

ARTÍCULOS

El bienestar social durante el peronismo clásico. La expansión de los servicios de salud hacia las áreas rurales de los municipios de la provincia de Mendoza (1946-1955)

Ivana Hirschegger

[CONICET](#)

ivanah@mendoza-conicet.gov.ar

The social welfare during the classic Peronism. The expansion of health services to rural areas of the municipalities in the province of Mendoza (1946-1955)

Resumen

Con la llegada del peronismo al gobierno se produjeron reformas en relación a la organización y funcionamiento del sistema de salud pública. Pero más allá de sus éxitos o fracasos, el cuidado y la preservación de la salud de la población, incluyendo la de las zonas más apartadas y atrasadas del interior del país, fue una de las metas principales del gobierno de Juan Domingo Perón. A partir de esto, nuestro objetivo central es estudiar las políticas sanitarias en los municipios de la provincia de Mendoza durante el período 1946-1955, atendiendo a dos aspectos: el primero de ellos, relacionado con el rol del gobierno nacional y provincial en la ejecución de esta política pública, y el segundo, con los resultados, logros y efectos de la misma en los departamentos mendocinos. Este estudio empírico, en el cual se cotejan programas con resultados, permitirá conocer entonces el real cumplimiento de los objetivos establecidos por el peronismo.

Palabras claves: peronismo; políticas públicas; municipio, salud.

Abstract

With the arrival of the Peronism to the government reforms took place in relation to the organization and functioning of the system of public health. But beyond his successes or failures, the care and the preservation of the health of the population, including that of the most remote and backward zones of the interior of the country, was one of the principal goals of the government of Juan Domingo Perón. From this, our central objective is to study the sanitary policies in the municipalities of the province of Mendoza during the period 1946-1955, attending to two aspects: the first one of them, related to the role of the national and provincial government in the execution of this public politics, and the second one, with the results, achievements and effects of the same one in the departments mendocinos. This empirical study, in which programs are arranged by results, will allow to know then the royal fulfillment of the aims established by the Peronism.

Keywords: peronism; public policies; municipality; health.

Introducción

La presente investigación tiene por objetivo central estudiar las políticas sanitarias y su impacto en los municipios de la provincia de Mendoza durante el período 1946-1955 y pretende constituir un aporte al estudio de la gestión concreta del peronismo en el campo del bienestar social, frente al gran debate abierto en los últimos años, no sólo en torno a la construcción, desarrollo y naturaleza del Estado de Bienestar Argentino (1), sino también en cuanto a las características que adquirió durante el gobierno peronista (Bertranou, et al, 2004; Lvovich y Suriano, 2005). En este debate,



los estudiosos locales de las políticas sociales han señalado los límites del Estado argentino para garantizar la plenitud de los derechos sociales, es decir, dotar de contenidos universales a la ciudadanía social (Suriano, 2004:36). En términos generales, se ha afirmado que si bien el gobierno logró una mejora en las condiciones de vida de la población y que el ámbito de cobertura de bienestar se incrementó notablemente, logrando una mayor "democratización del bienestar", el gobierno sólo llegó a soluciones de alcance parcial y no logró universalizar la política social (Ross, 1993; Torre y Pastoriza, 2002; Andrenacci, 2004).

El cuidado y la preservación de la salud de la población fue una de las principales metas del programa de bienestar social propulsado por el peronismo. La creación de la Secretaría de Salud en el año 1946, transformada en Ministerio en 1949, significó la instrumentación de una serie de medidas orientadas a la ampliación de las competencias y actividades estatales a fin de abarcar de manera integral la atención médica y la asistencia social atendiendo al cuidado médico, curativo, preventivo y social de toda la población sin distinciones, incluyendo a los habitantes de los lugares más olvidados y atrasados del territorio.

La revisión de la literatura referente al período 1946-1955 nos revela que, en relación a las políticas públicas en general y sanitarias en particular, hubo momentos en que se produjo un relativo abandono o desamparo de la población rural en lo que se refiere al cuidado de la salud (Valobra, 2005), no obstante ello, se reconoce también que la política social llevada a cabo por el peronismo tuvo cierto alcance territorial, produciéndose su expansión hacia las zonas más postergadas del interior del país (Neri, 1984; Berrotarán, 2003; Tcach y Macor, 2003; Ramacciotti 2003, Andrenacci, 2004, Valobra, 2005, 2006). Frente a estas afirmaciones nos preguntamos ¿Fueron proyectadas y aplicadas políticas sanitarias en las zonas más atrasadas y apartadas de los municipios de la provincia de Mendoza? ¿Realizó el gobierno peronista acciones tendientes a lograr el bienestar de la población rural? Por otra parte, partiendo de una nueva estructura administrativa que combinaba la centralización normativa, por la cual el Estado nacional unificaba y tipificaba criterios, procedimientos, mecanismos y servicios para todo el país; y la descentralización ejecutiva, por la cual se asignaban competencias y funciones a las provincias y municipalidades, se ha sostenido que, en los hechos, estos niveles de gobiernos lograron tener un papel hegemónico en la ejecución de la política sanitaria (Ross, 1993; Rein, 1998; Torre, 2002; Belmartino, 2005; Plotkin, 2007; Valobra, 2005 y 2006). Con respecto a la provincia de Mendoza esto lleva a plantearnos varios interrogantes ¿Cuál fue el papel del gobierno provincial en la ejecución de esta política social? ¿Cuáles fueron las líneas de acción que lo diferenciaron del gobierno nacional? ¿Cuáles fueron los alcances o limitaciones a esas acciones? (2).

Para el estudio de estas cuestiones se analizarán por una parte, algunas medidas relacionadas con la medicina asistencial, como son la creación y mantenimiento de la infraestructura (hospitales, salas de primeros auxilios, etc.) y prestación de servicios; y por otra, con la medicina

sanitaria y social, reflejadas en las campañas y otras prácticas sanitarias. Además, hemos seguido como estrategia investigativa un estudio de caso, en el cual se consideró primeramente al departamento de San Rafael, ubicado al sur de la provincia. La selección de este departamento se basó en las características propicias que el mismo presentaba ya que se trataba de uno de los núcleos de desarrollo de la provincia, frente al más antiguo formado por la capital y los departamentos aledaños. A la vez, se realizó un análisis comparativo con la provincia tomada en su conjunto y con un municipio de características distintas, como es Lavalle, ubicado en el norte. Se trataba de un departamento totalmente rural y con un relativo atraso socio-económico.

Si bien nuestro objetivo principal es observar la función que asumió el Estado en la expansión territorial de los beneficios sanitarios y su impacto en la salud de la población, realizamos un acercamiento a la relación entre éste y los actores, en este caso, como demandantes de políticas públicas, ya que pensar al peronismo en su vinculación con las sociedades civiles y políticas, permite desentrañar, aunque lo hagamos de manera sucinta, uno de los enigmas más importantes de la época (Acha, 2004:201-202).

1. Breve descripción de los principales aspectos geográficos, humanos y económicos de los departamentos de San Rafael y Lavalle

Presentar algunas de las características de los municipios seleccionados (3) son de vital importancia para observar las diferencias socio-económicas que existieron, y en cierta medida, la necesidad de injerencia estatal en uno y otro departamento.

El departamento de San Rafael, está ubicado en el sur de la provincia de Mendoza (4), y hasta 1950 poseía una extensión territorial de 72.863 km², representando casi la mitad de la Provincia (48%), pues hasta entonces formaba parte del mismo el actual departamento de Malargüe (5). En su territorio se desarrolla la mayor parte del Oasis Sur provincial. El departamento de Lavalle, en cambio, está ubicado en el Norte de la provincia (6) y tiene una superficie de sólo 10.212 Km². Ocupa un espacio marginal en el Oasis Norte provincial.

En cuanto a los recursos hídricos, San Rafael es recorrido por dos ríos: el Diamante y el Atuel (7), cuyos cursos son los más aprovechados de la provincia. Las temperaturas medias anuales (15°) le confieren el carácter de clima continental templado, en general más frío que en el norte. Participa de las características generales de toda la provincia con lluvias insuficientes, lo que no permite cultivos sino mediante riego artificial. Esto hace que la superficie irrigada represente alrededor del 3,5% de todo el departamento y es allí donde se concentra la mayor cantidad de población (95%) (8). Lavalle, pertenece a la Cuenca Hídrica del Río Mendoza, aunque sus condiciones ambientales son más desfavorables, llegando escasamente el agua al departamento dada su ubicación en la parte inferior de la cuenca. Su clima árido influye en la organización territorial y en el asentamiento de la población. Dada también la escasez de precipitaciones, el

espacio se encuentra organizado en función de la red hídrica -red de canales-, que riega solamente el 3% de la superficie departamental (9). El resto de su superficie no regada -que abarca casi 9.900 km²-, es denominada área de secano o popularmente "desierto", donde se asienta una población dispersa. A esta población se la denomina "puesteros", dedicados fundamentalmente a la cría de ganado (caprino, y en menor medida vacunos), y a diferencia del oasis, la organización de éste territorio y su población responden a la distribución de los recursos naturales más importantes para el desarrollo de sus actividades productivas, es decir, pasturas o recursos forrajeros (10).

Según el Censo Nacional de 1947, la población total del departamento de San Rafael alcanzaba a 97.053 habitantes, es decir, el 16% del total provincial (558.231), siendo la zona más poblada del Sur mendocino y la segunda después de la capital de la provincia. A diferencia de San Rafael, Lavalle se encontraba muy poco poblado, representando sólo el 2% de la población total de Mendoza (12.431 habitantes). Otro aspecto a destacar de Lavalle y que lo diferencia de San Rafael es la inexistencia de centros urbanos, es decir, era un departamento totalmente rural, con una población que vivía en forma dispersa, con asentamientos poblacionales que no llegaban a concentrar 2.000 habitantes (11). Por el contrario, en San Rafael, el 37% de la población vivía en zona urbana, existiendo tres centros urbanos importantes: Ciudad, Villa Atuel y Monte Comán (12).

Además de la cantidad y ubicación de la población, las características económicas de la misma, determinadas por la ocupación o medio de vida, naturaleza del establecimiento (industrial o comercial) en la que trabaja, grado de ocupación (medido a través de la PEA), etc. es un indicador través del cual podemos obtener una idea de las demandas de consumo, como así también de las capacidades productivas, es decir, nos brinda un panorama acerca del tamaño del mercado en su doble condición de proveedor de mano de obra disponible para producir bienes y servicios y de consumidores.

La población económicamente activa representaba en cada departamento el 56% del total de población de 14 y más años de edad. En San Rafael, el 9,5% de esta población eran empleados y obreros industriales y otro 9% se dedicaba al comercio. En Lavalle, en cambio, la población dedicada a estas dos actividades era relativamente baja (0,5% y 4% respectivamente). El total de sueldos y salarios percibidos en ambos departamentos fue también completamente diferente, ya que mientras el personal industrial de San Rafael percibía el 13,5% de los sueldos y salarios de toda la provincia, el de Lavalle sólo el 1%. En cuanto al comercio, San Rafael absorbía el 10,5%, mientras que Lavalle no alcanzaba el 1%.

Otro factor que marcó las divergencias entre ambos municipios fueron las actividades económicas. En San Rafael, la industria -en sus distintos tipos- ocupaba un lugar destacado, no sólo por el número de establecimientos (610) y personal ocupado (1.111) sino además, por su

significación en la economía provincial (13). Fue el municipio de mayor número de establecimientos industriales, frente a los 19 del departamento de Lavalle y a los 16 empleados que registra el censo industrial de 1946 (14). En este último departamento existían establecimientos de tipo familiar y artesanal y no verdaderas industrias. En realidad, Lavalle era un departamento netamente agropecuario con escaso desarrollo de otras actividades económicas.

Otro factor que contribuía a la economía del departamento sanrafaelino era el comercio, siendo esta circunscripción la de mayor número de establecimientos comerciales (1.121), personal ocupado (3.255) e ingresos percibidos (\$46.334), después de la capital de la provincia (15). En cambio, en el departamento de Lavalle sólo existían 119 comercios, todos muy pequeños, caracterizándose también por el escaso personal ocupado y los bajos ingresos percibidos (\$326) (16).

En definitiva, las características de Lavalle demuestran que se trataba de un departamento de mayor atraso relativo, mientras que San Rafael, reunía las condiciones favorables y especiales que lo convertían en uno de los departamentos más prósperos de la provincia.

2. El sistema de salud pública: nueva organización sanitaria, objetivos generales y características de la gestión estatal

En la Argentina, hasta los años cuarenta, la organización de la medicina era bastante simple, ya que por un lado se encontraba el sector privado que atendía a la clase media y alta y, por otro, los servicios del Estado y de la beneficencia que se encargaban de los grupos socioeconómicos más débiles. Existía también la modalidad de servicios mutuales de origen étnico inmigratorio (que brindaba asistencia a comunidades europeas) y los organismos mutuales de carácter gremial - aunque con muy limitada cobertura- entre los cuales se destacaba el desarrollo de los servicios para obreros y empleados ferroviarios (Neri, 1983:99). En 1946, con la creación de la Secretaría de Salud Pública, a cargo del neurocirujano Ramón Carrillo y transformada en Ministerio en 1949, se diseñaron una serie de medidas destinadas a ampliar, profundizar y centralizar las competencias y actividades estatales, aunque se trató de un proceso que había comenzado en el año 1943 (Andrenacci, 2004:103-104). (17) El objetivo fundamental, que en la práctica fracasó, era lograr un sistema unificado de salud (18), que abarcara el cuidado médico, curativo, preventivo y social y ejercer jurisdicción sobre todas aquellas actividades que incidían en la salud de la población (alimentación, vivienda, trabajo, salario, higiene laboral), de manera de otorgar una más amplia cobertura a las necesidades de bienestar de todos los argentinos.

En la provincia de Mendoza, desde principios del siglo XX hasta la llegada del peronismo, las cuestiones relacionadas con la salud de la población y bajo la órbita del Estado eran administradas por Dirección General de Salubridad (19). Durante el período radical (1917-1930), la ley N° 926/27 especificó, con algunas modificaciones, las funciones de dicha repartición (20),

aunque se trataba de funciones acotadas a cuestiones higiénicas y sanitarias, las cuales se mantuvieron vigentes y sin modificaciones durante los gobiernos conservadores (1932-1943). Fue recién a fines de la década del cuarenta, durante la gobernación de Blas Brisoli (1949-1952), que se fijaron nuevos ámbitos de actuación al gobierno de la provincia, tanto con la reforma de la Constitución Provincial -que introdujo un capítulo dedicado a este tema- como de la ley orgánica de ministerios. Estos cambios institucionales fueron acompañados de una nueva estructura sanitaria, creándose en 1950 y por mandato del gobierno nacional el Ministerio de Salud Pública Provincial, creación que subordinaba las autoridades sanitarias locales al gobierno de la nación y cumplía con el principio de la centralización normativa que se propiciaba. Al igual que a nivel nacional, la organización del sistema en la provincia se volvió más compleja, creándose diferentes departamentos y direcciones que debían tener a su cargo no sólo la labor administrativa, sino también la medicina-preventiva, curativa, medicina trabajo, legal, cultura sanitaria, lucha contra las plagas regionales y extensión y coordinación de los servicios asistenciales y hospitalarios, de esta manera poder cumplir con la descentralización ejecutiva (21). Hacia 1953, durante la administración de Carlos Evans (1952-1955) el Ministerio de Salud Pública desapareció y las cuestiones relativas a la salud pasan a depender del Ministerio de Asistencia, aunque siguieron organizadas las tres divisiones principales: de medicina asistencial, sanitaria y social.

2.1. Planes de gobierno y acciones concretas

La gestión social de los gobiernos conservadores en Mendoza (1930-1943) ha sido poco analizada por la historiografía (22). Si bien se ha sostenido que tuvieron características propias, entre ellas la aplicación de políticas sociales de tipo asistencial y la construcción de infraestructura sanitaria, se trata de generalizaciones sin un análisis profundo y minucioso de la política de salud del gobierno provincial y sin la mirada puesta en el municipio como campo de aplicación de políticas públicas. Esto nos ha dificultado la comparación de gestiones estatales -y sus resultados- de dos momentos históricos distintos sólo pudiendo obtener algunas conclusiones parciales a partir de los escasos indicadores encontrados sobre la década previa. Fue por esta razón que para evaluar el accionar del peronismo tomamos como antecedente principal el diagnóstico general de cada departamento en los primeros años del gobierno y las propuestas que se presentaron y a partir de ello buscamos constatar si a lo largo del período existieron cambios, avances o retrocesos en la mejora de las condiciones sanitarias y en la salud de la población.

Comenzando con el departamento de San Rafael, las altas tasas de natalidad y mortinatalidad en 1947 (CUADRO N° 1) y las de mortalidad infantil en 1948 (CUADRO N° 2), indican la necesidad de ampliación de los servicios y la extensión de la atención médica y sanitaria. Si bien las tasas del departamento superaban la media provincial, debemos aclarar que se cuentan aquí las personas del departamento General Alvear, debido a que la complejidad de ciertos hospitales

ubicados en la ciudad de San Rafael (por ejemplo el Schestakow) producía la centralización de la atención de los enfermos de todo el sur mendocino, lo que lógicamente incrementaba las tasas de natalidad, mortinatalidad, porcentaje de enfermos, etc.

Cuadro Nº 1. San Rafael y Mendoza. Tasas de natalidad y mortinatalidad. 1947

Jurisdicción	Natalidad	Mortinatalidad
San Rafael	35	36
Mendoza	30	34

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de *Series Estadísticas de la Provincia de Mendoza*, Número Especial del Boletín Informativo (Nº4), Instituto de Investigaciones Económicas y Tecnológicas, 1949; Guibourdenche de Cabezas, 1956.

Cuadro Nº 2. San Rafael y Mendoza. Tasas de Mortalidad General e Infantil. 1948

Jurisdicción	Mortalidad general	Mortalidad Infantil
San Rafael	10	98
Mendoza	10	86

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de *Series Estadísticas de la Provincia de Mendoza*, Número Especial del Boletín Informativo (Nº4), Instituto de Investigaciones Económicas y Tecnológicas, 1949; Guibourdenche de Cabezas, 1956.

No poseemos datos del departamento de Lavalle que nos permitan comparar con San Rafael en estos aspectos, sin embargo, Lavalle presentó altos porcentajes de enfermos infectocontagiosos (CUADRO Nº 3) en relación a su población, situación más relevante si se la compara con San Rafael. Como veremos luego y a partir de los datos proporcionados por las fuentes periodísticas, éste fue uno de los departamentos más afectados por enfermedades como el tifus, debido principalmente a la carencia de servicios básicos como el agua potable para el consumo.

Cuadro Nº 3. Lavalle, San Rafael y Mendoza. Morbilidad Infectocontagiosa. Porcentajes en relación a la población total. 1948.

Departamento	Nº Enfermos	Población Total	%
Lavalle	1.056	14.567	7,2
San Rafael	6.912	130.225	5,3
Mendoza	30.706	623.478	4,9

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los datos extraídos de *Series Estadísticas de la Provincia de Mendoza*, Número Especial del Boletín Informativo (Nº4), Instituto de Investigaciones Económicas y Tecnológicas, 1949, p. 8; *Anuario, Síntesis estadística y geográfico-económica de Mendoza*, 1953: 46.

2.1.1. La medicina asistencial

2.1.1.1. Nación y provincia en la creación de infraestructura: ¿nuevos establecimientos asistenciales en áreas rurales?

Según la concepción sanitaria de la época, la creación y mantenimiento de edificios y la prestación de servicios se encontraban dentro de lo que se denominaba medicina asistencial o curativa, que consideraba a la enfermedad como "un hecho consumado, generado y desarrollado dentro del ámbito biológico del individuo, sin la influencia de otros ámbitos u orígenes". Este tipo de medicina era a la vez de dos clases: horizontal, relacionada con los servicios médicos de asistencia de los enfermos en cama prestados por los hospitales, es decir, aquella asistencia que se le brindaba cuando necesitaba internación, ponerlo en una cama y curarlo; y vertical, referida a los servicios prestados por los demás centros asistenciales, refiriéndose a aquella asistencia sin internación, en lugares donde el enfermo puede caminar y volver a su casa (Carrillo, 1974: 359-362 y 365). (23)

Los principios generales emanados del Primer Plan Quinquenal (1947-1951) fueron el reflejo más claro del plan de bienestar social que se pretendía llevar a cabo, para lo cual y en materia de medicina asistencial se estableció un *Plan de construcciones, habilitación y funcionamiento* de los servicios de salud, disponiendo la distribución en todo el país, por provincias y territorios, de hospitales generales y centros de salud (urbanos y rurales), centros urbanos de asistencia especializada, unidades sanitarias y hospitales obreros, centros de traumatología y accidentes de trabajo, etc. Incluía también, los aspectos de maternidad e infancia, alienación mental, neuropsiquiatría, endocrinología, toxicomanía y crónicos, tuberculosis y lepra y semisocialización de la medicina (institución del médico de familia y sistema asistencial abierto) (24). En la provincia de Mendoza, la construcción y ampliación de hospitales y salas de primeros auxilios fue parte importante de los planes provinciales. Debemos aclarar que en función del primer plan nacional, fueron elaborados en Mendoza dos planes trienales, aunque algunas obras incluidas en éstos habían sido proyectadas durante el gobierno de la intervención federal. El primero de ellos, correspondió a la gobernación de Faustino Picallo (1947-1949) y se trató de un plan para la realización de obras y prestación servicios públicos, el segundo, de iguales connotaciones, fue sancionado durante la administración del Tte. Coronel Blas Brisoli (1949-1952) (25). A nivel nacional, el Segundo Plan Quinquenal (1952-1955) significó un corte radical con los planteos del Primer Plan, ya que estableció como estrategia de gobierno una coordinación antes que una centralización y unificación estatal, promoviendo con mayor fuerza la actuación del sector privado (auspiciando preferentemente la actividad asistencial de las entidades sindicales). Sin embargo, pueden verse elementos de continuidad, ya que en medicina asistencial plantea objetivos dirigidos a satisfacer la disponibilidad de camas, ampliar los servicios de asistencia ambulatoria y la extensión de establecimientos hospitalarios por parte del Estado (centros sanitarios y centros de salud). Enmarcado en el segundo plan nacional, durante la gobernación de Carlos Evans (1952-1955), fue sancionado el Segundo Plan Quinquenal Provincial, que en materia de medicina

asistencial redistribuiría los servicios hospitalarios en lugares donde no existieran, poniendo especial énfasis en las áreas rurales (26).

En realidad, la expansión de los servicios de salud hacia las áreas rurales, con la finalidad de llevar el auxilio médico a los habitantes de las zonas que no podían trasladarse hasta los centros urbanos (ya fuera por distancia, por cuestiones de salud, o por los recursos limitados), estuvo presente en el discurso oficial desde comienzos de la administración peronista. Cabe comprobar entonces si ese discurso y el programa político elaborado fueron acompañados de realizaciones concretas, es decir, si a través de las políticas de salud, el Estado logró realmente avanzar en el bienestar de aquellos sectores que hasta el momento no recibían servicios provenientes de establecimientos asistenciales o sólo lo hacían irregularmente.

Como se ha mencionado, una de las obras a realizar por el gobierno de la nación fue la construcción en diferentes zonas del interior del país de hospitales para obreros. En el departamento de San Rafael, esto fue cumplido con la habilitación, en el año 1950, del Hospital Ferroviario Regional y consultorios externos en el distrito Monte Comán, obra de vital importancia para atender en forma integral el problema médico-asistencial de trabajadores del riel del Sur de Mendoza, brindando la atención médica a toda la zona (San Rafael y General Alvear) y cubriendo las necesidades de aproximadamente 8.000 usuarios directos y sus familias (27). Este ejemplo refleja, a nivel local, el cambio de rumbo -y el fracaso- que hacia 1950 se producía de la idea de centralización estatal de todas las actividades relacionadas con la salud de la población, cambio que sería luego plasmado en el Segundo Plan Quinquenal. Se pone en evidencia así cómo el Estado comienza a auspiciar la acción privada médico-asistencial, mediante el apoyo económico y técnico a las instituciones gremiales (28).

Otro de los establecimientos a cargo de la Nación fueron los Centros de Salud, a través de los cuales el gobierno pretendía brindar la medicina asistencial, sanitaria y social. Si bien la Ciudad de San Rafael ya contaba con un establecimiento de este tipo, a través del Segundo Plan Quinquenal (1953-1957) el Ministerio de Salud de la Nación proyectó construir un nuevo edificio, más amplio y moderno (29), dado que no poseía la capacidad física necesaria para prestar en forma integral todos los servicios. Tenemos registro también de la existencia de otro Centro de Salud en el distrito Jaime Prats (zona rural). Sin embargo, hacia finales del gobierno se constata que no llegó a realizarse la modernización proyectada, inclusive estos establecimientos redujeron las prestaciones, lo que sugiere el fracaso de la idea de prestar en forma integral todos los servicios.

Con respecto a Lavalle, departamento totalmente rural, pudo percibirse la ausencia del gobierno nacional en materia de construcción de infraestructura, existiendo sólo salas de primeros auxilios a cargo del gobierno de la provincia. Si bien la Nación había proyectado construir, a partir del Primer Plan Quinquenal, un hospital Regional en el distrito de Jocolí (30), durante peronismo y a pesar de las constantes solicitudes, incluso del gobierno municipal al Presidente de la Nación (31),

la obra nunca fue realizada.

Si bien el incumplimiento de ciertas obras -que en un principio formaron parte del programa del gobierno- fue una práctica que se dio en ambos municipios, independientemente del desarrollo alcanzado por cada uno de ellos, esta situación fue más común en departamentos más atrasados (32). Esto nos lleva a sostener que, en los hechos, aquel discurso que propiciaba incluir a la población de las zonas pobres y atrasadas no siempre fue acompañado de acciones concretas.

Dentro de los obstáculos que limitaron al gobierno nacional para llevar a cabo sus propuestas (33), consideramos que una de las limitaciones para poner en marcha un plan de infraestructura que abarcara todas las regiones del país fue la falta de estudios completos y de un diagnóstico adecuado sobre las distintas necesidades de cada zona en particular (Berrotarán, 2004:33). Por lo tanto, la programación inicial de ciertas obras pudo estar basada en la idea de obtener la adhesión o el apoyo del electorado, incluso de los departamentos más pequeños de la provincia. En este sentido podemos tomar a Ramacciotti (2005:180) cuando sostiene que la búsqueda de apoyos políticos locales fue uno de los criterios utilizados para decidir la distribución de las políticas peronistas y en especial de las sanitarias.

Además de los intereses políticos que pudieran perseguirse en la proyección inicial de determinadas obras, nos preguntamos ¿qué motivó a que las mismas no fueron concretadas?. Si por una parte pudo entrar en juego la voluntad política de los gobernantes para ejecutarlas, otro límite lo constituyó la escasez de recursos. Como es sabido, a raíz de la crisis de 1949 (34) se produjo un cambio de rumbo de la política económica peronista, propiciando la reactivación de las actividades agropecuarias y una reducción del gasto público destinado a ciertas obras públicas de carácter social (Gerchunoff y Antúnez, 2002:171-172). Esta situación seguramente influyó en decisión final de concretar obras en aquellos territorios con mayor potencial económico y social (como era San Rafael), con posibilidades de repercutir en el contexto provincial y, que en definitiva, tenían mayor peso electoral. Esto puede verse reflejado en el ejemplo de la construcción del Hospital Ferroviario Regional de San Rafael, ubicado en una zona que concentraba una gran cantidad de trabajadores.

Por lo tanto, la acción insuficiente del Estado nacional en municipios totalmente rurales y atrasados como era Lavalle, reflejado en este caso en la casi nula construcción de infraestructura hospitalaria, llevó entonces a que las personas que requerían internación o servicios de alta complejidad quedaran desprovistos de los mismos o tuvieran que trasladarse a los hospitales de la Ciudad de Mendoza, ubicada a 36 km de la villa cabecera de Lavalle.

Si bien la creación de infraestructura fue un objetivo muy importante de los planes quinquenales, el análisis de las realizaciones concretas en los departamentos estudiados permite corroborar que, a diferencia de lo ocurrido en otras provincias, como por ejemplo Buenos Aires (Valobra, 2006:

142-143) (35), éste aspecto no fue central en el accionar del gobierno nacional, principalmente en Lavalle.

Cabe ahora observar el aporte del gobierno provincial a la extensión de los beneficios de la salud a través de la construcción, ampliación y refacciones de los establecimientos asistenciales, entre ellos hospitales y salas de primeros auxilios. Comenzando con el departamento de San Rafael, las principales obras incluidas en el programa del gobierno fueron ampliaciones y refacciones en el Hospital Schestakow (ciudad), construcción de un hospital Central (ciudad) y de Salas de Primeros Auxilios en diferentes lugares del departamento, tanto del oasis como fuera de él (36).

Ahora bien, nos preguntamos ¿En qué medida fueron realizadas estas obras? Durante la gobernación de Faustino Picallo (1947-1949) se proyectaron dos trabajos en el Hospital Teodoro Schestakow: la ampliación de la sala de maternidad y la construcción de un pabellón de infecciosos (37). Las estadísticas poblacionales que conformaron parte del diagnóstico mencionado anteriormente, son prueba de la necesidad de estas obras, ya que de los datos referentes a los nacimientos del año 1947 deducimos que existía un alto porcentaje de mujeres sin atención prenatal, llegando la tasa de mortinatalidad al 36 por mil. En cuanto al pabellón de infecciosos, la obra se justificaba desde el momento que, en 1948, éstos representaban casi el 70% del total de enfermos en el departamento y el 23% de las personas infectadas en toda la provincia (38).

Aunque estas obras serían inauguradas en el año 1949, la prensa destacaba que no llegarían a cubrir la atención del número creciente de enfermos que poseía San Rafael (39). Es decir, desde sus comienzos, se preveía que la proyección de obras no estaba acorde con las verdaderas necesidades del departamento y que si bien a través de ellas se prestarían servicios a una mayor cantidad de habitantes, una parte de la población enferma continuaría excluida de dichas prestaciones. Si bien puede observarse que la tasa de natalidad entre 1947-1949 se mantuvo más o menos constante (entre 35 y 36 por mil), superó a la media provincial, que no sobrepasó el 30 por mil en estos años. Esto refuerza la idea de la necesidad de ampliar aún más la atención médica en esta zona, dado también los altos índices de mortinatalidad en los años posteriores a 1947, llegando a 44 por mil en 1949. Por otra parte, hubo un aumento del 6,5% de personas con enfermedades infectocontagiosas, que continuaba representando un alto porcentaje dentro de la provincia, y del total de los enfermos de San Rafael (40), aunque como dijimos anteriormente, fue más grave en departamentos como Lavalle.

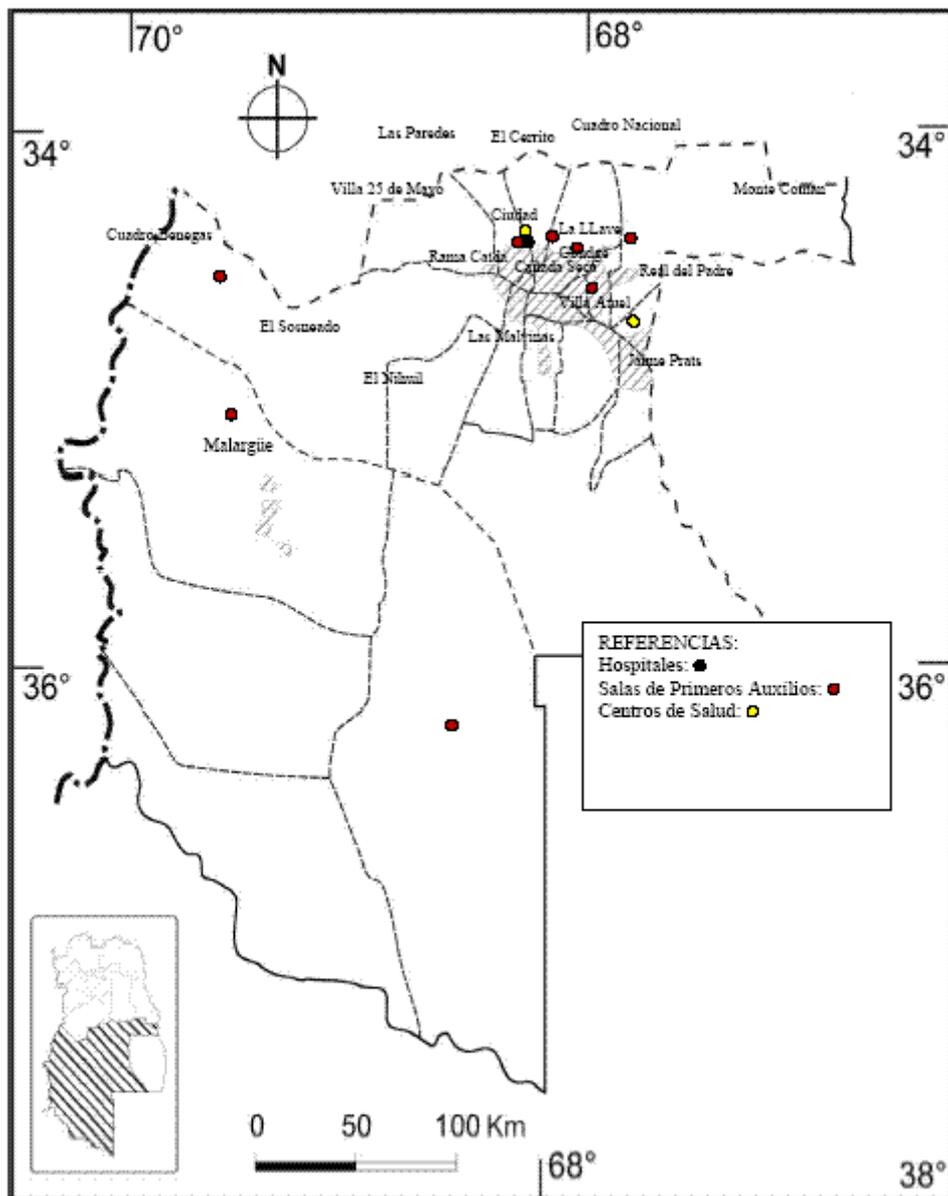
Un dato que resulta importante a la hora de evaluar las condiciones sanitarias del hospital, lo proporciona la intervención en el año 1949 de la Subdirección de Salubridad del Sur y la dirección del hospital citado por la falta de higiene del mismo. Por otra parte, en el año 1950, el diario local del departamento, El Comercio, destacaba entre los problemas principales del Hospital Schestakow el déficit de camas, falencias en la organización interna debido a la falta de personal, y deficiencias

en los instrumentos de asistencia (aparatos de rayos X, medios de movilidad, etc.).(41)

Según se desprende de los debates en la Legislatura con motivo de la elaboración del Segundo Plan Trienal, se pensaba construir un hospital Central en el departamento con el fin de sustituir al Schestakow, de construcción "anticuada" y que no cubría las necesidades de la población (42). Previa reparación, se pretendía habilitarlo como hospital de crónicos, una posibilidad para desconcentrar servicios. Sin embargo, el hospital Central no fue construido durante el período, lo que influía negativamente en el intento de la desconcentración pensada. Al igual que lo sucedido a nivel nacional, uno de los obstáculos para llevar a cabo grandes obras era la limitada asignación de recursos (43), dado que el mayor porcentaje de las partidas presupuestarias provinciales fueron dirigidas al pago de personal y no a otro tipo de gastos, sobre todo cuando se trataba de establecimientos ubicados fuera de la capital de la provincia. Vemos entonces como en ciertos casos, la crisis de 1949, afectó también al gobierno de Mendoza, que vio restringido sus recursos para concretar ciertos trabajos públicos, incluso en departamentos de mayor población como era San Rafael.

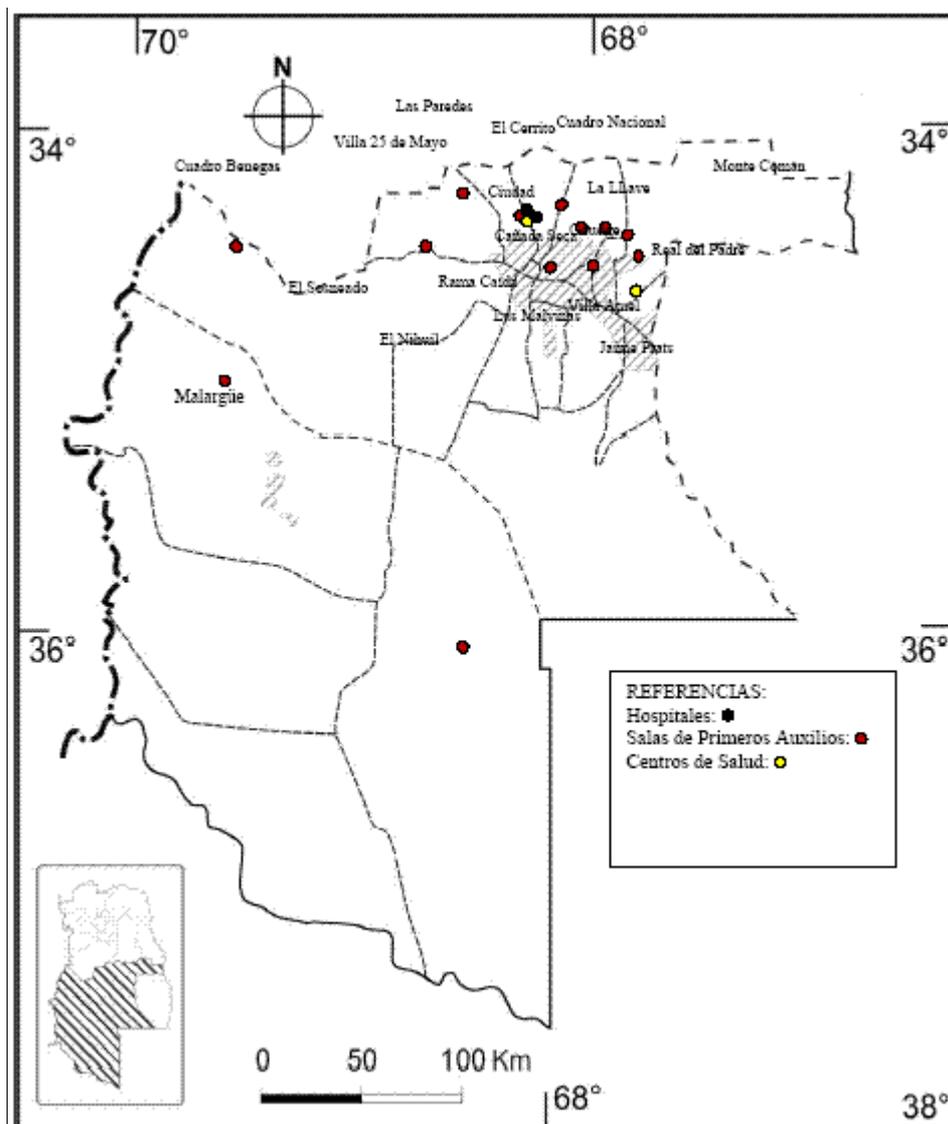
Otro tipo de establecimientos que se comprometió a construir el gobierno de la provincia fueron las salas de primeros auxilios. Desde comienzos de la administración peronista, la prensa fue uno de los principales demandantes tanto de la corrección de las deficiencias de las salas existentes, como de la construcción de otras nuevas en aquellos lugares que por el aumento de la población o por su lejanía con respecto a la ciudad requerían este tipo de obras (44). Según lo observado en el departamento de San Rafael, el gobierno provincial respondió rápidamente a estas demandas, existiendo una relación estrecha entre las salas que se solicitaron, las incluidas en el programa oficial y las efectivamente realizadas. A pesar de los límites presentados para la refacción y creación de un nuevo hospital en San Rafael, mediante las salas de primeros auxilios y otras prácticas que veremos luego, el gobierno de la provincia lograba cumplir, en cierta medida, con la descentralización ejecutiva de la política de salud, ya que extendía los servicios de bienestar social, en este caso sanitarios, hasta los lugares más alejados del sur de Mendoza, allí donde la población se encontraba diseminada en grandes extensiones territoriales. De la comparación de los MAPAS N° 1 y 2 podemos observar entonces la expansión territorial de los establecimientos hacia las zonas rurales, tanto ubicadas dentro del oasis (Real del Padre, Las Malvinas, 25 de Mayo, La Llave) como fuera de él (Punta de Agua y El Sosneado). Aunque no se visualice en el (MAPA N° 2), fueron también importantes las obras de refacción y ampliación de las salas existentes (45). Puede verse además, la existencia del nuevo hospital ferroviario construido por la Nación en la Ciudad del departamento.

Mapa N° 1: San Rafael: Distribución de establecimientos asistenciales (1946)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de los datos obtenidos de Guía de Mendoza, *Departamento de San Rafael*, Mendoza, 1940.

Mapa N° 2: San Rafael. Distribución de establecimientos asistenciales (1955)

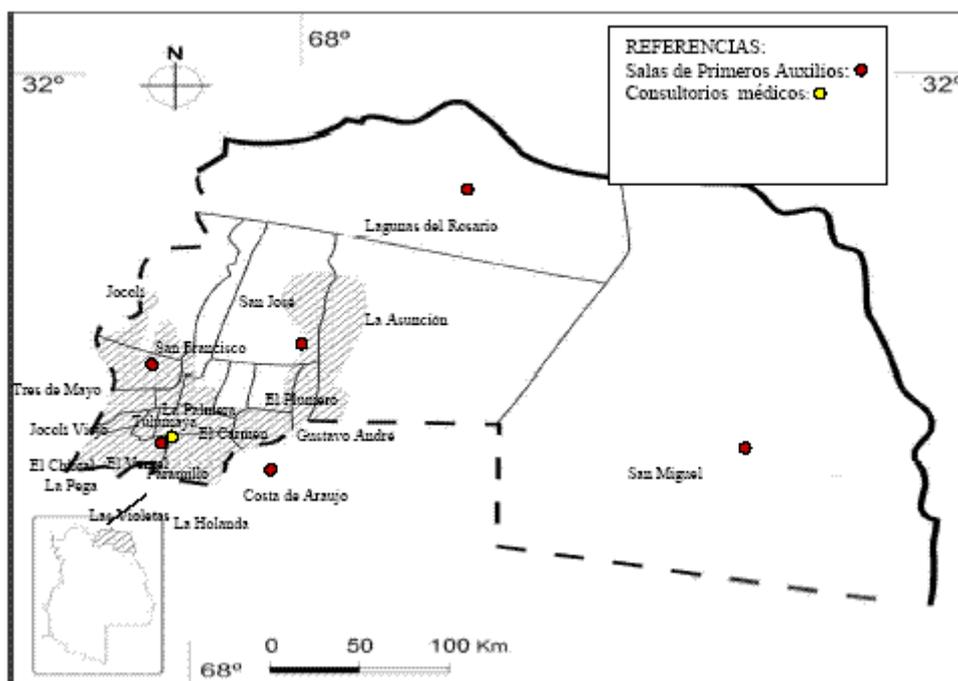


Nota: Incluye los establecimientos de Malargüe sólo hasta 1950, ya que a partir de ese año se constituyó en departamento.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los datos obtenidos de Guía de Mendoza, *Departamento de San Rafael*, Mendoza, 1940; Ediciones del Diario *Los Andes* (1946-1955) y *El Comercio* (1947-1952); *Mensajes del Gobernador a la Legislatura* (1946-1954).

En el departamento de Lavalle la situación fue diferente, observándose una mayor brecha entre el programa de gobierno y las realizaciones concretas (46) y como consecuencia, una expansión casi nula de infraestructura asistencial. A esto se le sumaba, como vimos anteriormente, la inexistencia de un hospital. Es así como en 1955 existían la misma cantidad de establecimientos que en 1946 (MAPA N° 3), continuando una gran cantidad de población rural sin recibir la atención proveniente de salas de primeros auxilios. No debemos olvidar que las dificultades en los caminos y en los medios de transporte, las grandes distancias, la falta de recursos económicos, etc., eran obstáculos que impedían el traslado de la población hacia establecimientos ubicados en otros distritos (47).

Mapa N° 3: Lavalle. Distribución de establecimientos asistenciales existentes (1955)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de los datos obtenidos de Guía de Mendoza, *Departamento de Lavalle*, Mendoza, 1940; Ediciones del Diario Los Andes (1946-1955); *Mensajes del Gobernador a la Legislatura* (1946-1954).

En el hecho de que la localidad de Tres de Mayo los mismos vecinos comenzaran la construcción de una sala de primeros auxilios es un indicador de la necesidad de atención médica. A pesar de los reclamos realizados al gobierno provincial por la Comisión de Fomento del lugar y de la propia Municipalidad para la finalización de la obra (48), la misma nunca fue terminada. Debemos destacar que, en Lavalle, tampoco contribuyó el gobierno de la provincia a resolver el problema hospitalario y evitar que la población continuara sin servicios de internación o bien se trasladara a la Capital de Mendoza, algo prácticamente imposible para los enfermos del extremo norte del departamento.

Volvemos entonces a preguntarnos ¿porqué no se proyectaron ni ejecutaron ciertas obras? Si bien en comparación con el gobierno nacional, el provincial demostró una mayor gestión, también se presentaron dificultades y limitaciones para dar respuestas a las condiciones de salud de las zonas atrasadas. Al debatirse los planes trienales en la Legislatura provincial, la oposición - principalmente el Partido Radical- efectuó varias críticas, entre ellas, que se trataba de planes elaborados sin estudios previos acerca de las necesidades departamentales, irrealizables por la magnitud de las obras y los montos a cubrir. La tendencia del bloque peronista fue en cambio ponderar y defender los proyectos ya elaborados y enviados por el gobernador, lo que sugiere que en el proceso de elaboración de estas políticas públicas, los delegados de los departamentos adhirieron y respondieron a las directivas y decisiones del Poder Ejecutivo Provincial y no a las verdaderas necesidades de cada municipio (49). Si bien más adelante señalaremos que el

gobierno provincial realizó varias visitas con fines sanitarios a los departamentos estudiados, quizás resultaron insuficientes para elaborar un plan integral de obras públicas. Consideramos entonces que las falencias que presentó la planificación provincial, siguiendo la misma tendencia que la nacional, fue una de los motivos por los que no se proyectaron ciertas obras de importancia para algunos departamentos. Aunque cabe corroborarlo, también podría considerarse para el caso mendocino, lo comprobado por Valobra (2005, 2006) para la provincia de Buenos Aires durante el gobierno de Domingo Mercante. La autora sostiene que más allá del intento de coordinar las acciones nacionales y provinciales mediante una convocatoria donde se unificaron ideas y directivas respecto a las construcciones hospitalarias, las dificultades organizativas no fueron menores pues no se impulsó un plan sistemático entre la nación y la provincia, produciéndose pérdida de energía, recursos y superposición de funciones.

Aunque queda pendiente indagar acerca de otras causas, podemos decir que la escasez de recursos, sobre todo luego de 1949, impidió también llevar a cabo determinadas acciones, como la finalización de ciertos trabajos públicos. En ocasiones, se produjeron ajustes en los presupuestos provinciales de las obras a ejecutar con fondos de la coparticipación federal dada la creciente elevación de los costos de los materiales de construcción, como era el cemento portland (50). Es decir, el fenómeno inflacionario, con sus aumentos de precios, incidió en el cumplimiento de los planes de obras públicas, ya que las prioridades estuvieron dirigidas a cubrir la pérdida de poder adquisitivo del salario del personal -producto de la inflación-, y a atender en menor medida la infraestructura edilicia.

Pese a las dificultades planteadas, no es un dato menor la dotación de edificios nuevos para salas ya existentes en zonas fuera del oasis como San Miguel y Lagunas del Rosario, que hasta entonces no funcionaban regularmente o no cumplían con las finalidades que debían llenar (51).

2.1.1.2. La prestación de servicios: la medicina horizontal y vertical

Además de las acciones relacionadas con la construcción de infraestructura, a través de la disponibilidad de camas y otros servicios (oftalmología, laboratorio, cardiología, radiología, etc.) observamos la participación de cada nivel de gobierno y los avances o retrocesos en medicina asistencial. Estos aspectos, tenían relación directa con la medicina horizontal y vertical definida anteriormente.

Se ha sostenido que si bien el Ministerio de Salud Pública de la Nación aumentó el número de camas bajo su control, este esfuerzo no fue significativo comparado con los logros de los gobiernos provinciales o los de la Fundación Eva Perón (Ross, 1993: 120). En este sentido, en San Rafael se verifica que los establecimientos de jurisdicción provincial disponían del 66% de las camas frente al 32% de la nacional. En relación a la expansión o retroceso de estas prestaciones,

según las bases establecidas por las Naciones Unidas, se estimaba que para una buena atención médica eran necesarias como mínimo 10 camas por cada mil habitantes. Aunque el número de camas logró aumentarse hacia 1954, el déficit tanto en el país en general como en la provincia en particular fue un tema que no logró resolverse completamente. En los departamentos estudiados se registró una situación más grave aún, aunque con algunas diferencias entre ambos. Si en San Rafael el déficit era de 6 camas, en Lavalle era de 9, es decir, en este último sólo existía una cama por cada mil habitantes (52). Esto nos lleva a reafirmar entonces, que si bien la creación o refacción de las salas de primeros auxilios era una política importante a llevar a cabo, lo era también aquella destinada a solucionar los problemas relacionados con los servicios de internación, lo que se solucionaría ampliando las instalaciones de los hospitales, en el caso de San Rafael, o construyendo nuevos, en el caso de Lavalle, que como sabemos no logró concretarse durante el período.

Con respecto al comportamiento de otros servicios (oftalmología, laboratorio, cardiología, etc.) sólo poseemos datos de San Rafael, verificándose que entre 1952 y 1954 hubo un aumento del 8% de los prestados por establecimientos dependientes de las reparticiones provinciales, y una disminución notable de los nacionales (55%) (53). En definitiva, al igual que lo sucedido con la disponibilidad de camas, fue el gobierno de la provincia el principal responsable de la prestación de estos servicios. Consideramos que esta situación está relacionada, en parte, con el tema de la infraestructura desarrollado anteriormente, ya que los Centros de Salud nacionales del departamento no llegaron a adaptar su capacidad edilicia.

2.1.2. La medicina sanitaria y social: campañas sanitarias y otras acciones en los departamentos.

Siguiendo con la concepción sanitaria de la época, a la medicina asistencial se le sumaba la *sanitaria y la social*. La primera, consideraba "el ambiente biofísico (clima, temperatura, gérmenes y parásitos) como factor directo de la enfermedad"; y la segunda, tenía en cuenta "los indicadores socioambientales (vivienda antihigiénica, ignorancia de la higiene, alimentación irracional e insuficiente, trabajo insalubre), como factores indirecto de salud" (Carrillo, 1974: 361, 362 y 365). Sin descartar las anteriores, se consideraba a la medicina social superior a las otras, pues buscaba las verdaderas causas de los males, siendo además "eminentemente preventiva" (Di Liscia y Rodríguez, 2004: 68).

En cumplimiento de estos conceptos y en estrecha relación con la nueva organización técnica dada al sistema de salud pública, la acción gubernamental no sólo se debía desarrollarse a través de los servicios prestados por los diferentes establecimientos asistenciales, denominada "acción intramural", sino también mediante otras acciones y medidas de lucha incluidas dentro de lo que

se llamaba "acción extramural o de campo" (54).

Con respecto a esto último, durante el gobierno peronista se realizaron numerosas campañas sanitarias de alcance nacional para prevenir o remediar enfermedades infectocontagiosas. En 1949, diferentes voces advirtieron sobre la existencia de un brote de viruela en la Argentina, y en esto las autoridades sanitarias nacionales tuvieron el papel de anunciar la urgente necesidad de vacunar y revacunar a la población de todo el país (Ramacciotti, 2006:124). Fue a partir de ello que en la provincia de Mendoza se procedió a la vacunación de aproximadamente 300.000 personas, tras una intensa propaganda realizada por diferentes periódicos provinciales, tanto para alentar a la población a tomar las medidas preventivas necesarias como para informar acerca los establecimientos en donde se realizaba la tarea de vacunación. Si bien se destaca el éxito de esta campaña, la prensa no deja de mencionar ciertas dificultades en la tarea realizada como por ejemplo la carencia de suero inmunizante en algunos hospitales (55). También fueron realizadas en la provincia las campañas antirrábicas (56). No obstante ser el gobierno provincial el ejecutor principal de las mismas, contó con una intensa colaboración de las municipalidades. Entre las estrategias llevadas a cabo y que hicieron desaparecer prácticamente la rabia en Mendoza podemos mencionar la vacunación masiva de perros (20.000 animales), la creación de consultorios para la profilaxis antirrábica humana y de caneocomios a cargo de veterinarios del Ministerio de Salud Pública Provincial (57). A estas campañas se le sumaron las antitíficas, siendo la fiebre tifoidea una enfermedad predominante en aquellas zonas cuya población utilizaba el agua procedente del sistema de riego (canales, acequias) o de pozos contaminados. Si bien el gobernador Brisoli anunció que esta enfermedad no había adquirido caracteres de epidemia, tomó medidas para vacunar a la población de todo el territorio provincial y, principalmente, de aquellas zonas donde la enfermedad había adquirido caracteres alarmantes como era el caso de Lavelle, que carecía prácticamente de agua potable. Además de las acciones profilácticas y la dotación de drogas antibióticas, proyectó acciones de carácter permanente como fue la implantación sistemática en todo núcleo poblado de plantas de tratamiento del agua y una distribución adecuada de la red cloacal, medidas complementadas con otras referentes a la educación sanitaria. A través de la Dirección de Cultura Sanitaria, en Ministerio de Salud Pública Provincial, realizó diferentes actos sanitarios culturales en casi todos los departamentos de la provincia, con el objetivo de difundir conocimientos en la defensa contra las enfermedades infectocontagiosas, trazando un plan de trabajos que abarcó a todas las escuelas de la provincia sobre el tema: "Profilaxis de las enfermedades infectocontagiosas y accidentes" (58).

Como vemos, la lucha contra estas enfermedades no fue central en la preocupación del Ministerio de Salud Nacional, dejando a cargo de las autoridades provinciales las acciones concretas en cuanto a la prevención y erradicación de las mismas. Fue en cambio contra la tuberculosis, enfermedad infectocontagiosa que en Mendoza encabezaba la lista, que pudo observarse una

participación activa del Ministerio de la Nación, principalmente mediante la aplicación masiva de la vacuna. En este sentido, sostiene Valobra (2006:142) que la nación se encargó de atacar aquellas enfermedades epidémicas y otras que constituían, para la mayoría de las provincias argentinas, una dolencia mayor. Fue así como la provincia experimentó descensos en las cifras de morbilidad y de mortalidad vinculadas a la afección citada (59).

En este contexto general cabe preguntarse ¿Cuáles fueron las acciones concretas llevadas a cabo en los departamentos seleccionados? Si bien algo hemos mencionado para el caso de Lavalle, las fuentes documentales disponibles nos han permitido observar la presencia del gobierno -principalmente provincial- en ambos departamentos, aunque con algunas diferencias en cuanto a la intensidad, duración y destino de las acciones.

Entre 1949-1950 pudimos detectar que fueron realizadas cuatro visitas de las autoridades sanitarias al departamento de San Rafael (por el Director de Salubridad Provincial -Dr. Fernando Cicchitti-). Según lo informó la prensa, en la primera de ellas se estudió la situación sanitaria del departamento y se inspeccionó el funcionamiento de los distintos servicios médicos dependientes de esta repartición. Durante la segunda y tercer gira, la gestión se extendió a sectores alejados de la villa cabecera del departamento, tanto pertenecientes al oasis (Las Malvinas, Monte Comán, Villa Atuel, Real del Padre, La Llave, Cañada Seca, entre otros) como del secano (Agua Escondida y Agua del Toro, Malargüe). Se trató de una tarea de inspección complementada con las medidas preventivas y curativas que mencionamos anteriormente para erradicar las enfermedades infectocontagiosas y obras de suministro de agua potable a la población (60).

En 1950 se realizó la *campaña al sur mendocino*, caracterizada por acciones concretas de medicina preventiva, social, tecnológica y curativa principalmente en zonas alejadas pertenecientes al secano (61). Fue una de las más importantes realizadas en la provincia de Mendoza, no sólo por las tareas emprendidas, el alcance territorial de las mismas, su larga duración (de un mes aproximadamente), sino también por los organismos intervinientes, ya que contó con la coordinación del Ministerio de Salud Pública de la Nación, de la Dirección General de Sanidad de Cuyo -compuesta por representantes nacionales y provinciales-, y del Ministerio de Salud Pública Provincial (a través de la Dirección de Medicina Preventiva Provincial y la Dirección de Medicina Tecnológica). Se evidenció entonces en esta campaña una acción concurrente entre la Nación y la provincia, y la intervención de diferentes estructuras gubernamentales en la ejecución de la política sanitaria.

Durante esta campaña y en materia de medicina del trabajo, el Ministerio de Salud Pública Provincial y el Director de Medicina Tecnológica junto a un grupo de dietistas, visitantes sociales, vacunadores, y personal auxiliar recorrieron las minas en explotación, realizando estudios sobre higiene y sanidad e inspeccionando los yacimientos del Sosneado, Volcán, Minacar y la Valenciana (estos tres últimos del distrito de Malargüe). Si bien la *campaña del sur mendocino* fue

la más importante de todo el período, las giras y visitas de las autoridades continuaron en la segunda etapa. Por ejemplo, en el año 1954, una Comisión Sanitaria presidida por el director de Medicina Social -dependiente del Ministerio de Asistencia de la Provincia- partió a las localidades del sur una para inspeccionar el estado sanitario y estudiar las condiciones para la instalación centros materno-infantiles. Por último, no hay que dejar de mencionar en esta etapa el "plan de difusión sanitaria" impulsado por la Dirección General de Sanidad de Cuyo en Coordinación la Municipalidad de San Rafael, consistente en un ciclo de conferencias cuyos temas centrales eran: "higiene mental del trabajo", "protección de la mujer que trabaja", "el aire en los lugares de trabajo", "El niño, hijo de la obrera industrial" (62).

Siguiendo a Torre y Pastoriza (2002) hemos utilizado algunos indicadores para evaluar el impacto de estas acciones sobre la salud de la población. Como ya señalamos anteriormente, la escasez de fuentes e investigaciones de la década anterior y relacionada con la temática, no nos ha permitido comparar de manera exhaustiva los logros del gobierno peronista con los gobiernos que le precedieron, observando sólo algunos cambios a través escasos indicadores encontrados del año 1938.

Consideramos que las campañas sanitarias y las acciones que en materia de medicina asistencial lograron efectivizarse, tuvieron ciertos efectos positivos en la salud de población del departamento. Esto puede verse por una parte, a través de la disminución importante del porcentaje de enfermos infectocontagiosos. Según las estadísticas, en 1948 las personas infectadas representaban el 70% del total de enfermos y el 5% de la población total del departamento, mientras que en 1954 sólo llegaba al 15% y al 2% respectivamente (CUADRO N° 4). Las transformaciones también pueden verse en la disminución de las tasas de mortalidad general con relación al año 1938, cuando gobernaba la provincia el Partido Demócrata (1932-1943). Mientras en ese año la mortalidad llegó a 13 por mil, en 1955 alcanzó el 8 por mil. Los descensos de la mortinatalidad y la mortalidad infantil hacia finales del gobierno peronista pueden verse en CUADRO N° 5.

Cuadro N° 4. San Rafael y Mendoza. Cantidad y porcentaje de enfermos infectocontagiosos (1948-1955)

Años	San Rafael	% sobre el total de enfermos de San Rafael	% sobre la población total de San Rafael
1948	6.912	69	5
1949	7.349	71	s/d
1950	4.269	42	s/d
1951	3.117	31	s/d
1952	2.272	22	s/d

1953	2.425	23	s/d
1954	1.662	15	s/d
1955	1.812	-	2

Fuente: Guibourdenche de Cabezas, 1956.

Cuadro N° 5. San Rafael y Mendoza. Tasas de Mortinatalidad, Mortalidad General e Infantil. 1938-1955

Años	Mortinatalidad		Mortalidad Infantil		Mortalidad General	
	San Rafael	Mendoza	San Rafael	Mendoza	San Rafael	Mendoza
1938	s/d	s/d	s/d	s/d	13	s/d
1943	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	10
1948	33	34	97	86	10	10
1955	28	25	77	66	8	8

Fuente: Guibourdenche de Cabezas, 1956; *Serie Estadísticas de la Provincia de Mendoza*, Número Especial del Boletín Informativo (N°4), Instituto de Investigaciones Económicas y Tecnológicas, 1949:7.

En departamentos como Lavalle, también fueron realizados viajes con fines sanitarios. Fue entre 1947 y 1949 cuando el gobierno provincial realizó reiteradas visitas al departamento, recorriendo no sólo los distritos más importantes y de mayor población (Villa Tulumaya, Jocolí, Costa de Araujo), sino también aquellas áreas más alejadas ubicadas fuera del oasis y con población dispersa, como Lagunas del Rosario y San Miguel, entre otras. Los objetivos principales de estos recorridos fueron el control o supervisión de los establecimientos y servicios existentes como así también detectar las necesidades y problemas principales de estas poblaciones. Si bien hemos sostenido que una de las falencias de la planificación fue la falta de conocimiento integral acerca de las principales necesidades de los departamentos, en este caso, creemos que las visitas a Lagunas del Rosario y San Miguel tuvieron sus frutos, ya que como mencionamos anteriormente, fueron construidos edificios nuevos para sus salas de primeros auxilios. El eje central de las visitas fue también resolver el tema de la provisión de agua potable en varios distritos del departamento, del oasis y del secano (63). Esta también fue una de las preocupaciones más importantes de la municipalidad en materia sanitaria, tal como se desprende de las ordenanzas sancionadas y de los pedidos realizados al Presidente de la Nación solicitando acciones al respecto (64). Además, se evidenciaron gestiones concretas para resolver otros temas puntuales como por ejemplo la instalación, por parte de la Dirección General Salubridad, de un laboratorio rodante para analizar los casos de brucelosis y tuberculosis y la distribución de medicamentos a los enfermos (65), el envío de brigadas médicas y odontológicas a distintas zonas del departamento y las acciones de lucha contra enfermedades como la fiebre tifoidea (66), que ya hemos mencionado.

Con respecto a esta enfermedad, no obstante los pedidos de colaboración por parte de la municipalidad al gobierno de nación de medidas pertinentes, desde la prensa sólo se destaca la intensa y eficiente gestión llevada a cabo por la autoridades sanitarias provinciales, señalándose que se "adoptó los recaudos necesarios para detener el origen del brote, su dispersión y características epidemiológicas, y que en distintas oportunidades, se enviaron comisiones integradas por facultativos de la repartición quienes adoptaron medidas específicas tendientes a sofocar el desequilibrio sanitario en su iniciación, y que brigadas de vacunación recorren la zona afectada, realizando vacunaciones domiciliarias y escolares, en colaboración con las salas de primeros auxilios..." (67). En relación con este tema, también se destacan algunos actos en materia de difusión sanitaria escolar. En el año 1951 la Dirección de Cultura Sanitaria de la provincia realizó actos en el departamento con la asistencia de autoridades y alumnos de las escuelas primarias y secundarias y vecinos, en donde se dictaron dos conferencias sobre enfermedades infectocontagiosas y alimentación de niño (68).

Entre 1949 y 1954 las visitas y giras a Lavalle fueron menos recurrentes, lo que sugiere que la *campaña al sur mendocino* debió ocupar la mayor atención de las autoridades provinciales. Sin embargo, puede verse que las acciones emprendidas en la primera etapa del gobierno habían logrado una mejora en la salud de la población de Lavalle, ya que según la información disponible, las cifras de enfermos disminuyeron un 62% en el período 1948-1951. No poseemos datos del departamento con respecto a otros indicadores, sin embargo, podemos decir que a nivel provincial la mortalidad general, la mortalidad y la mortalidad infantil lograron mejorarse (Ver CUADRO N° 5).

Consideraciones finales

En el marco del Estado de Bienestar Argentino, una de las metas principales del gobierno peronista fue el cuidado y preservación de la salud de toda la población, incluyendo aquella asentada en los lugares más atrasados y apartados. En efecto, a través del estudio empírico realizado en los departamentos de San Rafael y Lavalle, constatamos que, a lo largo del período peronista, la acción social del Estado se extendió hacia ciertas zonas rurales, logrando con ello que una mayor cantidad de población pudiera gozar de los beneficios de salud. Sin embargo, hubo poblaciones, principalmente del departamento de Lavalle, que quedaron fuera del programa de obras públicas del gobierno y por lo tanto, privadas de ciertos servicios de carácter permanente brindados por los establecimientos asistenciales. Aunque cabe indagar acerca de otras causas, hemos señalado que tanto en la elaboración de los planes como en la puesta en práctica de los mismos seguramente incidió la falta de un diagnóstico integral previo y del conocimiento acerca de las necesidades de ciertas zonas y que los problemas económicos surgidos a partir de la crisis de 1949 llevaron al gobierno a reducir y reorientar sus inversiones en relación a la obra pública. Por lo tanto, en materia de medicina asistencial, es decir, en la creación y mantenimiento de

infraestructura hospitalaria, el análisis realizado permitió observar un conflicto entre la propuesta inicial y la práctica consecuente.

Por el contrario, la política de salud tuvo mayor alcance territorial a través de otras acciones, como las campañas sanitarias y otras prácticas asociadas a la medicina sanitaria y social. En particular, se observó, principalmente por parte del gobierno provincial, una importante labor en zonas totalmente rurales de ambos departamentos, relacionada no sólo con la aplicación de medidas tendientes a prevenir y curar enfermedades (vacunación, difusión sanitaria, atención médica, etc.) sino también extendida a otros temas como la instalación de servicios de agua potable.

La presente investigación, centrada en el ámbito de las políticas sanitarias mendocinas y que consideramos constituye un aporte al estudio de la gestión concreta del peronismo en el campo del bienestar social, nos permite señalar que, no obstante los límites y las falencias presentadas y que el gobierno no logró universalizar la política social, hubo un incremento del ámbito de cobertura de bienestar y una mejora en las condiciones de vida de la población, aún en municipios pequeños y completamente rurales, algo que podemos atribuir principalmente al rol protagónico del gobierno provincial en la ejecución de políticas de salud.

Notas

(1) Siguiendo a Martínez de Pisón (1998) y Rosanvallón (1981), Suriano define al Estado de Bienestar como aquel que protege al conjunto de los ciudadanos de la miseria y la pobreza, dotándolos de bienestar a partir de la imposición de tipo económico, social y cultural. Es un Estado que interviene activamente a través de la implementación de complejos sistemas de seguridad social, de desempleo y de su propia intervención en la economía y obtiene su legitimidad al inspirarse en los principios de solidaridad, justicia social y reconocimiento de los derechos sociales, alcanzando la adhesión generalizada de los ciudadanos al apuntar al logro del bienestar general satisfaciendo las necesidades básicas de la población (Suriano, 2004:36).

(2) Si bien la acción llevada a cabo por los gobiernos municipales será desarrollada en futuras investigaciones, una aproximación al tema puede verse en Hirschegger, 2008.

(3) Debemos aclarar que el sistema territorial vigente en los municipios de la provincia de Mendoza es el de municipio-partido o departamento. Según este sistema, se establece una ciudad cabecera, sede de la municipalidad, y en los núcleos de población restantes funciona una delegación municipal cuyo titular es elegido por la municipalidad (Zuccherino, 1977:16-17).

(4) Limita al norte con San Carlos, Santa Rosa y La Paz; al este con General Alvear y la provincia de San Luis; al sur con la provincia de La Pampa y al oeste con la República de Chile.

(5) Esta superficie quedó reducida a 31.963 Km² cuando se sancionó la Ley de Creación del departamento de General Perón -hoy Malargüe- N° 1.937 (Boletín Oficial de la Provincia de

Mendoza, noviembre de 1950).

(6) A escasa distancia de la ciudad de Mendoza - 36 Km²-. Limita al norte con la provincia de San Juan, al este con la de San Luis, al oeste con el departamento de Las Heras y al sur con los de Guaymallén, Maipú, San Martín, Santa Rosa y La Paz.

(7) "Como la economía de San Rafael y General Alvear reposaba exclusivamente en la agricultura, gracias a la irrigación, esos ríos desempeñaban un papel imprescindible, siendo los verdaderos factores de la instalación humana y del intenso aprovechamiento consecutivo del espacio en la zona del sur mendocino" (Denis, 1969: 194).

(8) Allí se encuentran ubicadas las localidades de Ciudad, Cañada Seca, Real del Padre, 25 de Mayo, Goudge, La Llave, Villa Atuel, Monte Comán, Las Malvinas, Rama Caída y Cuadro Nacional.

(9) Allí se encuentran ubicados los distritos de Villa Tulumaya, Jocolí Viejo, San Francisco, Jocolí, El Carmen, La Holanda, Tres de Mayo, La Palmera, El Chilcal, El Vergel, Las Violetas, La Pega, Paramillo, El Plumero, Costa de Araujo y Gustavo André.

(10) En esta zona se ubican los distritos de San José, La Asunción, Lagunas del Rosario y San Miguel. La extrema sequedad de esta vasta zona se combina con extensos peladales, superficies medanosas y restos de antiguos bosques de algarrobos y chañares.

(11) IV^o *Censo General de la Nación*, 1947:300.

(12) *Ibíd*em: 290-300.

(13) Representó el 17% de los establecimientos y el 12,7% de los empleados de toda la provincia (*Ibíd*em: 77).

(14) *Ibíd*em. Dada la poca cantidad de establecimientos, el personal ocupado debe haber sido escaso. Sin embargo, creemos que los datos proporcionados por el censo son erróneos, ya que el hecho de existir sólo 16 personas ocupadas significaría la inexistencia de empleados en algunas fábricas. Lo más probable es que se haya censado sólo al personal asalariado y no se haya incluido al propietario y su familia, que seguramente trabajaban en esas unidades.

(15) Representaba el 13% de establecimientos, el 13% del personal ocupado y el 9% de los ingresos sobre el total de la provincial (*Ibíd*em: 300-301).

(16) Representaba el 1,5% de los establecimientos de toda la provincia, el 0,6% del personal ocupado, y el 0,3 de los ingresos percibidos (*Ibíd*em: 300).

(17) Cuando se creó la División Nacional de Salud Pública y Asistencia Social -DNAPAS- que absorbió al Departamento Nacional de Higiene, a la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, al Instituto Nacional de Nutrición, a la Sociedad de Beneficencia de la Capital, a la

Comisión Nacional de Ayuda Escolar y todas las divisiones de salud y bienestar social de los demás ministerios. No obstante, la inmediata creación de la Secretaría de Trabajo y Previsión, le sustrajo funciones de asistencia social y la jurisdicción sobre la salud de los trabajadores a través del Instituto Nacional de Previsión Social, por lo que comenzó a denominarse Dirección Nacional de Salud Pública. Este organismo fue transformado luego en la Secretaría de Salud Pública, restableciéndose la autonomía de las entidades de salud pública de las provincias y de la Municipalidad de Buenos Aires.

(18) Sobre las causas internas y externas del fracaso del sistema unificado y centralista que se pretendió implementar -cuyos principios tenían precedentes en el pensamiento sanitarista de la década de 1930- puede verse a Ross, 1993:118-122; Torre y Pastoriza, 2002: 295; Andrenacci, et al, 2004:103; Belmartino, 2005: 127, Ramacciotti y Valobra, 2003, Ramacciotti, 2005:132.

(19) Creada en 1898 por la ley N° 34, aunque instalada en forma definitiva por el gobernador Emilio Civit en 1907.

(20) Boletín Oficial de la provincia de Mendoza, 1928.

(21) Ministerio de Salud Pública de la Nación, Subsecretaría Técnica, *Organización Sanitaria Argentina, Principios, Normas y Reglamentos de Orden Interno*, Buenos Aires, 1952: 14. Las nuevas dependencias que se crearon en la provincia fueron las direcciones de Asistencia Médica, Cultura Sanitaria, Medicina Tecnológica, Medicina Preventiva y Social, Departamento de Medicina del Deporte, Higiene y Sanidad Escolar, Centro de Higiene Materna e Infantil, Dirección de Estadística, Medicina Legal y Fiscal, Instituto de Nutrición, Ingeniería Sanitaria, Hemoterapia y Transfusión de Sangre y la Dirección de Readaptación.

(22) Sobre los gobiernos conservadores están los trabajos de Martínez (1979), Cueto (1997) y Ospital (2009), aunque realizan un balance general sin dedicarse en forma exclusiva al área de salud.

(23) Dentro de la medicina asistencial también se incluía la disponibilidad de recursos materiales (drogas, medicamentos, equipamiento, elementos de curación, etc.) y humanos (médicos, enfermeros, etc.).

(24) Presidencia de la Nación, *Plan de Gobierno*, 1946:110-111.

(25) Boletín Oficial de la provincia de Mendoza, leyes N° 1617, 1947; 1.795, 1949 y su modificatoria N° 1.900, 1950; *Provincia de Mendoza, Mensajes del Gobernador a la Legislatura* (1947-1955); *Diario Los Andes*, 1-9-1948: 6; Gobierno de Mendoza, Secretaría de Informaciones, *Agua, Vivienda y Salud*, 1952: 22.

(26) Presidencia de la Nación, *Segundo Plan Quinquenal*, 1952:81, 83, 84, 85 y 87, 89 y 90; Gobierno de Mendoza, *Segundo Plan Quinquenal Provincial*, 1952: 27.

- (27) Diario *El Comercio*, 20-8-1950: 6.
- (28) En este sentido Perón sostenía "no queremos para nuestros trabajadores una asistencia en los hospitales públicos; queremos que tengan sus propios hospitales..." (Belmartino, 2005:116).
- (29) Diario *Los Andes*, 9- 12- 1951: 6.
- (30) Diario *Los Andes*, 4-5-1947:8. Este distrito concentraba el 22,5% de la población de todo el departamento (alrededor de 3.000 habitantes) (Boletín Informativo, *Estadística Social*, 1947: 5).
- (31) *Iniciativas para el Segundo Plan Quinquenal*, Archivo General de la Nación, Fondo Secretaría Técnica, Carpeta N° 27, Legajo 11.186,1952.
- (32) Por ejemplo en La Paz, departamento de características similares a Lavalle, el hospital proyectado tampoco fue construido a pesar de los constantes reclamos de la comunidad del municipio (Archivo General de la Nación, Presidencia de la Nación, Ministerio de Asuntos Técnicos, Carpeta N° 45, Legajo N° 16.156,1952).
- (33) Según la literatura, los argumentos acerca del fracaso del proyecto peronista estuvieron basados en factores internos y externos a la política sanitaria, entre ellos problemas de recursos (económicos, técnicos y políticos), el peso que ejercieron los sindicatos y la presencia de la Fundación Eva Perón (Andrenacci, et al, 2004:103; Torre y Pastoriza, 2002: 295; Belmartino, 2005: 127; Ramacciotti, 2005:132).
- (34) Cuyas características pueden verse en Gerchunoff y Llach, 1998; Rapoport, 2002.
- (35) La autora señala que la Nación se ocupó en particular de cuestiones de infraestructura hospitalaria.
- (36) Boletín Oficial de la Provincia de Mendoza, *Ley N° 1.610, 1946; N° la ley 1795, 1949* y su modificatoria 1900, 1950; *Mensajes del Gobernador a la Legislatura (1947-1954)*.
- (37) Diario *Los Andes*, 10-8-1947: 5; 12-8-1947: 6; 18-3-1949:4; Diario *El Comercio*, 12-8-1947:4; 18-3-1948:4; 31-5-1948: 5.
- (38) Guibourdenche de Cabezas, 1956; *Anuario. Síntesis Estadística de la Provincia de Mendoza*, 1953: 46.
- (39) Diario *El Comercio*, 12-8-1947: 4.
- (40) Guibourdenche de Cabezas, 1956; *Anuario. Síntesis Estadística de la Provincia de Mendoza*, 1952-1953:46.
- (41) Diario *Los Andes*, 7-3-1949: 4; Diario *El Comercio*, 1-1-1950: 4.
- (42) En una nota enviada al Presidente de la Nación, con motivo de la elaboración del SPQ, el dirigente gremial gastronómico -Francisco Morón- solicitaría la construcción del nuevo hospital,

dada la pequeña dimensión y la falta de comodidades del existente (*Iniciativas para el Segundo Plan Quinquenal*, Presidencia de la Nación, Ministerio de Asuntos Técnicos, Archivo General de la Nación, Carpeta N° 62, Legajo N° 17.502, 1952).

(43) Ver *Ley N° 1.563/46*, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos, Mendoza, 1946; *Ley N° 2.019/51*, Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos, Mendoza, 1952.

(44) *Diario El Comercio*, 4-8-1947: 4; *Diario Los Andes*, 29-7-1948:6; 5-8-1948: 6; 10-5-1949: 6; 31-7-1949: 12; 13-3-1952: 4; 14-3-1952:3.

(45) Por ejemplo en Villa Atuel y Agua del Toro (Malargüe) (*Boletín Oficial de la Provincia de Mendoza*, *Ley N° 1.610*, 1946; *Mensaje del Gobernador a la Legislatura*, 1948: 32; Oficina de Prensa e informaciones del Poder Ejecutivo, *Agua, Vivienda y Salud*, 1952: 27-123; *Diario El Comercio*, 22.11- 1949: 4; 24-11-1949: 4; *Diario Los Andes*, 11-8-1953:3).

(46) En provincias como Buenos Aires también se ha señalado que las realizaciones no siempre avanzaron según las proyecciones (Valobra, 2005:158).

(47) IV Censo Escolar de la Nación 1943:430-33; Ver ediciones del *Diario Los Andes*, 1947-1948.

(48) *Diario Los Andes*, 3-2-1949:4; *Sesiones del Honorable Concejo Deliberante de la Municipalidad de Lavalle*, en *Libro de Actas del Honorable Concejo Deliberante*, 1949; *Mensaje del Gobernador a la Legislatura*, 1953:94.

(49) Provincia de Mendoza, *Diario de Sesiones de la Honorable Cámara de Senadores*, 22-23 de setiembre, 1949; *Diario de Sesiones de la Honorable Cámara de Diputados*, 23 y 27 de diciembre, 1946; 16 y 17 de agosto, 1949.

(50) Según los datos registrados, entre 1947 y 1952 el valor del cemento aumentó un 380% (*Anuario. Síntesis Estadística de la Provincia de Mendoza*, 1952:158; *Boletín Oficial de la Provincia de Mendoza*, Decreto N° 949, 1948:3.170). Las fábricas de baldosas y mosaicos graníticos hicieron conocer al gobierno de la provincia los graves inconvenientes que la falta de cemento blanco significaba para la producción de esos materiales, situación que entorpecía la ejecución de numerosas obras públicas y privadas en construcción (*Boletín Oficial de la Provincia de Mendoza*, Considerandos del Decreto N° 1.645, 1948:4762; Decreto N 2.388, 1949: 5.499).

(51) *Diario Los Andes*, 3 de febrero de 1949, p. 4; *Boletín Oficial de la Provincia de Mendoza*, 1951.

(52) En la Argentina el déficit era de 3 y en Mendoza de 4 (*Anuario. Síntesis Estadística de la Provincia de Mendoza*, 1953 y 1954. 1954: 51-52).

(53) Guibourdenche de Cabezas, 1956, *Anuario. Síntesis Estadística de la Provincia de Mendoza*, 1953 y 1954. 1954: 51-52).

(54) Ministerio de Salud Pública de la Nación, Subsecretaría Técnica, *Organización Sanitaria Argentina, Principios, Normas y Reglamentos de Orden Interno*, Buenos Aires, 1952:14.

(55) Así se observó en las diferentes ediciones del Diario Los Andes y El Comercio entre setiembre y octubre de 1949.

(56) Sobre las características de esta acción gubernamental en la provincia de Buenos Aires puede verse a Valobra (2006).

(57) Mensaje del Gobernador a la Legislatura, 1950:80.

(58) Mensaje del Gobernador a la Legislatura, 1950:80; 1952:176; Los Andes, 2-6-1949:7; 25-6-1949: 5; 17-6-1949: 5.

(59) Mensaje del Gobernador, 1952:176. Observando los datos estadísticos, podemos corroborar esta afirmación ya que el número de defunciones y las tasas de morbilidad disminuyeron entre los años 1949 y 1952, pasando de 193 a 138 y del 31 al 20 por mil *respectivamente* (*Anuario. Síntesis Estadística de los departamentos*, 1954: 429). Por otra parte, las cifras correspondientes al año 1955 muestran que había descendido al sexto lugar en toda la provincia (Guibourdenche de Cabezas, 1956).

(60) Mensaje del Gobernador, 1949: 78-79; 1950:65; Oficina de Prensa e Informaciones del Poder Ejecutivo, Agua, Vivienda y Salud, 1952: 27-123. También puede verse en las ediciones del Diario Los Andes y el Comercio entre abril-noviembre de 1949.

(61) Como fueron el Sosneado, Minacar, Bardas Blancas, Ranquil Norte, Malargüe y zonas aledañas. (*Mensaje del Gobernador*, 1952: 189).

(62) Diario *Los Andes*, 25-2-1954:5; 28-2-1954:4.

(63) Ver Boletín Oficial de la provincia de Mendoza (1948-1951); Oficina de Prensa e informaciones del Poder Ejecutivo, *Agua, vivienda y Salud*: 27-123).

(64) *Iniciativas para el Segundo Plan Quinquenal*, Archivo General de la Nación, Fondo Secretaría Técnica, Carpeta N° 27, Legajo 11.186.

(65) Diario *Los Andes* (1947-1948).

(66) Entre ellas las localidades de San José, San Miguel y Las Lagunas del Rosario, Costa de Araujo, Gustavo André, Villa Tulumaya, Jocolí, Tres de Mayo y Colonia Francesa (Diario *Los Andes*, 30-1-1949:6; 3-7-1949: 8).

(67) Honorable Concejo Deliberante de la Municipalidad de Lavalle, nota del 1-6-49:7; 2-6-1949:3; 1-10-1951:4.

(68) Diario *Los Andes*, 1-10-1951:4.

Bibliografía

Acha, O. (2004). Sociedad Civil y Sociedad Política durante el Primer Peronismo. En *Desarrollo Económico*, Vol. 44, N° 174, 199-230.

Andrenacci, L., Falappa, F. y Lvovich, D. (2004). Acerca del Estado de Bienestar en el Peronismo Clásico (1943-1955)". En Bertranou, J. Palacio J. M, y Serrano, G. (Comps.), *El país del no me acuerdo. (Des) memoria institucional e historia de la política social en Argentina* (pp. 83-114). Buenos Aires: Prometeo Libros.

Bacolla, N. (2003). Política, administración y gestión en el peronismo santafecino, 1946-1955. En Macor D. y Tcach C. (Eds.), *La invención del peronismo en el interior del país* (pp. 111-161). Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral.

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

Berrotarán P. Jáuregui, A. y Rougier, M. (Eds.) (2004). *Sueños de bienestar en la Nueva Argentina. Estado y políticas públicas durante el peronismo (1946-1955)*. Buenos Aires: Imago Mundi.

Cueto, A. (1997). Historia de Mendoza. En *Diario Los Andes*, Mendoza.

Denis, P. (1969). San Rafael. La ciudad y su región. *Boletín de Estudios Geográficos*, Vol. VXI, Mendoza: Instituto de Geografía, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Cuyo.

Di Liscia, M. H. y Rodríguez, A. (2004). El cuerpo de la mujer en el marco del Estado de Bienestar en la Argentina. La legislación peronista (1946-1955). En *Boletín Americanista*, N° 54. Barcelona: Universidad de Barcelona, Facultad de Geografía e Historia, pp. 63-85.

García de Martín, G. y Molina de Buono, G. (1993). Hacia una metodología integrada para la planificación del servicio educativo, Departamento de Lavalle. En *Boletín de Estudios Geográficos*, N° 89, Vol. XXV, Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Filosofía y Letras, Instituto de Geografía, pp. 191-226.

Gerchunoff, P. y Llach, J. J. (1998). *El ciclo de la ilusión y el desencanto. Un siglo de políticas económicas argentinas*, Buenos Aires: Ariel.

Gerchunoff, P. y Antúnez, Damián (2002). De la bonanza peronista a la crisis de desarrollo. En Torres J. C. (Dir.), *Nueva Historia Argentina. Los años peronistas (1943-1955)* (pp. 125-205). Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

Hirschegger, I. (2008). La medicina asistencial, sanitaria y social peronista. Discurso, acciones y logros. El caso de San Rafael, Mendoza (1949-1952). En *Revista de Historia Americana y Argentina*, N° 42, Mendoza: Instituto de Historia Americana y Argentina. Mendoza. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Cuyo, pp. 63-101.

Hirschegger, I. (2009). *Políticas públicas peronistas y su impacto en el desarrollo económico y social de los municipios mendocinos (1946-1955)*. Tesis doctoral inédita. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Cuyo.

Lvovich, D. y Suriano, J. (Eds.). (2005). *Las políticas sociales en perspectiva histórica, Argentina, 1970-1952*, Buenos Aires: Prometeo Libros.

Martínez, P. (1979). *Historia de Mendoza*, Buenos Aires: Editorial Plus Ultra.

Martínez de Pisón, J. (1998). *Políticas de bienestar. Un estudio sobre los derechos sociales*, Madrid: Tencos-Universidad de la Rioja.

Macor, D. y Tach, C. (Eds.) (2003). *La invención del peronismo en el interior del país*. Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral.

Neri, A. (1983). *Salud y Política Social*, Buenos Aires: Hachette.

Novick, S. (2000). *La población económicamente activa según los Censos de Población -1947, 1960, 1970, 1980, 1991-*", Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Ospital, Silvia (2009). Modernización estatal y regulación económica en provincias vitivinícolas. Mendoza, 1936-1946. En *Mundo agrario*, N° 18, La Plata. En línea.

Philp, M. (2003). La invención del Estado en el imaginario político peronista. El caso Cordobés. En Macor D. y Tcach C. (Eds.), *La invención del peronismo en el interior del país* (pp. 57-84). Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral.

Plotkin, M. (2007). *Mañana es San Perón. Propaganda, rituales políticos y educación en el régimen peronista (1946-1955)*. Buenos Aires: Editorial de la Universidad Nacional de Tres de Febrero.

Ramacciotti, K. y Valobra, A. (2004). Relaciones de género en la campaña sanitaria de la Secretaría de Salud Pública de la Argentina (1946-1949). En Ramacciotti, K. y Valobra A. (Comps.), *Generando el peronismo. Estudios de cultura, política y género (1946-1955)* (pp. 19-64). Buenos Aires: Proyecto Editorial.

Ramacciotti, K. (2005). Una mirada sobre el estudio de la política social en la Argentina. En *Nuevo Tomo, Revista de Historia y Pensamiento Crítico*, N° 1, pp. 127-142.

Ramacciotti, K. (2005). Las voces que cuestionaron la política sanitaria del peronismo (1946-1949). En Lvovich, D. y Suriano, J. (Eds.), *Las políticas sociales en perspectiva histórica* (pp. 169-195), Argentina, 1970-1952. Buenos Aires: Prometeo.

Ramacciotti, Karina (2006). Las sombras de la política sanitaria durante el peronismo: los brotes epidémicos en Buenos Aires. En *Asclepio, Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Vol.

LVIII, N° 2, Universidad de Buenos Aires, pp. 115-138.

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

Rapoport, M. (2002). *Historia económica, política y social de la Argentina (1880-2000)*. Buenos Aires: Macchi.

Rein, R. (1998). *Peronismo, populismo y política: Argentina, 1943-1955*, Buenos Aires: Fundación Editorial de Belgrano.

Rosanvallón, P. (1981). *La crise de l'État-providence*, París: Editions du Seuil.

Rosanvallón, P. (1995). *La nueva cuestión social. Repensar el Estado providencia*, Buenos Aires: Manantial.

Ross, P. (1993). Justicia Social: Una evaluación de los logros del peronismo clásico. En *Anuario del IEHS*, Tandil: Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional del Centro, pp. 105-124.

Suriano, J. (2004). Los historiadores y el proceso de construcción del Estado Social. En Bertranou, J. Palacio, J. M. y Serrano, G. (Comps.), *El país del no me acuerdo. (Des)memoria institucional e historia de la política social en Argentina* (pp. 33-68), Buenos Aires: Prometeo Libros.

Torres, J. C. y Pastoriza, E. (2002). La democratización del bienestar. En Torres, J. C. (Dir.), *Nueva Historia Argentina, Los Años Peronistas (1943-1955)*, T. VIII (pp. 257-312). Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

Valobra, A. (2005). De cronopios y famas. La atención del binomio madre-hijo en la política sanitaria bonaerense durante la gobernación de Domingo A. Mercante, 1946-1952. En Panella, C. (Comp.), *El gobierno de Domingo A. Mercante en Buenos Aires (1946-1952). Un caso de peronismo provincial*, T. I (pp. 129-172). La Plata: Archivo Histórico de la Provincia de Buenos Aires.

Valobra, A. (2006). La hidatidosis en Buenos Aires: salud, economía y política en el gobierno de Mercante, 1946-1952. En Panella, Claudio (Comp.), *El gobierno de Domingo A. Mercante en Buenos Aires (1946-1952). Un caso de peronismo provincial*, T. II (pp. 131-172). La Plata: Archivo Histórico de la Provincia de Buenos Aires.

Zuccherino, M. (1977). *Teoría y práctica del derecho municipal*. La Plata: Depalma.

Fecha de recibido: 2 de febrero de 2010.

Fecha de publicado: 8 de noviembre de 2010.

URL: www.mundoagrario.unlp.edu.ar