



## *La salud como problema provincial. Políticas públicas y Estado subnacional en Córdoba, Argentina, 1930-1955*

de María José Ortiz Bergia

(2022) Buenos Aires, Editorial Biblos, 176 pp.

---

### **Germán Soprano**

Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de La Plata - CONICET

---

#### **Contacto:**

gsoprano69@gmail.com

---

La prestigiosa Colección Ciudadanía e Inclusión de la Editorial Biblos, dirigida por Carolina Biernat y Karina Ramacciotti, publicó recientemente *La salud como problema provincial...* Se trata de una investigación comprehensiva y sistemática de los proyectos y procesos de provincialización de la competencia sanitaria en la provincia de Córdoba entre 1930-1955. A tal efecto, su autora –historiadora e investigadora del CONICET con sede en el Instituto de Estudios Históricos de Córdoba– problematiza un presupuesto a menudo naturalizado sobre la historia de las configuraciones del Estado y las políticas públicas en la Argentina de la segunda mitad del siglo XIX y primera del XX: que la centralización de las políticas nacionales en los ámbitos subnacionales habrían obrado en detrimento de la autonomía y capacidad de agencia de los actores políticos, burocráticos y profesionales de los estados provinciales. Sin pretender erigir un simple contrargumento de este presupuesto, Ortiz Bergia desarrolla una minuciosa reconstrucción e interpretación de esos proyectos y procesos comprendiendo interlocuciones con conflictos y afinidades en los niveles nacional y subnacional en una temporalidad que excede el período arriba delimitado. ¿Por qué es preciso que este abordaje recorra el espinel entre diferentes escalas espaciales y temporales? Porque como demostrara Beatriz Moreyra en una investigación precedente, en el cambio del siglo XIX al XX, la provincia de Córdoba experimentó desigualmente las transformaciones económicas, sociales, políticas y cul-

turales desencadenadas por los procesos de modernización en curso en el país, pues, estas no solo acarrearón crecimiento y beneficios materiales para su población sino importantes desajustes sociales y otras consecuencias gravosas relacionadas con la “cuestión social” (problemas en materia de vivienda y obra pública, acceso a la salud, educación, seguridad y justicia).<sup>1</sup> Algunos de esos problemas fueron inicialmente atendidos por instituciones estatales provinciales y municipales –Moreyra refirió a la emergencia de un “Estado social” en la Córdoba de los años 1900 a 1930–, pero también por organizaciones de la sociedad civil como sociedades de beneficencia y otras expresivas del asociacionismo de las comunidades de inmigrantes, conformando un modelo mixto de protección social donde el papel del Estado era todavía considerado residual o subsidiario.

Las preguntas clave que responde el libro son: ¿Quiénes, por qué y cómo se produjo el proceso de provincialización de la competencia de la salud pública en Córdoba entre los años 1930-1955? Para dar cuenta de ello, el recorrido argumental que desenvuelven sus siete capítulos nos orienta en la compleja trama de políticas, actores e instituciones estatales y de la sociedad civil que protagonizaron ese proceso.

El capítulo uno presenta la situación de la salud en Córdoba a principios del siglo XX, destacándose la importancia de los servicios ofrecidos por los particulares y, en estrecha relación con esto, una provisión regionalmente desigual de los mismos. La capital y el sudeste provincial –estrechamente integrado a la dinámica del modelo agropecuario exportador– tempranamente contaron con servicios de salud en virtud de la activa vida asociativa desplegada por vecinos notables, damas de beneficencia y por las comunidades de inmigrantes. Diferentemente, el noroeste provincial se había integrado como una periferia en el proceso de modernización y, en consecuencia, sus recursos materiales y humanos eran deficientes: los municipios –que debían velar por el acceso a la salud de los “enfermos pobres” y el control de las epidemias– disponían de presupuestos más estrechos dependientes de la recaudación local y/o de los subsidios y subvenciones provinciales; la radicación de los médicos y farmacéuticos se veía condicionada por limitadas oportunidades profesionales y por una menor demanda privada de sus servicios; y la trama de organizaciones de la sociedad civil era relativamente menos densa que en la región sudeste.

Ahora bien, ¿conforme a qué decisiones políticas y con base a qué capacidades y competencias administrativas y profesionales preexistentes se desarrolló la provincialización de la salud? En 1881, en Córdoba se había creado el Consejo Provincial de Higiene, que debía controlar el ejercicio de los profesionales y el funcionamiento de

1 Moreyra, 2009.

servicios de salud y propiciar una política defensiva ante las enfermedades epidémicas. Si la misión de este consejo era limitada, pues más aún eran sus recursos materiales y humanos para cumplimentarlas –incluso en las primeras décadas del siglo XX. Esto se explica –nos dice la autora– por la escasa relevancia atribuida por la dirigencia política cordobesa a la provisión de servicios de salud pública. Dicha percepción, a su vez, contrastaba con la creciente demanda social de esos servicios, especialmente en la ciudad capital y en la región sudeste. Recién a partir de la década de 1920 se produjo un cambio de percepción en esa dirigencia que redundó favorablemente –aunque no sin afrontar problemas y conflictos– en el despegue del proceso de provincialización de la salud. Tal es el objeto del capítulo dos.

Las capacidades estatales provinciales en materia de salud se fueron modificando en las décadas de 1930-1950. La centralización administrativa de la salud generó conflictos jurisdiccionales con actores e instituciones estatales que veían recortadas sus autonomías y competencias. El capítulo tres analiza los cambios en la estructura orgánica del Consejo Provincial de Higiene, la creación de nuevas oficinas y ampliación de otras, la dotación con perfiles profesionales, técnicos y administrativos, la composición y el destino de sus recursos presupuestarios. Pero incluso en esta etapa de jerarquización, el consejo era una agencia de pequeñas dimensiones, baja complejidad administrativa y con un alto nivel técnico. En 1947, el consejo pasó a denominarse Dirección Provincial de Salud Pública. El cambio no fue sólo nominal. La dirección provincial –en tiempos de gobiernos peronistas a nivel nacional y en Córdoba– acrecentó sus competencias con funciones de superintendencia de servicios públicos y privados, especialmente de los municipales. En 1950 se creó el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, alcanzando mayor autonomía política, presupuestaria y en el manejo de su personal en el cual, además de médicos, auxiliares técnicos y administrativos, incrementó su presencia el personal de enfermería. Poco después, en 1952, una reforma del ministerio introdujo una distinción orgánica entre medicina asistencial, sanitaria y social, que aparejó una compleja reorganización técnico-profesional y administrativa en direcciones, departamentos, secciones e inspecciones especializadas. Este nuevo estatus del organismo expresaba, asimismo, la consolidación del consenso alcanzado en la dirigencia política y en los cuadros burocráticos y profesionales cordobeses acerca del rol primordial que cabía al estado provincial en la prestación de los servicios de salud.

Que los políticos cordobeses advirtieran la importancia de ese rol independientemente de los cambios en los elencos políticos gubernamentales –demócratas, radicales y peronistas–, no implica que el proceso sucediera al margen de conflictos, entre otros, aquellos asociados con las específicas concepciones y prácticas sociales sustentadas, por un lado, por los políticos y, por el otro, por los profesionales de la salud que inte-

graban la burocracia estatal. Ortiz Bergia también constató que los funcionarios que dirigieron el área de salud provincial durante las gestiones demócratas y radicales tenían una reconocida trayectoria en el ejercicio de la medicina y en la docencia universitaria, ascendente en la corporación médica y –en el caso de los radicales– gozaban de una sólida confianza partidaria. En cuanto a las gestiones peronistas, la elección recayó en personas vinculadas con la elite partidaria, pero que no se destacaban por las cualidades de sus perfiles y trayectorias profesionales, ni un capital político, académico o más ampliamente social propio.

Los políticos cordobeses también comenzaron a otorgar importancia a la prestación provincial de servicios de salud como consecuencia de las demandas sociales de más y mejores servicios. Para la autora, la ampliación de la ciudadanía desde 1912 con la sanción e implementación de la Ley Sáenz Peña, tornó esas demandas –al igual que las educativas, de seguridad, obras públicas y otras– en asuntos que debían ser sopesados en la competencia política, en la acumulación de apoyos electorales y en la articulación de redes de relaciones políticas clientelares desplegadas en la provincia. Estas últimas no solo comprendían a quienes potencialmente demandaban esos servicios, sino a quienes los ofrecían como los profesionales y trabajadores de la salud. De esto se ocupa el capítulo cuatro.

¿Qué saberes médicos e instituciones sanitarias estuvieron comprometidos en el proceso de provincialización de la salud? El capítulo cinco identifica saberes relacionados con dos esferas de producción y circulación de conocimientos y prácticas médicas. Por un lado, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, asociaciones médicas –como el Círculo de Médicos y el Colegio de Médicos– hospitales y dispensarios distribuidos en el territorio provincial; por otro lado, agencias estatales nacionales –como el Departamento Nacional de Higiene, Secretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de la Nación– y organismos internacionales con los que los funcionarios de salud de la provincia mantenían interlocución y/o de cuyas actividades participaban. El reconocimiento de esas dos esferas diferenciadas coexiste con otra evidencia importante: la inscripción profesional múltiple o multiposicionada de los médicos cordobeses, pues podían combinar simultáneamente inserción en los estados provincial y municipal, universidades, asociaciones corporativas y/o comisiones nacionales abocadas a temas sanitarios específicos.

Decíamos anteriormente que el proceso de provincialización de la salud avanzó sobre las prestaciones ofertadas desde décadas atrás por los municipios y las asociaciones de beneficencia y de comunidades inmigrantes. El capítulo seis demuestra que la provincialización se produjo no solo por la voluntad política de la dirigencia partidaria cordobesa y por la decisión de los profesionales médicos que propiciaron y dispusie-

ron de los saberes y prácticas expertas y las capacidades institucionales para sustanciarla. También incidió en ello el incremento de las demandas de servicios sanitarios en la sociedad y el aumento de la complejidad y de los costos materiales necesarios para garantizarlos, los cuales no podían ser debidamente asegurados por los municipios o aquellas asociaciones civiles. Ortiz Bergia precisa además que, desde la década de 1930, la dirigencia política y los médicos criticaban públicamente las prestaciones de las sociedades de beneficencia. Hacia fines de la década de 1940, el estado provincial –gestionado por el peronismo– suspendió las subvenciones a estas últimas y también avanzó en la provincialización de los servicios de salud municipales en el marco de un proceso más amplio de restricción de las autonomías de estas jurisdicciones.

El capítulo siete, finalmente, analiza las políticas y el sistema de salud atendiendo a las relaciones entre los Estados nacional y provincial entre 1930-1955. La comprensión de esta cuestión es inescindible del régimen constitucional federal de la Argentina, de las políticas nacionales tendientes a centralizar –con particular énfasis en las gestiones peronistas– la normativa destinada a racionalizar y modernizar la prestación sanitaria en el país y, al mismo tiempo, descentralizar su administración y financiamiento en las provincias. Esta última política nacional, en definitiva, acabó siendo solidaria con el proceso de provincialización de la salud.

Como advierte Ortiz Bergia, el estudio de la provincialización de la salud en Córdoba entre 1930-1955 y, más ampliamente, de las políticas estatales intervencionistas en ese período, en términos sustantivos no es uno que necesariamente provea una interpretación generalizable a otras realidades subnacionales argentinas. Sin embargo, la lectura, análisis y el diálogo con el contenido, el enfoque y su propuesta metodológica, nos habilita a formular renovadas preguntas, hipótesis, objetivos e identificar nuevas fuentes documentales o bien interpelar aquellas tradicionalmente trabajadas desde otras perspectivas y en interlocución con otras investigaciones. Pienso también que estos son buenos motivos para considerar *La salud como problema provincial...* no solo como una contribución fundamental para la historiografía de la salud y la enfermedad sino para los estudios sociales del Estado; o, en otros términos, este libro nos permite constatar una vez más cuán estrecha y prolífica viene siendo desde hace al menos dos décadas la relación de mutuo aprendizaje entre estos dos campos de estudios en las ciencias sociales de la Argentina.

## Bibliografía

Moreyra, B. (2009). *Cuestión social y políticas sociales en la Argentina. La modernidad periférica. Córdoba, 1900-1930*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes Editorial.