



Partícipes necesarios: Centralización nacional, elites locales y políticas sanitarias en Córdoba 1946-1955

María José Ortiz Bergia^(*)

Resumen

Durante el peronismo histórico fue gestado un proceso de intensa centralización de la autoridad y del control de las políticas públicas en el país que implicó un incremento inédito en las atribuciones y responsabilidades del Estado nacional en las jurisdicciones subnacionales. Con la finalidad de profundizar en la explicación de ese fenómeno, este artículo se interroga por las condiciones locales que hicieron posible la centralización de las políticas sanitarias. Para ello, la investigación se centró en el análisis de la Dirección General de Sanidad del Centro (DGSC), agencia dependiente del Ministerio de Salud Pública de la Nación creada en 1950 en la ciudad de Córdoba con actuación en esa provincia, Santiago del Estero y La Rioja. El estudio sobre el desenvolvimiento y los funcionarios responsables de esta agencia permite conocer algunos de los factores que posibilitaron una experiencia exitosa de centralización de las políticas públicas a mediados del siglo XX.

Palabras clave: Estado intervencionista; Burocracias; Estados subnacionales; Peronismo; Políticas sociales.

Necessary Participants: National Centralization, Local Elites and Health Policies, in Córdoba 1946-1955

Abstract

During historical Peronism, there was a process of intense centralization of authority and control of public policies in the country. This phenomenon implied an unprecedented increase in the powers and responsibilities of the National State in subnational jurisdictions. In that historical context, the purpose of this article is to examine the local conditions that made possible the national centralization of the health policies. To this end, it is focused on the analysis of the Dirección General de Sanidad del Centro (DGSC), an agency under the Ministry of Public Health of the Nation created in 1950 in the city of Córdoba with action in that province, Santiago del Estero and The Rioja. The study of the development and officials of this agency reveals some of the factors that made possible a successful experience of centralization of public policies in the mid-twentieth century.

Keywords: Interventionist State; Bureaucracies; Subnational States; Peronism; Social Policies.

^(*) Profesora, Licenciada y Doctora en Historia (Universidad Nacional de Córdoba. UNCórdoba). Investigadora Adjunta (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas). Docente (UNCórdoba) E-mail: ortizbergia.mj@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7966-8112>



Partícipes necesarios: Centralización nacional, elites locales y políticas sanitarias en Córdoba 1946-1955¹

Durante el peronismo histórico, emergió una nueva etapa institucional en el área de la salud pública caracterizada por la creación de un ministerio específico, el incremento de sus capacidades administrativas, la dispersión territorial de su infraestructura institucional y la centralización de la autoridad y el control de la sanidad interna del país (Ramacciotti, 2009). En ese contexto, los estados subnacionales adhirieron a los planes nacionales, revisaron sus organigramas, infraestructura e intervenciones de salud con la finalidad de adecuarlos a los esquemas, nomenclaturas y orientaciones del Estado central. Esto implicó un incremento inédito de las atribuciones nacionales en la definición de la agenda y el diseño de las políticas públicas de las jurisdicciones provinciales. De todos modos, esa centralización de la autoridad no fue acompañada de una concentración semejante de las responsabilidades en la administración y el financiamiento de las políticas públicas.² Ambas competencias, en cambio, se mantuvieron como funciones subnacionales en muchas provincias como Mendoza, Córdoba, Tucumán y Santa Fe (Bacolla, 2016; Fernández, 2017; Fernández y Rosales, 2016; Hirschegger, 2016; Ortiz Bergia, 2022).

Las investigaciones realizadas sobre esta temática han mostrado cómo esa centralización de la autoridad sanitaria se instrumentó a través de diversas acciones como conferencias, reuniones, viajes, fiscalización del gasto y asignación de créditos y subsidios. Esto ha permitido conocer cómo esa unificación de competencias fue promovida activamente desde las oficinas centrales en Buenos Aires. Sin embargo, aún sabemos poco respecto al rol cumplido en ese proceso por las agencias y burocracias nacionales en el interior del país. Más precisamente, disponemos de poca información respecto a quiénes fueron los representantes nacionales en el territorio, cómo fueron reclutados, cómo se vincularon con sus pares de las reparticiones subnacionales, qué actividades desarrollaron y qué responsabilidades asumieron en la implementación de esa centralización de la salud pública en la Argentina peronista.

Con la intención entonces de profundizar en las condiciones locales que hicieron posible la concentración de la autoridad y el control sanitario, en este trabajo se analizan las agencias nacionales desplegadas en el territorio durante el peronismo. En este artículo me interrogo por las oficinas, los agentes y las intervenciones del Ministerio de Salud Pública de la Nación en una jurisdicción provincial durante los años cincuenta. Para ello, indago en un caso en particular, la Dirección General de Sanidad del Centro (DGSC), dependencia creada en 1950 en la ciudad de Córdoba con actuación en esa provincia, Santiago del Estero y La Rioja. La DGSC dependía del Ministerio de Salud Pública de la Nación y era responsable de administrar su infraestructura hospitalaria, implementar acciones de medicina preventiva y coordinar con los agentes subnacionales las políticas sanitarias de la jurisdicción. Por lo tanto, la Dirección constituye un caso relevante a partir del cual indagar en las condiciones y actuaciones que posibilitaron el exitoso proceso de centralización de las políticas públicas que caracterizó al peronismo histórico.

El supuesto principal que guía este trabajo consiste en destacar la importancia del rol ejercido por las elites locales –estatales, políticas y técnicas– en la concentración de la autoridad y el control sanitario. Para comprender esto vale la pena retomar una de las claves que explican la formación y centralización estatal en la Argentina a mediados del siglo XIX. Los estudios realizados sobre ese período muestran cómo en la promoción de los procesos de penetración estatal del Estado central no habría sido suficiente la capacidad de los funcionarios nacionales para imponer un esquema de decisiones de manera jerárquica y unidireccional, sino que fue necesario proporcionar incentivos a las elites políticas locales para que adoptaran

¹ Agradezco la lectura atenta de los evaluadores anónimos de este trabajo que me permitieron mejorar el argumento.

² En este trabajo partimos de una definición de los procesos de centralización y descentralización estatal que implica reconocer la manera en que afectan de manera diferenciada dimensiones de las políticas públicas como el ejercicio de la autoridad, el financiamiento y/o la administración. Este deslinde implica que esos procesos no se producen en forma uniforme, sino que pueden afectar de manera diversa y hasta opuesta las dimensiones de las políticas públicas. Asimismo, la descentralización o centralización se pueden desarrollar a temporalidades diferentes, hecho de lo que depende los balances de poder entre espacios subnacionales y nacionales (Falletti, 2010).

intencionalmente los marcos normativos nacionales. En ese contexto, las elites provinciales habrían evaluado a las nuevas agencias nacionales como oportunidades e incentivos para la acción política (Alonso y Bragoni, 2015; Bragoni, Cucchi y Lanteri, 2021; Bragoni y Míguez, 2010).³ Desde esa misma lógica, como veremos en este trabajo, profesionales cordobeses asumieron cargos en la administración sanitaria nacional y mediante el uso de sus relaciones y cuotas de autoridad aseguraron la adhesión provincial a las normativas nacionales de mediados del siglo XX.

El siguiente artículo se divide en cuatro secciones. En el primer apartado, reviso las políticas sanitarias nacionales implementadas en Córdoba durante la primera mitad del siglo XX y presto atención a las características de la infraestructura sanitaria y de las agencias administrativas instaladas en la jurisdicción. En una segunda instancia, busco introducir algunas de las novedades territoriales gestadas por el Ministerio de Salud Pública de la Nación a partir de 1950, para lo cual puntualizo en la creación de la Dirección General de Sanidad del Centro y sus rasgos institucionales. En el siguiente apartado, indago en los atributos políticos y profesionales de quienes conformaron esa Dirección y, en especial, me detengo en sus vínculos con la administración provincial. Finalmente, en la última sección, describo las intervenciones implementadas por la DGSC y la manera en que gestó la adhesión subnacional a las normativas sanitarias nacionales.

Las políticas sanitarias nacionales en la provincia de Córdoba

Durante la primera mitad del siglo XX, el Departamento Nacional de Higiene enfrentó diversos desafíos técnicos, políticos y económicos para asegurar el control de la sanidad interna del país. Entre ellos, se ha destacado la falta de autonomía administrativa y la superposición de sus competencias con otras agencias del Poder Ejecutivo Nacional, los marcos constitucionales que restaron claridad a las jerarquías y jurisdicciones, así como la existencia de una multiplicidad de oferentes sanitarios civiles y estatales, públicos y privados (González Leandri, 2004; Belmartino, 2005; Biernat, 2007, 2015; Di Liscia, 2007, 2017; Ramacciotti, 2009; Biernat y Ramacciotti, 2016). Esos retos impulsaron durante décadas la discusión de alternativas que permitieran ampliar el control del Estado central a través de la nacionalización del sistema de salud, la asignación de ayudas federales o la generación de acuerdos políticos con provincias, municipios y privados. Sin embargo, ningunas de esas alternativas fraguaron en las primeras décadas del siglo XX.

En los hechos, a inicios de los años cuarenta, el Departamento Nacional de Higiene todavía tenía una escasa presencia material en el interior del país. Su acción estaba restringida a la Capital Federal, los Territorios Nacionales y algunas provincias a través de políticas puntuales como el tratamiento del paludismo y las intervenciones materno-infantiles (Álvarez, 2010; Biernat y Ramacciotti, 2013). En lo que hace a la Comisión Nacional de Asilos y Hospitales Regionales, este organismo administraba de manera autónoma una extensa estructura hospitalaria en provincias y Territorios Nacionales. En la provincia de Córdoba dirigía una importante dotación de establecimientos hospitalarios destinados a atender a enfermos de todo el país: dos sanatorios antituberculosos, un neuropsiquiátrico, un sanatorio para el tratamiento de la Lepra y un Hospital policlínico.⁴

En ese contexto institucional, durante décadas, las relaciones interjurisdiccionales entre las reparticiones sanitarias nacionales y provinciales oscilaron entre la colaboración, la omisión y el enfrentamiento. Las autoridades subnacionales parecieron más propensas a colaborar y a permitir la injerencia nacional cuando el Estado central contó con la capacidad para distribuir

³ Laura Cucchi, al indagar en los procesos de centralización de los años setenta del siglo XIX, describe el uso de las reparticiones nacionales como la justicia, los ferrocarriles, el ejército, las instituciones educativas y científicas nacionales como recursos políticos a ser explotados en la arena electoral (2015, p. 184).

⁴ La Comisión proyectó dos hospitales regionales más en el suroeste y noroeste cordobés, en Río Cuarto y Cruz del Eje que, finalmente, fueron inaugurados por la Secretaría de Salud Pública de la Nación entre 1946 y 1947. Para ese período también se instalaron dos nuevos servicios dependientes de la Comisión y de la Universidad Nacional de Córdoba, el Instituto de Cardiología y el Instituto de Puericultura. Ambos espacios se nutrieron de los profesionales locales y, en especial, de las cátedras universitarias que se beneficiaron de la obtención de fondos nacionales. *La Voz del Interior*, Córdoba, 7/8/43, p. 6; *La Voz del Interior*, Córdoba, 11/7/44, p. 8.

insumos sanitarios esenciales no accesibles en el ámbito provincial. Posturas contrarias adoptaron si la cooperación con el Departamento Nacional de Higiene implicaba la reducción de su autonomía sin contribuciones económicas y técnicas en contraprestación (Ortiz Bergia, 2012). En consecuencia, las posturas subnacionales más favorables a la intervención nacional dependieron de la generación de incentivos técnicos y económicos como la asignación de informes, medicamentos, tecnología y subsidios (Biernat, 2007).

A partir de mediados de los años cuarenta, el peronismo recientemente electo impulsó un proyecto de nacionalizaciones, crecimiento de la infraestructura hospitalaria y novedosas intervenciones en salud. En el Primer Plan Quinquenal y el Plan Analítico de Salud Pública, las autoridades nacionales imaginaron un amplio programa de construcciones destinado a eliminar las brechas sanitarias y sociales existentes en la sociedad argentina.⁵ Para la jurisdicción cordobesa se previó la instalación de casi 1.500 camas hospitalarias nuevas en más de una docena de localidades dispersas en el interior de la provincia. Además, los técnicos proyectaron servicios monoclínicos y seis institutos especializados para la capital cordobesa (SSPN, 1947, p. 324).⁶ El diseño de esos servicios expresaba las ambiciones de las elites técnicas y políticas nacionales tendientes a implementar una penetración territorial inédita del país.

Si bien la mayor parte de lo planificado distó de concretarse, en el espacio cordobés los años 1948-1950 se identificaron por el dinamismo de la Secretaría de Salud Pública de la Nación (SSPN) en la creación de servicios. La infraestructura sanitaria nacional instalada creció durante ese período en el área de la salud mental⁷ y mantuvo la importancia que había tenido en el transcurso de las décadas previas en el tratamiento de enfermedades de largo tratamiento. Como consecuencia, los hospitales monoclínicos nacionales en 1954 representaban el 78% de las camas de ese tipo existentes en la jurisdicción (MASSPN, 1954, p. 35; MSPN, 1952, p. 16).⁸ Durante los tardíos años cuarenta, también la SSPN instaló servicios ambulatorios sin internado en distintas especialidades médicas especialmente en la capital provincial.⁹

En esos tempranos años de gobierno, además, se creó la primera agencia federal con un perfil de gestión (1947), la Delegación Regional de Salud Pública (MSPN, 1952, p. 41). La oficina tuvo la función de desconcentrar territorialmente el control de los establecimientos nacionales con la finalidad de “centralizar las directivas técnicas y administrativas en cada provincia y territorio, y b) descentralizar de la Dirección General de Administración la parte de las tareas administrativas que puedan ser centralizadas en cada provincia y territorio” (SSPN, 1947, p. 1945). A través de ese tipo de oficinas, las autoridades nacionales buscaron conocer las problemáticas sanitarias e intervenir sobre el conjunto de las jurisdicciones. En las provincias fueron creadas una Delegación Regional, la Inspección Regional y una Junta Consultiva con representantes locales con la finalidad de asesorar sobre la sanidad del territorio (1948). Junto a esta estructura también se proyectaron otras figuras como gestores y juntas locales con la ambición de que los funcionarios nacionales coordinaran su acción sobre la extensa geografía del interior del país. En marzo de 1947, arribó el delegado asignado a Córdoba, Saturnino Díaz Malaver, junto a un secretario, quienes se instalaron en un espacio cedido por el Instituto Cardiológico Nacional.¹⁰

⁵ Sobre las implicancias de la “planificación” como instrumento de políticas públicas en la Argentina peronista ver: Berrotarán, 2003.

⁶ Se planeaba la instalación de institutos de Cardiología, Gastroenterología, Medicina de Urgencia y Traumatología, Cirugía de Tórax y Neurocirugía. Esto suponía una disposición de institutos semejante a la que se había previsto para la Capital Federal y Santa Fe.

⁷ La Colonia-Hogar Vidal Abal de la localidad de Oliva pasó de 2.500 a 4.148 internos.

⁸ Según las estadísticas oficiales, para 1954 la Nación administraba 5.537 camas en la provincia de Córdoba (4.148 psiquiátricas, 1.253 fisiológicas y 136 de leprología). Estos servicios se distribuían entre el Sanatorio Puente de San Francisco del Chañar para el tratamiento de la lepra, el Centro Fisiológico Nacional conformado por el Sanatorio Santa María y el Domingo Funes y la Colonia de Alienados Vidal Abal de Oliva.

⁹ La instalación de servicios ambulatorios se concentró entre los años 1948, 1949 y 1950 y en su mayoría se crearon en la ciudad de Córdoba. En esa ciudad se crearon: el Instituto Nacional de Hemoterapia, el Centro de Vías Respiratorias, el Centro de Medicina Preventiva y el Centro Serológico/Centro de Higiene Social en 1948; el Instituto de Reconocimientos Médicos y Dirección Nacional de Ayuda Escolar seccional Córdoba, en 1949; y, finalmente, la Dirección de Higiene y Medicina Infantil y el Servicio de Exámenes Periódicos de la Población en 1950. Ese año también se crearon dos centros de Higiene Materno Infantil en Cruz del Eje y Villa de María y un Centro de Salud en Las Varillas.

¹⁰ *La Voz del Interior*, Córdoba, 2/3/47, p. 7.

Ahora bien, a pesar de la expansión material de la SSPN, en esta etapa distó de concretarse la esperada centralización de las políticas sanitarias. Las interrelaciones entre jurisdicciones se desarrollaron más de bien de manera irregular y ocasional. Al respecto, se ha podido constatar que las autoridades cordobesas colaboraron con las campañas de vacunación antivariólica mediante la adhesión a los planes nacionales¹¹ y desde las agencias locales se agradeció el envío de vacunas y la disposición de centros de vacunación.¹² Por esa misma época, Córdoba, luego de décadas de sancionada, adhirió a la Ley Nacional de Paludismo (Ley 5195) y se dispuso a colaborar en la centralización de la acción sanitaria de la Dirección Nacional de Paludismo.¹³ En esa coyuntura, las ambiciones de coordinación interjurisdiccional parecieron reducirse a la generación de acuerdos entre funcionarios.

Para 1949, la SSPN contaba con una diversidad de servicios de salud en la capital cordobesa y en las localidades del interior de la provincia. Esto fue producto del traspaso de los hospitales de la Comisión Nacional y de la creación de nuevos servicios que permitieron a la agencia nacional disponer de una dotación de recursos humanos y técnicos bajo su administración. Esa novedad constituyó un hito respecto a lo que había sucedido años antes en que la labor del Departamento Nacional de Higiene se había limitado a aconsejar e intervenir coyunturalmente en el tratamiento de problemáticas puntuales. En adelante, el Estado central contó con sus propios dispositivos y ámbitos de injerencia en el territorio. Sin embargo, esa etapa se cerró con la realización de pocos avances en la centralización de la sanidad interna del país. Durante los años cuarenta, la agenda de problemas, los diseños institucionales, la inversión y la administración sanitaria siguieron desarrollándose de manera autónoma en cada nivel jurisdiccional.

La Dirección General de Sanidad del Centro

La primera Dirección General de Sanidad fue creada en el Noroeste del país a partir de la herencia dejada por la Dirección Regional de Paludismo bajo la autoridad de Carlos Alvarado. En adelante se establecieron cinco zonas sanitarias en todo el país: Norte, Centro, Sur, Noreste, Buenos Aires-Litoral y Cuyo. La creación de estas agencias tuvo como finalidad aplicar de manera uniforme los planes nacionales a lo largo del territorio. Uno de los medios a través de los que se buscó instrumentar ese propósito fue mediante encuentros federales en los que participaron agentes de las direcciones de todo el país con programas en los que se discutían y planificaban aspectos técnicos y administrativos relativos a la gestión hospitalaria, la política de construcciones y la producción de información estadística uniforme y confiable sobre el movimiento de los establecimientos sanitarios nacionales.¹⁴ Estos encuentros pusieron en funcionamiento al Consejo Central de Sanidad destinado a coordinar la actuación de todas las Direcciones de Sanidad.

En lo que hace a la oficina en la jurisdicción cordobesa, la Dirección General de Sanidad del Centro fue creada a mediados de 1950, luego de que funcionarios nacionales arribaran a la ciudad capital y tuvo como finalidad coordinar la medicina preventiva y asistencial del centro del país.¹⁵ Más precisamente, la DGSC tenía como objetivos colaborar con las diferentes direcciones del Ministerio, investigar los problemas de medicina sanitaria, asistencial y social de la jurisdicción, realizar exámenes periódicos de la población, promover la sanidad animal e impulsar la educación sanitaria. Poco después adquirió un nuevo estatus material. De ocupar una oficina anexa a una repartición existente, se la dotó de un edificio propio. La compra de un inmueble dotó a la DGSC de una ubicación en la zona céntrica de la ciudad (9 de Julio 356).¹⁶

Respecto a su organización interna, la Dirección se dividió en diferentes secciones como fisiología, epidemiología y endemias, construcciones, demología sanitaria, odontología asistencial, división de farmacias y laboratorios. El organigrama de la Dirección sufrió cambios

¹¹ *La Voz del Interior*, Córdoba, 10/12/50, p. 7.

¹² *La Voz del Interior*, Córdoba, 29/9/49, p. 11; *Los Principios*, Córdoba, 30/9/49, p. 2.

¹³ *Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba*, Dto. 1528 A, p. 10217.

¹⁴ *Los Principios*, Córdoba, 11/12/51, p. 2.

¹⁵ *Los Principios*, Córdoba, 1/7/50, p. 4.

¹⁶ El MSPN adquirió un edificio propio en el cual ocupó sus oficinas de planta baja con consultorios y salón de actos, mientras que el resto del edificio se destinó a renta. Dato proporcionado por el Archivo y Museo de la Dirección Nacional de Arquitectura. Agradezco la colaboración proporcionada en el mismo.

al poco tiempo. La agencia dejó de lado esa división por una estructura destinada a cumplimentar su alcance territorial. La Dirección pasó a organizarse en una Subdirección, un Consejo Regional, el Departamento de Acción Directa Regional (Central de Medicina Sanitaria, Asistencia y Social), el Departamento de Acción Directa Zonal y Distrital, el Departamento de Construcciones y la Administración Regional. Esa estructura se adquirió hacia finales de 1953 y dotó a la autoridad nacional de instrumentos operativos para impulsar su actuación en el territorio.¹⁷

Para los años cincuenta, la DGSC tenía responsabilidades en la medicina asistencial, sanitaria y social de la provincia. Y, en pocos años, adquirió presencia pública y una identidad específica en el plano local a instancias de su constante participación en iniciativas sanitarias que adquirieron amplia difusión por medio de la prensa.

La burocracia sanitaria nacional en Córdoba

Para comprender el papel jugado por la Dirección General de Sanidad del Centro en el proceso de centralización normativa es necesario ahondar un poco más en cómo se conformó esa repartición. El personal profesional de la DGSC constituía un grupo heterogéneo con médicos que alternaban su labor entre cargos políticos y profesionales, quienes eran reconocidos por sus conocimientos técnicos y quienes podían identificarse como agentes propiamente estatales con una trayectoria prolongada en la administración pública nacional y provincial. En otras palabras, los médicos integrantes de esa burocracia tenían diferentes perfiles como los de “médicos-políticos”, “expertos” y “técnicos estatales”.

En el reclutamiento de personal para la DGSC se habrían movilizado algunas redes locales. Miguel Vocos, Ricardo Zaldarriaga y Roberto Villafañe Centeno habían pertenecido a la Delegación de Salud Pública, antecedente inmediato de la Dirección.¹⁸ A partir de la creación de la DGSC, también se sumaron varios profesionales vinculados a José Verna y al Instituto de Tisiología de la Universidad Nacional de Córdoba. Este médico fue un reconocido tisiólogo, asesor y vicedirector de la DGSC, que sucedió en su cátedra universitaria a Gumersindo Sayago, luego de que este fuera exonerado en 1943 por razones políticas. Verna constituyó un experto clave del peronismo cordobés, ocupando en dos momentos críticos la máxima autoridad sanitaria provincial: la Dirección de Salud Pública, luego de la intervención federal de 1947, y el Ministerio de Salud Pública, durante el recambio político de 1951/1952.¹⁹

Verna tenía a su alrededor un grupo de médicos con quienes trabajaba en el Instituto de Tisiología y publicaba sobre temáticas relativas a su especialidad. Estos médicos ocuparon puestos relevantes en reparticiones nacionales como Carlos Ludueña Funes, Santos Sarmiento, Hugo Butori y Horacio Fernández Búa. Mario Víctor Menso, sucesor de Verna como Ministro de Salud Pública de la provincia de Córdoba en 1952, también estaba vinculado a este grupo.²⁰ Algunos de estos médicos retornaron a la función pública en los años setenta. Incluso, durante el decanato de Menso en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba, crearon la Escuela de Salud Pública (1973).²¹

Al igual que sucedía a nivel nacional, otro espacio relacional importante para la elite médica peronista en Córdoba pareció ser la Sanidad Militar. Integrantes de la misma fueron profesionales como Pedro Baggio y Victorio Vicente Olguín. Baggio revistió el cargo de primer ministro de Salud Pública provincial en 1949 y Olguín fue asesor de la DGSC. Asimismo, José

¹⁷ En Córdoba los distritos sanitarios agrupaban diferentes departamentos (Capital; Ischilín, Punilla y Cruz del Eje; Santa María y Calamuchita; Colón y Totoral; Roque Sáenz Peña y General Roca; Marcos Juárez y Unión; Tulumba, Sobremonte y Río Seco; Río Cuarto y Juárez Celman; Río Primero y Río Segundo; Tercero Arriba y General San Martín; San Justo; Pocho, Minas, San Alberto y San Javier) y en La Rioja y Santiago del Estero la estructura de la dirección se dividía en un jefe sanitario de zona y cuatro distritos sanitarios. MASSPN, 1954, pp. 199-200; *Los Principios*, Córdoba, 19/1/54, p. 2.

¹⁸ *Córdoba*, Córdoba, 19/10/50, p. 3; *La Voz del Interior*, Córdoba, 9/11/54, p. 4.

¹⁹ Hacia finales de 1951 renuncia el gobernador de la provincia, Juan Ignacio San Martín, para ocupar el cargo de Ministro de Aeronáutica de la Nación.

²⁰ *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, enero 1947, vol. 1; marzo 1947; UNC, 1949, 1954.

²¹ En esa creación estuvieron involucrados otros médicos vinculados con la DGSC como Bernardino Santos Fernández y Leonardo Obeid. Incluso, en la iniciación de ese emprendimiento serían asesorados por Lorenzo García, funcionario nacional en los años cincuenta y director de la Escuela de Sanidad de la Universidad del Litoral, “Dr. Ramón Carrillo”. Entre los primeros docentes, también, estaba María Luisa Aguirre una profesional con una destacada trayectoria en la función pública entre los años treinta y cincuenta (Castro Troschi y Martínez, 2005).

Urrutía, a cargo del rectorado de la Universidad Nacional de Córdoba en 1948, trabajó como médico militar y ejerció el cargo de director del Hospital Militar (UNC, 1952).

Los burócratas nacionales en Córdoba contaban, entonces, con distintos perfiles y procedencias profesionales. Compartían en cambio algunos atributos como su adhesión al peronismo y, en muchos casos, su pertenencia simultánea a la administración pública provincial y nacional. En las siguientes páginas analizo más detenidamente ambas cuestiones.

Uno de los hitos críticos en la conformación de ese grupo profesional fue el efecto disruptivo producido por la política universitaria en el campo médico cordobés. En 1946, el conflicto se consolidó a instancias del desplazamiento de quienes habían sido profesionales centrales durante las entreguerras como Sayago, Agustín Caeiro, Temístocles Castellanos y Severo Amuchástegui.²² En ese contexto, parte de la elite médica se volvió antiperonista e intentó gestar trayectorias alternativas a las dependencias estatales mediante viajes²³ y la conformación de espacios privados de investigación y trabajo.²⁴

Las pujas políticas al interior del campo médico se trasladaron a las reparticiones estatales. Durante esos años, se realizaron acusaciones por la incidencia de criterios políticos en los nombramientos estatales²⁵ y se denunció públicamente a quienes ocuparon cargos vacantes por razones políticas.²⁶ En lo que hace a las agencias nacionales, se produjeron conflictos públicos por designaciones arbitrarias en la Cátedra de Pediatría de la Universidad y en el Instituto Cardiológico.²⁷ En el ámbito del Estado provincial, sus autoridades eran enfáticas respecto a la importancia de los criterios partidarios en el reclutamiento y retención de empleados. Para 1946, legisladores oficialistas afirmaban que los ministros tenían la prerrogativa de remover al personal políticamente adverso y eliminar a los “enemigos de la Revolución”.²⁸ Y, para 1952, el gobernador de la provincia afirmaba que “todo el personal de la administración en el aspecto político debe pensar lo mismo que sus gobernantes.”²⁹

Al margen del extendido uso de la confianza partidaria como criterio de reclutamiento local de las agencias nacionales y provinciales,³⁰ es necesario reconocer que los médicos fueron un núcleo importante de la dirigencia peronista que lideró el poder político cordobés en los años cincuenta. En su mayoría procedentes de la Unión Cívica Radical Junta Renovadora, los médicos ocuparon posiciones claves dentro del gobierno provincial como la gobernación, con Atilio Antinucci primero³¹ y Raúl Lucini después.³² Asimismo, el personal cordobés de la DGSC tuvo una activa militancia partidaria. Antonio Llorens fue legislador durante los años cuarenta (1946-1947) y conformó junto a Adela Montenegro de Llorens la Junta Central de los Centros Femeninos de Ayuda Social (Spinetta, 2017). Para los años cincuenta, Llorens, Ricardo Zaldarriaga y Bernardino Santos Fernández integraban el Comando Ejecutivo del Departamento de Asistencia y Acción Social del Partido Peronista de Córdoba junto a otros médicos

²² Algunos de los que fueron restituidos en sus cargos en 1955 fueron: Alberto Urrets Zavalía, Guillermo Stuckert, Juan Martín Allende, Gumersindo Sayago, Tomas Villafañe Lastra, Luis Moreyra Berman, Raúl Velo de Ipola, Severo Amuchástegui, Enrique Moisset de Espanes, Jorge Orgaz, Gabriel Oddone, José Pérez, Antonio Sartori e Issacc Wolaj. *La Voz del Interior*, Córdoba, 6/11/55, p. 6.

²³ En la revista del Círculo Médico de Córdoba se describían las vinculaciones con establecimientos hospitalarios chilenos en donde jóvenes médicos hacían sus prácticas, “quienes más que becarios eran expatriados pues o se les impedía la entrada en nuestros hospitales, o se les imponía subordinaciones que un espíritu libre no podía aceptar” (Pereira, 1955, p. 376).

²⁴ Ejemplo de ello fueron el Centro de Atención Social de la Tuberculosis, el Instituto de Investigación Médica “Mercedes y Martín Ferreyra” y el Hospital Privado de Córdoba.

²⁵ En 1950, la Federación Médica de Córdoba enviaba una nota al gobierno provincial demandando que los cargos, en el recientemente creado Ministerio de Salud Pública provincial, se asignaran mediante concurso público porque “Hasta el presente todas las designaciones se han realizado por nombramientos directos, donde se ha tenido en cuenta, no la capacidad de los beneficiados, sino sus vinculaciones amistosas o políticas” *Revista del Colegio Médico*, 1950, p. 19.

²⁶ El Colegio Médico denunciaba a sus socios que ocupaban en la provincia los cargos de médicos cesanteados (*La Voz del Interior*, Córdoba, 29/11/46, p. 7).

²⁷ *Los Principios*, Córdoba, 23/11/51, p. 2; *La Voz del Interior*, Córdoba, 18/4/52, p. 4.

²⁸ *Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados de la Provincia de Córdoba*, 1946, p. 162.

²⁹ *La Voz del Interior*, Córdoba, 4/6/52, p. 4.

³⁰ De acuerdo con lo que hemos analizado en otra parte, los gobiernos cordobeses que se sucedieron entre 1930 y 1955 tuvieron como práctica recurrente adoptar criterios partidarios en la designación y permanencia del personal sanitario (Ortiz Bergia, 2022).

³¹ Antinucci fue electo senador provincial en 1946 y asumió la gobernación por acefalía luego de la renuncia de Juan Ignacio San Martín y de la muerte del vicegobernador Bernardo Pío Lacasse (1950). Luego de su breve período como gobernador fue electo senador nacional por Córdoba por el período 1952-1958.

³² Raúl Lucini fue diputado provincial entre 1946 y 1947, fue elegido diputado nacional en 1948 y electo gobernador de la provincia para el período 1952-1956.

provinciales.³³ Por su parte, Leonardo Obeid, docente universitario y asesor de la DGSC, fue diputado nacional en 1946 y se lo designó comisionado de la ciudad de Córdoba en 1954. Por lo tanto, algunos de los médicos asociados a la DGSC eran cuadros tanto técnicos como políticos del partido a nivel local.

Además de cargos partidarios, los profesionales integrantes de la DGSC circularon por otras entidades vinculadas a la órbita de las organizaciones peronistas. A inicios de los años cincuenta, se organizaron como Asociación Gremial de Médicos Empleados del Estado, entidad presidida por Llorens y conformada por médicos provinciales y nacionales con la finalidad de “defender los derechos e intereses gremiales, y sustentar con autoridad y firmeza, los principios fundamentales de la Constitución Nacional y los de la doctrina Justicialista”.³⁴

Los profesionales integrantes de la DGSC también compartieron emprendimientos médicos privados de filiación peronista. Varios trabajaron de manera voluntaria o por honorarios en hospitales y servicios sindicales. José Verna integró el plantel del Policlínico “Eva Perón” perteneciente al gremio de los bancarios³⁵ y atendió los consultorios de la CGT junto a otros profesionales como el director de la DGSC Miguel Vocos, el director del Instituto Cardiológico Nacional, Miguel Manzur, médicos nacionales como Santiago Conti y Cajal así como provinciales como Antonio Sánchez Leite, Roberto Carena y Armando Bustos.³⁶ Esa circulación de los médicos vinculados a la DGSC por ese conjunto de instituciones estatales, políticas y sindicales permite reconocer tanto su integración a la dinámica política y profesional local como su identificación y participación activa dentro del movimiento peronista.

Ahora bien, otro rasgo importante compartido por muchos de los médicos que conformaron la DGSC fue su alternancia entre cargos dependientes de las agencias sanitarias provinciales y nacionales. Ese fue el caso de Roberto Villafañe Centeno quien desde 1916 ejerció como inspector de Higiene de la provincia de Córdoba, médico del Consejo Nacional de Educación, médico pediatra del Dispensario Cardiológico Nacional de Córdoba, secretario de la Delegación de Salud Pública de la Nación, director de Salud Pública de la provincia³⁷ y director de Medicina Infantil de la DGSC.³⁸

José Verna también se identificó por esta convivencia entre la administración provincial y nacional. Verna fue médico del hospital de beneficencia Tránsito Cáceres de Allende y máxima autoridad sanitaria provincial en 1947 y nuevamente en 1952. Luego su sucesor lo nombró responsable de la Dirección de Lucha Antituberculosa Provincial con carácter *ad honorem*. En lo que hace a la Nación, trabajó en el Sanatorio Santa María, en el Centro de Vías Respiratorias, fue asesor de la DGSC y su vicedirector en 1954. Vinculado a José Verna, hizo su carrera Carlos Ludueña Funes quien trabajó en el Centro de Exámenes Periódicos de la Población de la Nación en 1949 y en 1952 simultáneamente fue director General de Salud Pública provincial, director del Hospital Tránsito Cáceres de Allende y médico fisiólogo de la Nación. Al año siguiente asumió el cargo de jefe de Acción Directa Regional en la DGSC.

La trayectoria de estos médicos peronistas no fue excepcional en el contexto subnacional dado que la existencia de una “burocracia compartida” ha sido identificada en otras jurisdicciones como Jujuy, en donde los médicos repartieron sus jornadas entre las dependencias nacionales y provinciales (Jerez, 2016). El multiempleo habría sido un rasgo recurrente de los profesionales médicos con cargos en el Estado en donde lo más común era la jornada reducida. Sin embargo, lo que resulta llamativo de la DGSC fue que esa multiplicidad de inserciones laborales involucrara dos espacios institucionales definidos por su rol de manera simultánea como gestores técnicos y administrativos de la política sanitaria nacional y provincial. En otras palabras, una misma persona ejerció la autoridad delegada en dos niveles estatales contemporáneamente.

Un caso paradigmático fue el de Antonio Llorens quien estuvo a cargo al mismo tiempo de la Dirección de Medicina Sanitaria de la DGSC y de la misma dirección en el Ministerio

³³ Córdoba, Córdoba, 7/4/53, p. 3.

³⁴ *Los Principios*, Córdoba, 25/2/51, p. 3.

³⁵ *Los Principios*, Córdoba, 1/6/52, p. 2.

³⁶ *Los Principios*, Córdoba, 6/6/54, p. 2.

³⁷ Fue designado en el cargo durante la intervención federal de 1948. AGPC, Ministerio de Gobierno, 1948, t. 2, 3/7/48, f. 117r.

³⁸ *La Voz del Interior*, Córdoba, 9/11/54, p. 4.

María José Ortiz Bergia

Provincial de Salud Pública y Asistencia Social. Como consecuencia, cuando esas agencias efectuaron campañas sanitarias conjuntas, Llorens ejerció una doble representación. Así, en la campaña contra la enfermedad de Chagas en 1954, la prensa informaba que se habían realizado estudios sobre el grado de infestación “por intermedio de la Central de Medicina Sanitaria de la Dirección General de Sanidad del Centro del Ministerio de Salud Pública de la Nación y Dirección de Medicina Sanitaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la Provincia, organismos ambos a cargo del doctor Antonio P. Llorens.”³⁹ Por lo tanto, en Llorens recaía la responsabilidad de decidir la agenda, el diseño y la implementación de las políticas de medicina sanitaria de las agencias nacionales y provinciales en Córdoba. Esa burocracia compartida implicaba, entonces, que las mismas personas ejercían cargos con competencias semejantes en dos jurisdicciones estatales distintas.

Algunos indicios permiten suponer que esa burocracia compartida no constituyó un fenómeno azaroso. Varios de los integrantes de la DGSC compartieron ese atributo. Tal como se ve en la siguiente tabla, Antonio Llorens, Ludovico Bussaglia, Ricardo Zaldarriaga, José Verna, Luis A. Vita y Bernardino Santos Fernández ejercieron durante el mismo período cargos similares en la Dirección Nacional y en el Ministerio provincial.

Tabla 1. Funcionarios provinciales y nacionales en Córdoba, 1943-1955

Médico	Año	Cargo nacional	Cargo provincial
Ludovico Bussaglia	1954	Jefe Regional de Acción Odontológica Asistencial	Sub Jefe del Departamento Odontológico
César Cuestas Carnero	1947		Sección Asistencia Médico Social
	1948	Centro Exámenes Periódicos de la Población	Secretario General de Salud Pública
	1949	Centro Exámenes Periódicos de la Población	
	1951	Director del Centro Exámenes Periódicos de la Población	
Antonio Llorens	1944		Director Internado Dermatológico
	1952		Jefe sección Profilaxis
	1953/5	Jefe de la Central de Medicina Sanitaria	Director Medicina Sanitaria
Carlos Ludueña Funes	1951	Centro Exámenes Periódicos de la Población	
	1952	Médico Tisiólogo	Director del Hospital Tránsito Cáceres de Allende – Director General de Salud Pública
	1953	Jefe de Acción Directa Regional	Director del Hospital Tránsito Cáceres de Allende
Bernardino Santos Fernández	1953	Jefe de la Central de Medicina Social	Secretario Técnico de Medicina Sanitaria
	1954	Jefe de la Central de Medicina Social	Jefe del departamento de planificación prov
	1955	Jefe de la Central de Medicina Social	Subdirector de la Dirección de Medicina Social
José Verna	1947		Presidente CPH
	1950	Director del Centro de Vías Respiratorias	Director de la Lucha Antituberculosa

³⁹ *Los Principios*, Córdoba, 25/1/54, p. 2.

	1951	Director del Centro de Vías Respiratorias // Director División de Tisiología // Decano de la FCM-UNC	Director de la Lucha Antituberculosa
	1952	Asesor Técnico	Ministro de Salud Pública
	1953	Sub Director General de Sanidad del Centro	Director de la Lucha Antituberculosa
	1954-5	Sub Director General de Sanidad del Centro // Delegado interventor FCM-UNC	Director de la Lucha Antituberculosa
Luis A. Vita	1945		Jefe de Medicina Veterinaria
	1953	Médico Asesor	
	1954	Jefe de campañas sanitarias	División de Zoonosis
	1955	Jefe de la División Zoonosis	
Ricardo Zaldarriaga	1950	Dirección de Higiene y Medicina Infantil	
	1952	Médico Inspector	
	1953/54	Inspector Médico Regional	Director de Medicina Asistencial

Elaboración propia. Fuentes: *La Voz del Interior*, Córdoba, 1943-1955; *Los Principios*, Córdoba, 1943-1955; AGPC, Ministerio de Gobierno, 1943-1949; *Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba*, 1943-1955; AGPC, Ministerio de Gobierno, serie decretos de salud, 1949-1955.

Asimismo, esa política de reclutamiento se replicó en los criterios de elección de otro tipo de cargos técnicos de la DGSC. El arquitecto Nicolás Juárez Cáceres fue un representante destacado de la Dirección de Arquitectura de la Provincia de Córdoba en los años treinta y, desde la construcción del Hospital Córdoba (1942), se especializó en arquitectura hospitalaria.⁴⁰ En los años cincuenta, Juárez Cáceres ejerció su cargo en la provincia mientras ocupó la jefatura de la sección construcciones de la DGSC.⁴¹

Las mismas autoridades locales dejaban entrever que esa política de reclutamiento burocrático era buscada intencionalmente. Entre los argumentos utilizados para nombrar a José Verna como director de Tisiología de la provincia, el decreto de designación destacaba tanto su actuación en la cátedra universitaria como su posición en la DGSC. A través del nombramiento de Verna existía la ambición de que el nuevo organismo alcanzara sus objetivos mediante “una adecuada como efectiva coordinación en íntima relación con los organismos sanitarios nacionales o municipales”.⁴²

Lo que resulta difícil discernir es si esta captura de las administraciones provinciales y nacionales por un mismo grupo político y profesional constituyó un esquema intencionalmente gestado por los funcionarios nacionales desde Buenos Aires, el resultado involuntario del aislamiento político peronista entre los profesionales liberales en Córdoba, una expresión de sus ambiciones por acaparar posiciones de poder o de las estrategias de las elites provinciales en un contexto de intensa concentración del poder político. En cualquiera de esos casos, como veremos en el siguiente apartado, la creación de esa burocracia compartida generó las condiciones estatales adecuadas para implementar la mentada centralización de la autoridad sanitaria en la provincia mediterránea.

Las intervenciones de la Dirección General de Sanidad del Centro en Córdoba

Durante los años cincuenta, la DGSC desarrolló una labor muy intensa. En lo que hace a la medicina asistencial, su responsabilidad consistió en controlar los consultorios externos, los hospitales y los centros de salud de jurisdicción nacional en Córdoba y en las provincias de

⁴⁰ Nicolás Juárez Cáceres constituyó un arquitecto de destacada trayectoria en Córdoba vinculado a la arquitectura modernista y asociado a obra icónicas de los años treinta como las escuelas sabatinistas. A partir de la construcción del Hospital Córdoba, en 1942, se especializó en arquitectura hospitalaria realizando los proyectos del Hospital Rawson y secciones del Hospital San Roque. Renunció a su cargo como Jefe del Departamento de Ingeniería Sanitaria del Ministerio de Salud Pública de la Provincia en 1962 (Bustamante, 1988, p. 49).

⁴¹ *La Voz del Interior*, Córdoba, 23/2/53, p. 4.

⁴² *La Voz del Interior*, Córdoba, 26/9/52, p. 5.

Santiago del Estero y La Rioja. La agencia llegó a ejercer su autoridad sobre un hospital central y otro regional, tres vecinales, uno local y cinco rurales. También administraba tres Centros Sanitarios, 14 Centros de Salud, el Instituto Nacional de Puericultura y el Hospital Climático de Termas de Río Hondo. La zona contaba con cerca de 1.484 camas de internación policlínica y 240.428 consultas anuales (MASSPN, 1954). Dependiente de la Dirección General de Sanidad del Centro, además, existían una serie de servicios de consulta médica como el Centro Sanitario, el Servicio de Vías Respiratorias, el Servicio de Exámenes Periódicos de la Población, el Servicio de Higiene Social y el Servicio de Reconocimientos Médicos de la Administración Pública (MSPN, 1954). En el caso cordobés, la infraestructura hospitalaria bajo control de la DGSC implicaba casi un quinto de las camas totales de la jurisdicción. Al interior de esa red asistencial, la Dirección asumió la responsabilidad de asegurar el control financiero, técnico y administrativo de los servicios. Incluso, el gobierno provincial autorizó al director de DGSC y al inspector regional a asumir esa tarea “a solo título informativo” en los hospitales subnacionales.⁴³

Los funcionarios de la Dirección además tuvieron una intervención activa en la llamada “medicina sanitaria” a tono con las directivas emanadas por el Ministerio Nacional que buscaba asegurar una “conciencia sanitaria nacional” (Carrillo, 1975, p. 85).⁴⁴ Así pues, la agencia desde su conformación adoptó como una de sus principales funciones organizar y promover las campañas dedicadas a la “medicina de la salud” con la atención de la niñez, la edad pre escolar, la maternidad, el trabajo y el deporte.⁴⁵ Para ello, la oficina organizó programas de conferencias en escuelas, fábricas y reparticiones estatales que se multiplicaron en determinadas fechas como la Semana del Trabajo, el día de la Higiene Social y la Semana del Cáncer.

La dinámica de esas intervenciones consistía en organizar un público particular en su ambiente natural: la oficina estatal, la escuela o la fábrica. Según Rafael Garzón, asesor de la DGSC, en estos actos de “divulgación profiláctica” “el público ha sido seleccionado en grupos que guardan un mismo nivel cultural, a fin de adoptar las conferencias ilustradas con películas cinematográficas, de acuerdo al estado particular de cada ambiente.” La Dirección Nacional de Higiene Social denominaba a estas acciones “actos de educación colectiva”, en los que se pasaban películas, propaganda mural, se entregaban cartillas explicativas a cada concurrente, para luego dar lugar a la charla de un médico (Garzón, 1952, p. 3).

La intervención estatal en el tratamiento de la Hidatidosis muestra la amplia batería de instrumentos implementados en estas actividades. La campaña involucró censos, vacunaciones, controles y desparasitación de animales, junto a una intensa labor de educación sanitaria: “la prensa en sucesivos artículos; las radiodifusoras locales con disertaciones breves; el reparto de prospectos, volantes explicativos y afiches murales, los cuales versarán sobre la Hidatidosis, causa, síntomas, propalación, profilaxis, etcétera.” El material también se difundió entre las intendencias municipales, escuelas, sindicatos y fábricas. La tarea de divulgación se completó con el dictado de conferencias por funcionarios encargados de la medicina sanitaria y la división de zoonosis.⁴⁶

Pero en el despliegue de estas acciones la DGSC no actuaba sola, sino que coordinaba sus actividades con sus pares subnacionales. Las tres jurisdicciones –nación, provincia y municipios– intervenían de manera concurrente en la implementación de estos programas. Para 1954, las metas eran fijadas de manera cuatrimestral por el Ministerio de Salud Pública Nacional, o así se intentaba transmitirlo a través de la prensa periódica:

Nuevos actos de Cultura Sanitaria se realizarán en el día de hoy organizados por la Dirección General de Sanidad del Centro del Ministerio de Salud Pública de la Nación en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la Provincia en cumplimiento de los propósitos esenciales contenidos en el

⁴³ *La Voz del Interior*, Córdoba, 20/2/52, p. 5.

⁴⁴ La historiografía ha aseverado que esa centralidad de la medicina preventiva constituyó una estrategia de posicionamiento del Ministerio para los años cincuenta. Así pues, el Ministerio de Salud Pública de la Nación impulsó la “medicina sanitaria” como una política tendiente a sostener su presencia pública en un contexto de reducción presupuestaria y de competencia con la Fundación Eva Perón y los sindicatos (Ramacciotti, 2009).

⁴⁵ *Los Principios*, Córdoba, 1/7/50, p. 4.

⁴⁶ *Los Principios*, Córdoba, 22/3/54, p. 2.

Segundo Plan Quinquenal de la Nación y Plan Cuatrimestral para 1954 elaborado por el Ministerio de Salud Pública de la Nación, doctor Ramón Carrillo.⁴⁷

En poco menos de un lustro, la DGSC, el Ministerio provincial y los municipios llevaron a cabo un programa muy extenso de medicina sanitaria a través del impulso dado a la revacunación antivariólica (1950, 1953, 1954, 1955),⁴⁸ la realización de un catastro sanitario de la población de la capital (1951, 1953),⁴⁹ la reevacuación y la ejecución del programa chagásico en el norte cordobés (1952),⁵⁰ de los programas de dedetización (1951, 1955),⁵¹ desratización (1952)⁵² y desinfección general,⁵³ la campaña contra las enfermedades transmisibles,⁵⁴ la campaña de educación sanitaria, catastro tuberculínico, chagásico, vacunación antidiftérica y censo de lisiados del interior provincial,⁵⁵ el plan de lucha contra la rabia y la hidatidosis a través de difusión sanitaria, censo canino, vacunación y desparasitación,⁵⁶ el plan de difusión y cultura sanitaria en las escuelas de la provincia.⁵⁷

Las tres jurisdicciones coordinaron esas acciones a través de distintos mecanismos. Para 1953 se hacía referencia a que todos los miércoles se reunían los referentes de la provincia, la Nación y el municipio de la capital para resolver los problemas sanitarios de la jurisdicción.⁵⁸ Pero hacia finales de ese año quedó conformado de manera permanente un Comité de Lucha contra las Enfermedades Transmisibles involucrado en el control de las afecciones infectocontagiosas.⁵⁹

De todos modos, la coordinación se vio facilitada producto de la existencia de esa burocracia compartida analizada en el apartado anterior. Para realizar una campaña sanitaria en las ciudades cordobesas de Marcos Juárez y Leones había sido

...designada una comisión médica integrada por el sub director general de Sanidad del Centro, profesor doctor José F. Verna; jefe de la Central de Medicina Sanitaria y director de Medicina Sanitaria de la Provincia, doctor Antonio P. Llorens; jefe de Central de Medicina Social y secretario técnico de Medicina Sanitaria de la Provincia, doctor Benardino Santos Fernández...⁶⁰

Tres meses después, en el departamento Eva Perón (ex Pocho) dos funcionarios realizaron una campaña odontológica encarnando simultáneamente a Nación y provincia:

Del examen buco-dental llevado a cabo en la población escolar, personalmente por el director de Medicina Sanitaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y jefe de la Central de Medicina Sanitaria del Ministerio de Salud Pública de la Nación, doctor Antonio P. Llorens y el jefe regional de Acción Odontológica Asistencial del Ministerio de Salud Pública de la Nación y sub-jefe del Departamento de Salud Pública y Asistencia Social de la Provincia, doctor Ludovico Bussaglia...⁶¹

⁴⁷ *Los Principios*, Córdoba, 16/2/54, p. 2.

⁴⁸ *La Voz del Interior*, Córdoba, 10/12/50, p. 7; *Los Principios*, Córdoba, 29/1/54, p. 2; 17/11/54, p. 2; 28/3/55, p. 2; *Córdoba*, Córdoba, 17/9/53, p. 4.

⁴⁹ *La Voz del Interior*, Córdoba, 19/7/51, p. 7, *Córdoba*, Córdoba, 19/1/53, p. 3.

⁵⁰ *Córdoba*, Córdoba, 19/1/52, p. 3.

⁵¹ *La Voz del Interior*, Córdoba, 20/12/51, p. 5; 2/2/55, p. 4.

⁵² *La Voz del Interior*, Córdoba, 5/11/52, p. 6.

⁵³ *Los Principios*, Córdoba, 22/4/53, p. 2.

⁵⁴ *Los Principios*, Córdoba, 20/12/53, p. 2.

⁵⁵ *Los Principios*, Córdoba, 29/1/54, p. 2; *La Voz del Interior*, Córdoba, 7/2/54, p. 4; *Los Principios*, Córdoba, 29/1/55, p. 2.

⁵⁶ *La Voz del Interior*, Córdoba, 23/3/54, p. 6; 2/4/54, p. 6.

⁵⁷ *La Voz del Interior*, Córdoba, 3/6/54, p. 4.

⁵⁸ “Ayer tarde alrededor de las 17 horas, y como lo hace todos los miércoles, se reunió en el despacho del ministro de salud pública de la provincia, la comisión que integran representantes del ministerio de salud pública provincial, nacional y de la secretaria de salud pública de la comuna, tratándose en el curso de la misma diversos asuntos de interés público relacionados con la preservación de la salud de la población y la adopción de medidas profilácticas contra las enfermedades estivo-otoñales.” *Córdoba*, Córdoba, 2/4/53, p. 3.

⁵⁹ *Los Principios*, Córdoba, 20/12/53, p. 2.

⁶⁰ *Los Principios*, Córdoba, 29/1/54, p. 2.

⁶¹ *Los Principios*, Córdoba, 2/4/54, p. 3.

Ese solapamiento de representaciones en agentes como Llorens y Bussaglia facilitaba la coordinación al eliminar la autonomía existente entre ambas jurisdicciones y reducir la controversia o la disputa en torno a la agenda, el diseño y la implementación de las políticas sanitarias.

La existencia de esa burocracia compartida permitía asegurar la transmisión de los planes nacionales, la adhesión activa de las agencias subnacionales y la centralización de la autoridad sanitaria. Por lo tanto, uno de los principales mecanismos de coordinación interjurisdiccional de las políticas sanitarias fue la actividad desplegada por un grupo de profesionales con una fuerte identificación con la gestión política oficialista y participación simultánea en puestos políticos claves nacionales y provinciales.

Conclusiones

Durante los primeros años del gobierno peronista (1946-1949), la actuación de la Secretaría de Salud Pública de la Nación en Córdoba implicó un quiebre respecto a la trayectoria que había tenido el Departamento Nacional de Higiene en la jurisdicción durante la primera mitad del siglo XX. El traspaso de los servicios de la Comisión Nacional de Asilos y Hospitales Regionales y la creación de algunos establecimientos de salud ambulatorios le otorgaron una presencia institucional inédita en la provincia. De todos modos, la SSPN contó con una cuota reducida de autoridad sobre las políticas sanitarias cordobesas.

En contraposición, a partir de los años cincuenta, el Ministerio de Salud Pública de la Nación tuvo una participación distinta en la provincia mediterránea. En esos años, su accionar se concentró en promover una activa política de medicina sanitaria, que permitió instalar la problemática en la agenda pública y concentrar el dinamismo de las agencias cordobesas. Esto incentivó la planificación e implementación de numerosas campañas dirigidas a prevenir diversas afecciones. A su vez, a partir de esa década, la repartición nacional también se destacó por el ejercicio de una nueva autoridad sobre la estructura sanitaria de la jurisdicción. La oficina bajo las órdenes de Ramón Carrillo logró incidir sobre el diseño de la agenda, la agencia y las políticas sanitarias cordobesas.

Ahora bien, en este trabajo he intentado profundizar en el análisis de este último proceso a través de un estudio más detallado sobre el desenvolvimiento de las oficinas nacionales en el espacio local. Para ello, he ahondado en la actuación de la Dirección General de Sanidad del Centro y su responsabilidad en la gestación de esa centralización de la autoridad sanitaria. Al respecto, es posible reconocer cómo la instalación permanente de la DGSC otorgó al Ministerio nacional un brazo operativo a nivel local y sirvió de exitosa correa de transmisión de las directivas nacionales entre las reparticiones subnacionales. Sin embargo, esa coordinación interjurisdiccional no solo se implementó mediante la sanción de leyes y la realización de planes y acuerdos formales, sino también de la instrumentación de arreglos más bien informales, producto de la acción de determinadas personalidades y de sus vínculos sociales, profesionales y políticos. El caso de la DGSC muestra cómo la centralización de la autoridad sanitaria dependió en parte del accionar de un grupo de profesionales locales caracterizados por su identificación con el peronismo y su pertenencia simultánea a la administración nacional y provincial.

Bibliografía

- Alonso, P., y Bragoni, B. (2015). *El sistema federal argentino: Debates y coyunturas (1860-1919)*. Buenos Aires: Edhasa.
- Álvarez, A. (2010). *Entre muerte y mosquitos: El regreso de las plagas en la Argentina (siglos XIX y XX)*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Bacolla, N. C. (2016). Nuevas capacidades estatales para una sociedad transformada. *Trabajos y Comunicaciones*, 44. Recuperado de: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/56220>
- Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX: Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores Argentina.
- 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), 257-288. DOI: <https://doi.org/10.3989/aeamer.2007.v64.i1.40>

- Biernat, C. (2015). Interferencias políticas e interinstitucionales al proyecto de centralización de la administración sanitaria nacional (1943-1945). *Anuario del Instituto de Historia Argentina*, 15. Recuperado de: <https://www.anuarioiha.fahce.unlp.edu.ar/article/view/IHAn15a11>
- Biernat, C., y Ramacciotti, K. (2013). *Crecer y Multiplicarse: La Política Sanitaria Materno-infantil: Argentina 1900-1960*. Buenos Aires: Biblos.
- Biernat, C., y Ramacciotti, K. I. (2016). Dossier: Nación, provincias y municipios en la centralización del sistema sanitario argentino, 1900-1955. *Trabajos y Comunicaciones*, 44. Recuperado de: <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/library?a=d&c=arti&d=Jpr7507>
- Bolcatto, V. G. (2019). *La centralización sanitaria santafesina 1932-1935 (Maestría en Ciencias Sociales)*. Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral.
- Bragoni, B., y Míguez, E. J. (2010). *Un nuevo orden político: Provincias y estado nacional, 1852-1880*. Buenos Aires: Biblos.
- Bragoni, B., Cucchi, L., y Lanteri, A. L. (Eds.). (2021). *Las tramas del poder: Instituciones, liderazgos y vida política en la Argentina del siglo XIX*. Mendoza: INCIHUSA. Recuperado de: <http://incihusa.mendoza-conicet.gob.ar/jspui/handle/9999/551>
- Bustamante, J. L. (1988). La obra del Arq. Nicolás Juárez Cáceres en Córdoba. *DANA*, 26, 43-51.
- Carrillo, R. (1975). *Planes de salud pública, 1952-1958*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Castro Troschi, R. A. y Martínez, G. (2005). La Escuela de Salud Pública: sus orígenes. *Revista de Salud Pública*, IX (2), 79-82.
- Cucchi, L. (2015). El Estado nacional en las provincias: El Juzgado Federal de Córdoba en la antesala de 1880. En: P. Alonso y B. Bragoni (Comp.). *El sistema federal argentino: Debates y coyunturas (1860-1919)* (pp. 177-198). Buenos Aires: Edhasa.
- Dirección General de Sanidad del Centro (1952). *Antibióticos y quimioterápicos. Aplicación clínica*. Córdoba.
- Di Liscia, M. S. (2007a). Dificultades y desvelos de un Estado interventor. Instituciones, salud y sociedad en el interior argentino. La Pampa, 1930-1946. *Anuario IEHS*, 22, 93-123.
- Di Liscia, M. S. (2017b). Del brazo civilizador a la defensa nacional: Políticas sanitarias, atención médica y población rural (Argentina, 1900-1930). *Historia Caribe*, XII (31). DOI: <https://doi.org/10.15648/hc.31.2017.6>
- Falleti, T. G. (2010). *Decentralization and Subnational Politics in Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fernández, M. E. (2017). *La salud: Instituciones, espacios y actores*. Gobierno de Tucumán.
- Fernández, M. E., y Rosales, M. del C. (2016). Trayectorias locales y proyecciones nacionales en el proceso de centralización sanitaria en Tucumán (1900-1950). *Trabajos y Comunicaciones*, 44. Recuperado de: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/56221>
- Garzón Rafael (1952). Plan de Coordinación de la lucha antivenérea en la Provincia de Córdoba. *Revista de la FCM*, 10 (1-2), 3-36.
- González Leandri, R. (2004). El Consejo Nacional de Higiene y la consolidación de una elite profesional al servicio del Estado. Argentina, 1880-1900. *Anuario de Estudios Americanos*, 61(2), 571-593. DOI: <https://doi.org/10.3989/aeamer.2004.v61.i2.133>
- Hirschegger, I. (2016). La Salud Pública frente a un Estado centralizado: Establecimientos y servicios asistenciales en la provincia de Mendoza durante el primer peronismo. *Trabajos y Comunicaciones*, 44. Recuperado de: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/56234>
- Hirschegger, I. (2018). El sistema sanitario durante neoconservadurismo en Mendoza: Problemas y propuestas de cambio entre 1932 y 1943. *Anuario del Instituto de Historia Argentina*, 18(2), e078. Recuperado de: <https://www.anuarioiha.fahce.unlp.edu.ar/article/view/AIHAE078>
- Jerez, M. (2016). La política sanitaria del peronismo en Jujuy (1946-1952): Emilio Navea y la transformación del sistema de salud pública. *Trabajos y Comunicaciones*, 44. Recuperado de: <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/library?a=d&c=arti&d=Jpr7512>
- Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación (1954). *Síntesis Estadística de la labor realizada por los establecimientos médico-asistenciales de dependencia nacional y provincial*. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud Pública de la Nación (1952). *Memoria correspondiente al período junio 1946 a mayo 1952*. Departamento de Talleres Gráficos, Buenos Aires.
- Ministerio de Salud Pública de la Nación (1954). *Estructura, Organización y Funciones. Guía permanente de establecimientos, servicios y distritos sanitarios*. Buenos Aires.
- 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. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/quisol/v16n1/v16n1a05.pdf>
- Ortiz Bergia, M. J. (2022). *La salud como problema provincial. Políticas públicas y estado subnacional en Córdoba, Argentina, 1930-1955*. Buenos Aires: Biblos en prensa.
- Pereira Julio (1955). Memoria anual y balance. *Revista Médica de Córdoba*.
- Perón, J. D. (1950). *Habla en el acto de clausura de la Conferencia de Gobernadores de Provincias y Territorios Nacionales*, Buenos Aires.
- Ramacciotti, K. (2009). *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires: Biblos.
- Secretaría de Salud Pública de la Nación. (1947). *Plan analítico de salud pública*. Buenos Aires.
- Spinetta, M. (2017). Una aproximación a la participación política femenina: entre los Centros Cívicos y la primera constitución del Partido Peronista Femenino (Córdoba, 1946-1949), *Cuadernos de Historia. Serie Economía y Sociedad*, 19. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/cuadernosdehistoriaeys/article/view/21287/30886>

María José Ortiz Bergia

Universidad Nacional de Córdoba (1948). *Acto de toma de posesión del Rectorado por el Prof. Dr. José M. Urrutia*. Córdoba.

Universidad Nacional de Córdoba (1949). *Temas de fisiología*. Córdoba.

Universidad Nacional de Córdoba (1954). *Temas de fisiología*. Córdoba.

Publicaciones periódicas

Archivos de la Secretaría de Salud Pública, Buenos Aires

Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba, Córdoba

Córdoba, Córdoba

Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados de la Provincia, Córdoba

La Voz del Interior, Córdoba

Los Principios, Córdoba

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, Córdoba

Revista del Colegio Médico, Córdoba

Recepción: 14/03/2022

Evaluado: 02/05/2022

Versión Final: 30/05/2022