

Interferencias políticas e interinstitucionales en el proyecto de centralización de la administración sanitaria nacional (1943-1945)

Carolina Biernat

Anuario del Instituto de Historia Argentina, n° 15, 2015. ISSN 2314-257X

<http://www.anuarioiha.fahce.unlp.edu.ar/>

ARTÍCULOS/ARTICLES

Interferencias políticas e interinstitucionales en el proyecto de centralización de la administración sanitaria nacional (1943-1945)

Carolina Biernat

Universidad Nacional de Quilmes – CONICET

cbiernat@yahoo.com

Argentina

Cita sugerida: Biernat, C. (2015). Interferencias políticas e interinstitucionales en el proyecto de centralización de la administración sanitaria nacional (1943-1945). *Anuario del Instituto de Historia Argentina*, (15). Recuperado a partir de: <http://www.anuarioiha.fahce.unlp.edu.ar/article/view/IHAn15a11>

Resumen

El objetivo de este trabajo es profundizar en las razones de los cambios que se operan en la estructura administrativa sanitaria nacional entre 1943 y 1945. La creación de la Dirección Nacional de Salud y Acción Social en 1943 responde a una larga demanda de círculos académicos y técnicos de centralización administrativa en la cartera sanitaria nacional en detrimento de las atribuciones de los niveles provinciales y municipales de gobierno y de las asociaciones civiles, y también responde a un reclamo más nuevo, madurado en la década de 1930, de unificación de las funciones sanitarias y asistenciales. La corta duración del proyecto (menos de un año) expone consideraciones por afuera de la lógica administrativa. Analizamos aquellas que se vinculan con la complicada relación de la repartición nacional con los gobiernos provinciales y las organizaciones de beneficencia, con la injerencia del gremialismo médico en el delineamiento de las políticas sanitarias y con el ascendiente de Juan Domingo Perón desde la Secretaría de Trabajo y Previsión en la monopolización de la asistencia social como capital político.

Palabras clave: Centralización administrativa; Interferencias; Resistencias.

Political interferences and interagency to the centralization project of the national health administration (1943-1945)

Abstract

The aim of this work is to analyze deeper the reasons of the changes in the the administrative national health structure between 1943 and 1945. While the creation of the National Health and Social Action in 1943 responds to a long demand of academic circles, the administrative centralization and the unification of health and welfare functions (less than a year) expose considerations far from the administrative logic. This paper analyze the consideration that connect the complex relation between the national repatition with the provincial goverments and the charities organizations. Also we considered the injerence of the medical union in the definition of the heath politics and the Juan Domingo Peron's ascendancy from the Work and Social Welfare Secretary in the way of monopoly of social assitance as a political capital.

Key words: Administrative centralization; Interferences; Resisters.

Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

Centro de Historia Argentina y Americana

Esta obra está bajo licencia [Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)



Recibido: 16 de diciembre de 2014; aceptado: 7 de julio de 2015; publicado: 1 de diciembre de 2015

Introducción

En el marco de las transformaciones políticas y administrativas impuestas por el gobierno militar, surgido del golpe del 4 de junio de 1943, el Departamento Nacional de Higiene, a cargo del exdirector general de Sanidad Militar Eugenio Galli, atravesó un conjunto de transformaciones. El 21 de octubre de 1943 fue convertido en Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social bajo la tutela del Ministerio del Interior. El Decreto 12.311, que le otorgó marco normativo al cambio operado dentro de la repartición, satisfizo una larga demanda proveniente de los círculos médicos vinculados al diseño y a la puesta en práctica de políticas de higiene, que había sido enunciada en innumerables congresos nacionales e internacionales. El decreto apuntaba a la coordinación entre los servicios sanitarios y los asistenciales, a la supresión del subsidio estatal a las instituciones particulares y a la combinación eficiente de los recursos y de las acciones de las reparticiones provinciales y nacionales. Para cumplir con estos propósitos, se dotó al poder central de ciertos arreglos institucionales para intervenir en todo el territorio. No obstante, esta ambición centralizadora duró tan sólo diez meses. En efecto, el 16 de agosto de 1944, por Decreto 21.901, se produjo una nueva división, según la cual la Dirección Nacional de Salud Pública entendió en lo sucesivo sólo en lo relativo a la asistencia hospitalaria, la sanidad y la higiene, y dejó a un lado sus funciones de asistencia social.

El objetivo de este trabajo es profundizar en las razones de estos cambios en la estructura administrativa sanitaria. Si bien es cierto, como se ha sostenido, que a pesar de que estas reorganizaciones fueron presentadas como parte de un plan racional poseían un componente importante de improvisación (Campione, 2003), a nuestro juicio existen otras causas de peso. En el largo plazo, la rivalidad interinstitucional entre las distintas reparticiones dependientes del Ministerio del Interior, sumada a los intereses de los gobiernos provinciales y las asociaciones benéficas de asistencia sanitaria, que no querían ver recortada su autonomía por los intentos de “expropiación” del Estado nacional de sus atribuciones de asistencia sanitaria y social (Oszlak, 2012). En el plano coyuntural, los acuerdos con el gremialismo médico y el ascendiente que en la política de bienestar social comenzó a tener Juan Domingo Perón.

Para analizar estas tensiones, se presentan, en el primer apartado, las trabas al proceso de centralización administrativa sanitaria que se remontan a las últimas décadas del siglo XIX y que actúan como un componente estructural de la organización de la repartición estatal nacional abocada a diseñar y poner en práctica las políticas de salud pública. Si bien entendemos por *centralización administrativa* el gerenciamiento monopólico, por parte del máximo órgano de poder público, de la decisión, de las funciones, de la coacción, de los recursos y de la designación de agentes (que conduce a la unidad en la ejecución de las leyes y en la gestión de los servicios), consideramos que no se trata de un sistema modélico y rígido, que plasma automáticamente la Carta Magna de un país, ni invariable en el tiempo. Antes bien, como señalan Oszlak y Serafinoff (2011), remite a una forma de dominación social que se establece en un lugar y un tiempo determinados a través de tres pactos sustanciales: el de gobernabilidad, que resulta en el monopolio del poder político por parte del Estado; el funcional, que refiere a los acuerdos acerca de las obligaciones que atañen al Estado, al mercado o a las organizaciones civiles; y el distributivo, que condensa la decisión acerca de la distribución de los ingresos y de las riquezas. De allí la necesidad de recuperar el dinamismo del proceso de centralización administrativa que se va reconfigurando en el tiempo en la medida que los distintos actores sociales logran arreglos relativamente eficaces en la distribución de autoridad, de competencias y de recursos, en función de criterios y de consideraciones que no son universales y que responden a especificidades contextuales e históricas. En ese sentido, resulta central, a lo largo del trabajo, el análisis del uso que los distintos actores hacen del concepto.

En el segundo apartado, se indaga acerca de la frustrada intervención parlamentaria para que uno de los proyectos de centralización administrativa de la cartera de salud pública, que incluía la unificación de las competencias asistenciales y sanitarias y la nacionalización de los servicios administrados por las provincias y las asociaciones civiles, se plasme en una ley. En ese sentido, se pone especial atención en un proyecto presentado en la Cámara de Senadores en el año 1942 por el presidente del Departamento Nacional de Higiene con el apoyo de las bancadas socialista y radical que, a pesar de no conseguir sanción legislativa, fue modelo de inspiración para el decreto que, en el año 1943, creó la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, que es objeto de análisis en el tercer apartado. Por último, se hace foco en la coyuntura del año 1944, en la que los intentos de unificación de las atribuciones de asistencia social y sanitaria sufren un retroceso, pero las facultades de control de la cartera sanitaria nacional sobre los organismos con funciones análogas en las provincias se incrementan.

Continuidades seculares

Las trabas al proceso de centralización administrativa del Departamento Nacional de Higiene argentino, institución de carácter federal responsable de la política sanitaria, se remontan al momento mismo de su creación en el año 1880. Uno de los desafíos más grandes del Estado nacional fue crear, a partir de la segunda mitad del siglo XIX, un conjunto de instituciones públicas, relativamente autónomas de la sociedad civil, con cierto grado de profesionalización de sus funcionarios y de control centralizado de sus actividades. La resistencia a esta avanzada del Estado nacional se mostró de innumerables formas, que fueron desde la oposición de los representantes de las provincias en el Congreso Nacional hasta el quite de colaboración por parte de las asociaciones de carácter privado a la intervención social. Lo que nos interesa destacar aquí es que, a pesar de las intenciones oficiales de centralizar la administración sanitaria, este proceso demandó cerca de un siglo y comenzó a ver sus primeros resultados a fines de la década de 1940. En la historia de esta transformación resultan relevantes la profesionalización y la legitimación de los saberes médicos, la incorporación de distintos grupos de galenos –asociados directamente al poder político o identificados entre sí por su filiación a determinadas asociaciones o cohortes universitarias– a la burocracia estatal, los cambios producidos en torno a la medicina y a la salud pública, el avance de la “cuestión social” como motor para la intervención social del Estado, la influencia de los ejemplos de políticas y organización administrativa de otros países y las prescripciones de los organismos internacionales o de los acuerdos llevados a cabo en congresos académicos.

Entre los límites que debió afrontar el Departamento Nacional de Higiene desde el momento de su creación para avanzar en sus intenciones centralizadoras, sobre los que ya hemos dado cuenta en otros trabajos (Biernat 2015a y 2015b), se encuentra, en primer lugar, su escasa autonomía administrativa en la medida que dependía de los Ministerios de Guerra y Marina (hasta 1891) o del Interior, según si los asuntos de su competencia se refirieran a la higiene sanitaria del puerto, de la armada, del ejército, de la Capital Federal o de los territorios nacionales. Sus funciones, aunque se hayan ido ampliando a lo largo de los años, lo reducían a un órgano de control de diversos aspectos sanitarios (estado de salud de los que ingresaban al país y de los funcionarios del ejército, de la armada y de la administración pública, ejercicio legal de la medicina y la farmacia o higiene pública) y de programación de políticas de salubridad.

En segundo lugar, el régimen federal, establecido por la Constitución Nacional, les otorgaba a las provincias total autonomía respecto de sus intervenciones sanitarias y dejaba con un margen de discusión muy alto por parte de estas la acción de regulación y coordinación de un organismo central. Esta situación se trasladaba, además, a los municipios, fundamentalmente a aquellos con muchos recursos o que competían jurisdiccionalmente con el Departamento Nacional de Higiene como, por ejemplo, la ciudad de Buenos Aires con su Dirección de la Asistencia Pública, unida de funciones sanitarias. Esta situación daba como resultado la constante superposición de atribuciones y una indefinición de jerarquías de las distintas reparticiones sanitarias de carácter nacional y local. Además, los contextos de brotes epidémicos ponían aún más en evidencia la imposibilidad de llevar a cabo un plan mancomunado de las distintas jurisdicciones para resolver urgentes problemas sanitarios sin mediar el conflicto.

En tercer lugar, un sinnúmero de instituciones benéficas ocupaban un lugar relevante en el terreno sanitario nacional y eran consideradas un escollo a los proyectos de centralización. Entre ellas, se encontraban la Sociedad de Beneficencia y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales. Mientras que la primera se concentraba en crear instituciones benéficas para la asistencia social y sanitaria de los sectores más desvalidos de la sociedad, la segunda se proponía crear establecimientos sanitarios para tratar enfermedades mentales e infectocontagiosas. Ambas dependían, desde 1908, del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, lo que le traía al Ministerio del Interior, que tutelaba al Departamento Nacional de Higiene, serios conflictos interjurisdiccionales. En los dos casos se trataba de instituciones con autonomía administrativa pero cuya mayor fuente de financiamiento provenía de las arcas públicas. El prestigio y la trayectoria de sus directivos hacían muy difícil todo cuestionamiento a su obra y los intentos de subordinarlos a las orientaciones de una repartición estatal (Ramacciotti, 2009: 25). Por otro lado, a pesar de que el Estado interpretaba como una invasión a su jurisdicción el accionar de organismos de la esfera privada en la provisión de servicios de salud, su falta de recursos materiales y técnicos para hacerles frente lo obligaba a aceptar las prestaciones de estas instituciones.

Por último, otro problema que debió afrontar el Departamento Nacional de Higiene fue la sustracción de atribuciones a favor de nuevas dependencias administrativas que no se encontraban bajo su tutela. Tal es el caso del control de enfermedades del ganado, adjudicado a la Policía Sanitaria Animal, el control bromatológico, a cargo de la Dirección de Ganadería y la Oficina Química Nacional, el control del agua, que pasó a la Dirección de Obras de Salubridad, o la higiene industrial, a cargo del Departamento Nacional de Trabajo. Si en estos casos

la dependencia sanitaria nacional terminó aceptando el recorte de atribuciones, en otros, como en el control de la higiene de los ferrocarriles, le provocó serios conflictos con las compañías administradoras de estos servicios y con la Dirección de Ferrocarriles, que se opusieron a que los inspectores sanitarios ingresaran a las formaciones. Más aún, en un contexto de expansión de las esferas de intervención del Estado, como fueron las primeras décadas del siglo XX, la constante creación de reparticiones o la reformulación de las ya existentes provocaron superposiciones jurisdiccionales que llevaban a conflictos cuya resolución no era fácil de resolver.

Sin embargo, estas limitaciones de las capacidades administrativas no fueron privativas de la cartera sanitaria. Otras reparticiones, creadas en la primera década del siglo XX y dependientes del Ministerio del Interior, atravesaron problemas muy similares. Tal es el caso, como lo han demostrado Germán Soprano (1998) y Mirta Lobato y Juan Suriano (2014), del Departamento Nacional de Trabajo, creado en 1907 para dar respuesta a la “cuestión obrera”.

Los presidentes del Departamento Nacional de Higiene, hasta la década de 1940, asumieron estos límites para su gestión y apostaron a la organización interna de la repartición antes que al desafío de la centralización administrativa. Para llevar a cabo este objetivo, se basaron en dos estrategias: la delimitación de las funciones del Departamento a la administración sanitaria –que implicaba la prevención de enfermedades, el control del medio ambiente y la lucha contra las epidemias–, dejando así a un lado la asistencia pública o asistencia social (fuente principal de conflictos con la repartición sanitaria de la ciudad de Buenos Aires y con la Sociedad de Beneficencia) (Belmartino, 2005: 53), y la creación de nuevas áreas de intervención. En este último aspecto, el año 1936 fue clave porque se logró consenso parlamentario para tres leyes decisivas: la de Maternidad e Infancia, destinada a la protección sanitaria y social de la madre y el niño desde el diseño de instituciones de tutela nacionales, con el fin de combatir los altos índices de mortalidad infantil en las regiones rurales y la baja fecundidad de las poblaciones urbanas; la de Profilaxis de las enfermedades venéreas, cuyo objetivo era evitar, a través del control de la prostitución y de la exigencia de un certificado médico prenupcial, la reproducción de elementos padecían enfermedades que hicieran peligrar la salud y la fortaleza de la población, presente y futura; y la de denuncia obligatoria de enfermedades infecciosas y transmisibles. Tres áreas nodales de la política sanitaria pasaron a la tutela de la repartición nacional (Biernat, 2007; Biernat y Ramacciotti, 2008).

En suma, la ampliación de atribuciones del Departamento Nacional de Higiene en aspectos novedosos de la política sanitaria fue generando una suerte de legitimidad científica y administrativa de la repartición que serán indispensables, una década más tarde, para centralizar su acción por sobre la de las provincias y la de las organizaciones benéficas de asistencia. Por su parte, la acción de un conjunto de organismos internacionales, como la Oficina Sanitaria Panamericana, y los consensos alcanzados en las conferencias sanitarias nacionales sirvieron para legitimar y dotar de mayor impulso las demandas locales de centralización sanitaria.

Frustrada intervención del Parlamento

El objetivo de centralización administrativa del Departamento Nacional de Higiene requería, necesariamente, del apoyo parlamentario. En efecto, en el marco de gobiernos democráticos, precisaba de una ley que estableciera la supremacía jurisdiccional de la repartición nacional por sobre las administraciones provinciales, municipales y de organismos de beneficencia. Si bien iniciativas de ambas cámaras acompañaron con proyectos legislativos esta intención, ninguno de ellos llegó a plasmarse en una normativa.

En este sentido, una coyuntura interesante para analizar es la del proyecto de ley sobre la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social que envió Juan Jacobo Spangenberg, médico clínico de los hospitales Británico, Ramos Mejía, Alvear y Durand, profesor de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires y director del Departamento Nacional de Higiene entre 1938 y 1943, al Ministro del Interior en septiembre de 1940.

Entre los fundamentos del proyecto, Spangenberg apuntó a las fallas de profilaxis y al tratamiento de las enfermedades hereditarias, a la carencia de alimentos y a las malas condiciones de vida higiénica, como “causas de la morbilidad infantil y el aumento del número de jóvenes inaptos para cumplir con sus deberes militares”. De allí que subrayó la necesidad de contar con un Ministerio de Salud Pública que concertara con las autoridades sanitarias de los demás países, la uniformidad de procedimientos y el acuerdo de convenios higiénico sanitarios que aseguren la lucha contra las enfermedades y la protección de sus habitantes (Spangenberg 1940: 52).

En este punto sacó a relucir su participación, como representante del Estado argentino, en la II Conferencia Panamericana de Directores de Sanidad (1940) y legitimó la organización de estos encuentros como un vehículo para concertar pautas de organización sanitaria.

En segundo término, señaló la urgencia de que su proyecto se convirtiera en ley dada la imposibilidad, por respeto a la Constitución Nacional, de crear una entidad autónoma y central, con asiento en la Capital Federal “que constituya la suprema y única autoridad sanitaria de la Nación”. Según su diagnóstico, la atención de la salud pública y de la asistencia social correspondía en forma “aislada y desarmónica” a los gobiernos nacional, provincial o municipal y en igual sentido se esforzaban las iniciativas privadas y trabajaban las sociedades de beneficencia. Por otra parte, todos los años, el Congreso Nacional llegaba a un acuerdo al considerar los presupuestos de gastos, como respuesta a innumerables pedidos, subsidios especiales que permitieran contribuir, desarrollar, o mantener servicios sanitarios o de asistencia social] Pero, para el presidente del Departamento Nacional de Higiene, dado el monto total de esas subvenciones, convendría que esos fondos los recibiera globalmente una entidad central, como la que se proyectaba crear, que los distribuyera ordenada y equitativamente en forma de “ayuda federal”(provincias y municipios) a quienes correspondiera y que vigilara atentamente su aplicación (Spangenberg, 1940: 51-53).

En suma, se trataba de dos argumentos en pos de la centralización administrativa sanitaria, la coordinación de acciones de profilaxis sanitaria y asistencia social y la optimización de recursos, que de otra manera se encontrarían administrados por el Congreso Nacional bajo la figura de subsidios puntuales o serían objeto de erogaciones superpuestas de los niveles nacional y provinciales de gobierno. El concepto que subyacía en su propuesta era el de eficiencia y se refería a la administración “racional” tanto de atribuciones como de recursos materiales.

A pesar de que la discusión del proyecto en el Senado debió esperar hasta el año 1942, su texto circuló en la mayor parte de las revistas médicas –algunas, como *Actualidades Médicas*, *Publicaciones Médicas*, *Prensa Médica Argentina* o *Medicina Argentina*, habían tenido a Spangenberg como fundador, director o redactor–, lo que da cuenta de lo instalado que se encontraba el tema en la agenda de discusiones. Pero estos debates no se circunscribían solo a los círculos de profesionales sino que se desarrollaron, también, en la opinión pública más general. Ejemplo de ello es el artículo aparecido en la revista de divulgación médica del laboratorio Roche, *Viva Cien Años*, en el que, con una presentación ágil que contenía una diagramación con subtítulos, recuadros e ilustraciones, se presentaron una síntesis del proyecto y los artículos más sobresalientes vinculados con las competencias de la futura repartición (Spangenberg, 1941).

En 1942, la Comisión de Higiene y Asistencia Social del Senado de la Nación, constituida por el socialista Alfredo Palacios, representante de la Capital Federal, y los radicales Gabriel Oddone, representante de Córdoba, y Rufino Cossio, de Tucumán, elaboró un proyecto que retomaba, principalmente, el de Spangenberg. Fueron invitados a discutir el proyecto en el recinto de la Cámara Alta el presidente del Departamento Nacional de Higiene, Alberto Zwanck, titular de la cátedra de Higiene de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires; Gregorio Aráoz Alfaro, sanitarista, presidente del Departamento entre 1923 y 1928, y Victorio Monteverde, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Plata y presidente de la Federación Médica de la República Argentina. En el debate, Spangenberg insistió en que la unificación de los servicios sociales y la asistencia social eran una necesidad imperiosa con amplio consenso en las esferas oficiales, universitarias y profesionales médicas, que se trataba de una decisión dirigida a resolver un problema social de gran importancia, que colocando los mismos bajo una sola entidad directiva se obtendrían resultados muy superiores con un gasto mucho menor y que el funcionamiento “desarmónico” de los servicios traía aparejado no sólo la superposición de los servicios técnicos sino que ocasionaba gastos administrativos que no se justificaban (s/a, 1942).

En ese sentido, el acuerdo con respecto a la “unidad de comando” fue unánime entre los sanitaristas invitados por la Comisión de Higiene y Asistencia Social y por los senadores que presentaron el proyecto. Dicha fórmula remitía tanto a la distribución espacial de los servicios y su organización funcional como a la vinculación entre atención médica y asistencia social, y cobraba completo sentido cuando se recuperaba la asimilación generalizada del vocabulario militar en la lucha contra la epidemia, contextos en los que se flexibilizaba la división de jurisdicciones, se arbitraban acuerdos y se centralizaban normas y tomas de decisiones. Durante los años ‘30, reuniones científicas, nacionales e internacionales, y proyectos administrativos y legislativos proponían la coordinación de la acción sanitaria entre autoridades nacionales y locales y organismos de beneficencia, sin perjuicio de mantener las autonomías debidamente justificadas. Por otro lado, el concepto de *asistencia social* se fue desvinculando de su asociación con la idea de caridad y de alivio de situaciones de carencia ya producidas, y

comenzó a pensarse en relación con los aspectos preventivos, con la profilaxis de la enfermedad y con la mejora de las condiciones de vida. En virtud de ello, higiene y asistencia social se descubrieron como dos facetas complementarias y se instó a la unificación de su administración dentro del Estado bajo la órbita de la Dirección de Higiene y Asistencia Social, dependiente de un solo ministerio: el de Interior (Belmartino *et al.*, 1991: 35). De este modo, se reconfiguraba el concepto de centralización administrativa acuñado en las últimas décadas del siglo XIX y se le añadía la premisa de “unidad de comando” sin desterrar la demanda de nacionalización en el Departamento Nacional de Higiene de los servicios administrados por las provincias, las asociaciones civiles y otras reparticiones del Estado central.

Dos semanas más tarde, cuando el proyecto se sometió a discusión en la Cámara Alta, surgieron voces disonantes sobre este consenso. El senador de la Unión Cívica Radical Bloquista de San Juan, Carlos Porto, sostuvo que el proyecto desorganizaba el régimen ya existente y sembraba el desconcierto en los integrantes de los organismos existentes hasta el momento, que verían toda su experiencia y su iniciativa anuladas por un ente nuevo, “carente de una solidez orgánica que haga factible la consecución de los propósitos perseguidos” (DSCNS, 23-11-1942: 384).

Palacios defendió el proyecto argumentando que se apoyaba en el asesoramiento técnico que habían tenido los legisladores y en los antecedentes de congresos y conferencias médicas, y que las instituciones autárquicas con servicios de higiene o asistencia social no pasarían directamente a la nueva Dirección sino que mediarían convenios respetuosos con las autoridades provinciales y de beneficencia. Por su parte, Oddone aseguró que la centralización iba a servir para poner orden en el Parlamento en la medida en que cada legislador, como representante de su provincia, solía buscar que se ejecutara una obra que en el futuro lo redituara con el voto popular. En consecuencia, muchas veces se proyectaban obras hospitalarias con “un concepto anticientífico, y lo que es peor, desproporcionado con la realidad de lo que se necesita”. Por ello, consideraba que “los legisladores debemos tener el organismo que asesore, que distribuya equitativamente los dineros del Estado cuando éstos deben ir a la asistencia social” (DSCNS, 23-11-1942: 386-387).

Por otro lado, el senador Porto no estaba de acuerdo con desplazar de los asuntos de asistencia social al Ministerio de Relaciones Exteriores. Según su opinión, no existía en ningún otro ministerio una secretaría especializada para atender los servicios de asistencia social, como lo era la de Culto y Beneficencia dependiente de la Cancillería, que además concentrara la casi totalidad de la asistencia social (Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, Instituto Nacional de Nutrición y Registro Nacional de Asistencia Social), que garantizara que la asistencia social se encontrara al margen de un departamento de Estado de finalidades políticas como las del Ministerio del Interior y que tuviera el mayor volumen presupuestario referente a asistencia social. Palacios minimizó la argumentación de Porto subrayando que no se trataba de asuntos importantes puesto que la Dirección iba a ser un organismo autárquico que no iba a tener como intermediario a ningún ministerio frente al ejecutivo. Por su parte, para el senador Cossio, los médicos no podían estar controlados por un organismo no técnico como era la Subsecretaría de Culto (DSCNS, 23-11-1942: 384-388).

En esta discusión, volvía a surgir el enfrentamiento entre el Ministerio de Relaciones Exteriores y el del Interior en virtud de la superposición de funciones y la administración de presupuesto vinculado a la asistencia social que, hasta el momento, se encontraba tutelada por la Cancillería. Así y todo, el conflicto entre estos dos ministerios puede leerse, también, en un contexto más general que ganó evidencia a partir de la década de 1930, de una fuerte y generalizada expansión de la estructura de un Estado que fue asumiendo nuevas funciones específicas incluidas en la agenda de “asuntos internos”, conforme iba ampliando su capacidad de intervención en la sociedad. Preocupaciones como la defensa, la inmigración, las epidemias o la caridad, tradicionalmente de incumbencia del Ministerio de Relaciones Exteriores, comenzaron a convivir con otras como la seguridad, la asimilación del extranjero, la garantía de la reproducción de una población sana y fuerte o la asistencia social, tuteladas por el Ministerio del Interior. En consecuencia, se exacerbaban los conflictos por la superposición de atribuciones de estas dos reparticiones y de los organismos que de ellas dependían.

Más allá de la disonancia con respecto a la centralización administrativa, entendida en un sentido espacio-jurisdiccional y en la asociación entre higiene y asistencia social, entre los temas más debatidos en el seno de la Cámara Alta se encontró, en primer lugar, la prerrogativa de la nueva Dirección de coordinar la acción sanitaria con las provincias, las municipalidades y los establecimientos privados. Así, por ejemplo, Monteverde criticó que el uso del verbo *convenir* hacía que la ley no estableciera de forma imperativa esta función, lo que dejaba a la Sociedad de Beneficencia el lugar para negociar la supervisión de sus acciones. Por otro lado, recordó irónicamente que, en la sanción de la ley de Maternidad e Infancia en el año 1936, Palacios había sido obligado a excluir a la Sociedad de Beneficencia de la tutela del Departamento Nacional de Higiene. Ante tamaña

provocación, el legislador respondió, haciendo alarde de su capacidad de negociación: “Gobernar es transigir. Hay que mantener el equilibrio de todas las fuerzas”. Sin embargo, Monteverde profundizó su posición denunciando que “son los intereses creados los que están obstaculizando la ley” (DSCNS, 23-11-1942: 384-388).

Por su parte, Zwanck defendió el proyecto en la medida en que aseguraba la autonomía de la futura Dirección y preveía una organización sanitaria central que no sólo tendría funciones de asesora sino que también podría actuar en forma ejecutiva y directa. Según su opinión, se trataba del único sistema factible dentro de la organización política vigente y el único que, respetando las autonomías provinciales y comunales, podría llevar la ayuda del poder federal a todas partes del territorio de la Nación (DSCNS, 23-11-1942: 384-388).

Interesante fue la postura de la Federación Médica de la República Argentina y de la Federación Médica Gremial de la Capital Federal, que en la opinión que envió por escrito no estuvo de acuerdo con dejar afuera a la Sociedad de Beneficencia, probablemente porque muchos de sus socios se desempeñaban como médicos en la tradicional institución y veían amenazada su continuidad laboral (DSCNS, 22-11-1942: 354-391).

El segundo punto debatido se centró en la facultad de intervención en las provincias por parte de la Dirección en caso de que la salud de la población se viera amenazada. Para Aráoz Alfaro, en caso de una epidemia le correspondería a la Dirección intervenir directamente y no debía ser materia de un convenio sino facultad directa. Para el expresidente del Departamento Nacional de Higiene, quien había renunciado a su cargo en el año 1928 (por su abierto antiyrigoyenismo y por el recorte presupuestario al que fue sometida la repartición sanitaria), “el medio de pasar por encima de los escrúpulos de las provincias es el medio financiero”. Según su diagnóstico, todas las instituciones de las provincias debían sostenerse con un subsidio de gobierno y esta disposición podría asegurar la cooperación de las reparticiones provinciales a la Dirección de Sanidad (DSCNS, 10-11-1942: 203).

Frente a esta declaración, el senador Oddone arguyó que eso no era un medio conveniente porque sería extorsión; a lo que Aráoz Alfaro respondió, haciendo alarde de su pretendida capacidad de negociación, que en sus años de gestión había intervenido en varias provincias sin problema alguno y que “todo es cuestión de tacto” (DSCNS, 10-11-1942: 204).

El tercer punto discutido se vinculó con la composición del directorio. Para los legisladores, debía integrarse por un presidente y seis directores vocales, cinco de los cuales debían tener reconocida competencia en cuestiones de higiene y asistencia social, salvo el sexto, que como asesor letrado debía ser abogado. En relación con ello, Spangenberg había sugerido que este último no formara parte del directorio sino de una asesoría letrada; además, sostenía que, si se incorporaba un abogado, también debería haber un farmacéutico, un bioquímico y un odontólogo (DSCNS, 10-11-42: 203-215). En este sentido, conviene recordar que el fortalecimiento del gremialismo médico en las primeras décadas del siglo XX se vinculó con una lectura acerca del deterioro de la excelencia profesional y del prestigio social del conjunto diplomado en el contexto de democratización del ingreso a los estudios universitarios y que, en ningún caso, la intensa actividad organizativa construyó lazos de solidaridad gremial con otros sectores profesionales (Belmartino *et al.*, 1991, 20; Adamovsky, 2011).

Por otro lado, el proyecto de ley sugería que los miembros del directorio no podían ejercer ninguna otra actividad ligada a su profesión, salvo la docente en materias afines a la higiene y la asistencia social. Spangenberg y Zwanck consideraron un grave error obligar a los directores a alejarse de las actividades hospitalarias y del ejercicio de la profesión, “por tratarse de médicos que tienen la obligación de estar al día con sus conocimientos técnicos y permanecer en íntimo contacto con los enfermos”. Además, al terminar sus funciones habrían perdido su clientela particular, que constituía para casi todos su medio de vida. Contrariamente, los legisladores propusieron que pidieran licencia en sus funciones en hospitales y consultorios privados mientras durara su gestión (DSCNS, 10-11-42: 206). Mientras el senador Cossio lo justificaba sosteniendo que “ha existido la tendencia de poner al frente de organismos sanitarios o no sanitarios, a una serie de figurones, pero que no tienen tiempo de ocuparse de la dirección que se les encomienda” (DSCNS, 10-11-42: 207), Palacios aducía que “el médico interviene en un proceso que se desarrolla dentro del organismo humano; el sanitarista actúa en procesos que se desenvuelven fuera del organismo”. Además, Cossio defendía la autarquía técnica y administrativa de la dirección, en manos de médicos, para ponerla a salvo de “toda influencia perturbadora” de la política partidaria (DSCNS, 23-11-1942: 206).

En esta discusión entre sanitaristas y senadores se puede ver la confrontación de dos posiciones. Por un lado, la defensa de la profesión liberal, paradójicamente sostenida por aquellos que cumplen o han cumplido tareas en la burocracia estatal. Por otro, el de la exclusividad de la función pública. Cabe recordar que, conforme fue

incrementando la intervención del Estado en los problemas sociales, la profesión médica se reconoció en condiciones de ejercer un rol director en dicha intervención en la medida en que creía poder aplicar su conocimiento técnico-científico a la solución de la “cuestión social”. En este sentido, la defensa de la instancia técnica de gobierno, destinada a asegurar la eficacia y la eficiencia en la prestación de los servicios (que se veían dificultadas por la intromisión de la política), tuvo un lugar significativo en la prensa diaria, en publicaciones académicas, en las gremiales y en el Parlamento. La exigencia del reconocimiento de la supremacía de los técnicos, en contraposición a la de los administradores (burócratas) y la de los políticos (fines electorales), se orientó en un primer momento a ganar para los médicos el manejo de las instituciones benéficas o la administración (Belmartino *et al.*, 1991, 34: 143).

Por último, se discutieron cuestiones presupuestarias, histórico reclamo de la repartición sanitaria. Mientras el proyecto disponía que los gastos de la nueva repartición devendrían de los créditos que le asignase anualmente el presupuesto general de la Nación, de los recursos (cuenta especial) provenientes de la venta de productos medicinales y de las donaciones y legados, el senador Porto advirtió, sin lograr abrir el debate, que, si se pensaba asignar sólo los recursos que actualmente se destinaban a sanidad y a asistencia social, las ventajas que se consignaban en el proyecto serían nulas e insignificantes y que, si se preveía crear nuevos recursos, era necesario estudiar previamente su incidencia en el presupuesto y la repercusión sobre los contribuyentes.

Finalmente, el proyecto no llegó a convertirse en ley. La suspensión de las actividades parlamentarias producto del golpe militar del 4 de junio de 1943, o probablemente la falta de consenso legislativo, interrumpió la posibilidad de que el proyecto siguiese su curso. No obstante, pueden encontrarse líneas de continuidad en el Decreto 12.311, que estableció la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social bajo la tutela del Ministerio del Interior.

Breve triunfo del proyecto de “unidad de comando”

El 18 de junio de 1943, el gobierno militar nombró como presidente del Departamento Nacional de Higiene al coronel médico retirado Eugenio Galli. Especializado en cirugía, socio de la Asociación de Biotipología y Medicina Social y de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, poseía una amplia trayectoria en la docencia (universidades de La Plata y de Buenos Aires y Sanidad Militar del Ejército), la práctica hospitalaria (hospitales Italiano y Militar Central), la gestión pública (director General de Sanidad del Ejército y de Higiene de la Provincia de Buenos Aires) y el periodismo médico (redactor de la Revista del Centro de Estudiantes de Medicina y de la del Círculo Médico Argentino de Buenos Aires). A su vez, compartía inquietudes de los gremialistas nucleados en la Asociación Médica Platense (Belmartino *et al.*, 1991: 58) y de la Asociación Médica de Bahía Blanca, en cuyo boletín publicó un artículo, en 1942, que realizaba un diagnóstico muy negativo de las instituciones vinculadas a la sanidad.

Para Galli, la atención sanitaria se encontraba dispersa en la medida en que autoridades nacionales, provinciales, comunales, sociedades de beneficencia, mutualistas, deportivas, recreativas, instituciones comerciales, industriales y de profesionales tenían en sus manos el gobierno de la salud pública y el Estado no cubría la atención total de tales necesidades. Además, con la socorrida terminología de mutualidad y beneficencia han germinado y florecido infinidad de asociaciones de toda índoles que morirían al nacer si no contaran para atraer a sus asociados con el señuelo de la asistencia médica (Galli, 1943: 1341).

Según el flamante presidente del Departamento Nacional de Higiene, tal situación no podría eliminarse hasta que se legislara clara y terminantemente que todo lo que competía al ejercicio, uso y usufructo de las profesiones de carácter sanitario estaría a cargo de organizaciones dirigidas por profesionales, pero bajo la superintendencia directa o indirecta del Estado, sea nacional o provincial. En virtud de este panorama, sugería la pronta centralización y coordinación de los servicios de sanidad y de asistencia médico-social, lo que aseguraría una vigilancia de salud pública, la reglamentación del trabajo para toda persona que actuara en actividades sanitarias (horas de labor, jubilaciones, retribución justa, reglamentación personal técnico, ingreso por concurso de aptitudes, escalafón rentado mediante la carrera médico-hospitalaria), la organización de la estadística sanitaria y la divulgación científica, y personal y recursos permanentes capaces de darle autonomía de función, independizándola de los aportes variables de la beneficencia o las donaciones.

Si bien el diagnóstico y la propuesta de solución no eran en absoluto novedosas, lo que cambiaba en la coyuntura de 1943 era la percepción positiva respecto de la capacidad decisoria del Estado nacional, acrecentada por la instalación del gobierno militar. En efecto, a partir del Golpe, el consenso que se venía gestando desde la década del '30, que proponía al Estado como un actor central en la promoción de condiciones estructurales para el

progreso económico, conformó un sustrato favorable para el despliegue de un intenso proceso de construcción estatal, lo que generó nuevas capacidades de elaboración de políticas públicas e intervención social. Este fenómeno fue acompañado por la creciente centralización de las políticas públicas en el Poder Ejecutivo nacional, tanto en detrimento del resto de los poderes nacionales como de las jurisdicciones provinciales y municipales (Berrotarán, 2003; Campione, 2003; Ortiz Bergia, 2012).

El 21 de octubre de 1943, el Decreto 12.311 estableció la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social bajo la tutela del Ministerio del Interior. Entre sus considerandos se subrayaba la necesidad de coordinar los servicios públicos de policía sanitaria, profilaxis preventiva y curativa y asistencia social, para alcanzar la

más alta eficiencia en cuanto a la protección del bienestar físico del individuo, la familia y la colectividad, evitando la dispersión de energías y la superposición de esfuerzos de la misma índole o de análoga finalidad (BORA, 10-11-1943).

Por otro lado, se denunciaba que, a pesar de que esta demanda era aprobada unánimemente por los círculos científicos, legislativos y administrativos y por la opinión pública, no se habían tomado aún medidas prácticas de gobierno, y se aducían como impedimentos el sistema político de organización federal y la legislación administrativa en vigor, que ponían a cargo de distintos departamentos de Estado la tarea de atender la higiene pública y la asistencia social. Por último, se ratificaba que

las exigencias de salud pública del pueblo son la suprema ley y por consiguiente es inadmisibles sostener que nuestro régimen constitucional o legal pueda haber tratado, por razón de límites jurisdiccionales, la eficiencia gubernamental en materia de endemias, epidemias y enfermedades sociales que no reconocen tales límites para su propagación (BORA, 10-11-1943).

Finalmente, el decreto apuntaba a la unificación y a la coordinación entre los servicios sanitarios y los asistenciales e intentaba romper con el subsidio estatal a las instituciones particulares. Así, las propuestas de reforma parecían ganar densidad política, ya que se dotaba al poder central de ciertos arreglos institucionales para intervenir en todo el territorio. La Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social pasaba a controlar todos los hospitales de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, el Instituto Nacional de Nutrición, la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal, el Registro Nacional de Asistencia Social, la Dirección de Subsidios y todos los organismos médicos que dependían de otros ministerios. En función de respetar el régimen de gobierno federal, quedaban fuera de su jurisdicción los organismos bajo la tutela de las provincias y municipios. Sin embargo, en sus considerandos y en su articulado se hacía especial referencia a estas jurisdicciones al señalar que era necesaria la coordinación de los servicios nacionales del país. En apoyo a esta sentencia, se señalaba que por disposiciones de la Corte Suprema las reparticiones nacionales podían actuar sobre plagas de animales y vegetales y, como consecuencia, no podía utilizarse un criterio distinto respecto de la sanidad humana. Se establecía que la comisión encargada de formular un proyecto de reglamentación decidiría sobre la posible incorporación de los establecimientos dependientes de otras autoridades públicas (BORA, 10-11-1943).

En suma, la tan ansiada “unidad de comando” se plasmaba en el texto de la normativa más en la asociación entre asistencia sanitaria y social que en la capacidad de centralización administrativa de la política sanitaria reclamada desde las últimas décadas del siglo XIX. La supervisión de la gestión de provincias y de municipios por parte de la repartición nacional quedaba subsumida a la figura de “coordinación”. Más aún, esta ambición centralizadora duró tan sólo diez meses: el 16 de agosto de 1944, por Decreto 21.901, se produjo una nueva división entre los servicios sanitarios y los asistenciales. Mientras los primeros siguieron bajo la órbita de la Dirección Nacional de Salud Pública, los segundos pasaron a depender de la Secretaría de Trabajo y Previsión.

Rivalidad interinstitucional y cambios jurisdiccionales

A partir de agosto de 1944, la Dirección Nacional de Salud Pública pasó a entender solamente en lo relativo a la asistencia hospitalaria, la sanidad y la higiene. La justificación en los considerandos del decreto se basó en que la unificación de salud pública y asistencia social le había provocado a la repartición “una labor heterogénea que lejos de facilitarla origina problemas de difícil solución” y que la salud pública requería de “una importancia tendiente a uniformar el criterio directivo en todo el país en materia de profilaxis y acción curativa” (BORA, 1-9-1944). Por otro lado, se basó en que la asistencia social demandaba una atención urgente que estaba contemplada en las finalidades de la Secretaría de Trabajo y Previsión (BORA, 1-9-1944). Si la justificación respecto de esta

separación de funciones fue leída oficialmente como una necesidad de vigorizar a cada una de ellas, es posible pensar, también, en el fortalecimiento de la figura de Perón dentro de la Secretaría y del capital político que implicaba el gerenciamiento de la asistencia social. De hecho, esta función pasó a depender, desde el 18 de agosto, de la Dirección General de Asistencia Social, creada dentro de la Secretaría expresamente con ese fin y a cargo de Miguel Ángel Mazza, médico personal de Perón, y a partir de octubre del Instituto Nacional de Previsión Social, institución clave durante el primer gobierno peronista en el proceso de fortalecimiento de las obras sociales y de los hospitales gremiales que competirán con la unificación de las prestaciones de salud (Veronelli y Veronelli Correch, 2004, 460: 464).

De la división de funciones de estas dos reparticiones se desprende, nuevamente, una dualidad de contralor de las instituciones que pasaron a depender en materia sanitaria de la Dirección y en lo que concernía a asistencia social de la Secretaría. Eugenio Galli reaccionó ante la sanción del decreto y renunció. En su lugar se designó a Manuel Viera, de larga trayectoria en el gremialismo médico; se desempeñó como director de una de las primeras revistas gremiales del país, *Revista del Círculo Médico del Oeste* (1932-34); fue miembro de la comisión organizadora del Primer Congreso Médico Gremial Argentino (Buenos Aires, 1934), vicepresidente y secretario general del Colegio de Médicos de la Capital Federal, delegado al Segundo Congreso Argentino de Medicina Gremial y Primero de Medicina Social (1936, Rosario) y presidente del Círculo Médico del Oeste 1940-1942. Además, formaba parte de una comisión designada por la Secretaría de Trabajo y Previsión para redactar el anteproyecto de las leyes básicas de las profesiones del arte de curar, la agremiación obligatoria, los consejos profesionales, la carrera médica, la ley del Ejercicio de la Medicina y el Estatuto Médico y Profesiones conexas.

Esta estrecha vinculación entre Viera y los representantes del gremialismo médico puede constatarse en el acto de homenaje que le realizaron el 28 de septiembre de 1944 en los salones del Club Gimnasia y Esgrima. Estuvieron presentes el vicepresidente Juan Domingo Perón, el ministro de Marina e interino del Interior Alberto Tesaire, autoridades militares y delegados gremiales. Manuel de la Fuente, presidente de la Confederación Médica de la República Argentina, señaló en su discurso que la medicina nacional y el gremialismo médico estaban de fiesta por el encumbramiento en una posición pública de uno de sus más destacados miembros y que se reafirmaban “los claros y justificados propósitos de estrechar filas en pro de la recuperación del prestigio y de la jerarquía de nuestra profesión” (s/a, 1944a: 421-425). Por otro lado, subrayó la labor del secretario de Trabajo y Previsión, “primer gobernante que se interesó y puso en contacto con nuestro gremio, no dudamos que pronto ha de cristalizar nuestras aspiraciones que, aunque legítimas, fueron siempre desoidas por los anteriores gobiernos” (s/a, 1944a: 421-425).

En las opiniones vertidas en este acto pueden vislumbrarse no sólo el entusiasmo inicial del gremialismo médico con la asunción de Viera en la cartera sanitaria y, probablemente, la propuesta de su candidatura, sino la vinculación estrecha entre la Federación Médica de la República Argentina con la Secretaría de Trabajo y Previsión, en la que encontró un ambiente muy favorable para sus proyectos de regulación de la actividad profesional (Belmartino, 1991: 59).

En una entrevista que le realizó *La Semana Médica* a Viera en el momento de asumir como director de Salud Pública, hizo público su diagnóstico respecto de la complejidad de los problemas sanitarios a resolver, a los que se agregaban las cuestiones relacionadas con la sistematización del ejercicio de las distintas profesiones vinculadas con la salud pública. Por otro lado, insistió en su objetivo en el nuevo cargo:

unificar, racionalizar y centralizar los servicios y presupuestos, para evitar que se derrochen los esfuerzos personales y los recursos de la Nación dedicados a mitigar las dolencias endémicas o epidémicas del país (s/a, 1944b: 470)

Para ello, resultaba indispensable planear la coordinación de los esfuerzos con la Secretaría de Trabajo y Previsión, “no para evitar fricciones que se salvan fácilmente cuando existe buena voluntad y un sano propósito de bien común, sino para evitar la dispersión de esfuerzos” (s/a, 1944b: 470). Por último, aseguraba que se abocaría en su gestión a la redacción de un “código profesional susceptible de proporcionar las mayores ventajas al profesional de la medicina y al medio social en el que ejerce su función”. Para lograr sus objetivos, invitaba a los facultativos a acercarse a su despacho, en el que habría un régimen de “puertas abiertas” para traer sugerencias, observaciones técnicas y críticas (s/a, 1944b: 470).

La designación de Viera no supuso discontinuidad doctrinaria, aunque su propuesta pudo tener un matiz menos centralizador. En noviembre de 1944 se sancionó el Decreto 31.589 que reglamentó el funcionamiento de la

Dirección Nacional de Salud Pública. La Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires y la Sociedad de Beneficencia de la Capital quedaron sometidas a sus directivas técnicas bajo un régimen relativamente flexible que poco difería del anterior. La única restricción de peso para ambas instituciones residía en la previa aprobación necesaria para fundar nuevos establecimientos o ampliar los existentes (Belmartino *et al.*, 1991: 59). Viera había deslizado, en el discurso de asunción del cargo, una crítica velada a la administración de la Sociedad de Beneficencia que aseguraba que desde la Dirección se contemplaría el problema sanitario del país para que la acción llegara en forma amplia y eficiente hasta los más remotos lugares, porque existían miles de habitantes que sufrían y morían sin haber obtenido una asistencia médica que se prodigaba gratuitamente en la Capital a través de la “dilapidación de finanzas públicas en servicios sanitarios de lujo que no persiguen otro fin que satisfacer vanidades personales” (s/a, 1944c: 18).

Con todo, las sociedades filantrópicas conservaron su autonomía. De hecho, la ausencia en algunas provincias de intervenciones municipales, provinciales o nacionales otorgó mayor relevancia a las instituciones benéficas. Tal fue el caso de San Juan y Catamarca, donde la beneficencia tenía el control absoluto de las camas disponibles; o de Formosa, que controlaba más del 65% de las plazas. El caso de Mendoza era diferente ya que, si bien no había presencia de organismos nacionales, el 88% de las camas disponibles eran administradas por la Dirección de Salubridad de la Provincia. En Córdoba, las sociedades de beneficencia fueron un factor fundamental en la constitución del sistema sanitario y, en Tucumán, los industriales azucareros montaron dispositivos asistenciales con autonomía del poder estatal (Ramacciotti, 2009: 37).

Finalmente, los servicios de asistencia social (medicina preventiva y curativa) se establecieron, por Decreto 29.176 del 27 de octubre del '44, bajo la jurisdicción de la recientemente creada Secretaría de Trabajo y Previsión (octubre de 1944). Probablemente, ese decreto respondió a la inspiración de los dirigentes del gremialismo médico que en ese momento colaboraban activamente con la Secretaría. Sus objetivos eran dar empleo a una masa médica que se definía como subempleada y tenían una propuesta doctrinaria que veía el futuro de la medicina con una orientación preventiva, de organización colectiva y base social (Belmartino *et al.*, 1991: 60-61).

De todos modos, un año más tarde, durante la apertura del I Congreso Nacional de Salud Pública al que concurren todas las autoridades provinciales en la materia, Viera manifestó, de forma velada, su disconformidad con la separación de las funciones de asistencia social y alegó que no había eficiencia donde no existía “unidad de comando”. La explicitación tardía de su discrepancia puede vincularse con una coyuntura de división de la dirigencia de la Confederación Médica de la República Argentina, entre los gremialistas que apoyaban a Perón en su gestión en la Secretaría y los que se identificaron con el clima de agitación opositora que culminaría el 17 de octubre de 1945 (Belmartino *et al.*, 1991: 59).

Por último, la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y la sanción de su decreto reglamentario de la actividad (1589/44) supusieron el diseño de un modelo de relaciones interjurisdiccionales entre la nación y las provincias un poco mejor definido. Se establecía como esfera de acción de la Dirección todo el territorio de la Nación con el objetivo de “promover y preservar la salud de los habitantes del país, asegurando la asistencia médico-social y tratamiento de las enfermedades” (BOSP, 1945: 683). Por otro lado, se formalizaron los acuerdos como estrategia para compatibilizar el ejercicio por parte de las provincias de sus atribuciones en salud pública. Por último, se determinó que la Nación asignaría una ayuda federal para “Obras y Servicios” de las administraciones provinciales, a condición de que estas se adecuaran a una serie de requisitos como la evaluación del presupuesto, el derecho de inspección y control de la organización del organismo provincial, la concurrencia a la Conferencia Anual de Directores de Salud Pública, el apoyo a la ejecución del Plan Nacional de Sanidad, el seguro de la estabilidad del personal médico y la organización de un sistema de estadística (Belmartino *et al.*, 1991: 62-63). En este sentido, el gobierno nacional asignó en el año 1945 una partida de cincuenta millones de pesos a hospitales provinciales con personal médico y farmacéutico para la atención de enfermos y la organización de una amplia acción preventiva. Bajo la figura de convenios de ayuda federal se intentó, con esta acción, someter a las provincias a las normas centrales pero respetando su autonomía federal (BOSP, 1945: 683).

En este sentido, lo que se puede ver en las discusiones del I Congreso Nacional de Salud Pública, convocado por la Dirección de Salud Pública en 1945 y al que asistieron representantes de todas las provincias y territorios nacionales, es que mientras algunas provincias apoyaban un sistema con una dirección nacional única, otras proponían que se implementaran, a través de una división de tareas, campos de acción entre autoridades nacionales y provinciales: provincias, dirección y administración de medicina asistencial; esfera nacional, la acción preventiva y la lucha contra las enfermedades sociales y endemias regionales. Como ha sido sugerido,

estas diferencias obturaron la realización de arreglos duraderos en el campo de políticas sanitarias (Belmartino *et al.*, 1991: 62).

En el caso de la provincia de Córdoba, por ejemplo, los funcionarios sanitarios no tuvieron una posición uniforme respecto de las políticas nacionales durante el gobierno militar. En determinados momentos aceptaron las propuestas de colaboración y de ayuda técnica nacional y, en otros, rechazaron todo ofrecimiento de las reparticiones federales, defendiendo su autonomía en la definición y ejecución de las políticas públicas de la jurisdicción. Estas disímiles estrategias son resultado de evaluar cuáles eran las posibilidades de sus recursos materiales y técnicos para satisfacer autónomamente las demandas de atención sanitaria y qué tipo de aportes podían realizar las políticas nacionales a ese esquema provincial fuertemente transformado en las décadas previas que garantizaba recursos, saberes e instrumentos con los cuales dar respuesta a algunas demandas sanitarias (Ortiz Bergia, 2012).

En suma, ante el recorte de las atribuciones de asistencia social por parte de la Secretaría de Trabajo y Previsión, la Dirección de Salud Pública tuvo que volver a su antigua estrategia: fortalecer discretamente su capacidad de decisión y supervisión frente a la autonomía provincial y a las sociedades benéficas. La novedad pareció estar centrada en la posibilidad de disponer de un mayor presupuesto para que la coordinación de esfuerzos inclinase los platillos de la balanza a favor de su tutela.

Conclusiones

La aspiración de centralización administrativa que atravesó a la cartera sanitaria nacional durante la primera mitad del siglo XX, a tono con las discusiones y los debates internacionales, tuvo como principal obstáculo al régimen federal que, establecido por la Constitución Nacional, les otorgaba a las provincias total autonomía respecto de sus intervenciones sanitarias y dejaba con un margen de discusión muy alto por parte de estas la acción de regulación y coordinación de un organismo central. Por otro lado, a pesar de que la administración pública asumía como una invasión a su jurisdicción el accionar de organismos de la esfera privada en la provisión de servicios de salud, su falta de recursos materiales y técnicos para hacerles frente la obligó a aceptar las prestaciones de estas instituciones. Además, en un contexto de expansión de las esferas de intervención del Estado, la constante creación de reparticiones o la reformulación de las ya existentes provocaban superposiciones jurisdiccionales que conspiraban contra las intenciones de centralización. Estos límites a la concentración del monopolio del poder, de las funciones de asistencia sanitaria y de los recursos materiales por parte del Departamento Nacional de Higiene eran compartidos por un número importante de reparticiones nacionales que tenían el mismo objetivo de centralización administrativa.

De todos modos, la ampliación de atribuciones del Departamento Nacional de Higiene en aspectos novedosos de la política sanitaria fue generando una suerte de legitimidad científica y administrativa de la repartición que se constituyó como indispensable, una década más tarde, para centralizar su acción por sobre la de las provincias y las organizaciones civiles de asistencia. Por otro lado, también fueron fundamentales en este proceso el apoyo brindado por los legisladores a través de la presentación de proyectos parlamentarios, que no llegaron a convertirse en ley pero que situaron en el debate público la racionalidad de la centralización administrativa y, conforme avanzó la década del '30, la necesidad de la "unidad de comando" de la asistencia sanitaria y la social.

En este sentido, hemos analizado las discusiones en torno al proyecto de ley sobre la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social presentado en 1942 por el presidente del Departamento Nacional de Higiene, Juan Jacobo Spangenberg, que, a pesar de no llegar a convertirse en ley, inspiró el Decreto 12.311, que estableció la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social bajo la tutela del Ministerio del Interior en octubre de 1943. A pesar de su espíritu centralizador, la normativa hizo efectiva la tan ansiada "unidad de comando" más en la asociación entre asistencia sanitaria y social que en la capacidad de centralización de la política sanitaria. La supervisión de la gestión de provincias y municipios por parte de la repartición nacional quedaba subsumida a la figura de "coordinación". Este parecía ser el resultado posible del pacto funcional entre los tres niveles de gobierno. Probablemente, ambas esferas tuvieron que ceder en la negociación en función de la disponibilidad de recursos materiales a ser distribuidos.

Esta ambición centralizadora duró tan sólo diez meses, cuando un nuevo decreto retuvo los servicios sanitarios en la Dirección Nacional de Salud Pública y desplazó los de asistencia social a la Secretaría de Trabajo y Previsión. Si la justificación respecto de esta separación de funciones fue leída oficialmente como una necesidad de vigorizar a cada una de ellas, es posible pensar, también, en el fortalecimiento de la figura de Perón dentro de la Secretaría y del capital político que implicaba el gerenciamiento de la asistencia social; proyecto apoyado, en

un primer momento, por gran parte del gremialismo médico que canalizó sus esperanzas de llevar a buen puerto sus aspiraciones de un estatuto gremial a través de su alianza con el secretario de Trabajo y Previsión Social.

A las seculares interferencias interinstitucionales, del gobierno central y de los gobiernos provinciales, y de la esfera pública y de la esfera privada de administración de la asistencia sanitaria, se les sumaron, en la coyuntura de 1944, interferencias de orden político, que tuvieron un peso decisivo a la hora de construir la plataforma de apoyo de la construcción de la futura política sanitaria del primer peronismo.

Bibliografía

Adamovsky, E. (2011) Gremialismo y política en los profesionales universitarios argentinos. El problema de la identidad de clase durante la primera mitad del siglo XX. *Redes*, 17, (33), pp. 35-61.

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

Belmartino, S.; Bloch, C.; Camino, M. y Persello, A. (1991). *Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina 1940-1960*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

Berrotarán, P. (2003). *Del plan a la planificación. El estado durante la época peronista*. Buenos Aires: Imago Mundi.

Biernat, C. (2007). Médicos, especialistas, políticos y funcionarios en la organización centralizada de la profilaxis de las enfermedades venéreas en la Argentina (1930-1954). *Anuario de Estudios Americanos*, 64 (1), pp. 257-288.

Biernat, C. (2015a). “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. y Moreyra, B. (Comps.). *Remedios locales y calamidades públicas. La historia de la Asistencia y la cuestión Social, siglos XIX y XX*. México: Editorial Colegio Mexiquense (en prensa).

Biernat, C. (2015b). “El proceso de centralización del Departamento Nacional de Higiene (1880-1944)”. En: Biernat, C.; Cerdá, J. M. y Ramacciotti, K. (Dres.). *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 47-84). Bernal: Editorial de la UNQ.

Biernat, C. y Ramacciotti, K. (2008). La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: estructuras administrativas, legislación y cuadros técnicos (1936-1955). *Manguinhos*, 15, (2), pp. 331-351.

BORA (Boletín Oficial República Argentina). 1943.

BOSP (Boletín Oficina Sanitaria Panamericana). 1945.

Campione, D. (2003). *Prolegómenos del peronismo. Los cambios en el Estado Nacional 1943-1946*. Buenos Aires: FISyP-Manuel Suárez Ed.

DSCNS (Diario de Sesiones de la Cámara Nacional de Senadores). 1942.

Galli, E. (1943). Del gobierno y dirección de la Salud Pública. *Boletín de la Asociación Médica de Bahía Blanca*, XL (127), pp. 1341-1346.

Lobato, M. y Suriano, J. (2014). Trabajo, cuestión social e intervención social. En: Lobato, M. y Suriano, J. (Comps.). *La Sociedad del trabajo. Las instituciones laborales en la Argentina (1900-1955)* (pp. 9-56). Buenos Aires: Edhasa.

Ortiz Bergia, M. J. (2012). Provincia y Nación en el proceso de construcción de un Estado centralizado. Políticas sanitarias en Córdoba (1943-1946). *Quinto Sol*, 16, (1), pp. 1-23.

Oszlak, O. (2012). *La formación del Estado argentino. Orden, progreso y organización nacional*. Buenos Aires: Ariel.

Oszlak, O. y Serafinoff, V (2011). “Acerca del desarrollo institucional: apuntes para el caso uruguayo”. En Rodríguez, José Raúl (Ed. y Coord.) (2011): *Aportes y reflexiones para la agenda nacional de descentralización*. Montevideo: Uruguay Integra, pp.132-155.

Ramacciotti, K. (2009). *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires: Biblos.

s/a (1942). El dr. Spangenberg sugirió modificaciones al proyecto sobre la Dirección de Salud Pública. *Mundo Médico* (79), pp. 34-40.

s/a (1944a). Homenaje al Dr. Manuel A. Viera. *Revista del Círculo Médico del Oeste*, XIII (149), pp. 421-425.

s/a (1944[b]). El doctor Manuel Viera asumió el cargo de Director General de Salud pública y Asistencia Social. *La Semana Médica*, LI (35), p. 470.

s/a (1944c). El Doctor Manuel Augusto Viera, el 23 de agosto, se hace cargo de la Dirección Nacional de Salud Pública. *Revista del Círculo Médico del Oeste*, XIII (149), pp. 18-19.

Soprano, G. (1998). *Orígenes de la regulación estatal de las relaciones capital-trabajo en Argentina. Historia del Departamento Nacional de Trabajo (1907-1943)*, (Tesis de Maestría). Instituto de Filosofía y Ciencias Sociales, Universidad Federal de Río de Janeiro: Río de Janeiro.

Spangenberg, J. (1940). Proyecto de ley sobre la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. *Revista del Colegio de Médicos*, IX, (94), pp. 51-53.

Spangenberg, J. (1941). Debe crearse la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. *Viva Cien Años*, XII, (1), pp. 26-29.

Veronelli, J. C. y Veronelli Correch, M. (2004). *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.