: Imprenta oficial.
- Dirección de Informaciones, Prensa y Publicidad (DPIyP) (1953) *El II Plan Quinquenal y el aporte de Santa Fe*, Santa Fe: Imprenta oficial.
- Evans, P; Rueschemeyer, D. & Skocpol, T. (eds.) (1985) *Bringing the State Back in*, Cambridge: Cambridge University press.
- Facultad de Higiene y Medicina Preventiva (FHyMP) (1955). Publicación N°28, Rosario: UNL.
- Falcón, R. & Monserrat, A. (1993). "Estado provincial, partidos políticos y sectores populares". En *Cuadernos del CIESAL*, N°1, Rosario: UNR.
- González Leandri, R. (2010). "Breve historia del Departamento Nacional de Higiene: Estado, gobernabilidad y autonomía en la segunda mitad del siglo XIX". En: Bohoslavsky, E. & Soprano, G. (eds.) *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 hasta la actualidad)*, Buenos Aires: Prometeo.

- Horne, J. (2004). *Le Musée Social. Aux origines de l'État providence*, Paris: Belin.
- Irigoyen Freyre, A. (1943). *Problemas de Sanidad y de Asistencia Social*, Santa Fe: Imprenta de la UNL.
- Lanciotti, N. (2004). "Higiene social y orden urbano. Las políticas reformistas de la administración municipal, Rosario 1890-1910". En A.A.V.V. *Territorio, memoria y relato*, II Tomo, Rosario: UNR Editora.
- Lavagna, R. (1945) "Escuela de servicio administrativo y sanitario". En *Revista de Sanidad, Asistencia Social y Trabajo*, Vol 1 N° 1: 77-79.
- Macor, D. & Bacolla, N. (2009): «Centralismo y modernización técnica en la reformulación del Estado argentino. El caso provincial santafesino, 1930-1950». En *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, vol. 20–n° 2, Israel: Universidad de Tel Aviv.
- Mann, M. (1985) *Las fuentes del poder social*, Tomo I, Madrid: Alianza.
- Matera, Ubaldo (1946) "Las bases para un Servicio de Sanidad en la Provincia". En *Revista de Sanidad, Asistencia Social y Trabajo*, Vol 2, N° 5, abril-mayo de 1946, Santa Fe, pp. 9 a 26.
- Ministerio de Gobierno, Justicia y Culto. Comisión de Hospitales y Asistencia Social. (MGJyC – CHyAS) (1939) *Unificación y Coordinación de los servicios de sanidad y asistencia médico social de la provincia de Santa Fe*, Santa Fe: Imprenta Oficial.
- Ministerio de Salud Pública y Trabajo, Departamento de Salud Pública (MSPyT-DSP), "Memoria Anual Año 1945". En *Revista de Sanidad, Asistencia Social y Trabajo*, Vol. 2, N° 5, abril-mayo de 1946, Santa Fe, pp. 41 a 193.
- Molinari, I. (2008). "El Dr. José María Manuel Fernández. Medicina y ciencia al servicio de la erradicación del Mal de Hansen". En Álvarez, A. & Carbonetti, A. *Saberes y prácticas médicas en la Argentina: un recorrido por historias de vida*, Mar del Plata: EUDEM.
- Müller, L. (2011). *Modernidades de Provincia. Estado y arquitectura en la ciudad de Santa Fe, 1935-1943*, Santa Fe: Ediciones UNL.
- Ortiz Bergia M. J. (2012). "La salud pública en transformación. La estructuración de políticas sanitarias en Córdoba-Argentina, 1930-1943". En *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Madrid, v. LXIV, n. 1.
- Partenio, F. (2009). "Rosario en cuarentena: normalización y disciplinamiento de la población durante las epidemias, 1860-1904". En *Urvio*, N° 7, Quito: Flacso.
- Pérgola, F. (1988) "Historia de los Hospitales argentinos: Hospital Centenario de Rosario". En *Capítulo Médico. Entre consultas*. Año II, N°13
- Piazzesi, S. & Bacolla, N. (2015). *El reformismo entre dos siglos. Historias de la UNL*, Santa Fe: Ediciones UNL.
- Piazzesi, S. & Bolcatto, V. (2011). *Hospital Iturraspe: 100 años*, Santa Fe: Ediciones UNL.

- Piazzesi, S. & Tettamanti, M. (2014) "Estado y relaciones laborales en la Santa Fe de entreguerras". En *Papeles del Centro de Investigaciones*, N° 15, Santa Fe: Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, UNL.
- Piazzesi, S. (1997). "Después del liberalismo: ¿un nuevo conservadorismo? El iriondismo santafesino en la década del treinta.". En *Estudios Sociales*, N° 13, Santa Fe: UNL.
- Piazzesi, S. (2014). "La institucionalización del conflicto en Santa Fe durante la década de 1930". En Lobato, M. & Suriano, J. (comp.), *La Sociedad del trabajo. Las instituciones laborales en la Argentina (1900-1955)*, Buenos Aires: Edhasa.
- Prieto, A. (1996). "Rosario: epidemias, higiene e higienistas en la segunda mitad del siglo XIX". En Lobato, M. Z. *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en Argentina*, Buenos Aires: Biblos.
- Ramacciotti, K. (2009). *La política sanitaria del peronismo*, Buenos Aires: Biblos.
- Ramacciotti, K. (2010). "Administración sanitaria; reformas y resultados obtenidos, Argentina (1946-1955)". En: Bohoslavsky, E. & Soprano, G. (eds.) *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 hasta la actualidad)*, Buenos Aires: Prometeo.
- Ramacciotti, K. (2014) "¿Soldados del trabajo o ciudadanos? La ley de accidentes de trabajo en la Argentina, 1915-1955". En Lobato, M. & Suriano, J. (comp.), *La Sociedad del trabajo. Las instituciones laborales en la Argentina (1900-1955)*, Buenos Aires: Edhasa.
- Roldán, D. (2009), "Procesos políticos locales. El caso del Gobierno Municipal de Rosario (1915-1930)". En *Avances del Cesor*, N° 6, Rosario: Cesor.
- Rosanvallón, P. (1993) *L'État en France. De 1789 à nos jours*, Paris: Éditions du Seuil.
- Rubinzal, M. (2014) *Historia de la Escuela de Servicio Social de Santa Fe*, Santa Fe: ediciones UNL.
- Santa Fe. Gobernación (1927) *Mensajes del Gobernador*, Santa Fe.
- Santa Fe. Gobernación (1947) *Plan trienal de gobierno, 1947 – 1949*, Santa Fe.
- Sevlever, D. (1941). *El problema de la Educación Física*, Santa Fe: Imprenta de la UNL.
- Suriano, J. (2000) "Introducción: una aproximación a la cuestión social". En Suriano, J. (ed.) *La cuestión social en la Argentina, 1870- 1943*, Buenos Aires: La Colmena.
- Tettamanti, M. (en prensa) "Retrato de la Santa Fe radical. El Estado frente a los desafíos de la sociedad". En Bacolla, N.; Donatello, L. & Carrizo, B. *Política, sociedad, instituciones y saberes*, Santa Fe: Ediciones UNL.
- Topalov, C. (dir.) (1999). *Laboratoires du nouveau siècle. La nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France, 1880-1914*, Paris: EHESS.
- Veronelli, J.C. & Veronelli Correch, M. (2004). *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*, II Tomos, Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

Zimmermann, E. (1995). *Los liberales reformistas. La cuestión social en la Argentina, 1890-1916*, Buenos Aires: Sudamericana.