



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL  
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES/FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS  
MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES  
SANTA FE – ARGENTINA**

# **LA CENTRALIZACIÓN SANITARIA SANTAFESINA 1932 – 1935**

**Prof. Viviana G. Bolcatto**

**Directora: Dra. María José Ortiz Bergia  
Co-Director: Mgter. Bernardo Carrizo**

**Santa Fe, 27 de Marzo de 2019**

*A la memoria de mi padre y de mi hijo*

## **Agradecimientos**

El presente trabajo es el esfuerzo de un tiempo más prolongado del que me había propuesto para su elaboración. Durante este proceso hubo cambios de directores de tesis y de objeto de estudio, sin embargo siempre se mantuvo intacto el interés en develar cuestiones referidas a la experiencia demoprogresista en el territorio santafesino. Valga un sincero y caro recuerdo para quienes fueron mis maestros, Darío Macor y Susana Piazzesi, ellos me contagiaron la pasión y el entusiasmo por indagar en esta período histórico.

A lo largo de este tiempo, muchas son las personas con las que he contraído deudas, imposible de mencionar a todas. La escritura en tercera persona del plural de este trabajo final refleja el acompañamiento recibido aunque no los hace partícipes de los errores y falencias en las que pudiese haber incurrido de las cuales soy la única responsable.

Quiero agradecer en primer lugar a mi directora María José Ortiz Bergia quien se comprometió generosamente leyendo y releyendo las ideas poco hilvanadas de los inicios, brindó aliento y sobre todo paciencia y sabiduría para que este proyecto pudiera concretarse. Sin ella este trabajo hubiese sido impensado. A mi codirector Bernardo Carrizo y a Cecilia Rambaudo que escucharon, corrigieron y brindaron su apoyo a este esfuerzo. A Mónica C. que leyó, formateó y armó mapas, organigramas y demás cuestiones técnicas las cuales me resultan tan tediosas de realizar.

A mi familia, especialmente a mi compañero de vida, Sebastián, y a mis hijos Ignacio y Emilia que se resignaron a compartir momentos de ocio con una madre enredada entre papeles, libros y la eterna presencia de una computadora.

Por último a mi hermana Silvina -Trabajadora Social en un Centro de Salud- ejemplo de mujer de las que luchan a diario por un sistema sanitario más inclusivo y menos heterogéneo, del cual esto es apenas un intento de aproximación desde la teorización.

## INDICE

---

<b>INTRODUCCIÓN</b>	6
<b>CAPÍTULO 1 Santa Fe: una provincia que crece fragmentada</b>	16
1.1 Diferentes rostros regionales del territorio provincial	16
1.2 La organización administrativa, estadística y electoral	20
1.3 Ciudades exponentes del crecimiento	25
<b>CAPÍTULO 2 La organización sanitaria en las ciudades de Santa Fe y Rosario en el primer tercio del siglo XX</b>	31
2.1 Asociaciones Civiles	31
2.2 Instituciones municipales	34
2.3 Instituciones provinciales	39
<b>CAPÍTULO 3 El reformismo santafesino y los gobiernos de los años treinta</b>	44
3.1 El Centenario y los proyectos reformistas en el contexto nacional	45
3.2 El reformismo en la provincia. Logros y postergaciones de los años 20	47
3.3 Los gobiernos demoprogresistas. La concreción de reformas	53
3.4 Los gobiernos conservadores. La continuidad de las reformas	56
<b>CAPÍTULO 4 Centralizar la sanidad y descentralizar la profesión del arte de curar. El proyecto sanitario del demoprogresismo</b>	60
4.1 El proyecto de Dirección General de Higiene: “un organismo único para intervenir en la sanidad” (Rubino)	61
4.1.1 Los autores del proyecto: la convocatoria al saber médico	66
4.1.2 La centralización de la autoridad sanitaria	67
4.1.3 El diseño de la Dirección General de Higiene y sus competencias	69
4.1.4 La fragmentación regional: la persistencia de herencias institucionales	74
4.2 Los Consejos Médicos: la autonomía médica	77

4.3	Una nueva Ley de Sanidad: la concreción del proyecto demoprogresista	81
<b>CAPÍTULO 5</b>	<b>La centralización sanitaria en acción. Implementación y vigencia de la Ley de Sanidad</b>	<b>85</b>
5.1	La Dirección General de Higiene	
5.1.1	La centralización en la recolección y manejo de la información	86
5.1.2	La centralización administrativa: el rol de los dispensarios	93
5.1.3	La centralización de la autoridad: la facultad de “policía sanitaria”	96
5.1.4	Los Consejos Médicos y la regulación en la comercialización de medicamentos y la atención profesional	99
5.2	Del apoyo unánime al pedido de derogación. Oposiciones y críticas a la Ley Fianza	101
5.3	La intervención federal al gobierno demoprogresista y la continuidad de la Ley Fianza	105
	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>107</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES</b>	<b>110</b>

## INTRODUCCIÓN

Durante los inicios del siglo XX, el diseño institucional del sistema sanitario de la Argentina, se caracterizaba predominantemente por la fragmentación y la heterogeneidad (Belmartino, 2005). La fragmentación se manifestaba en la existencia de múltiples instituciones que se hacían cargo de la financiación y la provisión de servicios, sin vínculos capaces de coordinar los diferentes niveles de atención médica que cada una de ellas representaba. Asimismo, cada institución organizaba sus propias normas de funcionamiento, captación y utilización de recursos que terminaban por dar lugar a un heterogéneo entramado de reglas de juego en torno al accionar sanitario. Estos rasgos eran favorecidos administrativamente por el régimen federal sancionado en la Constitución Nacional de 1853 que legitimaba la coexistencia de organismos nacionales, provinciales, municipales junto a asociaciones civiles filantrópicas y étnicas, que no lograban coordinar acciones ni centralizar la autoridad sanitaria en un único organismo con atribuciones de alcance nacional.

En este contexto, los años treinta constituyeron el escenario donde se aceleraron los mecanismos de intervención del estado nacional y cristalizaron nuevas instituciones en materia social que se diferenciaron de las respuestas liberales ensayadas en la década previa. Las diferencias en el accionar estatal posibilitaron considerar a la década del treinta como una línea divisoria que demarcó un antes y un después en el rol protagónico del Estado nacional.

En forma más específica, en el ámbito sanitario durante estos años comenzó a ser cada vez más visible una mayor intervención y tutela del Estado, potenciada por un discurso de época que legitimó su avance sobre cuestiones de salud antes reservadas al mundo privado de los individuos. El Estado argentino comenzó a intervenir más sistemáticamente en la resolución de múltiples problemáticas sociales que oscilaron desde el mejoramiento de las condiciones higiénicas de los trabajadores, hasta la creación de un sistema sanitario cada vez más amplio encargado de proteger a nuevos destinatarios entre los que se destacó el binomio madre-hijo (Biernat y Ramacciotti, 2013). Como parte de este proceso, paulatinamente la asistencia filantrópica y caritativa fue desplazada por una asistencia más laica y profesional, administrada por el Estado (Soldano y Andrenacci, 2006).

Trabajos pioneros han analizado las formas institucionales o las reglas de juego y los procesos históricos en los que se configuraron los servicios de salud y la atención médica en Argentina entre 1920 y fines de los años 90<sup>1</sup> (Belmartino 1988, 1991, 2005, 2007). En los mismos, se identificó para los años treinta el paulatino avance de un proceso de centralización administrativa que intentó asumir a través de un órgano de poder público el monopolio en las decisiones, las funciones, la coacción, la asignación de recursos y la designación de agentes, con la finalidad de concentrar el gerenciamiento de los servicios sanitarios (Biernat, 2016). Aunque es menester aclarar que, durante la década persistió en general la fragmentación y la heterogeneidad, como así también, los preceptos del federalismo que habilitaron el accionar independiente de cada provincia en la organización de sus servicios sanitarios y en sus vinculaciones con el poder nacional.

En el caso de la provincia de Santa Fe, la convivencia y la superposición de jurisdicciones estatales con entidades no estatales –sociedades civiles y étnicas– constituyeron un entramado heterogéneo y fragmentado de instituciones que desde comienzos del siglo XX se hicieron cargo simultáneamente de la salud provincial. Sin embargo, durante los años treinta, al igual que lo que aconteció en otras provincias<sup>2</sup>, el gobierno santafesino avanzó en un rol de mayor protagonismo e intervención que cristalizó en nuevas instituciones sanitarias. La Dirección General de Higiene (DGH) creada en 1932 durante la gobernación del demoprogresista Luciano Molinas, reemplazada posteriormente por el Departamento de Salud Pública (DSP)<sup>3</sup> fundado en 1939 por el conservador Manuel María de Iriondo, culminó con la instauración en 1941, del primer Ministerio de Salud Pública y Trabajo, durante la gobernación del conservador Joaquín Argonz. Valga subrayar

---

<sup>1</sup>En el contexto de consolidación de intervención estatal en cuestiones sanitarias, Susana Belmartino rescata la articulación de supuestos técnicos con formulaciones políticas, utilizando como referencia las figuras de Abelardo Yrigoyen Freyre -primer ministro de Salud Pública y Trabajo en la provincia de Santa Fe- y el gobernador de Buenos Aires Manuel Fresco. Ambas personalidades son resaltadas, por la autora, como anticipadores de un movimiento que se afirmó en los años 40.

<sup>2</sup>Para analizar las tentativas de centralización institucional al interior de las jurisdicciones provinciales rescatamos los trabajos de María José Ortiz Bergia (2012) para la provincia de Córdoba, Mirta Fleitas, (2005) para la provincia de Jujuy, Silvia Di Liscia (2007) desde el caso particular del Territorio Nacional de La Pampa, entre otros.

<sup>3</sup>De aquí en adelante se utilizarán las abreviaturas DGH para Dirección General de Higiene, DSP Departamento de Salud Pública.

que Santa Fe fue la primera provincia argentina que creó un ministerio destinado a la salud pública<sup>4</sup>.

El objetivo de este trabajo es analizar y explicitar cómo se inició y tomó forma ese proceso de mayor intervención, centralización e institucionalización administrativa sanitaria estatal entre 1932 y 1935 en la provincia. Algunos de los interrogantes que delimitan nuestra investigación son: cuáles fueron las concepciones de salud en las que se fundaron las necesidades de reformas, qué razones justificaron el diseño y la implementación de la centralización en las nuevas instituciones y qué transformaciones finalmente fueron introducidas en las agencias estatales.

En particular nos interesa analizar el avance y la profundización en la centralización sanitaria en el transcurso de la década del treinta. Durante estos años, la conflictividad y los cambios institucionales, la manifiesta oposición de la provincia a la alianza conservadora a cargo del poder nacional y la sucesión de administraciones gubernamentales provinciales de diferentes ideologías políticas partidarias, parecen no haber sido impedimentos para dar continuidad a un proceso de centralización que a nuestro entender se inició en 1932 y finalizó en 1941. En segundo lugar, la culminación de este proceso, con la creación del Ministerio de Salud Pública y Trabajo en los inicios de los años cuarenta, dejó en evidencia el significativo avance de la provincia en la institucionalización sanitaria previamente a la llegada del peronismo al poder nacional y todo lo que él implicó en relación a la salud pública y su reconocimiento como derecho en un marco de ampliación de la ciudadanía social. Ambas cuestiones, re-significan nuestro interés en estudiar a la provincia de Santa Fe, como pionera en un proceso de avance de centralización e institucionalización de políticas sanitarias.

En virtud de indagar en estas cuestiones hemos seleccionado un recorte temporal que trasciende la periodicidad política. Poner el acento en la institución sanitaria no significa “despolitizar la historia de las enfermedades sino darle a la política su justo lugar” (Armus, 2014: 44). Los tiempos de la salud y la enfermedad, refieren a cambios de épocas más extensos en su duración que originan nuevas ideas y concepciones. En este sentido, el

---

<sup>4</sup>A fines de ubicarnos en el contexto político provincial, señalamos que Santa Fe estuvo gobernada entre 1932 y 1935 por el demócrata progresista Luciano Molinas. Luego de esa fecha una intervención federal permitió las gobernaciones de los radicales antipersonalistas Manuel María de Iriondo (1937-41) y su sucesor Joaquín Argonz (1941-43), ambos más acordes al oficialismo nacional de la Concordancia liderada por Agustín Justo, hasta que el golpe de estado de junio de 1943 interrumpió la continuidad constitucional.

estudio de los procesos de salud-enfermedad ha demostrado tener tiempos propios, tiempos que van desde el descubrimiento y encuadre de una patología, la búsqueda de respuestas para lograr su control, hasta la desaparición o control de la enfermedad. Nuestro interés radica en la DGH, como nuevo organismo destinado a la sanidad, nuestro foco de análisis son su diseño, su implementación y finalmente las críticas y las resistencias a las que dio lugar su funcionamiento.

En términos historiográficos, nuestro interrogante se inserta en la corriente historiográfica denominada Historia Social de la Salud y la Enfermedad. Diego Armus (2000, 2001), uno de los precursores más influyentes de esta corriente en nuestro país, reconoce tres líneas o narrativas de investigación al interior de este campo: la historia de la medicina, la historia de la salud pública y la historia socio-cultural de la enfermedad. La narrativa que hemos elegido para avanzar en nuestra tarea es la historia de la salud pública. Desde esta perspectiva, analizamos las acciones generadas para preservar, cuidar y restablecer la salud teniendo en cuenta que generalmente ese accionar está influenciado por factores políticos, económicos, sociales y culturales que exceden lo estrictamente médico. Desde la historia de la salud pública, específicamente nos interesa comprender el rol del Estado provincial, las intervenciones que planificó y la estructura sanitaria que estructuró.

Asimismo, intentamos dialogar con los estudios que se vienen realizando sobre el Estado como objeto. Al respecto, es posible afirmar que durante mucho tiempo la historiografía argentina puso el acento en la existencia de un Estado nacional que actuó como un dispositivo institucional de forma homogénea sobre todo el territorio argentino. En cambio, en los últimos años se ha avanzado en el estudio del proceso de consolidación, organización, composición y dinámica institucional del Estado tendiente a mostrar nuevos rasgos del mismo. Así pues, esta historiografía lo muestra como un actor que contiene una multiplicidad de agencias capaces de responder con diversos niveles de autonomía, incluso a veces contradictoriamente, a los distintos intereses, problemáticas y demandas que la sociedad les plantea (Oszlak 1976, 1982; Skocpol, 1995; Bohoslavsky y Soprano, 2010). En otras palabras, como propone Germán Soprano (2007), se ha producido un desplazamiento de la concepción de un *Estado en singular a un Estado en plural*. Concebir al *Estado en plural* significa visualizarlo como una institución heterogénea y en la que las elites que controlan las agencias estatales suelen tener una organización desarticulada, en

función a la interlocución que cada uno de ellas mantiene con actores localizados dentro y fuera del ámbito estatal. Al interior de este marco analítico Ernesto Bohoslavsky y Germán Soprano (2010) proponen comprender *el Estado desde adentro*. Esto nos habilita a analizarlo como un objeto de estudio profundamente fragmentado y desacoplado en una multiplicidad de agencias, lógicas y prácticas sociales que demandan saberes expertos y acciones que no siempre están destinadas a la totalidad de la sociedad.

En lo que hace a las políticas sociales, Karina Ramacciotti (2010) las define como un conjunto de concepciones ideológicas que se plasman en diseños normativos e institucionales que buscan limitar las consecuencias sociales producidas por el libre juego de las fuerzas de mercado, al mismo tiempo que son útiles para construir legitimidad política. Retomando lo planteado previamente, comprender al *Estado desde adentro* nos obliga a pensar las políticas sanitarias como algo más que una respuesta a los conflictos, a las diferencias sociales y a las modalidades de legitimación del poder político.

Desde estas líneas de análisis, nuestro foco de interés estará delimitado por el territorio santafesino. Sin intenciones de caer en un provincialismo descontextualizado (Moreyra, 2009) de corte casi endogámico, creemos que la singularidad del contexto provincial, las complejidades y las particularidades de su entramado político e institucional comprometido en el diseño, la implementación y la ejecución de las políticas públicas (Idiart, 2014) en torno a la cuestión sanitaria, enriquecerá el conocimiento de los matices regionales que conforman la realidad nacional. En los últimos años, el estudio de espacios subnacionales evidencia la necesidad de avanzar en el reconocimiento de diversas realidades políticas, económicas y sociales que conviven en nuestro país. La heterogeneidad de las realidades provinciales obliga entonces a los historiadores a reconstruir los procesos de cambios acaecidos en diversos espacios provinciales, a los fines de comprender la complejidad y la multiplicidad de facetas en las configuraciones estatales argentinas. Como enfatiza Ortiz Bergia es necesario continuar avanzando en investigaciones microanalíticas que expliquen “lo irrepetible que hace única una experiencia pretérita” (Ortiz Bergia, 2013:89).

Por todo lo anterior, consideramos que solo a partir del análisis del contexto de época, las concepciones vigentes, el funcionamiento de las agencias que componen el Estado provincial, las formas en que se relacionan, negocian y dirimen los actores

involucrados en el diseño e implementación de políticas sanitarias y los resultados obtenidos en el accionar institucional podremos avanzar en nuestra intención de conocer y comprender el desarrollo de las nuevas políticas sanitarias implementadas en la provincia de Santa Fe.

Con respecto concretamente al contexto santafesino, los años treinta pueden ser considerados como un momento de articulación novedosa entre el Estado y la sociedad, a través de la profundización de los instrumentos de intervención económica, la gestión de políticas en torno a las problemáticas sociales y la construcción de una nueva legitimidad funcional que evidenció la consolidación de un nuevo tipo de asociación entre política y administración. Desde una renovada mirada historiográfica, Darío Macor centró su atención en la reforma del Estado provincial durante la gestión gubernamental de Luciano Molinas (Macor y Bacolla, 2009), y destacó como fundamento de su reformulación un conjunto de principios liberales que privilegiaron a la sociedad civil como actor clave del proceso. No obstante, la experiencia demócrata progresista incluyó en algunas áreas instrumentos de intervención estatal que, dado el carácter descentralizado en su implementación, adquirieron características particulares respecto al territorio nacional.

En trabajos más recientes, la crisis política de legitimidad de los años treinta ha sido repensada a partir de la interconexión de debates y prácticas políticas al interior de la estructura del Estado (Bacolla, 2012). En este sentido, Bacolla avanzó en el análisis de las transformaciones institucionales acaecidas en el ámbito de la Salud Pública provincial entre 1932 y 1943, lo que le permitió inquirir y recorrer el desarrollo de las relaciones entre la Nación y las jurisdicciones subnacionales, en torno a los actores y las condiciones de posibilidad de las reformas implementadas (Bacolla, 2016).

En igual jerarquía de análisis, y también desde una lectura política, resultan difíciles de soslayar las investigaciones previas de Susana Piazzesi (2010). La historiadora demostró que los gobiernos conservadores del radicalismo antipersonalista utilizaron la salud y la obra pública como ámbitos privilegiados para ejercer una legitimidad de ejercicio que compensó su ilegitimidad electoral. Los mecanismos fraudulentos de acceso a la gobernación en las elecciones de 1937 forzaron a los conservadores a implementar estrategias de *legitimación sustitutiva* que justificaron el ejercicio del poder. La política de salud adquirió en estos años una dinámica estrechamente asociada al quehacer político, que

sustentó los cambios producidos en las políticas sanitarias a partir de la segunda mitad de la década del treinta. Sin embargo, la centralidad otorgada a las relaciones entre política y salud reduce su abordaje a la escena política y relega la posibilidad de explorar en los inicios del proceso de mayor intervención, como así también los intentos de centralización de políticas sanitarias durante el período previo del gobierno demoprogresista.

Desde la perspectiva que proponen estas producciones, nos interesa poner el foco en la proyección del diseño institucional, la implementación y la vigencia de una nueva institución destinada a la sanidad, la DGH. En referencia a los avances de los temas vinculados específicamente a esta área es posible destacar el análisis del diseño institucional elaborado e implementado durante los primeros años de la década del cuarenta en la provincia de Santa Fe llevado a cabo por Susana Belmartino (2007). En sus escritos, la autora elogió la labor realizada por el doctor Abelardo Yrigoyen Freyre, a cargo del Ministerio de Salud Pública y Trabajo. Este fue protagonista de una iniciativa que puede ser considerada como antecedente institucional del posterior proyecto peronista. Sin embargo nuestro interés se remonta a la década previa y específicamente al período 1932-1935 como un momento fundacional en la centralización e institucionalización sanitaria.

Al interior de nuestra línea de análisis, nos servirán como insumos los trabajos abocados a la sociedad santafesina desde las dimensiones de la salud y de la enfermedad producidos por el equipo de investigación dirigido por Adrian Carbonetti<sup>5</sup>. Su finalidad es indagar en los episodios de dolencias, las condiciones de habitabilidad, la conformación institucional del sector salud y la profesionalización de la medicina entre fines del siglo XIX y mediados del siglo XX en la provincia, desde una perspectiva interdisciplinaria histórico-demográfica y geográfica que ha comenzado a dar sus frutos. Una mención especial merece la tesis doctoral de Ignacio Allevi (2018) que tomando como eje el estudio de la psiquiatría en la ciudad de Rosario, aporta conocimiento sobre la conformación de cuadros burocráticos estatales en el desarrollo de la institucionalización y profesionalización de ciertos saberes, en su caso específico la salud mental en el período comprendido entre 1920-1944. La construcción de un espacio de ciencia legítimo, la

---

<sup>5</sup> Véase Proyecto de investigación “Historia social de la salud y la enfermedad en la provincia de Santa Fe. Fines del siglo XIX y principios del XX.” Director Dr. Adrián Carbonetti. CAID 2012 y 2016, UNL.

creación de redes de sociabilidad, la autonomización y profesionalización disciplinar son algunas de las variables de su trabajo que contribuyen a nuestra investigación.

Luego de este relevamiento es posible afirmar que en el análisis de las discusiones, el diseño y la implementación de la nueva estructura sanitaria santafesina, aún existen vacíos sobre los que es necesario indagar más en profundidad. En este contexto, nuestra intención es re-pensar y re-crear los esquemas historiográficos ya elaborados en pos de avanzar en el conocimiento sobre las transformaciones que se operaron en el Estado provincial en los años treinta. Al respecto, nuestra hipótesis es que la creación de la DGH en 1932, luego denominada Dirección de Sanidad, produjo una ruptura respecto al período previo, caracterizado por una concepción liberal de las políticas sanitarias. Desde el nuevo organismo se produjo una ampliación de la capacidad del Estado que centralizó el accionar sanitario en todo el territorio santafesino. Posteriormente, el reemplazo de la Dirección de Sanidad por el DSP y finalmente por el Ministerio de Salud Pública y Trabajo, demuestra la profundización de la centralización e institucionalización sanitaria provincial iniciada en 1932.

Ahora bien, aunque compartiendo un proceso de centralización semejante a los otros espacios subnacionales, es posible aprehender que la trayectoria santafesina demuestra la inexistencia de un formato unívoco en el origen y desarrollo del avance replicado por las provincias en la totalidad del territorio argentino. En este contexto, nuestro trabajo permite mostrar cómo la centralización fue organizada sobre la base de herencias institucionales que dotaron al área sanitaria santafesina de ciertas particularidades en el concierto nacional y limitaron sus alcances.

Santa Fe creó una estructura sanitaria centralizada en su gobierno y accionar, pero paralelamente descentralizada en su ejecución. Esto estuvo estrechamente ligado a sus herencias institucionales. Efectivamente, la provincia organizó una nueva institución destinada a unificar la sanidad en todo el territorio provincial, pero a partir del mantenimiento de una doble burocracia creada a mediados del siglo XIX. Desde tiempos remotos, las ciudades de Santa Fe y Rosario se desarrollaron y se diferenciaron socio, económico y políticamente lo que originó la elección de ambas como sedes de las incipientes instituciones fundadas por el poder ejecutivo provincial. Durante los años treinta del nuevo siglo, ambas ciudades se mantuvieron como cabeceras de circunscripciones

regionales al interior de la DGH, a pesar de las explícitas intenciones de las autoridades de centralizar la sanidad en un organismo único dependiente del poder ejecutivo provincial. Indagar los argumentos que legitimaron la elección de ambas ciudades como lugares de residencia de las estructuras sanitarias y las justificaciones dadas para mantener esta permanencia en el tiempo es otro de los interrogantes en el que centramos nuestro trabajo.

En definitiva, avanzaremos sobre dos cuestiones en nuestra investigación. En primer lugar, en el análisis respecto a cómo en Santa Fe se desarrolló un proceso de centralización sanitaria que fue puesto en práctica por un partido de gobierno -el PDP- que enfatizaba en su ideario la descentralización administrativa. En segundo lugar, cuáles fueron los logros del proyecto de centralización a partir de la pervivencia de herencias institucionales e intereses creados a su alrededor.

Para llevar a cabo nuestra tarea hemos ordenado el trabajo en cinco capítulos. En el primer capítulo reconstruimos las características económicas, sociales y políticas de la provincia de Santa Fe hasta el primer trienio del siglo XX. La inserción de la provincia en el mercado nacional reflejó un dispar crecimiento geográfico, una fragmentación regional y la emergencia de Santa Fe y Rosario como ciudades más significativas. Nuestro objetivo es indagar en la evolución que culminó por cristalizar la fragmentación regional y en los motivos que justificaron la elección de Santa Fe y Rosario como ciudades cabeceras de la estructura estatal, incluida la sanitaria.

En el segundo capítulo, tomando como referencia el mismo recorte temporal que en el capítulo previo, pusimos el acento en la organización sanitaria de ambas ciudades. Nuestra intención es relevar la fragmentación y la heterogeneidad en el diseño institucional del sistema sanitario santafesino y aprehender los vínculos y relaciones entre las distintas jurisdicciones y jerarquías en ambos espacios urbanos.

El tercer capítulo está destinado a analizar el clima de ideas reformistas liberales existentes durante las primeras décadas del siglo XX en el territorio provincial. En el mismo nos interesa recrear el escenario que hicieron propicias las reformas políticas y sociales que se idearon durante la década del veinte, los argumentos que las justificaron, las concepciones que las legitimaron y la posibilidad de establecer vínculos entre ellas y las políticas que finalmente se concretaron durante la década del treinta, que es el centro de nuestro trabajo.

El cuarto capítulo está destinado a analizar el proyecto de creación de la DGH y sus intentos de centralizarla sanidad. Para dar cuenta de ello indagaremos en los autores del nuevo diseño sanitario, las concepciones de salud que subyacieron y que justificaron su planificación, las transformaciones ideadas para las agencias existentes y los motivos que legitimaron separar la sanidad de las profesiones del arte de curar.

El último capítulo lo dedicaremos a la implementación y puesta en vigencia de la denominada Ley de Sanidad. Las principales medidas llevadas a cabo por la nueva institución en su intento de centralización sanitaria, las repercusiones de su creación, las opiniones publicadas en la prensa respecto a las aceptaciones, oposiciones y resistencias generadas en las jurisdicciones existentes, los profesionales y la sociedad civil.

Las fuentes utilizadas para avanzar en nuestra tarea fueron documentos oficiales - discursos gubernamentales, diarios de sesiones del poder legislativo, leyes, decretos, estadísticas, informes institucionales- y la prensa periódica. La documentación oficial fue la lectura obligatoria para conocer los proyectos y la legislación sancionada, pero también para reeditar el diálogo, las discusiones, los consensos, las oposiciones a las que dieron lugar y la posibilidad de implementar nuevas políticas. A su vez, al ser un espacio de expresión de distintos actores, su entrecruzamiento con la información proveniente de organismos oficiales nos permitió conocer las ideas en disputa que terminaron por moldear a las nuevas instituciones sanitarias y los cuestionamientos o críticas en torno de ellas.

## **CAPÍTULO 1**

### **Santa Fe: una provincia que crece fragmentada**

En 1932 las ciudades de Santa Fe y Rosario fueron elegidas como sedes de la DGH. Pero para explicar esta decisión es necesario explorar un proceso de más larga data en el que se estructuró económico, sociopolítico y administrativamente el territorio provincial y en el que cobraron protagonismo aquellas urbes.

Así pues, estudios histórico-geográficos pioneros (Gallardo, 1961; Gallo, 1963, 1965, 1983) reconocen en la provincia una división regional desde inicios del siglo XIX que si bien no llegó a institucionalizarse en términos administrativos, culminó por sellar su impronta en la estructura estatal. El propósito de este primer capítulo es analizar el contexto provincial poniendo el foco en los ejes espaciales de las regiones, los departamentos y las ciudades que cristalizaron como sedes de las instituciones sanitarias creadas a fines del siglo XIX y aún vigentes.

Al respecto, consideramos posible establecer ciertas líneas de continuidad entre el progreso económico y el desarrollo demográfico que experimentó la provincia en su inserción en el mercado nacional y su configuración espacial. Tanto su fragmentación regional, como su división territorial en unidades administrativas-estadísticas-electorales denominadas departamentos y, finalmente, la emergencia de la ciudad capital y la ciudad portuaria del sur, luego elegidas como cabeceras de las instituciones estatales.

#### **1.1 Diferentes rostros regionales del territorio provincial**

La Argentina del primer tercio del siglo XX era un país significativamente diferente al de la centuria anterior. Las ventajas comparativas del clima y el suelo, sumado a la superación de la conflictividad interna y la consecuente organización de la vida política, así como los avances de las fronteras por la expropiación territorial a los aborígenes pampeanos, favorecieron su incorporación al mercado internacional como país agroexportador y propiciaron la inversión de capitales, el arribo y radicación de miles de inmigrantes que terminaron por modificar el paisaje del país en ciernes. Sin embargo, el ciclo del crecimiento hacia afuera, no se dio de manera homogénea en todo el territorio. La complejidad geográfica, climática e histórica, entre otras cuestiones, impulsó un esquema espacial diferenciado en múltiples regiones económicamente productivas que se

incorporaron al mercado nacional, con características singulares respecto a la extracción, la producción y la comercialización de productos primarios.

Entre fines del siglo XIX y principios del XX, la región pampeana conformada por las provincias de Santa Fe, Córdoba, Entre Ríos, Buenos Aires y La Pampa, experimentó un crecimiento demográfico que culminó por revertir la supremacía que el interior había heredado de épocas coloniales, y se consagró como la región más dinámica y poblada del país (Hora, 2010). Al interior de la misma, el territorio santafesino fue un claro ejemplo del proceso de transformación estructural que sufrió el territorio argentino.

La ubicación geográfica y las condiciones naturales posicionaron a la provincia de Santa Fe en un lugar estratégico para el desarrollo de actividades agrícolas-ganaderas y la instalación de puertos junto con una red ferroviaria, que fue de relevancia fundamental para la comunicación y el comercio. Estas variables favorecieron la radicación de inmigrantes, con el consecuente aumento de la población y de la actividad de explotación del suelo. Sin embargo, el crecimiento provincial no se dio de manera uniforme.

Desde tiempos remotos se hizo cada vez más visible una serie de características disímiles en la configuración del espacio interior provincial. El poblamiento, la actividad económica, la organización social, la relación y la comunicación con otros territorios, cristalizaron en la provincia tres regiones geográficas que mantienen su vigencia en la actualidad. La diferenciación entre las regiones del Norte, Centro y Sur fue el resultado de la sedimentación de diferencias económicas, sociales y políticas producidas en el devenir histórico. A continuación, identificaremos cada una de estas regiones y los factores más significativos que generaron a la mencionada fragmentación.

El **mapa N° 1** representa la actual división regional y departamental vigente en la provincia desde principios del siglo XX. Inicialmente, podemos identificar los territorios de la Región Norte, actuales departamentos de 9 de Julio, Vera, General Obligado, San Javier y Garay, los que fueron ganados a la dominación indígena en una colonización más tardía que el resto de la provincia y mantuvieron una densidad demográfica más baja que las regiones del Centro y el Sur. En esta zona, la explotación del quebracho colorado para la extracción de tanino, impulsada por inversiones extranjeras, alentó la radicación y el aumento de la población hacia comienzos del siglo XX. Por ejemplo, en 1914 había en



actividades agrícolas-ganaderas con marcadas diferencias en relación a Buenos Aires. En un país pecuario, caracterizado por la existencia de grandes haciendas, resultó original el sistema de colonias agrícolas promovido en Santa Fe que incentivó el asentamiento de la mediana y pequeña propiedad rural, de agricultores formalmente independientes (Gallo, 1965). Con la intención de poblar y poner en producción amplias extensiones de tierras, la colonización constituyó una modalidad de ocupación del territorio que articuló propiedad y trabajo familiar. Si bien el éxito de estos emprendimientos dependió de la coincidencia de intereses entre el Estado provincial, los propietarios, las empresas colonizadoras y los colonos, en sus inicios los mismos fueron posibles, por el rol activo de las autoridades gubernamentales. En números totales, desde 1856 hasta principios del siglo XX, se establecieron y mantuvieron 201 colonias agrícolas en todo el ámbito santafesino. Entre las colonias de mayor importancia se destacaron Esperanza y San Carlos, en el departamento Las Colonias, ambas se constituyeron en epicentro del proceso colonizador. Fuera del ámbito rural, se distinguió en esta región la ciudad capital de Santa Fe a la cual nos referiremos posteriormente.

Finalmente, la Región Sur se destacó por su crecimiento demográfico y económico dentro del contexto provincial. La misma está compuesta por los departamentos de General López, Constitución, Caseros, Iriondo, Belgrano y Rosario y es en donde se encuentra la ciudad portuaria del mismo nombre. A diferencia de la región del Centro, los propietarios pecuarios del sur desistieron de vender y parcelar sus campos y prefirieron arrendarlos. Esa medida tuvo como finalidad mejorar pasturas para refinar ganados en un contexto de alza de los precios de las tierras hacia finales del siglo XIX. La expansión productiva, sobre todo en los departamentos de Constitución y General López, tuvo por protagonistas a arrendatarios, también de origen ultramarino, que devolvían las tierras con cultivo de alfalfa a sus dueños al final del ciclo, generalmente trienal, de arriendo. De esta manera, se mejoraba la pastura para el engorde y el refinamiento del ganado y los propietarios retenían sus campos cada vez más valorizados (Gallo, 1983). En la misma región, la ciudad comercial y portuaria de Rosario materializó el crecimiento exponencial de la mano de obra necesaria para el desarrollo agropecuario y comercial de la zona.

## 1.2 La organización administrativa, estadística y electoral

En un proceso de largo aliento y con el fin de organizar políticamente el territorio, entre finales del siglo XIX y comienzos del XX, la provincia fue dividida en unidades con funciones administrativas, estadísticas y electorales denominadas departamentos. Consideramos factible establecer líneas de continuidad entre la fragmentación regional económica y demográfica a la que nos referimos recientemente y la división departamental instaurada por el poder ejecutivo provincial. A su vez, la descripción pormenorizada de la evolución departamental y el devenir en la organización administrativa nos posibilitará estudiar las tensiones y las pujas entre las tres regiones existentes en la definición y la toma de decisiones políticas provinciales.

Hacia mediados del siglo XIX, la provincia fue dividida administrativamente en cuatro departamentos tal como se expone en el **mapa N° 2**. Ellos eran: La Capital (que comprendía los actuales departamentos 9 de Julio, Vera, San Justo, Las Colonias, Castellanos, San Cristóbal y La Capital propiamente dicho), Rosario (que abarcaba los actuales departamentos de San Lorenzo, Caseros, General López, Constitución y Rosario), San José (que comprendía Garay, San Javier y Reconquista) y San Jerónimo (que comprendía San Martín, Iriondo, Belgrano y San Jerónimo).

Cada departamento era administrado por una Jefatura Política a semejanza del régimen instaurado por la Constitución de Cádiz de 1812. El objetivo era asegurar la presencia estatal a través de jurisdicciones departamentales y subordinar las tramas del poder local. El Jefe Político era representante directo del poder ejecutivo provincial y, a la vez, poseía atribuciones propias del orden municipal. Entre sus funciones, se destacó el mantenimiento del orden público, la justicia correccional, el control y la centralización de la recaudación de impuestos dentro del departamento y las tareas de tipo electoral (Bonaudo, 2003; Tettamanti, 2009).

La existencia de un núcleo poblado y su zona de influencia rural terminaban por definir la creación de un departamento, sin demasiadas consideraciones respecto a la extensión geográfica o la cantidad de habitantes que cada uno de ellos poseía. El **cuadro N°1** refleja las diferencias entre las dimensiones territoriales de los primeros departamentos creados en el territorio. Entre ellos, se destacaron el departamento La Capital con sede en la



albores del siglo XX, quedó constituida la organización administrativa departamental que posibilitó el andamiaje institucional del Estado provincial.

### Cuadro N° 1: Departamentos provinciales a mediados del siglo XIX

Departamento	Superficie	Cabezas de Departamentos
Capital	2.200 leguas cuadradas (x)	Ciudad de Santa Fe
San José	210 leguas cuadradas	Villa de San José
San Jerónimo	500 leguas cuadradas	Villa de San Jerónimo
Rosario	740 leguas cuadradas	Ciudad de Rosario

(x) Legua: medida itineraria equivalente a 5.572,70m.El cuadrado de una legua de lado equivalente a 3.105,50 hectáreas.

**Fuente:** Cuadro extraído de IPEC (2008:18). Elaborado con datos suministrados por Carrasco, Gabriel<sup>9</sup> (1886), *Descripción geográfica y estadística de la provincia de Santa Fe*. Buenos Aires, Imprenta y Encuadernación de STILLER & LAAB.

Además de constituirse en unidades administrativas, cada departamento asumió funciones electorales en la representación gubernamental. Según la Constitución Provincial sancionada en 1900, y sus reformas de 1907, cada departamento se constituyó en un distrito electoral. A su vez la ley les otorgaba centralidad en la formación del poder legislativo y en la elección de gobernadores.

El gobernador de la provincia era elegido indirectamente por una Junta de Electores designados directamente por el pueblo, cuyo número fue igual a la suma de senadores y de diputados que componían las Cámaras Legislativas<sup>10</sup>, para la época, 60 electores compuestos por 19 senadores y 41 diputados. Los senadores y diputados se elegían en forma directa. Cada departamento elegía un senador<sup>11</sup>, mientras que la cantidad de diputados dependían del número de habitantes; si bien difieren las cifras, esta disposición concuerda con lo establecido en la Constitución Nacional, igual número de senadores por

<sup>9</sup>Gabriel Carrasco (Rosario 1854-Buenos Aires 1908). Fue pedagogo, estadístico, periodista, historiador, geógrafo, intendente municipal, ministro, diputado y convencional. Jefe de la Oficina Demográfica Nacional entre 1898 y 1908, fue protagonista de las discusiones previas a la unificación horaria del país que fuera decretada en 1894. (Claudia Daniel,2015) Además se desempeñó como funcionario público en la provincia de Santa Fe: secretario de la Jefatura de la Policía de Rosario, oficial mayor del Ministerio del Interior, intendente municipal de Rosario, entre otros cargos.

<sup>10</sup> Véase Constitución Provincial 1900, art. 80

<sup>11</sup>Idem, Art. 37.

provincia y el número de diputados depende de la cantidad de habitantes en cada una de ellas.

La importancia política que se le asigna a la unidad departamental da cuenta de una puja entre las regiones Norte, Centro y Sur por contener en su interior la mayor cantidad de departamentos posibles pues esta situación tenía una traducción directa en el escenario parlamentario. Desde esta lectura, se comprende el malestar generado en Rosario con la creación del último departamento. El origen del departamento 9 de Julio (1907) en la Región Norte negó a la Región Sur la posibilidad de un nuevo departamento y la consecuente elección de un representante más en el poder político. Según denuncias publicadas en la prensa santafesina, no había motivos que justificaran la creación de 9 de Julio. En su lugar, se argumentaba la necesidad de dividir el departamento General López en la Región Sur, con diez veces más población que el recientemente creado del Norte. Si consideramos los datos demográficos, los departamentos de Vera con 7.000 habitantes y Garay con 6.000, ambos de la Región Norte, tenían cada uno un senador, al igual que Rosario con 220.000 habitantes. En consecuencia, la división departamental redujo la participación de senadores para la ciudad portuaria como cabecera de la Región Sur en la toma de decisiones legislativas. Sin embargo, el número de diputados compensó en parte el número escaso de senadores. Los descontentos a causa de los fundamentos demográficos y políticos se exacerbaban al considerar el aditamento económico. La Región Sur sostenía en la época el 60% del total de impuestos recaudados en el territorio santafesino (Álvarez, 1943; Malamud 1998; Rambaudo, 2014).

Los reclamos por la organización administrativa y política constituyeron parte del ideario de la Liga del Sur (1908), luego transformada en el Partido Demócrata Progresista (1914). Desde sus orígenes, los liguistas cuestionaron la división departamental por considerar que iba en detrimento de los intereses de los habitantes de la región Sur<sup>12</sup>. Sin embargo, las demandas de los comerciantes y terratenientes rosarinos no tuvieron respuestas satisfactorias frente al Congreso Nacional. Los diputados nacionales santafesinos previamente habían pactado la adhesión a la gestión presidencial de Hipólito Yrigoyen a cambio de la aprobación de la ley que privilegiaba mantener a la capital provincial en la

---

<sup>12</sup> Desde sus orígenes la Liga del Sur reclamó la supresión de los departamentos como unidades políticas administrativas, anexión de los departamentos San Martín y San Gerónimo a la circunscripción judicial del sur y traslado de la capital a Rosario (Malamud 1998; Rambaudo 2014).

ciudad homónima<sup>13</sup>. El tema de la ubicación de la capital provincial fue otra cuestión de disputa de larga data entre las ciudades de Santa Fe y Rosario, convertidas recíprocamente en estandartes del ideario radical versus demoprogresista.

La desproporción en la toma de decisiones entre el Norte, el Centro y el Sur se incrementa si consideramos la cantidad de población existente en cada región. Como mencionamos anteriormente, los datos suministrados por los censos nacionales, entre finales del siglo XIX y principio del XX, indican que el número de pobladores continuó creciendo en forma dispar en todo el territorio. A los fines de simplificar nuestro análisis con datos numéricos, consideraremos de aquí en adelante la cantidad de habitantes existente en cada región santafesina sin detallar cada departamento. Así, el censo de 1895 reconoce una población de 222.223 para la Región Sur, 133.641 para el Centro y 41.324 para la Región Norte. Según los datos del censo nacional de 1914, esos números se duplicaron en cada región. Poner en diálogo la cantidad de población de cada región y el número de senadores que corresponden a cada una de ellas agrega una nueva variable a la fragmentación.

**Cuadro N° 2: Cantidad de población y número de senadores que representan cada región**

Año	Región Sur		Región Centro		Región Norte	
	Población	Senadores	Población	Senadores	Población	Senadores
1914	563.063	7	238.762	5	97.902	7

**Fuente:** Cuadro de elaboración propia con datos suministrados por el III Censo Nacional (1914).

El **cuadro N°2** refleja las desproporciones a las que nos venimos refiriendo. La división departamental habilitó igual cantidad de senadores provinciales a la región Norte y a la Sur, a pesar de que la cantidad de habitantes del primero era cuatro veces menor que el segundo. No obstante, otorgó un tratamiento diferente a las elecciones de senador, pues cada departamento actuaba como un territorio político, convirtiéndose en reducto de caudillos políticos con los que era necesario negociar en el ámbito parlamentario. En este

<sup>13</sup> Confróntese con las sucesivas reformas de la Constitución Provincial (1907 y 1921) y la reiterada demanda de traslado de la capital provincial.

sentido, la representación y participación política sobredimensionó la importancia del número de departamentos y su pertenencia regional.

Hasta aquí, tres regiones y diecinueve departamentos constituyeron la organización administrativa, estadística y electoral de la provincia de Santa Fe que se estableció a inicios del siglo XX y se mantiene vigente en los tiempos actuales. Cabe ahora preguntarse las causas que legitimaron la emergencia de las dos ciudades de Santa Fe y Rosario como sedes de las instituciones sanitarias.

### **1.3 Ciudades exponentes del crecimiento**

Como señalamos en la introducción, el crecimiento demográfico de la región pampeana fue lo suficientemente significativo como para desplazar a la región del interior de su protagonismo colonial. La explotación de productos primarios destinados al mercado internacional favoreció su desarrollo y la radicación de mano de obra, aunque ambas variables no se lograron de manera homogénea en todas las provincias que la integran.

Particularmente, la población del territorio santafesino, según datos suministrados por los censos nacionales<sup>14</sup>, pasó de 89.117 habitantes en 1869, a 397.188 en 1895 y 899.640 en 1914. La oferta de trabajo constituyó el gran polo de atracción tanto en zonas urbanas como rurales. El avance en los medios de comunicación y el comercio, la creación de colonias agrícolas y el desarrollo de emprendimientos agropecuarios destinados a la exportación, dinamizaron la radicación de habitantes en gran parte de la provincia. Esto a su vez alentó el crecimiento insospechado de su economía.

Sin embargo, el crecimiento demográfico y la urbanización no se reflejaron equitativamente en la totalidad del territorio provincial. Las ciudades de Santa Fe y Rosario fueron polos de atracción para un número significativo de inmigrantes, que en el término de un corto período (1869-1895) lograron superar los 10.000 pobladores cada una de ellas. En poco tiempo, Rosario dejó de ser un rancherío para convertirse en una ciudad. El poblado del sur pasó de 50.914 habitantes en 1887<sup>15</sup> a 91.669 en 1895, y a 222.592 en 1914, es

---

<sup>14</sup>Para los datos de los censos hemos tomado como referencia el IV Censo General de la Nación (1947). Tomo I Censo de Población, Dirección Nacional del Servicio Estadístico, Buenos Aires/IPEC (2008) Informe elaborado por el Instituto de Estadísticas y Censos, Gobierno de Santa Fe.

<sup>15</sup>El I Censo Nacional de 1869 registró como urbana a toda la población que vivía en un centro poblado sin tener en cuenta la cantidad de habitantes. Por esta razón hemos optado por incorporar los datos suministrados por el I Censo Provincial de 1887 a los fines de tener más precisión con respecto a los datos de las ciudades de Santa Fe y Rosario.

decir, su población aumentó cuatro veces en 27 años. Por su parte, la ciudad de Santa Fe también incrementó su número -aunque con una densidad menor- pasando de 14.206 habitantes en 1887 a 22.244 en 1895 y llegando a cerca de 60.000 en 1914. Si bien, la población capitalina se duplicó entre 1895 y 1914 e incrementó su peso en la intermediación mercantil y en las actividades de producción agropecuaria, sus cifras demográficas nunca igualaron a las de la ciudad portuaria del sur.

Otros centros urbanos también crecieron durante la época, pero en niveles muchos menores. Hacia 1895 existían en el territorio provincial doce poblados con una concentración demográfica que oscilaba entre los 400 y 1000 habitantes, ubicados en las áreas de las colonias agrícolas de los departamentos Las Colonias, San Jerónimo, San Javier y San Lorenzo (Bonaudo, 2006).

El crecimiento exponencial aunque desparejo de las ciudades de Santa Fe y Rosario, su desarrollo económico y las vinculaciones que cada una de ellas estableció con los poblados más cercanos, las convirtieron de hecho en cabeceras de las regiones Norte-Centro y Sur respectivamente.

La ciudad de Santa Fe -fundada en el siglo XVI- fue puerto obligado del circuito que unía Potosí con Asunción y Buenos Aires. En el siglo XVII, la Corona la declaró “Puerto Preciso”, privilegio que la autorizó a recibir impuestos de las embarcaciones que circulaban por sus ríos. Desde sus orígenes, la ciudad se vinculó con las actividades gubernamentales y administrativas. A mediados del siglo XIX, la proximidad geográfica a la ciudad de Paraná, sede de la Confederación Urquicista, convirtió a la ciudad de Santa Fe en una delegación política que, bajo la mirada atenta de Urquiza, participó en las discusiones de la política nacional. Con el trascurso del tiempo, la organización y el control del poder en el ámbito de la ciudad quedó a cargo de redes parentales donde los vínculos personales y una estructura jerárquicamente organizada terminaron por definir las “familias de gobierno”. Estas se legitimaron a través de los conocimientos recibidos en las Facultades Mayores del Colegio de la Inmaculada Concepción, donde según una ley provincial de 1868 se impartía el estudio del Derecho con el propósito de responder a la demanda de profesionales estatales para una burocracia en expansión. Del mismo colegio egresaron letrados encargados de exaltar los valores del grupo dominante capitalino. La escritura del pasado fue utilizada como una fuente de legitimación y cohesión al interior de las familias

fundadoras del gobierno de los mejores. La historia santafesina, escrita por coterráneos, destaca los valores de los buenos esposos, padres y carismáticos administradores en los hombres descendientes -directos o emparentados- del Brigadier Estanislao López, aquellos que favorecieron la consolidación del orden institucional y el progreso local (Coudannes Aguirre, 2007).

La tradición, la fortuna, el estilo de vida constituyeron los pilares de la élite de la capital provincial que terminó por atrincherarse en vínculos cerrados de sociabilidad con características *pre-modernas*. Darío Macor (1995) propuso el concepto *modernidad aldeana* para referirse al mundo urbano de la ciudad capital, donde los sujetos sociales y políticos de la época construyeron la trama de sus días rehaciéndose en una modernidad que parecía no requerir el abandono abrupto de la aldeanidad, de su imagen colonial. Santa Fe fue básicamente una ciudad estatal con un desarrollo significativo de la burocracia, apenas atenuado por las actividades comerciales de la región Norte-Centro. La producción maderera y cerealera se beneficiaron por la estructura combinada del sistema de transporte ferroviario y portuario

Aprovechando las ventajas naturales de las que carecía el puerto de la ciudad, el ferrocarril optimiza una empresa que favorece la conexión con el exterior. El puerto de Santa Fe y Colastiné se complementan y especializan: Santa Fe, fundamentalmente destinado al tráfico de cabotaje, y Colastiné oficiando de gran puerto ultramarino. [...] La unión de ambas sedes portuarias por el Ferrocarril Francés completa esta estructura (Macor y Piazzesi, 2001:83).

Sin embargo, a pesar del sobredimensionamiento del espacio urbano donde el peso del Estado y las actividades burocráticas avanzaron en el desarrollo del sistema combinado de transportes ferroviario y portuario la ciudad no abandonó su imagen colonial.

En oposición a la tradición capitalina, la ciudad de Rosario creció y se modernizó desmesuradamente en pocos años. En sus orígenes, surgió como un pequeño poblado que funcionaba para abastecimiento y refugio, una posta o lugar de paso en el camino que unía a Buenos Aires y Santa Fe. A mediados del siglo XIX, los enfrentamientos y disputas que mantuvieron Buenos Aires y la Confederación, obligaron a la apertura de los ríos interiores

y ubicaron a la ciudad del sur como el primer puerto del mismo Estado confederal<sup>16</sup>. Sus condiciones geográficas favorables, como las altas barrancas y el cauce profundo del río, a su vez, barreras naturales contra las inundaciones, consolidaron su posición estratégica y rápidamente la transformaron en una próspera ciudad (Bonaudo, 2006; Barrera, 2012).

Hacia 1902, con las obras de modernización de su puerto, Rosario llegó a ocupar el segundo lugar del país detrás del puerto de Buenos Aires. Las ciudades de Rosario y Buenos Aires terminaron de configurarse como cabeceras de un sistema que articulaba sus puertos ultramarinos con los ramales de la red ferroviaria. En su planificación urbana, el puerto rosarino se instaló en el frente fluvial de la ciudad

[Al norte de él] se ubicaron las playas de maniobras y talleres de las principales líneas ferroviarias que llegaban hacia el oeste (Córdoba) y hacia el norte del país, mientras que otras conexiones con el suroeste y el sur dieron lugar a una suerte de pinza que establecía un cerco vial de la ciudad. En sus extremos se construyeron las principales estaciones ferroviarias: Gran Central Argentino (1871) y Central Córdoba (1891) (Liernur, 2000:414).

El avance de las vías ferro-portuarias potenció a la ciudad del sur en el eje comercial. Asimismo, vinculó el desarrollo del interior de la provincia con el contexto nacional e internacional como punto de partida de cereales y entrada de manufacturas. Su rol dentro de las vías de comunicación fue de tal envergadura que la Bolsa de cereales de Chicago no se cerraba sin antes contar con la información proveniente de la “Chicago argentina” (Macor, 2012).

La vida económica, social y política giró en torno al puerto. Este marcaba el pulso de la ciudad. “Un pulso sensible a los problemas causados por la naturaleza, las catástrofes sanitarias, las fluctuaciones del mercado, la escasez o la abundancia de mano de obra, las huelgas obreras, el lock-out empresario, las tarifas aduaneras, la competencia de los otros puertos y los avatares de la política nacional e internacional” (Prieto, 2010:56). El desarrollo comercial favoreció la consolidación de la burguesía rosarina como un grupo de reconocida heterogeneidad étnica-nacional y de implantación multisectorial. Desde una posición económica y social privilegiada, esta minoría organizada creció conjuntamente

---

<sup>16</sup>Alicia Megías (2008; 2009) analiza la participación de ambas ciudades en la gestación del Estado central, luego de la Asamblea Constituyente de 1853. Según la autora, la vinculación política de la ciudad de Santa Fe, y económica de Rosario profundizó las diferencias que luego incidieron en la distribución del poder y la riqueza del territorio provincial.

con el proceso de modernización urbana. Desde sus orígenes, se vio obligada a constituirse y legitimarse en una sociedad sin jerarquías estables, cuya pertenencia definiría los privilegios y las obligaciones, en un contexto intelectual y cultural de recambio continuo de individuos y de grupos sociales. La pertenencia dependía fundamentalmente de la posesión de algún mérito individual reconocido por los demás miembros de la sociedad, como la acumulación de riquezas, las relaciones sociales, el prestigio y el poder (García, 2005).

El liderazgo económico y la pujante sociedad rosarina terminaron por sellar la impronta de la ciudad portuaria con una identidad política propia. La crítica hacia el régimen de gobierno oligárquico y al sistema electoral, el énfasis en el accionar del municipio, el surgimiento de un partido de condición progresista como la Liga del Sur (1908), posteriormente transformado en Partido Demócrata Progresista (1914), y la figura de Lisandro de La Torre, entre otros, posicionaron a la ciudad de Rosario como estandarte del demoprogresismo. La identidad política partidaria sumó otro elemento de diferenciación con la ciudad capitalina donde predominó el radicalismo, a través de sus diferentes facciones, al menos desde 1912.

En lo que respecta a Santa Fe y Rosario, la configuración y ocupación del espacio, el crecimiento demográfico, el avance en la urbanización, las actividades productivas y la constitución y legitimación de una identidad partidaria entre la élite local, sellaron perfiles económicos, sociales, políticos, ideológicos particulares en ambas ciudades destinados a perdurar. Pero la diferenciación no se circunscribió a los límites de cada espacio urbano y a su vinculación regional, sino que avanzó en sus intenciones de predominio hegemónico sobre el resto del territorio provincial.

Cerrando este capítulo podemos aseverar que la ocupación y la configuración del espacio, el poblamiento, las actividades económicas, los regímenes de tenencia de la tierra, la composición social, dieron lugar a diferentes configuraciones socioeconómicas al interior del territorio provincial. Santa Fe creció fragmentada en diferentes rostros que culminaron por definir las regiones geográficas del Norte, del Centro y del Sur. La posterior organización de departamentos con funciones administrativas, estadísticas y electorales, otorgó a las diferencias geográficas-económicas-sociales un nuevo fundamento político. En este contexto de fragmentación y de organización departamental, las ciudades de Santa Fe y

de Rosario crecieron a un ritmo exponencial, aunque cada una con una densidad e identidad distintivas.

Tres regiones geográficas, diecinueve departamentos administrativos y sólo dos ciudades emergieron como las más significativas. Como veremos en los próximos capítulos, en el devenir histórico de casi medio siglo, pareciera que las herencias institucionales de los primeros asentamientos urbanos fueron la clave para moldear la estructura estatal que se desarrolló en las etapas sucesivas.

## **CAPITULO 2**

### **La organización sanitaria en las ciudades de Santa Fe y Rosario en el primer tercio del siglo XX**

El crecimiento demográfico y urbano favoreció el desarrollo de la ciudad capital y la ciudad portuaria del sur. Como manifestación material del progreso, el exponencial aumento de la población urbana trajo aparejado un sinfín de problemas emparentados con el hacinamiento, la escasez de agua potable, la propagación de enfermedades contagiosas convertidas rápidamente en epidemias, entre otros. Ya hemos analizado las variables económicas y socio-políticas que identificaron y diferenciaron a las ciudades de Santa Fe y Rosario, y que justificaron su emergencia hegemónica en las regiones Norte-Centro y Sur, respectivamente. En el presente capítulo nos proponemos focalizar en la estructura sanitaria de ambas ciudades desde mediados del siglo XIX hasta el primer trienio del siglo XX. Particularmente, nos interesa identificar quiénes estaban a cargo de la sanidad, cómo se organizaban, de quiénes dependían, a quiénes atendían y qué roles cumplían los Estados municipales y el provincial en la conformación de la estructura institucional que se fue implementando durante este período. La finalidad de este capítulo es establecer continuidades y rupturas con el período posterior que es clave para nuestro trabajo.

#### **2.1 Asociaciones civiles**

Desde tiempos muy tempranos, existieron en el territorio argentino asociaciones creadas para ayudar a las víctimas de alguna guerra o catástrofe. La institución emblemática fue la Sociedad de Beneficencia creada por el gobierno de Buenos Aires en 1823 y entregada para su dirección y gestión a las mujeres patricias. Las damas de la élite asumieron un rol de colaboración entre la sociedad y el incipiente Estado, cuyas dimensiones y competencias aún no estaban muy definidas. Si bien esta asociación se constituyó como un organismo laico, desde sus inicios actuó emparentada con ideas altruistas de la caridad cristiana para garantizar la supervivencia de la población, respondiendo a sentimientos de solidaridad sin pedir ni recibir nada a cambio. También alojaron en su interior a congregaciones religiosas que estuvieron a cargo de la atención directa de los enfermos. Respecto a los fondos para su funcionamiento, estos provenían principalmente de subvenciones de las distintas jurisdicciones provincial y nacional. Otras

fuentes de recursos eran las diversas donaciones de particulares, quienes aportaban sumas de dinero, terrenos, edificaciones, y a veces, jornadas de trabajo. Regularmente, las socias organizaban eventos o proyectos anuales, como por ejemplo actos teatrales, cenas benéficas, sorteos, kermeses u otros juegos de azar destinados a la obtención de sumas monetarias (Dalla-Corte Caballero, Ulloque, Vaca, 2014).

Existen algunas características semejanzas entre la sociedad benéfica porteña y las sociedades de beneficencia fundadas en el territorio provincial santafesino. Desde mediados de siglo XIX, la provincia contó con una Sociedad de Beneficencia en la ciudad de Rosario (SBR) y otra en la ciudad de Santa Fe (SBSF). Según los fundamentos enunciados en sus Actas de Fundación, ambas sociedades respondían a la perspectiva filantrópica cristiana, enfatizando que los objetivos de su accionar serían el “alivio de la humanidad doliente” (Cervera, 1973), y “la mano que da”, seguido de “dar la mano y servir” (Dalla-Corte Caballero, Ulloque, Vaca, 2014 y 2015). Con el transcurso del tiempo también incorporaron, al igual que la sociedad porteña, religiosas provenientes de la comunidad de Hermanas de la Caridad quienes se alojaron en los hospitales y se encargaron de su vida interna y de la atención de enfermos. Respecto a los fondos para su funcionamiento, desde 1861 ambas sociedades, recibieron y se repartieron equitativamente los fondos provenientes de la Lotería de Beneficencia Provincial. Posteriormente, en 1895 el Senado de la Nación aprobó, mediante la Ley Nacional N°3313, la creación de la Lotería de Beneficencia Nacional. Los montos obtenidos por esta última ley, debían ser distribuidos en todo el territorio nacional, correspondiendo un 60% para Capital Federal y un 40% a repartir entre el resto de las provincias. Quien administraba los fondos era una comisión integrada por el Intendente Municipal, el Juez Federal y el Presidente del Superior Tribunal de Justicia de cada ciudad que recibía el monto. Esta comisión debía evaluar y distribuir el dinero a los fines de construir y sostener hospitales y asilos públicos (Bolcatto, 2013).

Con respecto al origen de cada una de las sociedades de beneficencia, la SBR fue creada en 1854 con la aprobación del gobernador de la provincia, Domingo Crespo, y el director provisional de la Confederación Argentina, Justo José de Urquiza. El gobierno provincial otorgó un subsidio para la construcción de una Casa de Caridad, que fue fundada bajo la denominación de Hospital de Caridad de Rosario, actualmente

denominado Hospital Provincial de Rosario. Hacia inicios del siglo XX, una de sus presidentas denunció que las salas construidas para las mujeres y hombres del hospital rosarino “quedaron siempre por detrás de las disposiciones reclamadas por los progresos de la ciencia y las exigencias de la higiene” y enfatizó en la necesidad urgente de reconstruir el edificio. Su edificación no había seguido ningún plan, ni coordinación arquitectónica y siempre había tendido a satisfacer las necesidades más apremiantes. En 1919, un granizo invalidó al Hospital de Caridad de seguir prestando sus servicios y fue el motivo que aceleró las donaciones y reformas que pronto dieron lugar a que el edificio se adecuara a “las exigencias de la higiene y confort moderno” (Dalla-Corte Caballero, Ulloque, Vaca, 2014:215-216).

Respecto a la ciudad de Santa Fe, desde 1823 ya contaba con un Hospital de Caridad que funcionaba como un Hospital Militar destinado especialmente a la asistencia de soldados. En 1860, el gobernador Pascual Rosas dispuso la creación de una Sociedad de Beneficencia a imitación de la SBR y expidió por decreto que la nueva SBSF se haría cargo de “la dirección y vigilancia de la escuela de niños de la Capital, la atención y cuidado de los Hospitales y todos los establecimientos públicos que se fundasen, dirigidos al bien de las personas de su sexo” (Cervera, 1973:306). Con el avance del tiempo, las damas de la beneficencia no sólo se dedicaron al cuidado de enfermos y desvalidos, sino que llegaron a tener injerencia en decidir quiénes eran recibidos y quiénes no en estos hospitales, y demandaron al Estado sostenidamente la erogación de recursos para ello (Sedrán, 2014). Al año siguiente de su fundación, la SBSF habilitó reformas edilicias en el Hospital de Caridad y la creación de “cuartitos” en el ala sur para incorporar la atención de mujeres (Cervera, 1973:309). Recién en 1902 se colocó la piedra fundacional en un nuevo terreno y en 1909 quedó inaugurado el Nuevo Hospital de Caridad, actualmente conocido como Hospital José María Cullen (Damianovich, 2003). El edificio respondía a las concepciones sanitarias de la época, separaba en pabellones los pacientes con las distintas enfermedades y estaba provisto de patios para la oxigenación y soleamiento del espacio. El edificio, aún existente y en ejercicio de sus funciones, tiene una tipología de peine, con un eje longitudinal central, que se inicia en el hall de acceso y remata en el área de servicios, alojando patios y jardines delimitados por galerías conectando los distintos pabellones (Piazzesi y Bolcatto, 2011).

Además de estas sociedades filantrópicas, también las sociedades étnicas crearon instituciones sanitarias. Las colectividades de inmigrantes de distintos orígenes y procedencia, aventurados por las oportunidades de conseguir trabajo, pero limitados por el desconocimiento del idioma castellano, entre otras limitaciones, crearon instituciones de ayuda dedicadas al cuidado de la salud. Si bien, en los inicios las nuevas instituciones sanitarias fueron pensadas para la atención de los connacionales, luego su servicio fue ampliado a la ciudad y a su zona de influencia.

Concretamente en el territorio santafesino, la colectividad italiana fundó en 1892 el Hospital Italiano de Santa Fe y las Colonias. El costo de la obra fue cubierto con donaciones de distintas instituciones de la ciudad y colonias agrícolas vecinas. En su edificación se destacó la presencia de conceptos invocados por el higienismo: el aislamiento con respecto al centro urbano, la existencia de jardines, la construcción de un sistema de provisión de agua potable, y de un subsuelo donde se construyó la lavandería y la morgue (Montoro, 1998). La ciudad de Rosario también contó con sus hospitales de la colectividad italiana, los Hospitales Garibaldi y el Unión y Benevolencia. Así mismo, la colectividad española también fundó y mantuvo un Hospital en Rosario y un Sanatorio en Santa Fe.

Hasta aquí, organizaciones filantrópicas y étnicas como las mencionadas cumplieron un rol central en la gestión hospitalaria durante el siglo XIX y administraron con autonomía los fondos propios conformados por los recursos recaudados y los que provenían del Estado provincial. Durante este período, al poder ejecutivo provincial sólo le quedaba reservado el control del ejercicio profesional y el cumplimiento de las medidas higiénicas. Como intentaremos demostrar a continuación, fue recién a la vuelta del siglo, a partir de la nueva legislación sancionada que estas organizaciones comenzaron a ser reguladas por el avance del Estado provincial y del municipal.

## **2.2 Instituciones municipales**

En 1900, Santa Fe sancionó una Constitución Provincial y habilitó la existencia de municipios en los lugares poblados con más de 8000 habitantes. Cada uno de estos centros urbanos quedó a cargo de un Concejo Deliberante con miembros elegidos directamente por el pueblo y un Intendente electo por el Poder Ejecutivo provincial. El Intendente era

independiente en el ejercicio de las funciones administrativas del municipio y sus atribuciones estaban determinadas por una Ley Orgánica de Municipalidades establecida por el Poder Legislativo provincial.

Los primeros municipios reconocidos como tales, por la cantidad de habitantes que poseían, fueron los de las ciudades de Santa Fe y Rosario. En el mismo año en que se sancionó la Constitución Provincial, se dictó la Ley Orgánica de las Municipalidades N°1053, que otorgó a los Intendentes las atribuciones específicamente sanitarias de

Velar por la higiene del Municipio, comprendiéndose en ella la limpieza, la desinfección del aire, de las aguas, de las habitaciones y parajes malsanos, la inspección de substancias alimenticias (...) la adopción de todas las medidas tendientes a evitar las epidemias, disminuir sus estragos y remover las causas que las produzcan o mantengan, y de todas las que concurran a asegura la salud y el bienestar de la población, comprendiéndose entre ellas las visitas domiciliarias (Ley N° 1053, cap. IV, apartado 26, 1900).

También reconoció a los gobiernos municipales las facultades de crear, fomentar y reglamentar casas y correccionales, hospicios, asilos, hospitales, casas de aislamiento y demás establecimientos análogos de caridad, así como el deber de proteger a las Sociedades de Beneficencia por medio de subvenciones tendientes a coadyuvar al ensanche, mejoramiento y dirección de los establecimientos que estas tuvieran a su cargo -colegios, hospicios y asilos de huérfanos, dementes y mendigos-.

En el contexto de esta nueva legislación, es posible identificar la perspectiva higienista que ponía el foco en las ciudades como exponentes del acelerado e incipiente progreso y sus consecuencias no deseadas. Los legisladores locales adhirieron a esta ideología preocupada por la modernidad y la necesidad de proyectar una ciudad higiénica ideal, capaz de armonizar un espacio sin enfermedades y de regeneración social. La idea del verde en la ciudad moderna se sintetizó en la metáfora de comparar a la ciudad como cuerpo humano y el verde de los parques como pulmón urbano (Armus, 2007).

En este contexto, los municipios de las grandes ciudades, en nuestro caso de las ciudades de Santa Fe y Rosario, fueron los encargados de crear nuevas instituciones sanitarias, y a la vez controlar las ya existentes. La nueva legislación otorgó a los municipios un lugar central como mediadores entre el poder ejecutivo provincial y la población urbana y paralelamente, generó tensiones entre ellos y las asociaciones civiles

(SB y asociaciones de colectividades) que ya venían funcionando y administrando sus bienes en forma autónoma.

El reconocimiento de atribuciones sanitarias municipales significó, entre otras cosas, subsumir las asociaciones civiles a los designios del Intendente. Lejos de resolver y centralizar la toma de decisiones, la legislación generó disputas y superposiciones en el accionar de distintos actores del ámbito urbano, que se negaban a renunciar a sus atribuciones en materia sanitaria (Bolcatto, 2013).

Asimismo, la nueva legislación también significó la creación de instituciones. A los fines de llevar a cabo sus nuevas funciones sanitarias, las autoridades municipales de ambas ciudades, crearon en distintas fechas una Asistencia Pública de la Ciudad<sup>17</sup>. La ciudad del sur contaba desde 1887 con una Oficina de Higiene, transformada en Asistencia Pública en 1890. La ciudad capital también creó en 1907 su propia Asistencia Pública (Cervera, 1973) en un edificio construido en la intersección de las calle 1º de Mayo y Juan de Garay, en donde actualmente funciona el Ministerio de Salud de la Provincia. El nuevo organismo tenía a su cargo la inspección de los servicios de higiene, la dirección y la administración de los cementerios, el control de la prostitución y la profilaxis, la provisión de medicamentos, la ejecución de los servicios de desinfección y de vacunación, entre otros. También poseía un Cuerpo Médico, con la obligación de realizar la asistencia domiciliaria a cualquier hora, y la atención gratuita de los pobres de solemnidad<sup>18</sup>. Para la prestación de este servicio, cada ciudad fue dividida en zonas a semejanza de barrios, cada una a cargo de un médico (Bolcatto, 2013).

El registro y atención de los pobres fue reglamentado en la ciudad capital a través de la Ordenanza Municipal N°2187. Para gozar de los servicios de la Asistencia Pública, los interesados debían completar una solicitud declaratoria de pobreza, a través de la cual se les otorgaba una orden para su asistencia médica provisoria, válida por ocho días. Luego de ese término, los interesados en continuar recibiendo los servicios de la Asistencia Pública debían devolver la solicitud firmada por el Juez de Paz o el Comisario de la Sección,

---

<sup>17</sup>En el ámbito nacional, en 1880 se creó el Departamento Nacional de Higiene (DNH) y desde 1883 funcionó la Asistencia Pública de Buenos Aires.

<sup>18</sup>Valeria Pita (2011) define a los pobres de solemnidad como una categoría que agrupaba desde antaño a aquellos personas que habían obtenido tal reconocimiento por certificados otorgados por los jueces de paz, curas párrocos, empleados municipales o vecinos notables. Durante estos años, la constatación pública de la pobreza continuó siendo una práctica vigente.

quienes debían atestiguar su condición de pobreza, hecho esto, se les entregaba una orden de asistencia, válida por seis meses. Las solicitudes comprobatorias, firmadas por las autoridades mencionadas, y llevadas a la Mesa de Entrada de la Asistencia Pública, eran recopiladas y remitidas a la Dirección General, en donde se realizaba la nómina de pobres que se elevaba periódicamente al Poder Ejecutivo. Los datos servían para estadísticas y además se constataba por intermedio de la Inspección General la veracidad de dichas declaratorias (Bolcatto, 2016).

También dependió de la Asistencia Pública el control de la profilaxis de enfermedades infecto-contagiosas y la superintendencia de los lazaretos y los nosocomios. Con el tiempo, el nombre de Lazareto –lugar destinado a los enfermos de Lázaro o Lepra– fue cambiado por el de Casa de Aislamiento, para referirse a los lugares de asistencia de personas con enfermedades infecto-contagiosas consideradas “amenazas” para la población, sin expectativas de mejoras para quienes las padecían. La denominación de Casa de Aislamiento responde a la idea de exclusión y reclusión como mecanismo de purificación del espacio urbano. La internación era la herramienta sanitaria que permitía separar a los enfermos contagiosos, pero también a los grupos díscolos, de la vida de los sanos a los fines de purificar las ciudades. Los Lazaretos y Casas de Aislamiento otorgaron institucionalidad a estos mecanismos (Armus, 2000).

En el caso de Rosario, la Casa de Aislamiento, antiguo Lazareto Municipal, surgió por la epidemia de cólera de 1867 para luego devenir en Leprosario a cargo de religiosos (Berra, 1996). Por el contrario, la ciudad de Santa Fe contaba desde mediados del siglo XIX con un Lazareto (incluido en el Hospital de Caridad). Pero, a partir de 1889, se comenzaron a realizar gestiones municipales para construir la Casa de Aislamiento, finalmente inaugurada en 1911 y luego transformada en el actual Hospital Iturraspe (Piazzesi y Bolcatto, 2011). Los fondos que demandó la construcción provinieron de la Lotería de Beneficencia Nacional creada por Ley N°3313 a la cual nos hemos referido previamente.

Además de hacerse cargo de las instituciones sanitarias existentes y crear otras nuevas, el municipio asumió nuevas funciones, entre ellas el relevamiento de datos para elaborar estadísticas. Desde 1901, la ciudad capital contó con un Anuario Estadístico Municipal con el objetivo de conocer el estado higiénico de la ciudad y planificar medidas urbanas. El Anuario fue establecido por decreto del intendente Sixto Sandaza y tenía entre

sus funciones la recolección de datos concernientes a: Meteorología, Demografía (nacimientos, matrimonios, defunciones), Inmigración-pasajeros, Alimentación Pública, Asistencia Pública, Movimiento policial-carcelario, Locomoción, Movimiento económico, Correos y Telégrafos, Instrucción Pública, Datos diversos.

Algunas de las cifras publicadas por este Anuario ayudan a dimensionar el rol de la institución estatal de la ciudad capital en la atención médica y ponen de manifiesto una creciente demanda de la población en esta materia. Según datos extraídos del mismo, las consultas prestadas por médicos de la repartición ascendieron de 8.714 en 1908 a 19.930 en 1910. Se efectuaron 3.824 desinfecciones en 1908 y 4.974 en 1910<sup>19</sup>.

Hasta aquí, es posible señalar que en los inicios del siglo XX el poder ejecutivo provincial otorgó a los municipios de las ciudades de Santa Fe y Rosario el control de los edificios existentes en materia sanitaria y la posibilidad de crear nuevos organismos para la atención y el conocimiento del estado sanitario de las dos ciudades. Al mapeo de instituciones desarrolladas en este apartado, tenemos que agregar el control que también ejercieron los municipios sobre los consultorios privados de profesionales y los intentos por limitar el avance de prácticas no profesionales.

Efectivamente, conviviendo con las instituciones filantrópicas, étnicas y municipales, existió en ambas ciudades un importante número de consultorios en los cuales los médicos ejercieron su profesión en forma privada, atendiendo a la población con ingresos suficientes como para pagar la atención. La existencia de estos consultorios estuvo alentada por la posición central de los profesionales de la medicina ya que las bases técnico-científicas de esa práctica profesional no requerían todavía de instalaciones complejas ni estimulaban la división en especialidades (Belmartino, 2005). A modo de ejemplo y a los fines de dimensionar el número de profesionales en salud existentes en la época en la ciudad capital, el Censo Municipal de 1923 arroja los siguientes datos: 50 médicos, 18 dentistas, 15 enfermeros, 54 farmacéuticos, 16 idóneos de farmacia, 1 óptico, para la atención de los habitantes.

Además, aunque el análisis pormenorizado de estos datos excede nuestro interés, es necesario recordar que paralelamente y por fuera de estos cánones profesionales, existió en la época un número importante de actores que incidieron sobre cuestiones médicas pero sin

---

<sup>19</sup> Datos extraídos del *Anuario Estadístico de Santa Fe*, 1910.

habilitación y que son conocibles gracias a las publicidades que realizaban en la prensa. Nos referimos concretamente a las parteras y los curanderos, los herboristas o los naturalistas que expendían recetas en base a yuyos, compresas, fricciones o exorcismos, e incluso realizaban la práctica de operaciones quirúrgicas.

Hasta aquí, las estructuras sanitarias de las ciudades de Santa Fe y Rosario reflejan, durante el primer tercio del siglo XX, un heterogéneo grupo de instituciones estatales municipales, asociaciones civiles filantrópicas y étnicas, actores individuales profesionales y no profesionales habilitados por la legislación vigente, dedicándose a cuestiones sanitarias o higiénicas, y superponiéndose desarticuladamente en respuesta a los problemas sanitarios.

A pesar de la fragmentación y la heterogeneidad resulta significativo el protagonismo otorgado por el poder provincial a los municipios a inicios del siglo en el área sanitaria. En el caso de las dos ciudades más importantes como veremos a continuación, también se constituyeron en sedes de instituciones provinciales.

### **2.3 Instituciones provinciales**

La provincia también tenía instituciones propias radicadas en las dos ciudades que se sumaban a los actores señalados hasta aquí. Desde 1868, existieron dos Consejos de Higiene también denominados Consejos departamentales, con residencia en Santa Fe y Rosario<sup>20</sup>. El surgimiento de estos Consejos departamentales fue una respuesta al brote de cólera que afectó a la ciudad de Rosario en 1867 (Cervera, 1973; Prieto, 1996).

Cada uno de estos Consejos departamentales estaba integrado por cuatro profesionales: tres médicos –uno de ellos convertido en presidente– y un farmacéutico. Además, contaba con el apoyo de un secretario y un asistente para el área de bacteriología. Resulta novedosa para la época la participación de los profesionales en el sistema de elección de sus miembros. Los mismos duraban un año en sus funciones y eran nombrados a pluralidad de votos por el Cuerpo Médico de la ciudad. Los resultados de la decisión del cuerpo eran comunicados al Gobierno provincial para su aprobación. Los Consejos tenían

---

<sup>20</sup> Para la reconstrucción del sistema sanitario desde la creación del Consejo de Higiene de la ciudad de Santa Fe (1868) hasta la creación de la Dirección General de Higiene (1932) hemos confiado en los datos suministrados por Federico Cervera (1973). Los archivos pertenecientes al Consejo de Higiene de la ciudad y al Consejo General de la Provincia, creado en 1887, fueron destruidos en parte por el fuego el resto se extravió en la mudanza al crearse el Departamento de Salud Pública.

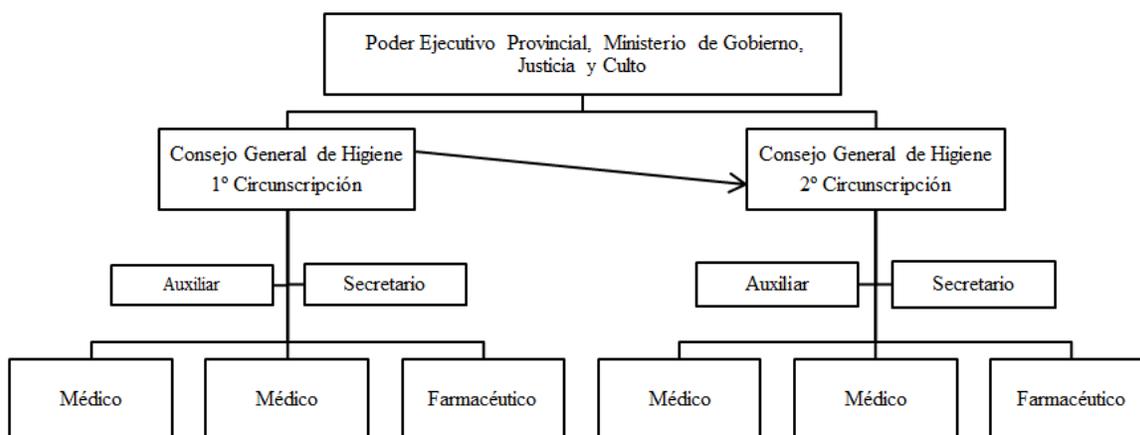
como atribuciones asesorar al gobierno en cuestiones de higiene pública y controlar el ejercicio legal de la medicina. Resulta significativo para la época, que fuesen los mismos profesionales los que tenían la atribución de elegir a quienes los representaban.

Algunas décadas después de ser creados los Consejos departamentales, quedó en evidencia la dificultad generada por la bicefalia y falta de conexión entre ambas instituciones, y entre estas con el gobierno provincial, quien determinó su reemplazo en 1887 por el Consejo General de Higiene (CGH) de la Provincia, bajo la órbita del Ministerio de Gobierno, Justicia y Culto (Cervera, 1973). Es decir que en respuesta a los cuestionamientos de funcionamiento, el poder gubernamental decidió hacerse cargo del CGH y creó una institución única. No obstante, la misma funcionó desdoblada en las dos ciudades, un Consejo de Primera Circunscripción, en la ciudad capital, y un Consejo de Segunda Circunscripción con residencia en Rosario.

Así mismo, con la intención de obtener el control de la sanidad y centralizar la toma de decisiones en la materia, el poder ejecutivo provincial quitó a los Consejos la posibilidad de elegir a sus representantes y comenzó a elegir y designar por sí mismo, quienes serían los profesionales miembros de la comisión médica de los CGH de cada ciudad. Respecto a los miembros médicos a cargo de los Consejos se mantuvo la misma cantidad de profesionales existentes.

Estos Consejos se crearon por Ley del 4 de diciembre de 1889. En la misma se establecieron las atribuciones de estos organismos con las funciones necesarias para la implementación de políticas de “salubridad pública”. La ley fijaba criterios para la regulación del denominado “arte de curar” que incluía a médicos, farmacéuticos, dentistas, flebotomistas y parteras, además enfatizaba en el requerimiento de producir estadísticas médicas.

## Organigrama 1: Consejos de Higiene creados en 1887



**Fuente:** Elaboración propia en base a datos suministrados por presupuestos ley N°1042, presupuesto general de la provincia para 1901.

Como quedaron reflejados en el organigrama precedente, los nuevos Consejos Generales de Higiene, creados en las ciudades de Santa Fe y Rosario, fueron organizados en forma idéntica entre sí, con la misma cantidad de miembros y las mismas funciones y atribuciones. Entre estas últimas, destacamos la misión de autorizar a médicos y farmacéuticos para el ejercicio de la profesión, controlar consultorios y farmacias, evaluar el funcionamiento de las casas de sanidad y sociedades de asistencia médica, evaluar y definir las enfermedades que serían declaradas de denuncia obligatoria. Así mismo, estaban a cargo del control del ejercicio de las “artes de curar” lo que implicó vigilar las prácticas no autorizadas como el curanderismo o consideradas peligrosas en la época, como el hipnotismo. Según un suelto periodístico de *Nueva Época*<sup>21</sup>, entre sus funciones se destacaba la habilitación de los médicos recibidos en la Universidad de Buenos Aires para ejercer la profesión en la provincia de Santa Fe. También se señalaba que los médicos recorrían la provincia, enviaban informes, controlaban las patentes de médicos y denunciaban prácticas de curanderismo. De este modo, el cuerpo médico del Consejo terminó constituyéndose, en un grupo “burocrático-profesional” que delimitó su área de

<sup>21</sup>*Nueva época*, 26/11/1910. Diario matutino alineado con el conservadurismo, había sido fundado en 1886 por David Peña. A principios de siglo XX estuvo dirigido por Juan Arzeno. Se sumaron al periódico con diversas colaboraciones Domingo Silva y los poetas Juan Julián Lastra, Diego Fernández Espiro, Horacio Rodríguez, José Cibils y Alfonso Durán.

competencia específica y se transformó en el especialista de un mundo urbano signado por urgencias medioambientales (Armus, 2000).

Es necesario recalcar la permanencia en la organización sanitaria de la fragmentación política, administrativa y electoral a la cual nos referimos previamente, como así también la hegemonía de las ciudades de Santa Fe y Rosario, como cabeceras del sistema. La paradoja a resaltar consiste en la simetría instaurada y mantenida, a pesar de las notables diferencias en lo que concierne a la extensión territorial y cantidad de población a atender en cada Consejo. Esto significa que la división, a la que hicimos referencia en el primer capítulo, se mantuvo, otorgando al Consejo de la Primera Circunscripción la cobertura sanitaria de la Región Norte-Centro, y al Consejo de la Segunda Circunscripción la correspondiente a la Región Sur.

La simetría a la que nos venimos refiriendo también se manifestó en los montos presupuestarios que recibía cada Consejo para su funcionamiento. Hemos analizado las leyes de presupuestos provinciales correspondientes a distintos años comprendidos en el primer tercio del siglo XX<sup>22</sup>, y es de destacar que siempre se invirtieron los mismos montos para ambas circunscripciones. En el caso que existieran diferencias de inversión, estas respondieron a cuestiones menores como el valor de alquiler del edificio donde funcionaban o la existencia de algún peón o no. Para dar cuenta de ello hemos elaborado el **cuadro N°3** con datos obtenidos del presupuesto de 1923.

La simetría institucional y presupuestaria demuestra la equidad con la que el gobierno provincial consideró a las ciudades de Santa Fe y Rosario en el ámbito sanitario. El poder ejecutivo, a través del Ministerio de Gobierno, Justicia y Culto intentó controlar la sanidad y para ello reconoció la supremacía de ambas ciudades estableciendo un CGH en cada una de ellas. No obstante, como hemos manifestado hasta aquí, el accionar de estas instituciones provinciales en atención médica, no fue único. Los CGH debieron convivir con instituciones municipales (Asistencia Pública), asociaciones filantrópicas (Sociedad de Beneficencia) y étnicas con atribuciones para crear establecimientos y contar con cuerpos médicos dedicados a la atención sanitaria. Asimismo, además de los cuerpos médicos

---

<sup>22</sup> Ley N°1042 presupuesto para el año 1901, Ley N°1691 para 1911, Ley N°1789 para 1914 y Ley N°2037 para 1923.

existentes en cada uno de estos establecimientos, también existió un significativo número de profesionales y no profesionales, que atendieron a enfermos en forma privada.

**Cuadro 3: Montos destinados al funcionamiento de los Consejos Generales de Higiene**

Concepto	Consejo de Higiene 1° Circunscripción	Consejo de Higiene 2° Circunscripción
Médico vocal presidente	500	500
Dos médicos vocales a 300 c/u	600	600
Inspector de farmacias	400	400
Secretario habilitado	250	250
Auxiliar de segunda	150	150
Ordenanza	110	110
Gastos de oficina	50	50
Gastos viático del personal en comisión	500	500
Alquiler de casa	---	180

**Fuente:** Cuadro de elaboración propia con datos obtenidos de la ley provincial de presupuesto N°2037. Año 1923.

Reflexionando lo dicho hasta aquí, el limitado espacio urbano de ambas ciudades nos permitió visualizar la existencia de distintas jurisdicciones (provincial, municipal, asociaciones civiles) dedicadas al ámbito sanitario. Cada una de ellas contó con normas propias para regular el funcionamiento, administración y obtención de recursos. En definitiva, es posible aseverar la existencia de un heterogéneo entramado de instituciones y actores que funcionaron independientemente entre sí, en forma fragmentada, sin posibilidad de coordinar los distintos niveles de atención que cada uno de ellos suministro durante los inicios del siglo XX.

## **CAPÍTULO 3**

### **El reformismo santafesino y los gobiernos de los años treinta**

El Centenario de la Revolución de Mayo fue un momento clave para celebrar los logros del plan de inserción de la Argentina en el mundo moderno (Botana, 1975). Los festejos constituyeron el escenario propicio para mostrar la existencia de una nueva sociedad cosmopolita, construida con inmigrantes de distintos orígenes étnicos y radicada mayoritariamente en las ciudades que crecía de la mano del modelo agroexportador. No obstante, paralelamente a las manifestaciones del progreso y del desarrollo económico, comenzaron a ser cada vez más evidentes las tensiones políticas y sociales generadas por las consecuencias no deseadas de los avances de la urbanización y la proletarización. En estos términos, el Centenario fue un punto de inflexión que favoreció el surgimiento de propuestas de reformas políticas y sociales diferenciables en gran parte de las políticas implementadas bajo los preceptos liberales de la Argentina finisecular.

Si bien, en general la elite fue consciente de la realidad social y sus nuevas demandas, las acciones que generó para la resolución de las mismas no fueron unívocas. Poniendo el acento en distintos diagnósticos y mecanismos, la clase gobernante culminó por fracturarse en relación a las respuestas y las medidas consideradas posibles de llevar a cabo para responder a los nuevos problemas sociales. Finalmente, la dimensión y la magnitud de las reformas originadas a nivel nacional dieron lugar a un clima de época con repercusiones singulares en cada uno de los distintos territorios subnacionales.

El propósito de este capítulo es analizar algunas de las ideas reformistas ensayadas por el gobierno nacional y sus incidencias en la agenda santafesina. Al respecto, nuestro supuesto principal es que al interior del clima reformista, Santa Fe generó durante los años veinte una agenda de transformaciones políticas y sociales que finalmente cristalizó en políticas implementadas en la década siguiente.

Para analizar esta cuestión indagaremos algunas de las líneas más significativas del reformismo liberal y, posteriormente, examinaremos las repercusiones y los hitos institucionales santafesinos al interior de ese ideario, prestando una especial atención al impacto de las reformas estatales en el ámbito sanitario.

### **3.1 El Centenario y los proyectos reformistas en el contexto nacional**

Desde finales del siglo XIX, en la Argentina se instaló un debate en torno a la reforma electoral, la cuestión social y el accionar estatal. Este proceso, a la larga generó una escisión de la élite intelectual y política nacional, que culminó con el surgimiento de la denominada corriente liberal reformista. En líneas generales la misma puede ser definida como una predisposición a introducir cambios, sin modificar por completo las estructuras vigentes (Zimmermann, 1994), valga remarcar la existencia de múltiples líneas de pensamiento en su interior.

Una de las concreciones más significativas de este ideario fue el impulso dado a la reforma política de 1912, la cual concluyó con la crisis del régimen oligárquico. Con la sanción de la Ley Sáenz Peña, el régimen implementó modificaciones en el sistema electoral consistentes en el reconocimiento del principio de universalidad, la obligatoriedad del sufragio y la incorporación de las minorías partidarias al poder a través de la instauración del sistema de lista incompleta para la representación política. Los cambios generaron, como efecto no deseado, el desplazamiento electoral de los sectores conservadores y su reemplazo por el radicalismo, que logró mantenerse en el poder ejecutivo nacional hasta la interrupción constitucional de 1930.

En esta línea de modernización y democratización inaugurada por la reforma política, la Reforma Universitaria de 1918 fue otro emergente que dio cuenta del avance del ideario reformista hacia el interior del sistema educativo. La posibilidad de que la comunidad universitaria se gobierne a través del cogobierno constituyó una herramienta decisiva para su democratización, mediante la participación de docentes, estudiantes y graduados. El cogobierno, en tanto autoridad emanada de un colectivo plural, permitió disponer de mayor legitimidad para decidir sobre las orientaciones académicas, interpelar a la sociedad, conocer sus problemas y aportar soluciones útiles extendiendo incluso su propia praxis sobre aquella población que no realizaba estudios regulares (Romero, 2004).

Al interior de este liberalismo reformista, también, se ensayaron respuestas frente a la denominada “temprana cuestión social” (González Leandri, González Bernaldo y Suriano, 2010). Durante estos años, predominaron los cuestionamientos al régimen gobernante desde el mundo obrero. El crecimiento de la mano de obra asalariada y su proletarianización, paralelamente a la expansión de las ideologías de izquierda impulsaron las

demandas, las protestas y alentaron a la organización y la movilización de los trabajadores. El contexto convenció a una parte importante de la dirigencia política sobre la necesidad de un mayor involucramiento y accionar estatal en las cuestiones laborales, incluso en la mediación de las relaciones entre obreros y patrones.

Además de estas cuestiones originadas en el mundo del trabajo, el avance de la urbanización y la proletarización repercutió en las condiciones de higiene y de salud de la sociedad en general. Desde mediados del siglo XIX, el impacto de los brotes epidémicos cada vez más frecuentes, alertó a la población e impulsó a los expertos y a los poderes públicos a intervenir en la gestión de medidas para hacer frente a las enfermedades (Lobato y Suriano, 2014). En este contexto, también el Centenario fue un momento de inflexión, donde se visualizó a la higiene como una ideología, es decir, como un conjunto de valores y creencias adoptada por gran parte de la sociedad que veía en ella las herramientas necesarias para incorporarse a la vida moderna. En consecuencia, los higienistas se convirtieron en las figuras claves destinadas a fomentar la educación de los trabajadores, la atención médica y la transformación de las ciudades a la luz de las nuevas tendencias. Algunos de sus exponentes más influyentes, como Guillermo Rawson, Emilio Coni y Eduardo Wilde argumentaron en favor de ampliar el concepto de salud y las responsabilidades del Estado sobre la misma. El significado de “estar sano” entonces comenzó a ampliarse desde la inexistencia de enfermedades hasta incluir el logro del bienestar físico y moral de la población (Zimmermann, 1994). Desde esta perspectiva resulta significativa la definición de Eduardo Wilde<sup>23</sup>, médico y destacado miembro de la élite gobernante de la Argentina finisecular, quien afirmaba que

El higienista debe gobernar e inmiscuirse en la confección de las leyes, de los reglamentos, de las disposiciones locales y aún de las convenciones internacionales [...] [todo esto debe existir en la legislación] porque existiendo en ella tiene un carácter estable, porque es un mandato que impera constantemente y que evita la necesidad de tomar medidas de ocasión, siempre perniciosas; porque así los pueblos tienen una legislación conocida por todos, que consulta los principios sociales y hace que cada nación pueda preservarse, y preservarse es mejor que curarse (Wilde, 1878:II).

---

<sup>23</sup> Fue profesor de anatomía en la Facultad de Medicina, titular de la cátedra de Medicina Legal, ministro de Justicia e Instrucción Pública durante la primera presidencia de Roca, ministro del Interior de Juárez Celman y director del Departamento Nacional de Higiene durante la segunda presidencia de Roca (Armus, 2000).

La declaración de Wilde, enfatizando la necesidad de un mayor involucramiento por parte del Estado en el ámbito sanitario sintetiza un incipiente ideario que avanzó y cobró forma en los inicios del siglo XX. Para hacer frente a las enfermedades no bastaba con aislar y excluir a los enfermos, era necesario ampliar las responsabilidades estatales e incluso convocar al saber médico para asesorar y dirigir nuevas actividades.

En ese contexto, el higienismo proyectó amplios planes de intervención y de reforma social. Parte de su dispositivo consistió en la elaboración de un programa sanitario que contemplaba entre sus medidas la forestación de plazas y bulevares, la creación de redes de agua potable, el establecimiento de nuevas dimensiones de calles y edificios, la recolección y cremación de la basura, la construcción de obras de saneamiento, el desplazamiento hacia las afueras del ejido urbano de hospitales, cementerios y mataderos. Todo fue pensado y reglamentado como un conjunto de prácticas destinadas a impedir la expansión de las epidemias y permitir el asoleamiento adecuado de la ciudad (Paiva, 1997). Asimismo, el higienismo propuso la expansión de redes de agua potable, el asoleamiento y la oxigenación de las ciudades y, con la llegada del nuevo siglo, avanzó en la idea de prevenir a las enfermedades y en la necesidad de impulsar acciones responsables del Estado para lograrla. Como se analizará más adelante, en las décadas siguientes, ese conjunto de conductas higiénicas incluso terminó permeando los modos y los hábitos de la gente común (Armus, 2000, 2007).

En definitiva, hacia el Centenario, existió en la Argentina un clima intelectual y político favorable al reformismo que culminó por introducir importantes transformaciones en el régimen político, educativo y sanitario. En las siguientes páginas ahondaremos en las repercusiones de este fenómeno a nivel provincial.

### **3.2 El reformismo en la provincia. Logros y postergaciones de los años veinte**

El clima de ideas reformistas y sus consecuencias en la modernización político-universitaria e higiénica también se hicieron presentes en Santa Fe. En la segunda década del siglo XX y bajo el liderazgo del radicalismo en el poder ejecutivo, Santa Fe<sup>24</sup> vivió una

---

<sup>24</sup>Darío Macor (2011) señala que la provincia ya había instalado el voto secreto en la Constitución provincial de 1900/1907. Además, el radicalismo local contaba con un aparato partidario que le permitía controlar los comicios para evitar la manipulación del gobierno conservador.

movilización universitaria y política que se nutrió del contexto nacional pero que respondió en parte a causas propias.

En lo que respecta al mundo educativo, además de adherir a la agenda de la movilización universitaria cordobesa, los estudiantes santafesinos bregaron por dos cuestiones: la nacionalización y la laicización de la institución educativa. Hasta ese momento, la Universidad Provincial de Santa Fe otorgaba títulos con validez limitada al ámbito territorial santafesino y se presentaba como heredera de la tradición jesuítica, de larga trayectoria en la ciudad capital, y cuyo colegio, la Inmaculada Concepción, había prolijado sus primeros pasos. En un proceso de modernización caracterizado por el liberalismo y la secularización de principio de siglo, la creación de la institución universitaria respondió a la necesidad de formar cuadros laicos que se desempeñaran en la administración estatal “vinculándose en la construcción jurídica y la creación de un sistema de salud con funciones interventoras” (Cassano, 2011:32). Hasta ese momento, la Universidad Provincial era el canal de socialización de las élites políticas nacionales y provinciales y el dispositivo necesario para la formación de abogados, parteras y farmacéuticos. De tal modo, en el contexto nacional marcado por la reforma electoral de 1912 y la reforma universitaria de 1918, la provincia encontró el escenario favorable para su propia reforma de los estudios superiores en 1919. En una “disputa por la propiedad del saber, por definir sus fronteras y sus sentidos, por el control de su producción, y por las relaciones posibles entre el saber, la sociedad y el poder” (Macor, 1995:2), la sociedad santafesina democratizó el gobierno de las instituciones académicas y amplió la posibilidad de los estudios universitarios entre los sectores medios.

La movilización estudiantil generada alrededor de la creación de la Universidad Nacional del Litoral no se agotó en el ámbito educativo, sino que se trasladó a la política provincial. La universidad terminó por transformarse en un ámbito privilegiado de socialización para sectores que se incorporaron a la élite provincial y avanzaron en un reformismo político que cristalizó en la convención constituyente que intentó modificar la Carta Provincial en 1921 (Macor y Piazzesi, 2010).

En esta línea de continuidad, el proceso reformista en el que se circunscribió la Constitución de 1921, reflejó un quiebre con la Constitución Provincial sancionada en 1900. En consonancia con los reclamos instaurados en la Reforma Universitaria de

Córdoba de 1918, los convencionales acordaron avanzar en la laicización del Estado al establecer la no exigencia de la profesión del culto católico como requisito para ser candidato a gobernador o vice y la exclusión en el preámbulo de la invocación a Dios como “fuente de toda razón y justicia”. También decidieron poner límites al poder ejecutivo provincial en favor del poder legislativo e impulsaron la descentralización municipal, reconociendo a los municipios como ámbitos políticos autónomos, con organizaciones diferenciadas según la cantidad de habitantes.

La reforma constitucional expresaba y, en gran parte, era fiel al ideario demoprogresista. Entre los principios políticos del Partido Demócrata Progresista, en palabras de uno de sus mayores exponentes y fundadores, Lisandro de la Torre, prevaleció “la tendencia descentralizadora y el deseo de acercar el pueblo a la administración, para que compartan las tareas del gobierno” (de la Torre, 1889:110). En la concepción latorrista de descentralización del poder, cobró protagonismo la comuna medieval inglesa como institución esencialmente natural y libre con influencia en todas las manifestaciones de la actividad política de una nación. El sistema de comunas libres se plasmó en la necesidad de conceder plena autonomía a los municipios, privilegiando sus funciones políticas sobre las administrativas y sustituyendo definitivamente la elección de intendentes por el poder ejecutivo provincial, el cual quedó en adelante en manos del mismo pueblo. Según vaticinaba el mismo de la Torre, la decisión podía tener sus riesgos, “un número reducido de voluntades podrá tal vez fracasar en una empresa, pero siempre quedará la semilla cuya germinación es segura, porque la fecunda la acción individual libre, enérgica y responsable” (de la Torre, 1889:16).

Hasta aquí el resultado de la convención constituyente provincial fue un texto innovador y políticamente avanzado dentro de los límites de la matriz liberal reformista (Mauro, 2007:93). Ahora bien, además de los elementos referidos a laicización y a las nuevas atribuciones otorgadas a los poderes gubernamentales y municipales, la nueva constitución reflejó su interés por avanzar en la legislación social (Bolcatto y Rambaudo, 2018). Bajo el título Bases del Régimen Económico y de Trabajo, la nueva Constitución estableció en el capítulo II dos artículos que específicamente daban cuenta de ello. Los artículos 28 y 29 afirmaban la nueva preocupación por algunas de las problemáticas originadas por la cuestión social y la necesidad de que el Estado actuara sobre sus causas y

consecuencias. En este caso, sus principales destinatarios fueron los obreros, incluidas las mujeres y los niños. En cuanto a las cuestiones reglamentadas, se destacaban las condiciones laborales en relación a la duración de la jornada de trabajo, el establecimiento del descanso semanal, la fijación de un salario mínimo, las condiciones higiénicas en los lugares de trabajo y el reconocimiento del accionar sindical a través de su participación en la convocatoria de arbitrajes para resolver conflictos entre obrero y patrones.

Uno de los temas más discutidos entre los convencionales fue el referido a la fijación de ocho horas como jornada máxima de trabajo. Según argumentó uno de los convencionales, era necesario trabajar más de ocho horas para lograr el ascenso individual. Concretamente, su expresión fue “si no fuera porque nuestros antepasados trabajaron dieciocho y veinte horas al día, algunos convencionales abogados, no estarían ocupando una banca en el alto cuerpo” (*Santa Fe*, 06/07/1921, p.4). En una postura opuesta al convencional, una editorial del mismo diario se hizo eco de la cuestión y argumentó en favor de las ocho horas de trabajo, apoyando la demanda de los trabajadores y la necesidad de asegurar la robustez de la raza. Al respecto, es necesario señalar que desde finales del siglo XIX, se había desarrollado en la Argentina, al igual que otros países latinoamericanos, una renovada medicina preocupada por el crecimiento de una población sana y fuerte. En ese contexto, la reducción de la jornada laboral y el reconocimiento de la conflictividad social formaban parte de un discurso que promovía la incorporación del país al sistema capitalista y proponía la implementación de criterios eugenésicos con el fin de evitar la transmisión de enfermedades y malformaciones (Biernat y Ramacciotti, 2013).

Por último, en relación a los artículos constitucionales previamente mencionados, resulta significativo el compromiso de destinar una parte de la renta fiscal para la construcción de casas para obreros. En estos años, la carencia de viviendas, sobre todo en la ciudad de Rosario, constituyó una de las mayores demandas del accionar estatal de la sociedad. El mismo diario *Santa Fe* al referirse a un proyecto presentado por la comisión rosarina para el estudio de la edificación barata enfatizaba:

Si los poderes públicos le prestaran un poco de atención acaso pudiera resolverse en algunos años el angustioso problema de la vivienda que tiene hacinadas a las familias pobres en casas estrechas, mal ventiladas, oscuras y sucias por las que pagan alquileres crecidísimos.

Se proponen en el proyecto referido una serie de medidas de emergencias, entre las que figuran como capitales la libre importación de los materiales de construcción y la libre facultad concedida a todo el mundo de edificar en los terrenos baldíos. (...) La última medida, con el apoyo, de las demás, sería suficiente a nuestro juicio. Alrededor de las ciudades y dentro de ellas mismas, hay terrenos extensos cuyos propietarios conservan en ese estado esperando oportunidades lucrativas de ventas (*Santa Fe*, 05/07/1921, p.4).

Dos días después de la citada publicación, el diario aconsejaba tener en cuenta un proyecto de edificación de casas baratas elaborado en Uruguay. La propuesta del vecino país era la de crear un banco constructor del Estado, a cargo del financiamiento y el alquiler de las nuevas viviendas. Según el diario, esta propuesta era más sólida que la presentada por la comisión rosarina.

La Constitución Provincial sancionada en 1921, finalmente, fue vetada inmediatamente luego de ser sancionada por un decreto del gobernador Enrique Mosca<sup>25</sup>. El argumento jurídico que justificaba la decisión era que los convencionales constituyentes no habían respetado el plazo estipulado para desarrollar su trabajo, puesto que habían prorrogado sus sesiones por diversos conflictos internos. Más allá de la existencia de estas desprolijidades legales, existieron otras razones de mayor peso que incidieron en el accionar del gobernador.

Uno de los factores fue el costo político que podía tener para el partido radical la continuidad del conflicto con la Iglesia Católica. El enfrentamiento con los sectores católicos producto de la pérdida de sus atribuciones en la educación universitaria podía recrudecerse si una constitución laica era sancionada (Mauro, 2007). Las asociaciones civiles y religiosas convocaron a la sociedad a tomar parte en la discusión a través de sus espacios tradicionales, incluso llegaron a pensar en la posibilidad de crear un partido político católico. La movilización callejera y la prensa moderna, expresada en la fundación

---

<sup>25</sup> Enrique Mosca nació en Santa Fe en 1880. Realizó sus estudios en el Colegio de la Inmaculada Concepción. Se recibió de abogado en el Universidad Provincial de Santa Fe. Entre 1920-1924 fue gobernador de la provincia de Santa Fe por la Unión Cívica Radical Unificada. Durante su mandato se sucedieron varios levantamientos y huelgas en La Forestal S.A, empresa británica dedicada a la explotación del tanino, para lo cual creó por decreto la Gendarmería Volante, fuerza parapolicial encargada de la represión a los obreros. Entre 1928 y 1930 fue diputado nacional por la Unión Cívica Radical Antipersonalista. En 1937 fue candidato a vicepresidente acompañando a Marcelo T. de Alvear en la fórmula de la Unión Cívica Radical. En 1946 fue candidato por la fórmula de la Unión Democrática acompañando a José Tamborini, también por la UCR. Elecciones que perdió frente a la fórmula J.D Perón-Hortensio Quijano.

del diario *El Litoral*<sup>26</sup>, fueron los recursos de lucha centrales contra la amenaza de laicización estatal. Sirve como ejemplo de la movilización religiosa, la convocatoria a la peregrinación que anualmente se realizaba en la ciudad capital a la Virgen de Guadalupe y que el 10 de abril de 1921 se confundió con una marcha política en contra de la reforma. Algunos panfletos publicados en el periódico de la ciudad convocando a la festividad religiosa decían: “¿TE LLAMAS CATÓLICO? Si no concurre a la manifestación del domingo eres un católico cobarde. ¿TE LLAMAS CATÓLICO? Si no concurre el domingo eres un católico desertor. ¿TE LLAMAS CATÓLICO? Si no concurre el domingo no lo eres” (Mauro, 2010:145).

Otro de los factores fue la disputa ideológica partidaria entre los radicales de la ciudad capital y los demoprogresistas de la ciudad portuaria, a la cual ya hemos hecho referencia en el capítulo 1. De la Torre denunció la actitud del gobernador Mosca, la cual atribuyó a la existencia de acuerdos mantenidos entre los diputados radicales santafesinos y el presidente de la Nación, Hipólito Yrigoyen<sup>27</sup>.

Todo parece indicar que la sociedad santafesina y, sobre todo, el escenario de la ciudad capital, tuvieron la fuerza necesaria para rechazar el avance del reformismo planteado por la parte más progresista de su élite política. En este sentido, volvemos a remarcar una de las improntas del proceso reformista santafesino, la persistencia de ciertos rasgos de sociabilidad pre-modernos los cuales hemos ya mencionado. En la ciudad capital, escenario de los reclamos estudiantiles por la creación de una universidad nacional, y posteriormente por la necesidad de la reforma constitucional, la sociedad se fracturó en relación a la aceptación o el rechazo de la nueva Constitución Provincial. Quienes terminaron encauzando “el proceso de modernización [fueron] las fuerzas homogeneizantes de la ciudad pre-moderna [...] desde sus retazos de permanencia” (Macor, 1995:250).

La Constitución del 21 fue vetada, y la nueva legislación tuvo que aguardar una década para ser puesta en vigencia con la llegada del demoprogresismo al poder ejecutivo provincial en 1932. No obstante, el clima reformista se había instalado y comenzaron a cristalizar nuevas acciones significativas. Tal es el caso de las inversiones destinadas a la cuestión sanitaria. Durante las gobernaciones de los radicales Enrique Mosca (1920-1924) y

---

<sup>26</sup> Matutino publicado en la ciudad de Santa Fe fundado en 1918, distribuido en las Zonas Centro y Norte de la provincia.

<sup>27</sup> Cf. sesión del 22/09/1922, Cámara de Diputados de la Nación.

Ricardo Aldao (1924-1928), ambos pertenecientes a distintas facciones de la Unión Cívica Radical, las partidas presupuestarias destinadas a este rubro se ampliaron en un 109% en relación al período previo. Sin embargo, en números totales la inversión no llegó a superar el 1% de los montos presupuestarios. Hacia 1927 las partidas alcanzaron el 0,97% del total del presupuesto, frente al 0,39% que representaban en 1914 (Tettamanti, 2009; 2010; 2016). Durante los años veinte, se destacó dentro de las innovaciones sanitarias la expansión de la infraestructura estatal a través de la creación de nuevas dependencias como la oficina de Profilaxis, Bacteriología y Estadística y los dispensarios gratuitos.

En continuidad con esta línea de análisis, en los apartados siguientes nuestro propósito es analizar de qué modo a partir de los años treinta esta agenda reformista impulsada en los años veinte se profundizó y comenzó a instrumentarse en diversos niveles políticos institucionales.

### **3.3 Los gobiernos demoprogresistas. La concreción de reformas**

Comprender los años treinta en el territorio santafesino, nos obliga a definir el escenario nacional. En nuestro país, el golpe de Estado de 1930 puso fin al período de presidencias radicales e inició modificaciones en el escenario político con la abstención del partido hasta ese entonces gobernante y la consolidación de dos fuerzas de coalición: la Concordancia y la Alianza Civil. En las elecciones de noviembre de 1931 –de cargos nacionales y provinciales– solo en la provincia de Santa Fe y en Capital Federal se impuso la Alianza Civil<sup>28</sup>, una propuesta opositora al bloque nacional de la Concordancia que se aglutinaba en torno al liderazgo de Agustín Justo.

La gobernación de la provincia quedó en manos del demoprogresista Luciano Molinas<sup>29</sup>. Algunas de las declaraciones de Molinas durante su campaña electoral daban

---

<sup>28</sup> En el caso de Santa Fe el peso dentro de la Alianza Civil lo tenía el PDP, puesto que el PS contaba con una escasa presencia a nivel provincial.

<sup>29</sup> Nació en Buenos Aires en 1888. Cursó sus primeros estudios en el Colegio de la Inmaculada Concepción donde culminó el bachillerato en 1903. En 1909 se graduó de Doctor en Derecho y Ciencias Sociales en la UBA. Se desempeñó como profesor suplente de Sociología de la Universidad provincial de Santa Fe, en 1915 fue profesor de Economía Política, siendo nombrado académico de la Facultad de Derecho en septiembre de 1918. Desarrolló su vida política dentro del PDP, siendo electo diputado provincial de Santa Fe en 1916, diputado nacional en 1920 y reelecto en 1924. En 1932 fue electo Gobernador de la provincia, cargo que ejerció hasta la intervención federal en 1935. Fue miembro honorario en 1955-1956 de la Junta Ejecutiva Nacional. En 1957 fue Convencional Constituyente para la reforma de la Constitución Nacional. Elegido Convencional Constituyente en 1962, para reformar la Constitución de la Provincia de Santa Fe.

cuenta de su intento por diferenciarse del contexto nacional marcado por el retorno a las prácticas fraudulentas. En relación a ello, hizo público su rechazo a la actitud del radicalismo personalista que había gobernado hasta 1930 la provincia y que ahora optaba por abstenerse de presentarse en las elecciones, enfatizando que la “abstención no tiene razón de ser”<sup>30</sup> y comprometiéndose con la realización de comicios transparentes. También se comprometió, a poner en vigencia la Constitución Provincial sancionada y vetada en 1921. En los hechos, la Constitución del 21 terminó por convertirse en un estandarte político de su campaña electoral y logró demarcar el lugar del partido demoprogresista en un enfrentamiento que, más allá de las identidades partidarias, se redujo a “progresistas versus conservadores”. A través de ella, Molinas logró convocar a un vasto sector de la sociedad, incluido parte del radicalismo que había participado del reformismo constitucional y que se había opuesto al veto del gobernador Enrique Mosca.

La victoria del demoprogresismo significó la inmediata puesta en vigencia de la Carta Provincial y generó significativas transformaciones institucionales. En consonancia con la intención de descentralizar el poder, como lo proponía el ideario demoprogresista, fue necesario convertir a los municipios en entidades autónomas y organizarlos jerárquicamente. Para ello, la provincia fue dividida en tres categorías de municipios de acuerdo a la cantidad de habitantes. La primera categoría fue para las ciudades de más de 25.000 habitantes y solo reconoció como tales a Santa Fe y Rosario; la segunda categoría fue para los pueblos que sin alcanzar esa cantidad llegaban a los 3.000 y la tercera categoría reconoció a las villas con menos de 3.000 pero más de 500 habitantes.

Este diseño favoreció la jerarquización municipal de la ciudad capital y la ciudad portuaria del sur iniciándose un proceso de reorganización política. En ambas ciudades se convocó a la elección de convencionales municipales para el dictado de sus respectivas Cartas Orgánicas, lo que posibilitó elegir intendentes y concejales hacia 1934. Asimismo, se facultó a los municipios de segunda categoría para elegir a sus autoridades ejecutivas y legislativas y a los de tercera para la elección de los miembros de las comisiones de fomento. De esta manera, se suprimió la atribución que tenía el poder ejecutivo provincial para designar a las autoridades municipales, las que quedaron como una responsabilidad del

---

<sup>30</sup> En su intento por imponer padrones libres de vicios y que no fueran alterados por el oficialismo, Luciano Molinas utilizó padrones nacionales confeccionados en base a los padrones militares. Véase Mensaje del Gobernador Luciano Molinas a las cámaras en su asunción gubernamental 1933.

mismo pueblo. Las tres categorías de municipios tuvieron autoridades electas por los ciudadanos de cada uno de ellos, aunque solamente los municipios de primera categoría tuvieron la atribución de dictarse sus cartas orgánicas.

En paralelo con la descentralización municipal, se puso en marcha una nueva organización del sistema educativo. Según la concepción gubernamental, los municipios debían sostener a la educación primaria. Para ello, se creó un sistema de Consejos Escolares electivos responsables de delinear la política educativa, con las facultades de designar al personal docente y de administrar el presupuesto del área e incluso con las atribuciones necesarias para imponer gravámenes que permitieran obtener los recursos necesarios para su funcionamiento. A los fines de su concreción, cada municipio constituyó un distrito escolar con un Consejo electivo y autónomo formado por cinco o tres miembros titulares según la categoría municipal. En los municipios de primera categoría se crearon tantos consejos como secciones municipales, sus miembros fueron elegidos por el voto popular junto a las autoridades comunales y de acuerdo a la ley que regía para las elecciones municipales. Duraban dos años en sus funciones, no recibían remuneración y podían ser reelectos. Con este sistema llegaron a funcionar en la provincia 334 Consejos Escolares (Macor, 1995). La importancia de la Ley Orgánica de Educación impulsada por el gobernador fue defendida con argumentos que apuntaban a comprometer a las familias e integrantes de los vecindarios en la gestión escolar. Según publicaciones de la prensa santafesina, la escuela necesitaba de la autonomía necesaria para constituirse en fuerza creadora y dinámica, capaz de desenvolverse sin ataduras, y paralelamente el pueblo debía hacerse cargo de los problemas educativos a los fines de comprenderlos, fiscalizarlos y comprometerse como intermediario entre el hogar y la educación<sup>31</sup>.

Fuera de las transformaciones generadas en nombre de la Constitución, la gobernación de Molinas también se caracterizó por la creación de departamentos administrativos<sup>32</sup>. Se crearon el Departamento Provincial de Trabajo y la Dirección de Obras Públicas de Santa Fe –responsable de sostener un plan para la creación de obras hidráulicas y una red caminera–, Entes Administradores de los puertos de Santa Fe y

---

<sup>31</sup> *Santa Fe*, 20/11/1932, p. 2.

<sup>32</sup> En el contexto nacional, Hernán González Bollo (2014) ha denominado “la departamentalización de los problemas” al incremento significativo de la planta de empleados públicos en reparticiones nacionales con nombramientos escritos durante los períodos de crisis de entre siglo 1890 y 1913-1917.

Rosario, la Junta Electoral y la Caja de Jubilaciones y Pensiones. Cada uno de esos organismos fue diseñado para funcionar de manera autónoma.

Las nuevas instituciones mantuvieron el ideario liberal que promovía la participación de la sociedad civil en los asuntos públicos como pieza clave en la construcción del sistema republicano. Paralelamente, la descentralización de las nuevas instituciones respecto al poder ejecutivo provincial, otorgó al caso santafesino un matiz diferenciado del resto de las provincias (Macor y Bacolla, 2009).

Cómo veremos en el próximo capítulo, con el mismo énfasis que el demoprogresismo bregó por la descentralización municipal y educativa, también impulsó una descentralización en los Consejos Médicos y una centralización en materia sanitaria. Sólo cabe adelantar que durante el gobierno de Luciano Molinas se sancionó la Ley de Sanidad N°2287 que creó una Dirección General de Higiene dependiente del Ministerio de Gobierno, con dos secciones, una en la ciudad de Santa Fe y otra en la Rosario.

### **3.4 Los gobiernos conservadores. La continuidad de las reformas**

En octubre de 1935, una intervención federal puso fin a la gobernación de Luciano Molinas, dejó sin efecto la Constitución Provincial de 1921 y puso en vigencia la de 1900. A partir de ese momento, se configuró un escenario más propicio para la victoria de la UCR Antipersonalista, partido integrante de la coalición oficialista nacional de la Concordancia, liderada por Agustín Justo. La irrupción del gobierno federal en el escenario provincial concluyó con la victoria electoral de Manuel Iriondo (1937-1941) y el control de ambas cámaras legislativas. Las siguientes elecciones fueron ganadas por Joaquín Argonz (1941-1943), también representante de la UCR Antipersonalista.

En un contexto caracterizado por los mecanismos fraudulentos de acceso al poder y el retorno a los vicios en la construcción de la representación política, el gobierno que asumió en 1937 sobredimensionó la obra pública y la salud como recursos gubernamentales para lograr su legitimidad (Piazzesi, 2009; 2010). Desde esta perspectiva, es posible afirmar que los gobiernos conservadores continuaron por la senda de mayor intervención estatal en materia social iniciada por el gobierno demoprogresista. Sin embargo, sus administraciones se identificaron por algunas novedades. El diseño institucional de Iriondo se caracterizó por

una mayor centralización de los organismos dependientes del poder ejecutivo y, a su vez, por el reconocimiento que le otorgó a la presencia de la Iglesia.

Desde la Intervención Federal de 1935, integrantes de la Acción Católica asumieron un papel central que se tradujo en una participación activa durante la gestión gubernamental. Con respecto a la cuestión educativa, Iriondo resolvió la caducidad de los Consejos Escolares y dispuso la implementación de la ley de educación de 1886. En este marco, los intelectuales católicos cobraron protagonismo en el Consejo de Educación (Mauro, 2013). Ellos realizaron un diagnóstico totalmente negativo de la etapa previa puesto que, desde su óptica, había contribuido al decaimiento del patriotismo entre los santafesinos. Bajo tales argumentos, se restableció la educación religiosa en las escuelas primarias, según estipulaba la ley mencionada.

En lo que respecta a la salud, el gobierno santafesino sancionó en 1938 la Ley Provincial N°2608 de Asistencia Hospitalaria y Organización de la Asistencia Social, con la cual se organizó la gestión sanitaria para todo el territorio provincial. La misma incluyó un plan general de construcción de hospitales y ampliación de los existentes con la instalación de sanatorios de llanura destinados a tuberculosos, colonias de niños débiles y convalecientes, colonias de alienados e institutos para diagnóstico y tratamiento del cáncer. También dispuso que se iniciaran estudios para un régimen de subsidios fiscales y organización de la asistencia social.

Los avances en salud fueron de la mano de mejoras edilicias. La ley N°2608 se sancionó en paralelo con la Ley N° 2607 que creaba una Comisión Provincial de la Vivienda Popular. Su finalidad fue realizar investigaciones sobre el estado de la vivienda popular en la provincia, estudiar el promedio entre el valor de las propiedades, de los alquileres y su relación con los salarios mensuales y los gastos de alimentación. También se proponía comenzar a construir viviendas individuales, colectivas y casas rurales de tipo granja familiar para obreros y empleados, mientras la iniciativa particular no adquiriera la eficacia necesaria. Estas medidas reflejan la preocupación y el accionar del Estado en torno a la problemática social.

En continuidad con la reforma de la organización sanitaria, y específicamente con la Ley N° 2858 se creó el DSP que suplió la DGH. El nuevo organismo quedó a cargo de un

Consejo General de Sanidad compuesto por un Presidente y dos vocales designados por el Poder Ejecutivo y asumió las funciones de la suprimida DGH (Piazzesi y Bolcatto, 2011).

En el momento de la puesta en vigencia del nuevo Departamento, el gobernador Manuel María de Iriondo enfatizó:

Sobre la responsabilidad que incumbe al estado en la conservación de la salud del pueblo, no caben discusiones en el estado actual de la civilización. La riqueza de un país depende directamente de la salud y perfección somato-psíquica de sus habitantes. A dicho perfeccionamiento debe tender toda buena obra de gobierno, arbitrando aquellos medios que traen un mejoramiento en el standard de vida y en la cultura de la población, como son la alimentación racional, la vivienda higiénica, el trabajo productivo, el descanso metódico y proporcionado y la educación permanente y eficaz (DSCSSF, 1939:605).

En su mensaje, se torna visible una nueva definición de salud que no implicaba solo ausencia de enfermedad, sino que incorporaba nuevas variables como la alimentación, la vivienda, el trabajo, el descanso y la educación. Desde esta perspectiva, la enfermedad adquirió protagonismo como una manifestación central de la cuestión social que requería del accionar estatal con el objetivo de centralizar y coordinar todos los servicios necesarios para impedir las superposiciones entre los distintos oferentes -nacionales, provinciales, municipales, étnicos y de beneficencia.

Según palabras del mismo gobernador, se requería:

La creación de un organismo técnico que bajo la unificación de comando, pueda llevar una máxima descentralización que funcionando sincrónica y coordinadamente, cumplan con el postulado fundamental expresado por el Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones. “Máxima eficiencia con el mínimo esfuerzo y erogación” (DSCSSF.1939:605).

Otros temas destacados en los discursos gubernamentales fueron la prevención de las enfermedades, la preservación de la salud, la atención de la maternidad y las condiciones materiales de la vida de la población.

Hasta aquí, es posible aseverar que al interior del clima de ideas reformistas del Centenario, el territorio provincial fue escenario de transformaciones con características propias. La modernización y democratización prosperó con la reforma universitaria que dio

lugar a la creación de la UNL en 1919 y a la sanción de una nueva Constitución Provincial en 1921. Sin embargo, el veto del poder ejecutivo a la nueva carta constitucional dejó en evidencia de que aún no estaban dadas las condiciones para la concreción de las políticas que ella pretendía. Fue necesario aguardar hasta los años treinta para poner en vigencia a la Constitución del 21 e instaurar las modificaciones políticas y sociales, que finalmente cristalizaron en nuevas instituciones estatales.

La administración gubernamental de Luciano Molinas se caracterizó por implementar la laicización y la descentralización de las instituciones municipales, educativas, laborales, e iniciar un proceso de centralización sanitaria al cual nos referiremos en el próximo capítulo. Los cambios y el proceso de institucionalización iniciado durante la administración demoprogresista, tuvieron continuidad durante las gobernaciones de los conservadores Manuel Iriondo y Joaquín Argonz aunque con un Estado más centralizado.

## CAPÍTULO 4

### **Centralizar la sanidad y descentralizar la profesión del arte de curar. El proyecto sanitario del demoprogresismo**

La descentralización política fue un concepto clave en el partido demoprogresista desde sus orígenes. En capítulos previos hemos hecho referencia al lugar que ocupó en la Reforma Constitucional de 1921 y su puesta en vigencia durante la gobernación de Luciano Molinas a través de las nuevas políticas implementadas en el ámbito electoral, municipal y educativo. No obstante, en el ámbito sanitario no todos fueron intentos de descentralización.

A pocos meses de asumir al gobierno, el bloque oficial presentó un proyecto de ley ante el poder legislativo destinado a centralizar la sanidad y descentralizar la profesión médica. El proyecto contemplaba la creación de un entramado institucional con criterio uniforme para todo el ámbito provincial a través de la creación de la DGH y la instauración de Consejos Médicos destinados al gobierno de los profesionales del arte de curar. De acuerdo a las palabras del diputado Hildebrando Rubino<sup>33</sup>, uno de los autores e informantes del proyecto frente al poder legislativo y la prensa, la distinción entre centralizar en un caso y descentralizar en otro se fundaba en que las profesiones y la salud eran dos ramas distintas e independientes. Esas diferencias exigían implementar respuestas específicas para cada una de ellas: “Son dos cosas que [...], en vez de complementarse se rechazan, por lo general, porque mientras se atiende el gobierno de las profesiones, se está desatendiendo la sanidad, y desatendiendo el gobierno de las profesiones se despreocupa de la sanidad” (DSCDSF, 1932: 1457).

En esta investigación nos interesa profundizar en los avances de la centralización sanitaria llevado a cabo durante el gobierno de Molinas como una instancia de un proceso que se va a desarrollar a lo largo de la década. Consideramos que entre la gobernación demoprogresista y durante las administraciones de los conservadores antipersonalistas que le sucedieron, es posible visualizar continuidades en el desarrollo de la centralización sanitaria. La creación en 1932 de la DGH con Luciano Molinas fue reemplazada por el DSP fundado en 1939 por el conservador Manuel Iriondo y, finalmente, suplantada por el primer Ministerio de Salud Pública y Trabajo en 1941 en la gobernación de Joaquín

---

<sup>33</sup> Hildebrando Rubino fue diputado demoprogresista por la ciudad de Rosario en el año 1932.

Argonz. Estas instituciones pueden leerse como los eslabones del avance y del fortalecimiento de una centralización en salud pública. De tal modo, las diferencias ideológicas partidarias, entre demoprogresistas y conservadores antipersonalistas, no fueron impedimento para continuar con el proceso de centralización iniciado en 1932 y culminado en 1941, previamente al surgimiento del peronismo y los hitos que el implicó en la construcción de la ciudadanía y los derechos a la salud.

Dentro de este problema más general sobre la centralización santafesina, en este capítulo analizaremos el proyecto de ley elaborado por el demoprogresismo para el área sanitaria y las profesiones médicas presentado ante las cámaras legislativas en el mes de septiembre de 1932 y aprobado tres meses después. Pondremos el foco especialmente en la DGH explorando cuáles fueron las intenciones que motivaron su creación, quiénes fueron los autores del proyecto legislativo, cómo fue divulgado y cuál fue su contenido. Respecto a esto último, nos interesa particularmente indagar en las competencias de las autoridades a cargo de la institución, la organización de la nueva estructura sanitaria y las relaciones entre provincia-municipio y comunas. También analizaremos la creación de los Consejos Médicos propuestos en el mismo proyecto legislativo, sus características y diferencias con los Consejos de Higiene existentes. Finalmente, veremos qué discusiones generó el proyecto en su totalidad y cuáles fueron las modificaciones que se le hicieron, si las hubo, antes de convertirse en la Ley Provincial N° 2287, posteriormente denominada Ley de Sanidad. Consideramos que las respuestas a estos interrogantes posibilitará demostrar que el proyecto de la denominada Ley de Sanidad constituyó un primer avance en la institucionalización de la centralización sanitaria y en la profesionalización de la medicina.

#### **4.1 El proyecto de Dirección General de Higiene: “un organismo único para intervenir en la sanidad” (Rubino)**

Entre las argumentaciones con las que se justificó la creación de la DGH subyacía el federalismo argentino y sus consecuencias no deseadas. De acuerdo a las expresiones de Rubino, el respeto por la autonomía provincial en la toma de decisiones municipales, educativas y sanitarias, entre otras, había dado lugar a una diversidad de configuraciones subregionales que eran una de las principales causas de los problemas sanitarios del país. En este sentido, los conflictos originados por la existencia de diversas jurisdicciones

gubernamentales -nacionales, provinciales, municipales y comunales-, a las que se sumaban las no gubernamentales-como las sociedades benéficas y asociaciones civiles de inmigrantes-, las indefiniciones jerárquicas entre todas ellas y el peligro por el avance de las epidemias, justificaban la decisión de ampliar las capacidades del poder ejecutivo provincial y su intervención en materia sanitaria a través de la creación de un organismo único bajo su dependencia. “(...) porque falta en Santa Fe un organismo único que goce de autonomía para no someter sus decisiones (...), y sobre todo, un organismo fuerte que haga cumplir las disposiciones necesarias para evitar epidemias (...)” (DSCDSF, 1932:1456-1457).

Es necesario aclarar que las críticas hacia el sistema federal que alentaba la vigencia de diversas jurisdicciones no eran nuevas, incluso se repetían en la jurisdicción nacional. En los inicios del siglo XX, aquél era considerado como uno de los principales males frente a los mandatos del discurso higienista, dado que al dejar supeditada la sanidad a múltiples organismos sin interrelación, imposibilitaba la dirección y administración de la higiene en un sentido homogéneo (Ramacciotti, 2009). Desde esta perspectiva, la Primera Conferencia Sanitaria Nacional de 1923, ya se había expedido recomendando la centralización sanitaria y la necesidad de fortalecer las capacidades de intervención de la Dirección Nacional de Higiene en todo el territorio argentino. Durante las primeras décadas del siglo, esta agencia nacional contaba con atribuciones de profilaxis y atención de endemias y epidemias, sobre todo cuando las enfermedades tenían incidencias regionales, y convivía con agencias creadas por las provincias o municipios, quienes también podían actuar como agentes naturales de intervención y ejecución de servicios de higiene urbana, asistencia pública y social frente a las enfermedades comunes (Biernat, 2015). Asimismo, durante la década previa la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Lima-Perú en 1927, también había avanzado recomendando la centralización en el accionar del Estado para la realización de una política de higiene y en la creación de un Ministerio “consagrado exclusivamente a los negocios médico sociales” alentando la plena ejecución de una política sanitaria nacional e internacional (Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, 1927:835).

En consecuencia, es posible aseverar que en las primeras décadas del siglo XX existió un amplio consenso en torno a la necesidad de centralizar la sanidad y potenciar el

rol de intervención y control del Estado nacional en torno a la misma. No obstante, pese a la expresión y al interés por adoptar algunas medidas en este sentido, no logró implementarse la centralización en la totalidad del territorio.

La provincia de Santa Fe no fue indiferente a los reclamos por un mayor involucramiento del estado en las problemáticas sociales y a la necesidad de centralizar la toma de decisiones. Ya hemos mencionado como la Constitución del 21 reflejó un significativo avance en la legislación social e incluso llegó a promulgar acciones concretas del poder ejecutivo destinadas a mejorar las condiciones de trabajo (duración de jornadas, descansos semanales, salario mínimo, acción sindical, arbitraje estatal) y de vida “proveyendo a la comodidad, salud, seguridad y bienestar general de los obreros [...] mujeres y menores [...]” (Constitución 1921, Art. 28). En el mismo artículo, bajo el argumento de mejorar la calidad de vida de los obreros, la legislación avanzó en el compromiso de destinar parte de la renta fiscal para la construcción y el control de condiciones higiénicas en las viviendas obreras. Sin embargo, todo ello quedó en suspenso por el veto interpuesto por el gobernador Mosca. Durante los años posteriores al veto, las gobernaciones radicales avanzaron, muy lentamente, en algunas cuestiones como el incremento en la inversión en atención sanitaria, pero nada significativo se llevó a cabo respecto a la centralización. En este sentido, recién los años treinta pueden ser leídos como un momento de cambios en el accionar del gobierno y la centralización en materia sanitaria. La victoria del demoprogresismo y el arribo de Luciano Molinas al poder ejecutivo significaron la puesta en vigencia de la Constitución vetada y todo lo que ello implicaba en torno a la introducción de novedades en legislación social.

Como ha destacado la literatura sobre el tema, con la puesta en vigencia de la Constitución del 21 se instauró la descentralización que promulgaba el partido gobernante como un “concepto caro a la tradición cultural liberal que implicaba tanto la división de poderes y la delimitación de áreas de injerencia como garantía frente al autoritarismo y las arbitrariedades de los poderes centrales” (Bonaudo y Mauro, 2014: 127). Tal cual hemos mencionado, la descentralización fue implementada en los ámbitos electorales, municipales y educativos. No obstante, la descentralización no fue funcional en todas las áreas. Particularmente en la sanidad, el higienismo bregaba por la necesidad de centralizar la toma de decisiones y fortalecer las capacidades de intervención estatal. En esta área, el

demoprogresismo avanzó al calor de las argumentaciones higienistas y de una nueva concepción de salud preventiva que requería de la intervención estatal y de la participación del conocimiento de los profesionales, en detrimento de las voces de alarma utilizadas en las décadas previas. Las expresiones del diputado Rubino en las cámaras legislativas retrataban el contexto provincial y justificaban las nuevas demandas de centralización de la salud

He visto el caso de un bubónico, producido en el puerto de Rosario, en que la municipalidad alegaba que debía hacerse cargo del enfermo en virtud de haber sido sacado del puerto y entrado a la ciudad. El Consejo de Higiene, alegaba derechos sobre el bubónico, fundado también en que la peste podía extenderse por los municipios cercanos, y la Sanidad Nacional alegaba también su derecho, diciendo que se había producido en el puerto de Rosario; mientras se dirimía ese conflicto de competencia, el bubónico, que no sabía nada de competencia ni de derecho constitucional, se murió. Ese fue el resultado de un conflicto de competencia, que haciendo perder tiempo, impidió a las autoridades sanitarias cumplir con sus funciones (DSCDSF, 1932: 1456).

El caso del enfermo bubónico servía para ejemplificar los conflictos y las disputas de competencias entre distintos niveles jerárquicos y las consecuencias en las demoras de la toma de decisiones. Concretamente, los episodios epidémicos actuaban como cristalizadores de las tensiones y debilidades del sistema federal, dado que las enfermedades avanzaban sin límites geográficos ni jurisdiccionales. Para controlar el avance de enfermedades era necesario unificar el accionar sanitario. Según argumentaba Rubino, la centralización quedaba justificada en la declaración: “Las pestes o endemias, no conocen de federalismo ni saben de derecho constitucional, no respetan los límites de las comunas ni de los municipios” (DSCDSF, 1932:1456). La provincia necesitaba un organismo único con autoridad suficiente para intervenir, sin someter sus decisiones a las autoridades nacionales, municipales, ni comunales, y con la legitimidad necesaria para hacer cumplir sus disposiciones. Desde la mirada del diputado, los problemas centrales de la estructura institucional santafesina eran tres: la falta de capacidad de los Consejos de Higiene para cumplir con los objetivos de su existencia, la reducción de su accionar al mero otorgamiento de permisos y la consecuente transformación en organismos absolutamente burocráticos. Resultaba fundamental separar funciones. Por un lado, la creación de un organismo único y fuerte que pudiera hacer cumplir las disposiciones en materia sanitaria y así evitar la propagación de epidemias de graves consecuencias sociales. Por otro lado,

organizar el gobierno de las profesiones a través de Consejos Médicos, a los cuales nos referiremos más adelante. En respuesta a estas problemáticas y al contexto sanitario de la provincia, Rubino presentó un proyecto de ley que intentaba superar el conflicto entre las diversas jurisdicciones, ampliaba la capacidad de intervención del Estado en la materia y dejaba la salud en manos de los profesionales del arte de curar.

La creación a través de este proyecto de una institución destinada a centralizar la sanidad y que respondiera directamente al poder ejecutivo reflejaba un significativo avance en la materia respecto de los intentos manifestados en la década previa con la Constitución del 21. En la misma, los convencionales expresaban sus intenciones de “propender[á] a mejorar las condiciones de vida [...] de obreros [...] mujeres y menores” (Constitución 1921, art. 28). Pero ahora, con el proyecto de Ley de Sanidad el demoprogresismo avanzaba un paso más en su decisión de concretar la intervención y centralización sanitaria. El gobierno proponía fundar un organismo que dirigiera, vigilara y controlara el funcionamiento de la salud en todo el territorio santafesino.

La nueva propuesta legislativa fue dada a conocer a la sociedad civil a través de la prensa. Los principales protagonistas en la tarea de divulgación fueron los diarios de las dos ciudades centrales como *La Capital*, de la ciudad de Rosario, y *El Litoral* y *El Orden* de la ciudad de Santa Fe. El mismo día de la presentación del proyecto en la legislatura santafesina, *El Orden* (16-09-1932) dio a conocer en una página completa el organigrama de las nuevas instituciones propuestas, la DGH y los Consejos Médicos, las características de cada uno junto a una entrevista realizada al diputado Hildebrando Rubino. A partir de ese momento, la prensa fue la principal vocera de lo que sucedía en el recinto legislativo. La medida era coherente con los slogans predicados por Luciano Molinas durante su campaña electoral y en su mensaje de asunción, donde manifestó la necesidad de “dar a publicidad sus actos de gobierno” y utilizar “manos limpias” (Molinas, 1933)<sup>34</sup> en su administración, como una forma de transparentar el accionar del partido gobernante y a la vez diferenciarse del contexto político nacional denunciado por la utilización de mecanismos fraudulentos en el ejercicio del poder.

---

<sup>34</sup> Véase Mensaje del Gobernador Luciano Molinas a la Cámara de Diputados 20/05/1933.

#### **4.1.1 Los autores del proyecto: la convocatoria al saber médico**

El proyecto de la denominada Ley de Sanidad fue presentado como autoría del diputado demoprogresista Hildebrando Rubino y del médico Enrique P. Fianza<sup>35</sup>. Ambos ocupaban sendos cargos en el Consejo de Higiene de Rosario, Rubino como asesor ad-honorem y Fianza como presidente. Desde sus funciones se habían informado y compenetrado de los problemas sanitarios de la población santafesina y de las dificultades, defectos y vicios presentes en la estructura institucional del sistema.

Es posible afirmar que el proyecto reflejaba el trabajo y el esfuerzo unívoco de la política y el saber médico en el intento por centralizar la sanidad con el propósito de terminar con las dificultades producidas por la fragmentación y la superposición de atribuciones originadas por el federalismo. Detrás de las figuras de Rubino y Fianza existía una labor mancomunada de profesionales pertenecientes al cuerpo de docentes de la Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y Ramos Menores de la Universidad Nacional del Litoral y de organizaciones profesionales como el Círculo Médico, la Federación Gremial Médica y el Círculo Odontológico, pertenecientes a la ciudad de Rosario. Así, la nueva propuesta legislativa daba cuenta de “un proceso múltiple a nivel local, de constitución corporativa en el ámbito profesional de la medicina, de fortalecimiento de espacios de formación académica, y de institucionalización de este saber como un insumo para las políticas públicas que se autodefinían como ‘científicamente fundadas’” (Bacolla, 2016: 8).

Esta ligazón entre Estado y saber médico fue el emergente de una coyuntura temporal. En efecto, el contexto internacional y concretamente la crisis de 1929 y sus consecuencias constituyeron un momento significativo para el avance de las profesiones y su inserción en las agencias estatales. La crisis constituyó un momento revelador y complejo, frente a la cual fueron cada vez más evidentes las dificultades para resolverla o enfrentarla desde los conocimientos de la clase política; ello llevó a la necesidad de convocar a nuevos expertos para calmar las incertidumbres y lograr la aceptación de nuevas

---

<sup>35</sup>Médico especialista en enfermedades de la piel, sífilis y lepra. Nació en Buenos Aires 1883, se doctoró en la Universidad Nacional de Buenos Aires en 1905 con su tesis “Estrecheces del esófago”. Fue profesor titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Litoral en Rosario desde 1922. Presidente del Consejo de Higiene de la ciudad de Rosario y creador del Leprosario del Hospital Carrasco. Médico fundador del servicio de enfermedades de la piel y la sífilis de la Asistencia Pública, el Hospicio de Huérfanos y los hospitales de Caridad (actual Provincial), Español e Italiano Garibaldi, todos de la ciudad de Rosario. <<http://rosarioysuzona.blogspot.com.ar/2015/04/el-doctor-enrique-pedro-fianza-1883.html?m=0>>. Descarga 17 de octubre 2017.

instituciones y acciones políticas (Caravaca, 2012). Durante estos años, se hizo cada vez más necesaria la presencia de grupos de técnicos o profesionales con un nivel creciente de especificidad que fueron convocados para hacerse cargo de cuestiones referidas al conocimiento de su incumbencia.

Desde esta perspectiva, el proyecto de ley presentado por el demoprogresismo expresaba la convocatoria del poder gubernamental al saber médico para crear un organismo único destinado a institucionalizar y centralizar la sanidad. Por lo tanto, si bien la iniciativa de creación de la nueva institución tenía su origen en el poder político, fueron los médicos los que proveyeron el saber, la experiencia y la técnica necesaria para elaborar los lineamientos que dieron forma a la nueva institución y también fueron quienes estuvieron a cargo de su funcionamiento.

#### **4.1.2 La centralización de la autoridad sanitaria**

La intención de centralizar la sanidad requería de un organismo y una autoridad con las atribuciones suficientes para dirigir, vigilar y controlar el funcionamiento de la salud pública, en forma exclusiva en todo el territorio provincial. En este apartado analizaremos las funciones reconocidas al Director General de Higiene con la finalidad de indagar qué se pretendía regular, cómo se planificaba instaurar esa nueva autoridad y finalmente qué lugar se le otorgaba al saber médico en la nueva institución.

De acuerdo al proyecto presentado, la DGH dependería del Ministerio de Gobierno y estaría a cargo de una sola persona (DSCDSF, 1932: 1447). El *Director General*, sería equivalente a un ministro sin cartera y sin domicilio fijo que debía viajar por todo el territorio. Rubino lo caracterizaba como “un funcionario viajero, que no tiene punto de residencia [...] porque las obligaciones y deberes de su cargo imponen que distribuya su trabajo en todos los lugares donde la salud pública lo requiera. [...] tiene asiento desde Vera a Constitución” (DSCDSF, 1932: 1472).

Entre sus funciones, se destacaba vigilar el cumplimiento de la nueva ley y aplicar penas disciplinarias a quienes no lo hicieran, proponer todos los medios conducentes al buen estado y mejoramiento de la salud pública, asesorar e informar al poder ejecutivo provincial en cuestiones de higiene, inspeccionar por sí mismo o por medio de los inspectores de cada sección los edificios sanitarios públicos y privados, establecimientos

educativos, cárceles, hoteles, fondas, peluquerías, mercados, mataderos, caballerizas y demás lugares de suministro de alimentación; disponer la clausura de farmacias, droguerías y establecimientos industriales; dictar medidas para combatir las endemias y las epidemias, y formar la estadística sanitaria y demográfica médica de la provincia. Toda la información recabada por el organismo debía ser elevada al poder ejecutivo y publicada anualmente en un documento oficial acompañada de medidas aconsejadas por el mismo Director General para mejorar la salud pública. También estaría autorizado a crear dispensarios pensados como estaciones de servicio, destinados a combatir enfermedades, constituirse en lugar de reclusión de enfermos y, a la vez, servir para informar del estado sanitario a la DGH a través de la Inspección General de cada sección, a lo cual nos referiremos en el apartado siguiente(DSCDSF, 1932: 1474).Como lo manifestaba la misma prensa, la nueva figura de Director General no cumpliría funciones meramente burocráticas o administrativas, sino que contaría con la autonomía necesaria para la toma de decisiones en la cuestión sanitaria (*El Orden*, 16/09/1932, p.4).

Vigilar, inspeccionar, informar, castigar, asesorar, aconsejar, crear centros de atención médica, dictar normativas y dictaminar sanciones, constituirían entonces los nuevos roles del funcionario y del Estado provincial. La innovación más significativa fue el reconocimiento al Director General de la atribución de policía sanitaria, en su figura confluían todas las funciones necesarias para controlar y evitar el avance de las enfermedades. La suma de esas atribuciones implicaba reconocer en su autoridad el monopolio de la sanidad provincial.

Respecto a las funciones otorgadas al nuevo funcionario, Rubino enfatizaba, en la entrevista periodística que “[...] se le dan facultades casi dictatoriales. No creemos habernos equivocado. Es necesario llegar a esto, en materia de higiene y salubridad pública” (*El Orden*, 16/09/1932, p.4). En él se centralizaría el conocimiento, el control y la toma de decisiones necesarias para el funcionamiento de la sanidad y su lugar sería trascendental en la centralización buscada por parte del poder ejecutivo provincial. Para que ello pueda ser llevado a cabo se le otorgarían al Director todas las competencias necesarias a un profesional médico, a los fines de evitar cualquier “falta de higiene que pueda provocar epidemias o mal estado de salubridad que atente contra la vida de los habitantes” (Rubino, 1932: 1475).

Hasta aquí, es factible aseverar que el monopolio del accionar sanitario quedaría en manos de un profesional médico, el Director General, máxima autoridad de la DGH, con las atribuciones necesarias para centralizar la toma de decisiones.

Sin embargo, aunque se reconocía a un profesional del área para estar al frente del organismo, de todos modos su elección y su designación quedarían a cargo del poder político. La aclaración de Rubino resulta significativa en este sentido: “Desde luego que para que esa función pueda ser cumplida con eficacia, ha de corresponder al gobierno el tener acierto en la designación del hombre a quien se le confiará esa tarea”<sup>36</sup>. Todo el poder posible otorgado a un profesional médico que monopolizaría el funcionamiento de la sanidad, sin embargo, sería el poder ejecutivo a través directamente del gobernador quien estaría a cargo de su elección y designación. Esto implicaba un control político sobre el saber médico.

#### **4.1.3 El diseño de la Dirección General de Higiene y sus competencias**

El organigrama de la DGH publicado en la prensa y presentado en el recinto legislativo también reflejaba la centralización planificada. En primer lugar, se visualizaba la autoridad central del Director General, debajo de él y en su dependencia directa se creaba la función del Inspector General.

En términos generales podría decirse que el Inspector General mantenía el área de injerencia de los suplantados Consejos de Higiene. Al igual que los Consejos creados a mediados del siglo XIX, se proyectaba la creación de dos Inspecciones Generales una para la región Centro-Norte y otra para la región Sur, nos referiremos a ello más adelante en este mismo apartado.

Pero nos interesa en este punto destacar las funciones del Inspector y las diferencias planificadas respecto a los reemplazados Consejos. En primer lugar, los antiguos Consejos regulaban el ejercicio de las “artes de curar”, la cual ahora se pretendía transferir a los Consejos Médicos, los que serán explicados más adelante. En segundo lugar, se ampliaba su accionar. Se pretendía que el Inspector fuera el jefe administrativo y técnico de su sección, él estaría a cargo de los lugares de reclusión, reformatorios, asilos, clínicas,

---

<sup>36</sup>Entrevista publicada en *El Orden*, 16/09/1932, p. 4.

sociedades de beneficencia, socorros mutuos con consultorios médicos, etc.(DSCDSF, 1932: 1448).

Además el Inspector sería la cabeza visible de un entramado de departamentos. Bajo su dependencia directa se creaban *departamentos sanitarios* e institutos que respondían a especialidades médicas: Higiene General y Profilaxis, Instituto Químico Bromatológico y Bacteriológico, Farmacia e Instituto de Odontología. Esto implicaba que la construcción estatal respondía al saber médico y lo incorporaba.

Las facultades encomendadas merecen una apretada síntesis a los fines de visualizar las líneas de acción y las nuevas competencias asumidas por la provincia en materia sanitaria. El Departamento de Higiene General y Profilaxis tendría a su cargo la tarea destinada a la cura de enfermedades y atención de estados morbosos, también la prevención de enfermedades, cuidando la salud de todos los habitantes de la provincia. Dentro de sus facultades se reconocía la protección de la infancia en edad pre-escolar y post escolar, para lo cual se crea una Inspección específica. A través del Instituto Bromatológico y Bacteriológico, el Estado avanzaba en la capacidad del control bromatológico en la provincia, sin importar la dimensión del municipio<sup>37</sup>. El Departamento de Farmacia debía controlar que el ejercicio de esta profesión se limitara a quienes poseían título universitario y estuvieran matriculados en el registro del Consejo Médico, aunque también autorizaba algunas funciones a los idóneos matriculados como tales<sup>38</sup>. Otras funciones reconocidas serían: autorizar los permisos de apertura de nuevas farmacias, diferenciar los medicamentos que requerían prescripción médica de los de venta libre, decidir los turnos diurnos y nocturnos para cubrir la atención a la comunidad, recoger muestras y realizar los controles necesarios para garantizar el respeto de las restricciones y condiciones de venta de medicamentos que implicaran riesgos para la salud, entre otros. Con respecto al Instituto de Odontología, serían los mismos odontólogos quienes deberían aceptar la reglamentación del suministro de anestesia bajo supervisión de un médico.

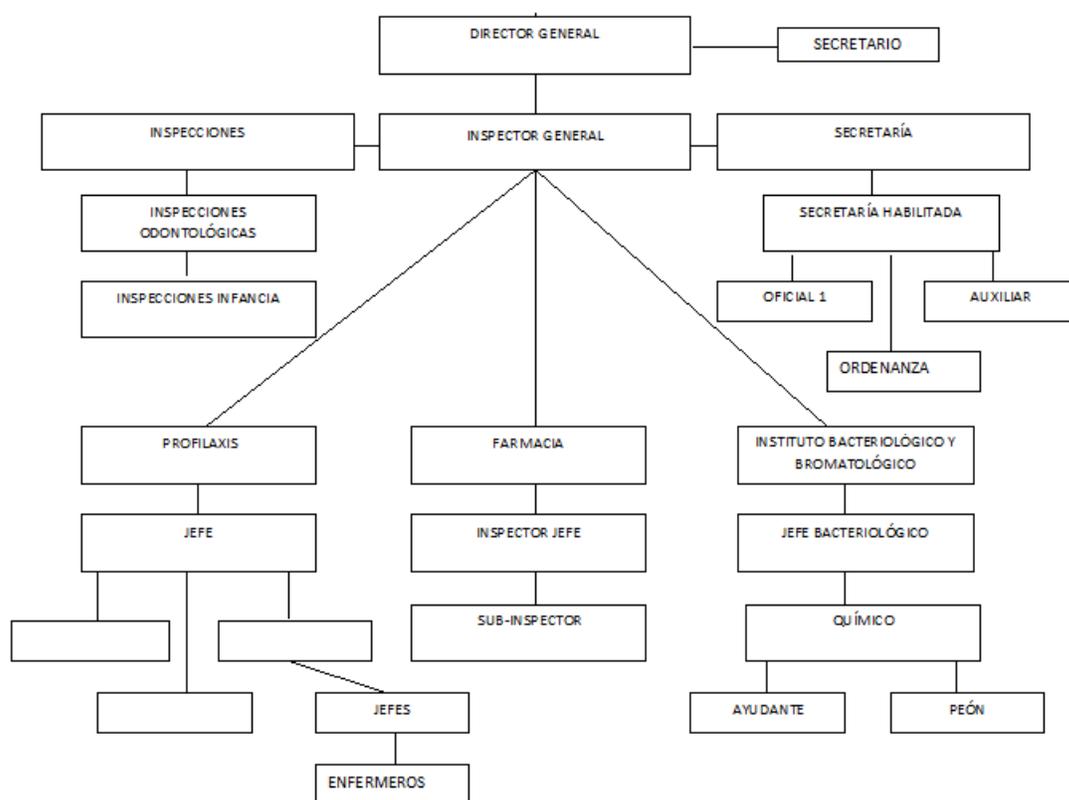
---

<sup>37</sup> Vale aclarar que la ciudad de Santa Fe contaba desde 1889 con una Oficina Química Municipal, al igual que otras ciudades del país, a cargo del control alimenticio. Sin embargo, comerciantes y productores reclamaban la instalación de una Oficina Nacional que practicara análisis químicos a los artículos importados por el puerto. Recién la Ley de Presupuesto Nacional habilitó en 1935 la creación de una Oficina Química Nacional (Marischal, 2011).

<sup>38</sup> Como veremos más adelante, estas atribuciones del Departamento Farmacéutico se diferenciaba de lo que sucedía con los médicos, cuyos controles quedaban en manos del Consejo Médico e incluso se prohibía el ejercicio de todos aquellos que no contasen con título universitario.

Valga remarcar que hasta ese momento las competencias sanitarias no estaban tan explícitamente señaladas e incluso difícilmente podían ser llevadas a cabo por la superposición en el accionar de distintas instituciones. Como mencionamos en el segundo capítulo, los Consejos de Higiene convivían con distintas organismos estatales - provinciales, municipales y comunales- y no estatales -sociedades de beneficencia y étnicas- que se hacían cargo de la atención y la asistencia sanitaria.

**Organigrama 2:** Proyecto de creación de la Dirección General de Higiene en 1932<sup>39</sup>



Fuente: Organigrama publicado en *El Orden*, 16/09/1932, p.4

<sup>39</sup>Los datos que faltan en el organigrama fueron de difícil lectura en el texto original de la prensa.

Lo novedoso de la DGH era su sistema de organización de la salud a partir de especialidades médicas a cargo de los *departamentos sanitarios* que desplazarían a la organización territorial existente. La fragmentación territorial -provincia, departamentos, ciudades- sería reemplazada por una organización departamental basada en especialidades médicas. Este era un nuevo tipo de planificación sanitaria que obedecía a áreas de conocimiento al interior de la medicina y reconocía a las especialidades médicas como posibilidad de organización sanitaria.

Entre las nuevas competencias, un aspecto a destacar, es que bajo la dependencia de la DGH y del conjunto de infraestructura sanitaria planificada, se pretendía continuar incrementando las atribuciones del organismo. Ello se pone en evidencia en las medidas introducidas tendientes a asegurar la centralización de la información estadística.

Más allá del área de cobertura específica de cada *departamento sanitario*, cada una de ellos tendría como función suministrar los datos estadísticos hasta el momento inexistentes, serían “el foco de donde partan todas las informaciones (...) a fin de poder atender con eficiencia y exacto conocimiento todo lo que afecte a la salud pública” (DSCDSF, 1932: 1474). Se pretendía que los datos obtenidos posibilitaran, entre otras cosas, armar un archivo de sangre, el cual según declaraciones, requería del conocimiento exacto de las condiciones climatológicas y de la incidencia de la sífilis, la lepra o la anquilomiasis, consideradas endémicas en determinadas zonas provinciales.

A los fines de conseguir la información y los datos numéricos necesarios para obtener el conocimiento de las condiciones sanitarias provinciales, el proyecto establecía la obligatoriedad de presentar una planilla de morbilidad a la DGH. La misma debía ser realizada por todos los médicos, en los distritos donde ejercían su atención, dentro de la primera quincena de cada mes debiendo informar sobre el mes anterior. Los infractores sufrirían una multa de cincuenta pesos la primera vez y cien cada nueva reincidencia (DSCDSF, 1932: 1177). De esta forma el Director General se aseguraba la recolección de información para el conocimiento de la situación sanitaria, la planificación de acciones y la divulgación de datos estadísticos.

Si bien la preocupación por los datos numéricos había originado desde inicios del siglo distintos mecanismos de recolección de datos, y como mencionamos previamente,

existía una Oficina de Estadísticas, se agregaban ahora recursos legales destinados a hacer cumplir el relevamiento y la trasmisión de las cifras obtenidas.

Pero además de la recolección y sistematización de la información, al poder ejecutivo provincial le interesaba su divulgación fuera del ámbito específico de cada ciudad<sup>40</sup>. Según denunciaba Rubino,

[...] me mostraba días pasados el Dr. Fianza un boletín de la Unión Pan-Americana, donde Santa Fe no figura para nada en los datos estadísticos, y lo que es más interesante, al llegar al renglón de la lepra figura con una raya; vale decir, que hoy por hoy no tenemos estadísticas, ni conocimientos exactos acerca de cuál es el verdadero estado sanitario de la provincia (...) ¡En Santa Fe no hay leprosos, para las estadísticas extranjeras! (DSCDSF, 1932: 1474-75)

De este modo, la DGH avanzaba en la centralización de la información. El conocimiento de datos y estadísticas precisas de morbilidad resultaban claves para visualizar la realidad sanitaria provincial y posibilitar la toma de decisiones. Un dato no menor es que serían los mismos médicos los que proveerían la información que luego sería sistematizada por los departamentos sanitarios y finalmente divulgada en el territorio nacional y extranjero. Todo ello daba cuenta de una concepción sanitaria con ambiciones de centralización.

En coherencia con lo mencionado previamente, si el interés principal era traspasar los límites geográficos de cada urbe para poder frenar a las enfermedades, esto requería el accionar conjunto de distintas jurisdicciones. Hasta ese momento, la existencia de instituciones comunales, municipales y provinciales solo había generando superposiciones y dificultades de acción. Pero el proyecto demoprogresista establecía que las comunas debían ceder su competencia de policía sanitaria al poder ejecutivo provincial. Según expresaba Rubino la cesión “no [significaría] en renuncia y en cortapisa de sus derechos [comunales] pero sí admitírselo a la provincia con su D. General” (DSCDSF, 1932: 1473). De esta forma, todo el accionar sanitario se centralizaba en la figura del Director General, quién debía actuar en forma concurrente con las comunas, pero sería el único con facultad de policía sanitaria. La decisión también afectaba a la autonomía que tenían hasta el

---

<sup>40</sup>Como mencionamos en el capítulo 1 y 2, ambas ciudades contaban con censos y anuarios municipales e, incluso, los datos estadísticos eran publicados en la prensa local.

momento las ciudades de primera categoría -Santa Fe y Rosario- para organizar la sanidad en sus municipios. Según expresiones del mismo diputado “no puede haber autonomía [...] en lo referente a las pestes que afectan a más de un municipio” (DSCDSF, 1932: 1473).

La atribución de policía sanitaria otorgaba al Director General la autoridad sanitaria máxima en todo el territorio. Su accionar no tendría límites geográficos, ni jurisdiccionales. Desde esta perspectiva, el proyecto instauraba una nueva forma de organización que dejaba a la salud a cargo de un profesional del arte de curar. No serían las comunas, ni los municipios, ni los territorios departamentales los que suministrarían los datos, ni vigilarían el funcionamiento, ni planificarían las acciones sanitarias, sino un médico provincial en sus funciones de Director General.

#### **4.1.4 La fragmentación regional: la persistencia de herencias institucionales**

Más allá de las intenciones, hasta aquí analizados, de centralizar en un organismo y en una autoridad médica el funcionamiento de la sanidad provincial, en la propuesta subyacía la fragmentación regional entre las regiones Centro-Norte y Sur, instaurada en la segunda mitad del siglo XIX. Como hemos desarrollado previamente, hasta el momento, la sanidad estaba organizada en dos Consejos de Higiene que dependían directamente del Ministerio de Gobierno del Poder Ejecutivo Provincial. Un Consejo de Primera Circunscripción con sede en la ciudad de Santa Fe que estaba a cargo de los doce departamentos administrativos de la Región Centro-Norte y convivía con un Consejo de Segunda Circunscripción con sede en la ciudad de Rosario a cargo de los siete departamentos de la Región Sur. La nueva red institucional proyectada por el demoprogresismo mantenía bajo la autoridad del Director General, al territorio provincial dividido en las dos secciones o circunscripciones ya existentes.

Cada circunscripción estaría a cargo de un Inspector General que dependería directamente del Director General y tendría sus mismas funciones, pero en el ámbito territorial reducido a su región, Centro-Norte para la primera y Sur para la segunda.

Hasta aquí, lo novedoso de la propuesta radicaba en la creación de una autoridad médica que centralizaba la organización sanitaria y era la única intermediaria respecto al poder ejecutivo provincial. Sin embargo, subyacente al mismo persistía la fragmentación geográfica instaurada desde tiempos históricos entre Centro-Norte y Sur, y la vigencia de

las ciudades de Santa Fe y Rosario como cabeceras del sistema sanitario. El mapa que elaboramos a continuación representa cada circunscripción delimitada según el proyecto y refleja la persistencia de la fragmentación ya vigente.

Resulta significativo no haber encontrado en las fuentes ninguna discusión respecto a la posibilidad de modificar o mantenerla supremacía de ambas ciudades como cabeceras del sistema. Pareciera que la evolución histórica santafesina y el surgimiento de ambas ciudades como hegemónicas dieron lugar a herencias institucionales incuestionables que sobrevivieron al avance del tiempo.

**Mapa3:** Circunscripciones de la DGH. Según proyecto de ley del demoprogresismo. Santa Fe. 1932.



**Fuente:** Mapa de elaboración propia con datos suministrados por el proyecto de ley (DSCDSF, 1932: 1174-1183)

Queremos recapitular algunas cuestiones hasta aquí mencionadas en relación al proyecto de creación de la DGH, antes de avanzar con la segunda parte destinada a la creación de los Consejos Médicos. En primer lugar, el proyecto reflejaba un reconocimiento a la labor médica, no sólo a través de la convocatoria a los profesionales, Dr. Fidanza y otros, para la elaboración de la ley, sino también para que fuera un médico el que estuviera al mando del nuevo organismo. En reemplazo de los funcionarios miembros de los Consejos de Higiene existentes previamente, la DGH quedaba a cargo de un médico designado por el poder ejecutivo. Este es un dato que ya hemos mencionado y que vale la pena subrayar, la designación recaería en un profesional de la medicina. El Director General sería un médico con título emanado de una universidad nacional. Esta decisión constituye un reconocimiento de los profesionales, en este caso en particular de la medicina. De este modo, el poder político otorgaba legitimidad a los poseedores del saber, dejándolos a cargo del gobierno de la sanidad, además de reconocerles la posibilidad de ejercer su gobierno independiente del poder político con la creación de Consejos Médicos a los cuales nos referiremos más adelante.

En segundo lugar, el Director General sería el único intermediario entre el poder ejecutivo provincial y la red institucional sanitaria. A través de su figura, el poder político otorgaba a un médico la facultad de policía sanitaria sobre todas las comunas y municipios. Estos debían ceder su autonomía en materia sanitaria a la nueva autoridad. Como caracterizaba el mismo Rubino, su accionar era dictatorial, él monopolizaba la recolección de información, su divulgación, la toma de decisiones y las sanciones a los infractores de la ley en todo el territorio. La nueva atribución de policía sanitaria plasmaba la intención de centralizar en la autoridad médica la sanidad provincial.

Asimismo, y en tercer lugar, la centralización de la autoridad se expresaba a través de la tarea de recolección de información de la realidad sanitaria. El proyecto reglamentaba la recolección y sistematización de información a través de los médicos y los departamentos sanitarios. La información obtenida era clave para el conocimiento a los fines de planificar nuevas medidas y políticas sanitarias pero también para su divulgación a nivel nacional y con otros países. Como hemos desarrollado, el proyecto se basaba en una concepción de sanidad que no tenía límites geográficos ni jurisdiccionales, el Director

General se imponía sobre autoridades comunales, municipales y provinciales. Su autoridad en materia sanitaria es única.

En cuarto lugar, la nueva institución se organizó y dividió sobre la base de especializaciones al interior de la medicina. La estructura institucional sanitaria que existía hasta el momento se basaba en la organización política y administrativa del territorio-comunas, municipios y territorios departamentales-, con el proyecto se creaba una nueva organización sanitaria sobre la base de *departamentos sanitarios*. En ellos primaba la especialización médica: Higiene General y Profilaxis, Instituto Químico Bromatológico y Bacteriológico, Farmacia e Instituto de Odontología. El saber médico se organizaba independientemente de la organización política territorial.

En quinto lugar, no obstante el intento de centralizar la sanidad, persistió en la DGH la fragmentación regional entre Centro-Norte y Sur vigente desde tiempos remotos. Por debajo del Director General existió un Inspector para la región Centro-Norte y otro Inspector para la Región Sur que tendría casi las mismas funciones que el Director General en su sección asignada. De tal modo, hasta aquí es posible aseverar que el proyecto innovador del demoprogresismo mantenía en su interior herencias institucionales. La pretendida centralización de la sanidad convivía con la fragmentación regional entre Centro-Norte y Sur que se mantendría en la creación de Inspectores Generales para cada Sección y en la creación de los Consejos Médicos autónomos para cada una de estas regiones a los cuales nos referiremos a continuación.

#### **4.2 Los Consejos Médicos: la autonomía médica**

Según el discurso demoprogresista, la salud y las profesiones eran dos cosas distintas e independientes y se necesitaban respuestas específicas para cada una de ellas. Por ello el proyecto proponía la creación de dos Consejos Médicos, uno con asiento en la ciudad capital y otro en la ciudad de Rosario. Si bien los nuevos Consejos mantenían la misma jurisdicción territorial de los Consejos de Higiene que pretendía reemplazar, las diferencias con ellos resultaban significativas.

Para ese momento, la crítica a los Consejos de Higiene existentes desde fines del siglo previo aseveraba su falta de capacidad para supervisar el ejercicio legal de las profesiones del arte de curar y controlar el desarrollo del curanderismo. La prensa local se ocupó de

plantear con cierto atisbo de espectacularidad algunos casos de práctica ilegal de la medicina y denunció los ejes clásicos de peligro para la salud y la estafa económica que ello acarrearía, según una publicación periodística “...todos los que con tal tarea hacen su 'agosto,' haciendo víctimas y levantando una fortuna en poco tiempo” (*Santa Fe*, 28/01/1926). La información divulgada por los medios escritos tenía como finalidad visibilizar los problemas sanitarios, denunciar una variedad de prácticas y sanaciones alternativas, a la vez que recomendar el acercamiento de la población a la consulta médica.

Desde esta perspectiva, el demoprogresismo reconocía la inacción del gobierno sanitario de la provincia y de las instituciones que representaban a los profesionales, que generalmente estaban restringidas a recibir informes de las Comisiones de Fomento y a otorgar permisos a médicos y a farmacéuticos para poner placas en sus domicilios como pequeñas tareas de control<sup>41</sup>. En respuesta a estas críticas, el nuevo proyecto preveía la creación de una institución totalmente separada del poder estatal, electiva y autónoma. Lo novedoso radicaba en que los mismos médicos tendrían la facultad de elegir a sus autoridades, gobernarse y regular su profesión. En palabras de Rubino: “Las profesiones estarán, pues, controladas por su propia voluntad. Los médicos y demás profesionales serán quienes se den ese necesario Gobierno, cuya finalidad no es otra que la de mantener permanentemente el prestigio de las profesiones” (*El Orden*, 16/09/1932, p. 4). Según subrayaba el mismo periódico, la propuesta era reconocer autonomía al gobierno de las profesiones médicas a los fines de salvaguardarlas de intereses políticos y partidarios.

El proyecto otorgaba a los médicos, odontólogos y farmacéuticos, con títulos obtenidos en universidades nacionales y matriculados en sus respectivos colegios, la posibilidad de elegir a sus propias autoridades a partir del libre ejercicio del sufragio y la facultad de autogobernarse, a través de una minuciosa y detallada reglamentación que establecía las atribuciones y el funcionamiento de los Consejos Médicos y de sus representados. De esta manera el demoprogresismo avanzaba en el cumplimiento de su ideario de otorgar autonomía a los colegios de profesionales del arte de curar como también lo hizo en otras materias. La nueva ley regulaba el ejercicio de la medicina, odontología, obstetricia, veterinaria y ramos auxiliares a los habilitados por título de Universidades

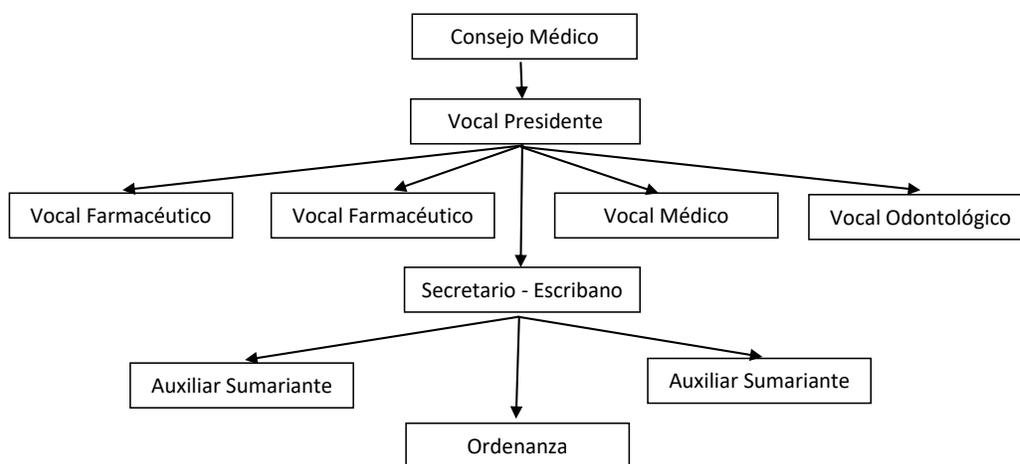
---

<sup>41</sup>Según la Constitución Provincial vigente existían tres tipos de municipios según la cantidad de habitantes. Ver capítulo 1.

Nacionales o reconocidos por estas. El art. 22 del proyecto enfatizaba “Sólo podrán ejercer en el territorio de la Provincia el arte de curar y ramos auxiliares los habilitados por Universidad Nacional” (DSCDSF, 1932:1175).

Otra diferencia con los Consejos de Higiene radicaba en el número de miembros que gobernarían los Consejos Médicos. Hasta el momento los Consejos estaban compuestos por tres miembros - un farmacéutico y dos médicos- ahora se incorporaba un miembro médico y un odontólogo. En primer lugar se ampliaba el número de integrantes, aunque se mantenía la hegemonía de los médicos por sobre las otras profesiones. En segundo lugar, se incorporaba un miembro odontólogo como parte del gobierno, lo cual reflejaba el reconocimiento de la Odontología como ciencia médica.

**Organigrama 3:** Proyecto de creación de los Consejos Médicos. Santa Fe. 1932



**Fuente:** Organigrama publicado en *El Orden*, 16/09/1932, p. 4.

En definitiva, como representa el cuadro del proyecto, los nuevos Consejos Médicos estarían compuestos por cinco miembros: tres médicos, un odontólogo y un farmacéutico, elegidos por votación directa de los profesionales de cada rama. Cada miembro duraría tres años en sus funciones, con posibilidad de reelección. Para ser miembro del Consejo se exigía tener diez años en el ejercicio de la profesión y de residencia en la provincia. Solo los médicos, odontólogos y farmacéuticos matriculados participarían en la elección de sus

integrantes. Asimismo, se establecía la obligatoriedad de matriculación, prohibiendo el ejercicio de la medicina, aún como práctica gratuita, a los que no lo hicieran.

Además de su propio gobierno, los Consejos tendrían facultades para controlar el ejercicio de la medicina y aplicar sanciones -pautadas en la misma ley de sanidad- contra los que incurrieran en su ejercicio ilegal. Con el interés de dotarlos de las condiciones necesarias para el combate eficaz del curanderismo de todo aquello que signifique el ejercicio ilegal de la medicina, se les otorgaba poder de policía en relación a la prevención de los delitos contra la salud pública (hasta ahora a cargo de la policía judicial), para instruir sumarios y determinar la detención de los inculpados para ponerlos a disposición del Juez competente. A la vez, se proyectaban modificaciones al Código de Procedimientos en lo Penal y preveía excarcelación en los delitos contra la salud pública. Todo ello con el interés de dotar a los Consejos de las condiciones necesarias para combatir eficazmente el curanderismo y de todo aquello que significara el ejercicio ilegal de la profesión médica.

El proyecto también se preocupaba por diferenciar entre los profesionales y los idóneos, determinando la validez de los títulos, las atribuciones que le correspondía a cada profesión, la cantidad de horas de atención médica, el modo de actuar en caso de ausencia temporaria de los profesionales en el consultorio. Destacaba además y regulaba cuáles eran los compromisos médicos relativos a la denuncia de enfermedades infecto-contagiosas, elaboración de estadísticas de morbilidad y obligación de otorgar certificados de defunción.<sup>42</sup> También enunciaba cuestiones referidas a los domicilios de consultorios y farmacias, y anuncios publicitarios. Solo los médicos, dentistas y parteras podían publicitar sus consultorios previa autorización del Consejo Médico. También, estaba prohibido aceptar cargos públicos municipales o provinciales a los médicos que tuvieran consultorios.

Asimismo, el proyecto disponía la creación de Consejos Médicos autónomos para el gobierno de las profesiones médicas, con atribuciones para regular el ejercicio legal de la medicina y poder de policía para prevenir delitos en la sanidad y prácticas ilegales. Las profesiones se autonomizaban en un intento de descentralización para delimitar y resguardar su área de injerencia, en este caso sanitaria, del poder político. Cabe señalar

---

<sup>42</sup>Rubino denunciaba que ante la costumbre médica de no expedir el certificado de defunción hasta no haber cobrado las deudas del enfermo, solía demorarse la inhumación o se recurría al juez de paz. Menciona el ejemplo de un pueblo donde el juez de paz dictaminó: “Señor sepulturero: Sírvase dar sepultura al cadáver del portador” (DSCDSF, 1932:1481).

también que en los nuevos Consejos persistían las herencias institucionales. Solo se crearían dos Consejos Médicos, uno para la región Centro-Norte con asiento en la ciudad de Santa Fe y otro para la Región Sur con asiento en la ciudad de Rosario. Cada sección contaría con un Consejo Médico. La fragmentación regional instaurada en las instituciones sanitarias creadas en el siglo pasado mantenía su vigencia en la nueva legislación.

En definitiva, tal como hemos visto, el proyecto del demoprogresismo de centralización sanitaria presentaba algunos límites. Por un lado, la autonomía que reconocía a los médicos para regular el funcionamiento de su profesión y elegir a sus autoridades. Por el otro la persistencia de la fragmentación regional.

#### **4. 3 Una nueva Ley de Sanidad: la concreción del proyecto demoprogresista**

El proyecto fue estudiado por la Comisión de Negocios Constitucionales y Legislación de la cual formaba parte el diputado Hildebrando Rubino, quien se convirtió en miembro informante del mismo. Sin la creación de una comisión de estudio especial sobre el tema, se destacó la participación del diputado socialista Waldino Maradona como principal interlocutor e interrogador frente al informe del proyecto. También fue Maradona quien llevó al recinto de la legislatura las comunicaciones, notas de aprobación y solicitudes realizadas por el Círculo Médico, el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario, el Colegio de doctores en Bio-Química y Farmacia.

Una de las mayores discusiones en torno a la ley se dio en la definición de quiénes serían considerados profesionales. Concretamente la Sociedad de enfermeros, masajistas y flebotomos de ambos sexos, hasta el momento gremio auxiliar de los médicos, solicitaron ser incluidos en las disposiciones de la nueva ley. La respuesta de Rubino respecto a esta demanda fue rotundamente negativa. Los auxiliares de la medicina, no podían hacer uso de un “ejercicio exclusivo, sino condicionado o dependiente (bajo) la dirección de otro”. Los títulos de enfermeros solo los habilitaba para actuar bajo la supervisión o instrucción de un profesional. Si la intención era reprimir “el ejercicio ilegal y combatir el curanderismo, difícilmente podríamos incluir en ella a estos auxiliares de las ramas del arte de curar” (DSCDSF, 1932 1471-1472).

Dentro de la misma cuestión del reconocimiento profesional, también se presentó una solicitud en nombre de los médicos extranjeros que hasta el momento no habían

validados sus títulos en universidades nacionales y que quedaban inhabilitados para continuar ejerciendo la profesión según la nueva ley. También en este caso la respuesta de Rubino fue negativa

[...] cambiar la orientación que tienen nuestras universidades, que obligan a revalidar, vendría a ser una especie de premio a la constancia de los que no han cumplido con su deber [...]. Esos médicos extranjeros que arriban a nuestras playas, abiertas a toda clase de actividades, han encontrado también abiertas generosamente nuestras universidades de par en par, ofreciéndoles toda clase de facilidades para una reválida [...] y vienen ahora, por vía de perdón a pedir lo que no han logrado por una grave negligencia. No es posible [...] tal concesión (DSCDSF, 1932: 1977).

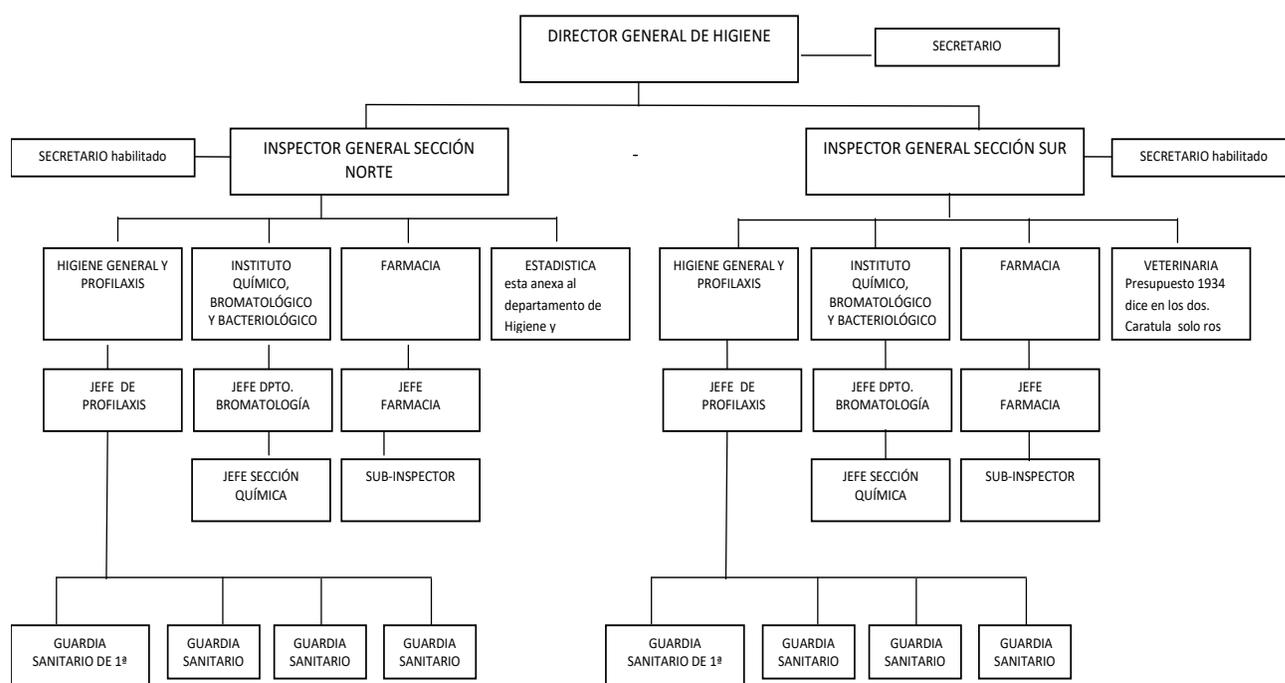
Sin embargo, el mismo Rubino reconoció haber olvidado en el proyecto el reconocimiento del gremio veterinario, como una profesión “eficientísima” para la salud pública y que hasta el momento había sido olvidada. Incluso, el diputado solicitó incorporar el Departamento de Veterinaria a los inicialmente propuestos por el proyecto. La demanda fue justificada en la necesidad de inspeccionar los productos alimenticios originados en pequeñas comunas carentes de recursos. En especial, el tema de la leche y el rotulado de aceites comestibles habían generado importantes discusiones desde mediados de la década del veinte entre autoridades municipales y productores (Marischal, 2011). El nuevo departamento estaría facultado para realizar peritajes sobre la hacienda y productos pecuarios, dirigir laboratorios de desinfectantes y parasiticidas. Si el objetivo central de la legislación era la salud pública, no se podía dejar fuera a la capacidad técnica para la inspección de alimentos y el control veterinario. Lo más significativo de la propuesta era el reconocimiento de los veterinarios como profesionales.

Fuera del tema de las profesiones, otra modificación propuesta por la cámara consistió en la ampliación de las facultades de los Consejos Médicos a los cuales se agregó la de “autorizar toda clase de anuncio de profesionales y de medicamentos llamados específicos en revistas periódicos, volantes, carteles, pantalla cinematográficas, radiotelefonía, y cualquier otro medio” (DSCDSF,1932:1482).

Con cambios y objeciones mínimas de ambas cámaras, el proyecto demoprogresista de 135 artículos fue convertido rápidamente en la Ley de Sanidad N° 2287 en una sección extraordinaria del 2 de diciembre del 1932. Las modificaciones presentadas por los

senadores eran según Rubino “algunas de carácter gramatical y otras de agregados que no afectaban fundamentalmente al proyecto (DSCDSF, 1932: 1790). Justificándose en ello, el diputado solicitó aprobar en general las reformas introducidas por el Honorable Senado sin perder tiempo leyendo artículo por artículo. Con el consentimiento unánime de los legisladores se aprobó también por unanimidad la Ley de Sanidad provincial. La ley provincial N° 2287 creaba la Dirección General de Higiene cuya estructura y organización plasmamos en el organigrama siguiente.

**Organigrama 4.** La Dirección General de Sanidad. Santa Fe, 1932



**Fuente:** Organigrama de elaboración propia con datos extraídos de la Ley N°2287 (DSCDSF, 1932: 1781-1789).

Como notas finales queremos enfatizar que la ley definitivamente sancionada comprendía la creación de la Dirección General de Higiene y de dos Consejos Médicos para el ejercicio del arte de curar. La DGH era una organización compleja, capaz de abarcar la totalidad del sistema sanitario provincial con diferentes niveles de decisión y facultades de ejecución, todos bajo la autoridad de una figura única, el Director General. A través del

mismo, se lograba instaurar la centralización en la dirección, vigilancia, control y conocimiento del funcionamiento de la sanidad. Sin embargo, debajo de él persistía la fragmentación regional que venimos desarrollando desde el siglo previo y que se había manifestado en los Consejos de Higiene, ahora visibles en Circunscripciones a cargo de un Inspector General para la región Centro-Norte y otro para la Región Sur. Cada una de ellas organizada en departamentos que reflejaban el reconocimiento de la especialización médica organizada en Higiene General y Profilaxis, Instituto Químico Bromatológico y Bacteriológico, Farmacia, Veterinaria y Estadística.

La ley también creaba dos Consejos Médicos a través de los cuales el demoprogresismo entregaba al gremio médico el gobierno de su propia profesión. Fue este el ámbito en el que la democracia progresista levantó la bandera de la democratización -en coherencia con lo planteado en otras políticas del gobierno- en reconocimiento de la profesión médica.

Hasta aquí la aprobación unánime del proyecto convertido en ley daba origen a la centralización sanitaria y descentralización de las profesiones del arte de curar. Resta analizar a continuación la efectiva implementación y vigencia de la ley.

## **CAPÍTULO 5**

### **La centralización sanitaria en acción. Implementación y vigencia de la Ley de Sanidad**

La sanción de la Ley N° 2287 significó la implementación de la centralización sanitaria impulsada por el demoprogresismo. Apenas puesta en vigencia la ley de creación de la DGH, el gobernador Molinas designó al Dr. Enrique Fianza para desempeñarse como Director General. El recientemente electo funcionario ejercía como médico especialista en enfermedades de la piel en el Hospital Carrasco de la ciudad de Rosario, formaba parte de un equipo de investigación en torno al estudio del Mal de Hansen y era docente de la Cátedra de Clínica Dermatosifilográfica en la Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y Ramos Menores de la Universidad Nacional del Litoral (Molinari, 2008). Además ejercía otras funciones como la de presidente del Consejo de Higiene de Rosario, que ya hemos mencionado lo que da cuenta de su compromiso con la cuestión sanitaria. En reconocimiento a su desempeño profesional y su participación en la elaboración de la Ley de Sanidad, esta fue denominada Ley Fianza.

En el devenir histórico, la figura de Fianza –médico, investigador, docente universitario, funcionario– sintetiza el avance de los profesionales de la medicina en los cuadros burocráticos estatales, a la vez que posibilita interpretar en líneas paralelas el “desarrollo (de) la institucionalización y (de) la profesionalización de ciertos saberes en el ámbito universitario y en la esfera pública” (Allevi, 2016: 85). Tal cual se había propuesto en el proyecto de ley, el nuevo organismo quedaba en manos de un profesional médico, pero su elección y designación estaba a cargo del poder ejecutivo. Era el poder político el que convocaba al saber médico para gobernar y ordenar las acciones específicas de salubridad y el que elegía al responsable del área.

El eje de este capítulo será la puesta en vigencia de la ley, sus puntos neurálgicos, las aceptaciones y los conflictos que generó entre las distintas jurisdicciones y los diversos actores de la sociedad civil. En especial nos interesa relevar las opiniones sobre las ambiciones de centralización de la estructura provincial a través de la DGH. Para ello ordenaremos nuestros interrogantes sobre dos líneas de análisis. En primer lugar, indagaremos cuáles fueron las competencias desempeñadas por la nueva institución, qué directivas efectivizó, qué relación estableció con el resto de las instituciones existentes a

nivel nacional (DNH), provincial, municipal, comunal y privadas, y cuáles fueron los mecanismos de coacción utilizados para lograr el cumplimiento de sus directivas. Este eje se ordena según distintas áreas: la centralización en torno a la información (su recolección, su publicación y divulgación), la centralización administrativa, específicamente el rol cumplido respecto a los dispensarios y la centralización del poder de policía sanitario. En segundo lugar, analizaremos las repercusiones generadas entre los profesionales y el resto de las instituciones sanitarias de la provincia. Relevaremos si hubo aceptaciones, rechazos y los motivos que justificaron sus resistencias.

## **5. 1. La Dirección General de Higiene**

### **5.1.1 La centralización en la recolección y manejo de la información**

Desde los momentos de conformación y organización de los estados nacionales, la tarea de recabar información de la sociedad civil adquirió relevancia como uno de los medios privilegiados para “representar un territorio arbitrariamente delimitado, como un espacio homogéneo a modo de constituirlo en una unidad” (Daniel, 2015). Particularmente el estado argentino avanzó, desde el momento de su organización, en el control y la laicización de la información de la población. La creación del Registro Civil para inscribir nacimientos, matrimonios y defunciones, significó un avance del Estado sobre atributos que históricamente habían pertenecido a la Iglesia, la cual registraba estos datos en los Libros Parroquiales.

A mediados del siglo XIX, la estadística fue creciendo como un instrumento prioritario en diversos ámbitos estatales con la finalidad de obtener el conocimiento del estado vital de la población y la posibilidad de planificar acciones futuras. Consecuentemente con este accionar, se fue conformando una élite estadística que “puso en marcha un admirable sondeo de vastos conjuntos de personas y de valores que como fotografías seriadas, daban cuenta de la transformación de la Argentina moderna” (González Bollo, 2014:90). En los inicios de siglo XX, esta élite fue la responsable de aportar los métodos técnicos para distintos tipos de mediciones que se pusieron al servicio de las necesidades prácticas de la política. Concretamente en el área sanitaria, la estadística funcionó como herramienta en la lucha contra las enfermedades al favorecer el

conocimiento de la índole y de la distribución de los agentes patógenos y facilitar la planificación de estrategias para combatirlos (Belmartino, 1996).

La tarea de recolección y recopilación de datos numéricos no fue sencilla. La obtención de cifras hizo necesaria la utilización de distintas instituciones y estrategias para la obtención de las mismas. A nivel nacional, el DNH fue muy insistente en la necesidad de producir información a los fines de conocer la realidad sanitaria. El relevamiento de los datos numéricos fue parte de un proceso más amplio de reordenamiento y ampliación de atribuciones en torno a la centralización de la política sanitaria por la cual bregó el organismo nacional desde inicios del siglo (Biernat, 2016). En este sentido, por ejemplo, el DNH aportó los números obtenidos en las campañas de vacunación antivariólica y en los viajes de inspección médico-sanitarios realizados para la inmunización de la población y la eliminación de los focos infecciosos. Pero la extensión territorial, la existencia del régimen federal y la consecuente superposición de jurisdicciones dificultaban la labor del organismo nacional que debió lidiar con los Consejos de Higiene provinciales, con las autoridades municipales e incluso con asociaciones civiles (sociedades de beneficencia y asociaciones étnicas) reticentes a cumplir con disposiciones generadas en organismos por fuera de sus propias jurisdicciones y sin demasiada capacidad de coacción (Di Liscia, 2009).

Además del interés por recabar información de datos vitales, las autoridades nacionales también se preocuparon por el conocimiento de sus inversiones. Concretamente en el territorio santafesino, según declaraciones de Fianza, previa a la creación de la DGH, el organismo nacional, el DNH, amenazó con la interrupción de suministro de medicamentos y vacunas si los médicos no cumplían con el envío mensual de planillas con la información sanitaria que justificara los recursos recibidos (DGH, 1933:6).

En consonancia con las demandas nacionales, también Rubino, había manifestado en el recinto legislativo en momentos de la presentación de su proyecto, que para poner límites a las epidemias y endemias era indispensable como primera medida sistematizar la información: “un buen plan luético debe necesariamente partir de un conocimiento exacto de las condiciones, no sólo climatológicas, sino también de las que afectan la sífilis, la lepra o la anquilostomiasis en determinadas zonas [...]” (DSCDSF, 1932:1474). Recabar datos acerca de las enfermedades más frecuentes y los tratamientos llevados a cabo a los fines de

evaluar las posibilidades de cura y la efectividad de medidas preventivas, era el primer paso para avanzar luego en la posibilidad de erradicación definitiva de las mismas.

En este contexto, la labor iniciada en Santa Fe con la creación de la DGH tuvo relevancia en materia estadística tanto a nivel provincial como nacional. La tarea de centralizar la información sanitaria de la provincia y remitirla al organismo nacional fue una de las primeras directivas llevadas a cabo por el nuevo organismo.

Con estas intenciones, a tan solo siete meses de la creación de la DGH y puesto en sus funciones como Director General, el Dr. Enrique Fianza remitió al ministro de gobierno la Primera Memoria Anual<sup>43</sup> correspondiente al año 1933. El documento fue confeccionado según los requerimientos de la nueva ley y constituía un informe sistematizado de los datos vitales provinciales y de las primeras acciones llevadas a cabo por la DGH orientadas al conocimiento, divulgación, prevención, mejora y sostenimiento de la salud santafesina. Valga remarcar que, si bien hasta el momento existía información publicada en los censos nacionales, los anuarios municipales de las ciudades de Santa Fe y Rosario, y otros registros más esporádicos<sup>44</sup>, la *Memoria* era el primer documento que concentraba información sanitaria recolectada por los profesionales del arte de curar que se desempeñaban en instituciones públicas de salud y que comprendía un relevamiento de toda la provincia.

De todos modos, la institucionalización de la centralización de la información fue una función muy compleja, que se organizó en varios pasos. Dada la importancia asignada al conocimiento de datos numéricos, desde la creación de la DGH se obligó a los médicos a presentar información mensual en la Oficina de Estadística de los Dispensarios anexa al Departamento de Higiene General y Profilaxis. Concretamente cada médico debía completar en los primeros quince días del mes una planilla con los números de mortalidad y morbilidad de los casos atendidos y remitirlos a la Oficina de Estadísticas. Esta información facilitaría disponer del conocimiento de las enfermedades más frecuentes y de los datos vitales de la provincia.

Además de estas cuestiones reglamentadas en la ley recientemente sancionada, al poco tiempo de la vigencia de la misma, se analizó la posibilidad de agregar nuevos datos

---

<sup>43</sup>Documento oficial publicado en marzo de 1934. No hemos encontrado otras publicaciones de memorias para el período comprendido en este trabajo.

<sup>44</sup> Véase capítulo 2 de este trabajo.

para ampliar el conocimiento de la realidad sanitaria. La preocupación resultó de las visitas realizadas por Fianza a los dispensarios, donde el mismo admitió la dificultad de distinguir en las cifras totales de casos por enfermedad, el número de pacientes que se habían curado, los que continuaban enfermos y el surgimiento de nuevos casos. Para salvar este error fue necesario hacer ajustes en la presentación de la información solicitada en un inicio por la reglamentación. Con esta finalidad, el médico propuso la elaboración de una ficha individual y medicamentosa de cada paciente atendido cuyo duplicado también debería enviarse a la Oficina de Estadísticas. La mencionada Oficina recibiría las planillas con los datos de mortalidad, morbilidad y una ficha clínica individual y medicamentosa de cada paciente. Esta última permitiría conocer el número de pacientes atendidos, su diagnóstico, su evolución, la cantidad de medicamentos suministrados a cada uno de ellos, la efectividad de los mismos y la posibilidad de cura. De este modo, los datos suministrados por los médicos permitiría la elaboración de estadísticas de mortalidad y morbilidad, a la vez que posibilitaría realizar aportes al conocimiento sobre la efectividad de los tratamientos (DGH, 1933:11). La nueva normativa fue dada a conocer por el mismo Fianza en una reunión informativa a la cual convocó a todos los Jefes de Dispensarios existentes en la provincia. En la misma se pautaron medidas precisas para instaurar los cambios, los controles y la necesidad de cumplir con estas novedades no contempladas previamente. También se definieron sanciones monetarias para los que no cumplieran con el envío de la información solicitada por la DGH (DGH, 1933:12). Específicamente, la nueva ley establecía en el artículo 33 el cobro de multas a los médicos infractores, e incluso, estipulaba un monto inicial de cincuenta pesos, posible de incrementarse en el caso de persistir las demoras (DSCDSF, 1932: 1783). Como ya señalamos, también el DNH había adoptado anteriormente severas medidas como la negativa de continuar enviando provisiones de medicamentos si las instituciones no justificaban la inversión de las partidas recibidas.

De todos modos, aún luego de la creación de la DGH y a pesar de la amenaza de coacción monetaria individual o de la interrupción del envío de medicamentos para las instituciones públicas, persistieron las demoras en los tiempos estipulados por negligencia, por olvido y/o por incomprensión de los fines perseguidos. En este contexto, Fianza enfatizó en la importancia de educar a los médicos y divulgar el significado de las estadísticas, reconocidas universalmente “como el medio más eficaz, para una rápida

orientación y compenetración sobre la existencia, el desarrollo, la conducción y los resultados obtenidos, tendientes a señalar el estado real y llegar a conclusiones más o menos exactas” (DGH, 1933:7). Desde esta perspectiva, el médico se mostró tolerante y persuasivo, alentando a los profesionales a colaborar en la elaboración de informes y estadísticas sanitarias, alargando los plazos e insistiendo en el cumplimiento de la reglamentación. Según consta en la *Memoria*, Fianza llegó a enviar “por intermedio del Departamento de Profilaxis [...] tres circulares alternadas encareciendo su remisión con el objeto de evitar la sanción que establece el art. 33 de la Ley 2287” a los que no habían cumplido con su tarea en tiempo y forma (DGH, 1933:7).

Hasta aquí podemos decir que la DGH había dado sus primeros pasos en la centralización de la recolección y de la sistematización de información sanitaria. En primer lugar, la recientemente creada institución había generado un engranaje preciso para recabar información referida a mortalidad, morbilidad, evolución de enfermedades, control de inversión en medicamentos y suministros. El relevamiento de los datos vitales y la actividad administrativa respondió a una organización de tipo piramidal. La base ancha se constituyó con los datos personales y medicamentosos de cada uno de los pacientes atendidos en las instituciones públicas (hospitales, dispensarios, Asistencia Pública de las ciudades de Santa Fe y Rosario). La información recolectada por los médicos, fue entregada mensualmente por los mismos a la Oficina de Estadística anexa al Departamento de Higiene. Paralelamente, la Oficina recibió una rendición de los medicamentos y de los suministros recibidos en cada uno de los diecinueve departamentos administrativos existentes en la provincia. La totalidad de la información sirvió para elaborar las estadísticas remitidas al Inspector General de la Primera o Segunda Sección, según correspondiese, y finalmente al Director General quien debía remitirla al Ministro de Gobierno y al Poder Ejecutivo Provincial. Todo parece indicar que ningún detalle quedaba supeditado al azar. Para que el engranaje funcionara era indispensable el cumplimiento de cada tramo. La información total obtenida posibilitaría conocer el estado sanitario y crear políticas de prevención y profilaxis de la población en respuesta a la situación real.

En segundo lugar, la información pudo ser remitida al DNH cumpliendo con su demanda de recibir el inventario de la inversión enviada. Ya hemos mencionado los reclamos y amenazas por parte del organismo nacional para que se cumplan con los

informes de suministros. En la misma *Memoria*, Fianza agradeció públicamente la cooperación prestada por la DNH (DGH, 1933:6). De esta forma, comenzaban a ser evidentes nuevas líneas de acuerdo, cooperación y armonía entre las autoridades nacionales y las municipales, gracias a los esfuerzos realizados por su gestión.

En tercer lugar, recolectar datos, elaborar estadísticas e informes y darlos a conocer a las autoridades provinciales y nacionales era una función principal. Pero era solo uno de los primeros pasos. También resultó indispensable publicar y dar a conocer la información obtenida. La divulgación contribuyó a dar visibilidad pública a las condiciones de salud, en este caso decir a todo aquello que la élite política estaba reconociendo como problemáticas sociales y que pretendía superar a través de elementos racionales (Daniel, 2015). En este sentido es de destacar el valor de la confección y publicación de la *Memoria* como la primera información sistematizada de la DGH.

Por último, como expresó Rubino “las enfermedades y epidemias no conocían de federalismo” y por lo tanto el accionar no podía circunscribirse al ámbito territorial cercano. La erradicación definitiva de las enfermedades obligaba a conocer la efectividad de las medidas profilácticas en la región y el mundo y actuar en función de ello. En consecuencia, además de la recolección y la sistematización de la información, era indispensable su circulación fuera de los límites del territorio provincial. Desde esta perspectiva, puede señalarse como un cuarto paso en el avance de la DGH respecto a la centralización y manejo de la información, su divulgación a nivel internacional. Con la intención de informar y actualizar a los profesionales del arte de curar, la DGH estableció vínculos con instituciones internacionales. Del Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones en Ginebra<sup>45</sup> y la Oficina Panamericana de Washington se recibieron periódicamente informes de cuestiones referidas a la salud, a la vez que se comprometió a remitir datos estadísticos de morbilidad y mortalidad provincial. Conocer y a la vez divulgar parecen haber sido las nuevas premisas. Según denunciaba el diputado Rubino en la presentación de su proyecto “en el boletín de la Unión Pan-Americana, [...] Santa Fe no figura en los datos [...] vale decir no tenemos estadísticas ni conocimientos exactos” del estado sanitario de la provincia (DSCDSF, 1932: 1474). En realidad datos había, pero no se

---

<sup>45</sup>Fianza subraya que se ha suscripto y recibe Boletín y Memoria de esta institución, como un caso excepcional ya que este organismo sólo envía notificaciones a instituciones nacionales, o sea DNH en Buenos Aires (DGH, 1933: 10).

habían divulgado en forma sistemática hasta ese momento. Esta fue otra de las iniciativas que comenzó a desarrollarse a partir de la creación de la nueva institución.

El quinto y último paso respecto a la centralización de la información, fue su divulgación a la población santafesina a los fines de avanzar en la creación de una “conciencia individual y colectiva” que contribuyera a la adopción de preceptos de medicina preventiva. En este sentido, los medios de comunicación escritos y radiales favorecieron la divulgación de medidas higiénicas y profilácticas, incluso de las sanciones y represalias a los infractores de la Ley de Sanidad los fines de que la población tomara conocimiento y colaborara en el funcionamiento de la misma.

Con esta finalidad se imprimieron carteles para los muros de las ciudades y consultorios médicos, también se editó un boletín oficial publicado semanalmente en la prensa escrita. El mismo boletín se transmitió por la emisora L.T.3 Radio Sociedad Rural de Cerealistas acompañado de “Charlas Científicas” a cargo de profesionales sobre diversos temas. La emisión era los domingos a las 21 horas y sólo se dejó de transmitir los días que coincidieron con fiestas patrias. Los temas de las charlas son posible de clasificar en cuestiones higiénicas (la higiene de habitación, los preceptos higiénicos en la temporada de calor que se inicia); enfermedades varias (tuberculosis, gripe, venéreas, diarrea, lepra, otras de origen animal como rabia, triquinosis, sarna), enfermedades femeninas (Cómo deben las mujeres defenderse del cáncer), binomio madre-hijo (alimentación del recién nacido y el lactante, la eugenesia y sus problemas), institucionales (los deberes de la DGH, importancia de las elecciones de los Consejos Médicos). Asimismo, en el intento de avanzar sobre áreas rurales y la mayor extensión de la provincia posible, se acondicionó un camión viejo cedido por la Dirección de Vialidad que a través de largos viajes y llamando la atención con “poderosas sirenas aprovecha para repartir carteles, volantes, etc. con leyendas breves entre la muchedumbre que acude a su llamado” (DGH, 1933:9).

Hasta aquí, la centralización en la recolección de la información de datos vitales y otros referidos a la cuestión sanitaria sirvió con varios fines: facilitar el conocimiento al poder ejecutivo para que este planificara acciones sanitarias destinadas a mejorar las condiciones higiénicas y controlara las enfermedades; cumplir con las demandas de organismos nacionales; favorecer el avance de la ciencia y el conocimiento a través de la divulgación y el intercambio de información científica con organismo internacionales;

educar a los profesionales sobre las enfermedades; y en último lugar, contar con datos posibles de ser divulgados en forma clara y sencilla entre la población a los fines de avanzar en la educación y en la toma de conciencia de medidas preventivas.

En este sentido, podemos afirmar que la DGH monopolizó la recolección de información del estado sanitario y de la asistencia médica realizada por profesionales del arte de curar en todo el territorio provincial. El nuevo organismo centralizó la sistematización de datos en sus Oficinas de Estadísticas –de las secciones Centro-Norte y Sur– para finalmente ser publicados y divulgados en el ámbito de la sociedad civil, en los organismos nacionales que los requirieran (DNH) y en los Organismos Médicos Internacionales. A su vez, la DGH impuso su autoridad en la centralización de la información y el control de la misma frente a las distintas instituciones existentes en todo el territorio santafesino, y se ubicó como mediador entre la Nación, los municipios y las comunas.

### **5.1.2 La centralización administrativa: el rol de los dispensarios**

Al interior de la estructura institucional del sistema sanitario, los dispensarios cumplieron un lugar significativo en la centralización y en el control administrativo. Si bien existían desde las décadas previas, la nueva legislación implementó modificaciones en sus roles. En este punto, analizaremos las funciones de los dispensarios en relación a la centralización administrativa y su vinculación con la autoridad del Director General.

Un dato no menor es el aumento considerable del número de dispensarios durante el período de gobernación demoprogresista. En 1932 existían 20 dispensarios distribuidos en las zonas Centro y Norte que se incrementaron a 34 en el transcurso de tres años. Incluso dentro de este número final, se crearon 3 dispensarios en la zona Sur, la cual hasta el momento no contaba con esta institución sanitaria. En números totales podemos señalar que para el año 1935 existían 37 dispensarios que cubrían gran parte de la totalidad del territorio. El incremento y dispersión da cuenta de la ambición de colocar la atención sanitaria bajo la esfera provincial<sup>46</sup>.

Asimismo hubo modificaciones en relación a las funciones que ellos desempeñaban. Previamente a la sanción de la Ley de Sanidad, los Jefes de Dispensarios debían atender a

---

<sup>46</sup>Véase número total de dispensarios existentes en la Ley N° 2446 correspondiente al 1935.

los enfermos, proveer medicamentos gratuitos a los pobres de solemnidad y otorgar la atención domiciliaria si fuese necesario. Debido a la complejidad de las actividades desarrolladas como médicos de la repartición pública, les restaba poco tiempo para ejercer la profesión en consultorios particulares. Con la intención de diferenciar la actividad pública de la privada y dejar a los médicos tiempo libre para ejercer su profesión fuera de la institución estatal, la nueva reglamentación puso un límite de dos horas diarias para la atención en el consultorio del dispensario, el resto del día permanecerían cerrados (DGH, 1933:10). De esta forma, paralelamente a la implementación del orden y de la diferenciación de actividades, la nueva reglamentación posibilitó a los médicos la obtención de recursos a través de su práctica profesional fuera de la repartición pública.

Respecto al suministro de medicamentos e insumos, durante el momento previo a la creación de la DGH, era común que los dispensarios no contasen con la totalidad de elementos necesarios para la atención de los pacientes. Ello obligaba a los médicos a elaborar recetas que eran despachadas por cualquier farmacia de la localidad con quienes se contraían abultadas deudas. A partir de la creación de la DGH, se reglamentó y determinó que cada dispensario tendría habilitado un botiquín para la atención y curación médica, con 180 productos diferentes. Todos los medicamentos considerados indispensables para la atención médica debían ser suministrados en el consultorio del dispensario, quedaba prohibida la entrega de gasas, vendas, algodón, sueros, vacunas, etc. para curación domiciliaria. También estaba prohibido recetar medicamentos a cargo del dispensario para ser provistos por terceros, concretamente por farmacias (DGH, 1933:12).

Además de la información remitida por los médicos de los dispensarios, cada uno de los 19 departamentos debió enviar a la Oficina de Estadística un sumario con el inventario correspondiente a las cantidades recibidas y suministradas en totalidad, por el departamento, para el uso personal de pacientes –vacunas y medicinas– y para el uso en poblaciones –cartuchos raticidas, bolos arsenicales, análisis de agua, inspecciones y desratización–. La recepción de la información por la Oficina de Estadística, desde los dispensarios y desde los departamentos administrativos, generó una doble vertiente para confirmar y ratificar la información limitando la posibilidad de errores.

Todas estas medidas fueron implementadas a partir de una nueva reglamentación dictada por la DGH, haciendo uso de las atribuciones reconocidas por la Ley N° 2287 <sup>47</sup> para organizar el funcionamiento interno de la institución. A través de ellas, los dispensarios se constituyeron en piezas esenciales en el nuevo anclaje institucional sanitario. Fueron el primer eslabón en la recolección de la información para confeccionar estadísticas y conocer el estado sanitario, contribuyendo a la centralización de la información que analizamos en el punto anterior. Además, del conocimiento de pacientes atendidos, a través de ellos se pudo conocer la medicación suministrada y la atención recibida. Los datos suministrados por ellos habilitaban el control hasta el mínimo detalle de la inversión de medicamentos y de personal. La medida evitaba gastos de envíos y pedidos de partidas especiales por fuera del presupuesto, y daba a conocer de antemano el personal especializado que se necesitaba incorporar al dispensario para desarrollar las nuevas actividades requeridas (DGH, 1933:12).

El control de los dispensarios y del suministro de medicamentos, a la vez repercutió en la posibilidad de poner límites a las interesadas relaciones económicas existentes entre los médicos de reparticiones públicas y los farmacéuticos. A través de los dispensarios, la DGH pudo implementar directivas dirigidas a regular la atención médica y la inversión sanitaria en la totalidad del territorio provincial. Además del control de relaciones entre médicos de dispensarios y farmacéuticos, la ley también prohibió a todos los facultativos “a imponer la obligación de proveerse de medicamentos en determinada farmacia, bajo pena de cien a doscientos pesos de multa” (DSCDSF, 1932: 1784). Desde las nuevas funciones desarrolladas por los dispensarios, se visibilizaron regulaciones generadas por el organismo en la profesión médica, separar el ejercicio público y privado de los profesionales del arte de curar, y poner límites a las relaciones e intereses económicos entre distintas profesiones como los médicos y los farmacéuticos, constituyeron algunas de ellas.

Hasta aquí es posible aseverar que los dispensarios fueron funcionales a la DGH en varios sentidos. Favorecieron el relevamiento estadístico y facilitaron un mayor control de la atención médica y la inversión sanitaria. Paralelamente, quizás el aumento de su número y su distribución podría haber redundado en una prestación del servicio médico más homogéneo para el territorio provincial, pero no hemos podido constatar esta hipótesis.

---

<sup>47</sup>Véase de la Ley N°2287 art. 11, inc. 14 (DSCDSF, 1932:1781)

### **5.1.3 La centralización de la autoridad: la facultad de “policía sanitaria”**

Según expresión de las nuevas autoridades, se reconoce que las enfermedades y epidemias no conocen de derechos, ni se dividen en jurisdicciones nacionales, provinciales, municipales, ni comunales. Esto obligaba a centralizar el accionar del estado provincial en una única institución y establecer una “unidad de acción con un criterio uniforme” para todo el territorio (Rubino, 1932:1473). En este punto analizaremos las diferencias entre las atribuciones asignadas a los reemplazados Consejos de Higiene y la DGH, teniendo en cuenta especialmente la nueva competencia de “policía sanitaria”. Es posible distinguir dos ámbitos de acción en el ejercicio de esta atribución por parte del Director General. El primer ámbito, está conformado por las jurisdicciones nacionales, provinciales, municipales y comunales ya existentes en el territorio santafesino y sobre las cuáles avanzó el nuevo organismo. Y el segundo, es el ámbito de las profesiones médicas en las cuales el Director General se impuso, a veces por encima de la autonomía de los Consejos Médicos recientemente creados.

En el pasado, los Consejos de Higiene solían convivir y superponerse en sus acciones sanitarias con las atribuciones de los municipios y las comunas. Las mayores dificultades de superposición jurisdiccional se manifestaban en los municipios de primera categoría como Santa Fe y Rosario, que contaban con autonomía absoluta para el ejercicio de la salud y que por lo tanto eran los lugares con mayor cantidad de instituciones para la atención médica –Asistencia Pública, hospitales provinciales, municipales y de asociaciones civiles, consultorios privados–. La nueva ley impulsó la desaparición de todo vestigio de autonomías sanitarias (DSCDSF, 1932: 1473)

La Dirección General de Higiene interviene por autoridad propia para dictar o ejecutar medidas tendientes a combatir las endemias o epidemias; modificar las condiciones de salubridad permanentes o temporarias de una localidad y para dictar disposiciones generales en toda cuestión que afecte la higiene pública de los Municipios y Comisiones de Fomento (Art. 6º, Ley 2287).

Para llevar adelante esta tarea, la nueva ley reconoció al Director General, la atribución de “policía sanitaria”. La misma lo facultó para mediar en las relaciones entre distintos niveles jerárquicos, imponerse sobre municipios, comunas y una amplia red de instituciones gubernamentales, civiles o privadas de las cuales podría convocar el esfuerzo

y el accionar concurrente para hacer frente a problemáticas sanitarias que afectarían a la provincia. Por ejemplo, la preocupación por la desratización lo obligó a convocar y organizar con municipios y comunas trabajos de cuadrillas, inspecciones a comercios e instituciones<sup>48</sup> y propaganda por medios gráficos para educar a la población en el combate contra las ratas. Incluso, solicitó la posibilidad de instituir “la Semana de la Rata” aunque hasta la fecha de publicación del informe aún se estaba evaluando la forma de implementarla (DGH, 1933:14).

En el mismo sentido, el Dr. Fidanza realizó un Censo de Aguas de la Provincia, y solicitó a todas las poblaciones muestras de la primera, segunda y tercer napa proveniente de perforaciones, en un intento por conocer los motivos que favorecían la propagación de enfermedades endémicas en algunas localidades provinciales y poder iniciar medidas profilácticas. Luego de la obtención de los resultados sugirió al Ministerio de Obras Públicas provincial la conveniencia de realizar ciertas obras sanitarias para evitar que el nivel de las aguas de la primera napa se encuentre a tan solo un metro de la superficie, con la consiguiente amenaza para la salud pública y que a la vez permita que los desagües se puedan hacer con regularidad hacia los cauces naturales (DGH, 1933:13). La medida favoreció principalmente a las localidades de Villa Amelia y Firmat, donde Fidanza había comprobado en sus viajes de inspección la acumulación de líquidos pluviales.

También propuso, al mismo Ministerio, diseñar y construir dispensarios rurales con la intención de ahorrar gastos de alquiler y evitar inconvenientes en adaptación y refacción de viviendas existentes -por ejemplo para la creación del Dispensario de Las Toscas-.

En otras oportunidades, solicitó la colaboración de empresas privadas. Este fue el caso de la Compañía La Forestal S.A, que debió ceder viviendas propicias para la creación de los Dispensarios en Villa Guillermina y Villa Ana (DGH, 1933:11). O sea que el Director tenía facultades para regular ámbitos de la estructura provincial que si bien estaban fuera de su área de cobertura repercutían sobre la sanidad santafesina.

Además de generar propuestas y acciones por sobre las jurisdicciones nacionales, provinciales, municipales y comunales existentes, también tuvo injerencia sobre el ámbito de las profesiones médicas, incluso sobre cuestiones a cargo del recientemente creado

---

<sup>48</sup>En el informe presentado por el Inspector de la Sección Primera puede leerse que la Dirección General de los FFCC del Estado ha iniciado la construcción de galpones reglamentarios en todas las estaciones de sus líneas (DGH, 1933: 36).

Consejo Médico. Siendo la cabeza visible y asumiendo la responsabilidad en la atención médica, el Director General avanzó en la designación de Ayudantes de Dispensarios sugiriendo que para la selección de personal, los candidatos debían concurrir a la DGH a los fines de realizar una prueba de idoneidad que los capacite para el cargo evitando que “los nombramientos recaigan en personas que lejos de facilitar el funcionamiento del Dispensario con el desconocimiento de sus obligaciones, lo obstaculicen por ignorancia, recargando las tareas del Médico, que no puede contar con la debida colaboración [...]” (DGH, 1933:11). Del mismo modo intervino y estuvo a cargo de la selección del personal especializado para el funcionamiento de los laboratorios que realizarían el control bromatológico en toda la provincia, sin importar la dimensión de la población. Es necesario remarcar que no estaban reglamentadas las atribuciones de selección de personal médico por parte del Director General y sin embargo, Fianza realizó estas funciones escudándose en el compromiso y la responsabilidad de su cargo.

El Director General también avanzó sobre las profesiones de veterinaria y farmacia. En algunos casos otorgándoles nuevas atribuciones, como en el recientemente creado Departamento de Veterinaria a quien le reconoció la facultad de controlar e inspeccionar obligatoriamente las condiciones higiénicas de los lugares de venta de carnes de consumo, fábricas de embutidos, lugares de faena, etc. En otros casos, a través de la implementación de medidas para regular más exhaustivamente su funcionamiento. Por ejemplo, con respecto a los farmacéuticos, Fianza enfatizó que “la ley de farmacia anterior<sup>49</sup> era una ficción ya que en realidad en la mayoría de los casos los verdaderos propietarios eran idóneos de farmacias o particulares” (DGH, 1933: 14). La vieja ley establecía que los directores técnicos de las mismas, cuyos propietarios fuesen idóneos, estaban eximidos de cumplir horarios de atención y que su misión sólo consistía en el análisis y ensayo de drogas. Esto alentaba la posibilidad de que funcionaran farmacias a cargo de idóneos que pagaban un canon a farmacéuticos para “figurar a cargo de un establecimiento”. En otras oportunidades, “era corriente que el farmacéutico para poder obtener una regencia, tuviera que aceptar la imposición de los verdaderos propietarios del establecimiento de estar ausente de ellos y limitar su función a firmar el libro recetario cada 48 horas” (DGH, 1933:14). En este contexto, y haciendo uso de sus nuevas atribuciones el Director General

---

<sup>49</sup>Véase Ley N° 1386 y Ley 1459 que reglamentan el ejercicio de la profesión farmacéutica en la provincia.

solicitó la implantación permanente de un farmacéutico en el establecimiento mientras este se encontrara abierto al público. La propuesta enfatizaba la necesidad de dejar el ejercicio de la farmacia solo a cargo de los profesionales farmacéuticos.

Estas regulaciones demuestran un avance de la nueva atribución de “policía sanitaria” por sobre las profesiones médicas. A pesar de la creación y el otorgamiento de autonomía a los Consejos Médicos recientemente creados, el Director General podía intervenir, seleccionar profesionales y reconocer nuevas funciones para las profesiones del arte de curar. Según declaraciones de Rubino, había sido necesario otorgar atribuciones “casi dictatoriales” (*El Orden*, 16/09/32, p. 4) al Director General. La función de policía sanitaria le otorgó al nuevo funcionario la facultad de regular acciones concurrentes entre distintas jurisdicciones, municipios, comunas, ministerios existentes, y pautar el accionar de los profesionales del arte de curar bajo vigilancia de los consejos.

En el apartado siguiente continuaremos con el análisis de esta nueva atribución del Director General en relación al accionar de los Consejos Médicos recientemente creados.

#### **5.1.4 Los Consejos Médicos y la regulación en la comercialización de medicamentos y la atención profesional**

La misma implementación de la atribución de policía sanitaria significó un avance en la regulación de la comercialización de suministros y de la atención profesional. En los apartados previos hemos analizado la importancia asignada a la información proveniente de los dispensarios y los departamentos administrativos respecto al control de la medicación recibida y la suministrada en la atención a los pacientes, también analizamos el avance en la reglamentación del funcionamiento de las farmacias y las intenciones de poner límites a las interesadas relaciones económicas entre médicos y farmacéuticos. En este apartado pondremos nuestro foco de análisis en el rol de los Consejos Médicos y su vinculación con la atribución de policía sanitaria del Director General.

Los recientemente creados Consejos Médicos tenían injerencia otorgando el reconocimiento del título competente de Universidad Nacional para el ejercicio de la profesión, controlaban la matriculación obligatoria -según la profesión que correspondía-. Asimismo eran responsables de vigilar y sancionar la atención sanitaria y tratamientos gratuitos en los que pudiesen incurrir los profesionales (DSCDSF, 1933:1783), bajo pena

de multas entre cien a trescientos pesos por cada una. La nueva legislación también enfatizaba la prohibición de toda persona no habilitada según lo previamente dicho, a participar y anunciar “servicios, prescribir, administrar o aplicar drogas, medicamentos, regímenes, dietéticos, hierbas, aguas, electricidad, diatermia, rayos X y ultravioletas; practicar hipnotismo y sugestión, recetar lentes para anteojos, tratamientos de ortodoncia, protésicos y de afecciones dentales; partos y, en general, usar cualquier medio, método o agentes para el tratamiento de enfermedades o para la conservación de la salud” (DSCDSF, 1933:1783). La medida estaba dirigida a regular el ejercicio de la medicina y la comercialización de suministros médicos solo a los profesionales habilitados, evitando el ejercicio del curanderismo. De acuerdo a esta normativa, los Consejos Médicos serían los únicos habilitados para autorizar la publicación de avisos profesionales y la propaganda de productos medicinales.

No obstante, inspeccionar y vigilar el ejercicio de los profesionales médicos y farmacéuticos, controlar vínculos e intereses económicos creados con coterráneos difíciles de reprimir hasta ese momento<sup>50</sup>, requería una labor mancomunada a los fines de lograr el cumplimiento de la ley. Con esta finalidad, se les reconoció a los Consejos Médicos las funciones que hasta ese momento tenía la policía judicial. Según había enfatizado Rubino, nadie mejor que los propios médicos, farmacéuticos u odontólogos “pueden ejercer la vigilancia; por eso se le ha entregado a ellos no solo el gobierno de la profesión, sino también la represión del ejercicio ilegal de esas profesiones (DSCDSF, 1932: 1506). De este modo, la nueva legislación establecía la cooperación obligatoria de las autoridades policiales, comunales y los Jueces de Paz con los Consejos Médicos y con el Director General<sup>51</sup>.

En definitiva, se reconocieron atribuciones a los Consejos Médicos para el control de la profesión y la regulación en la comercialización. No obstante, fue el Director General

---

<sup>50</sup>El Dr. Fianza denunció situaciones que prevalecieron en pequeños poblados donde los médicos no remitían las planillas que justificaban las inversiones y el suministro de medicamentos recibidos por autoridades nacionales o provinciales. También denunció a autoridades comunales que no sancionaban a propietarios, comerciantes o productores que violaban disposiciones en la construcción de casas, obras de desagües, habilitación de establecimientos para venta de artículos de primera necesidad, etc. (DGH, 1933: 6).

<sup>51</sup>Véase Ley N° 2287. Del sumario de prevención en los delitos contra la salud pública, Artículos del 115 al 123.

la máxima autoridad que monopolizó la autoridad de decisión y acción en todo lo atinente a la sanidad en el territorio provincial.

## **5.2 Del apoyo unánime al pedido de derogación. Oposiciones y críticas a la Ley Fianza**

En el mes de julio de 1933, a menos de un año de la implementación de la Ley, a sólo dos meses de haberse concretado la elección de los Consejos Médicos y mientras el Dr. Fianza elaboraba su Primer Informe Anual, la prensa santafesina comenzó una campaña de críticas hacia la misma. De la aprobación y el apoyo unánime para la sanción de la ley se pasó entonces en poco tiempo a la solicitud de su derogación inmediata. A partir de la información suministrada por la prensa, analizaremos en este apartado los argumentos por medio de los cuales se justificó la oposición a la ley, quienes fueron los actores involucrados y cuáles las respuestas obtenidas.

Si bien, las editoriales periodísticas reconocían públicamente las buenas intenciones del Dr. Fianza en la elaboración del proyecto, el obrar de los médicos del Consejo, la implementación y puesta en vigencia de la misma dio lugar a severas críticas. Entre ellas, se acusaba al Dr. Fianza de no haber salido de su consultorio y desconocer la realidad sanitaria. Había sido un grave error sostener un mecanismo tan complicado, con un incremento tan grande de la burocracia para resolver infinidad de cuestiones. Según denuncias concretas de un diario capitalino: “la estructura del gobierno sanitario de la provincia de Santa Fe, [es] un ejército de tipo centro americano -y que estos nos perdonen- con puros generales y coroneles, pero sin soldados ni municiones, en este caso, dinero y agentes de lucha realmente pro salud pública”(Santa Fe, 23/07/1933, p. 2).

En este sentido, se mencionaba especialmente la permanencia del “doble Consejo”, en alusión a los Consejos Médicos instalados en las ciudades de Santa Fe y Rosario, y los aditamentos conocidos de vocales farmacéuticos y odontólogos, inspectores, etc.

La Provincia de Santa Fe, con sólo trescientos mil km cuadrados y una población insignificante de un millón trescientos mil habitantes de los cuales más de dos terceras partes concentradas en ciudades, no necesitaba dos consejos de higiene con una tercera presidencia y secretaría e inspecciones con las cuales no se da alimento ni medicación a un solo enfermo (Santa Fe, 23/07/1933, p. 2).

Todo ello había redundado en la incorrecta utilización del presupuesto, con el cual no se podía dar alimento ni medicación a un solo enfermo-, menos aún dar respuestas a las necesidades concretas de la población de la provincia. Según se denunciaba en el mismo artículo “no se requieren tantos consejos ni vigilantes de médicos y farmacéuticos, sino médicos que atiendan enfermos pobres en los dispensarios públicos, que dispongan de medicamentos para distribuir a esos desdichados sin trabajo y sin salud, y distribuyan la alimentación indispensable para salvarlos del hambre” (*Santa Fe*, 23/07/1933, p. 2). El incremento de la estructura interna de la burocracia se había dado para que muchos médicos y otros profesionales perdieran tiempo

[...] en escuchar denuncias que, a veces, ni el valor aparente de lo moral revisten, pues nunca falta quien aprovecha sus odios personales y sus bajas pasiones lugareñas para molestar al enemigo, con falsedades, chismes de aldea, que ocupan la atención de hombres que desearían sin duda, prestar a la provincia, al pueblo, servicios de otra índole más concordante con su pergamino universitario y su ética profesional (*Santa Fe*, 23/07/1933, p.2).

Estas denuncias resultan significativas si las ponemos en diálogo con las inversiones monetarias generadas por la nueva ley. En efecto, la implementación de la DGH y de los Consejos Médicos no generó aumento en los montos destinados a la sanidad. La misma partida presupuestaria aprobada para el funcionamiento de los antiguos Consejos de Higiene en el año 1932<sup>52</sup> fue re-asignada para la creación de los nuevos organismos creados por la aprobación de la Ley N° 2287. También es necesario remarcar que los sueldos médicos fueron disminuidos al igual que todos los salarios de empleados estatales durante la gobernación de Luciano Molinas para hacer frente a la crisis financiera provincial.

Sin embargo, las denuncias apuntaban concretamente al incrementado de la burocracia y el gasto que ella originaba que no había podido disminuir los problemas acuciantes de salud, enfermedades como: anquilostomiasis, lepra, sífilis, tuberculosis y demás plagas asociadas a la miseria, se habían adueñado de la juventud y de la niñez de vastas zonas del norte santafesino (*El Orden*, 13/04/1935, p.4).

---

<sup>52</sup>Véase Ley N° 2306.

Pero a poco de andar, aparecieron publicados en la prensa otros argumentos que terminaron por ocupar el lugar principal en la campaña por la derogación de la Ley Fianza y dejaron en evidencia la oposición al poder de policía sanitario y las regulaciones que ella generaba. En primer lugar, podemos agrupar los reclamos en relación a la regulación de la propaganda de específicos o productos atinentes a la salud o a la ciencia de curar implementada a partir de la ley. La necesidad de que el Consejo Médico autorice para su publicación avisos atinentes al arte de curar, o propagandas de productos medicinales restringía actividades comerciales lícitas y también la libertad de prensa. La medida fue cuestionada tanto por el perjuicio económico generado en los comerciantes y laboratorios, como por los medios de comunicación de la época.

La prensa denunciaba que se había comenzado a poner trabas a la venta de yerbas medicinales como por ejemplo peperina, menta, arazá, poleo, malva, apio cimarrón, cola de caballo, zarzaparrilla, pezuña de vaca, cepa de caballo y otras de propiedades vulgarizadas entre el público, que difícilmente se encontraban en farmacias. La medida privaba de medios “honestos de vida a las personas humildes”, de los cuales la prensa se convertía en vocera

se acercó a la redacción del periódico] el vecino Antonio Martínez, domiciliado en JJ Paso 3546, acompañado de más de media docena de pequeños hijitos, para manifestarnos que desde que quedó sin trabajo en el puerto, hace aproximadamente tres años, se ha dedicado a la venta de yerbas medicinales conocidas, que personalmente se procura en el campo y en las sierras, abonando los impuestos municipales correspondientes para el ejercicio de su lícito comercio. Pero ahora se le ha hecho saber que no puede continuar explotando ese medio de vida, porque las autoridades médicas, conforme a las rígidas disposiciones de la nueva ley de sanidad, se lo prohíben (*El Orden*, 02/08/1933, p. 4).

Otra denuncia en relación con las publicaciones refiere a los problemas jurisdiccionales generados por la medida. El periódico *El Litoral* mencionó que una farmacia de Rosario publicó un anuncio en un diario de Buenos Aires, sin permiso del Consejo Médico. La publicación generó una denuncia concreta y el procesamiento judicial del farmacéutico. En este contexto el diario manifestaba

Es evidente que el Consejo Médico de Rosario carece de imperio para fiscalizar los anuncios aparecidos en diarios de Bs As. Pero si se arguyera que se castiga al comerciante domiciliado en la provincia de Santa Fe, por haber anunciado sin

previo permiso una especialidad farmacéutica, presuntivamente producida en territorio sujeto a la jurisdicción de la ley, tampoco sería viable la aplicación de la multa. En materia de faltas o infracciones debe regir el concepto de que los castigos se imponen cuando aquellas se cometen dentro de los límites sujetos a la fuerza de la ley (*El Litoral*, 23/05/1935, p. 3).

En la nota se enfatizaba que la ley desconocía la existencia de nuevos medios de difusión como por ejemplo los avisos de radiotelefonía, la rapidez de las comunicaciones que permitían inundar la provincia con diarios impresos fuera de ella y la utilización del correo para enviar en sobres prospectos de propaganda.

A instancia de la misma denuncia de la farmacia de Rosario, también resultó cuestionada la idea de que los procesados por delitos previstos y penados en el Código Penal no podían gozar de los beneficios de la libertad bajo fianza. Si bien no resultó declarada inconstitucional la medida establecida en el Art. 137 de la Ley 2287, sí fue utilizada para volver a cargar tintas en contra de la ley

no tardará en producirse [otras denuncias] sobre nuevos artículos de la mencionada ley, que han sido impugnados, lo que demuestra la ligereza con que se procedió al sancionarla en la legislatura, a pesar de los abogados que hay en ambas cámaras, pues en su oportunidad se hizo presente el riesgo que se corría con querer restringir las garantías que acuerda la constitución nacional (*El Litoral*, 10/10/1933, p. 3).

En este sentido, todos los procedimientos creados por la ley resultaron ineficaces a los propósitos legales, pues siempre existía alguna posibilidad para “los curanderos y charlatanes” de “amparar sus anuncios”. La obligación de someter los avisos a la censura previa de la Dirección de Sanidad terminaba sometiendo a “médicos, farmacéuticos, químicos y demás profesionales a la violencia de obtener vistos buenos para poder anunciar, violencia innecesaria y tanto más irritante cuanto que se ejerce contra profesionales universitarios, hombres de cultura, por antonomasia” (*El Litoral*, 23/05/1935, p. 3).

Hasta aquí los argumentos esgrimidos se centraban más en los perjuicios ocasionados por las nuevas atribuciones de regulación de la medicalización y de la publicidad de la atención médica que por la centralización sanitaria creada en la estructura provincial. Incluso, detrás de las denuncias parecen prevalecer las demandas de farmacéuticos, vendedores de medicina alternativa, la prensa, antes que de los mismos

médicos y pacientes. Aquellas presentaciones exponen, de alguna manera, cómo se alteró el mercado de consumo medicinal a partir de los dispositivos generados por el nuevo organismo.

### **5.2.2 La intervención federal al gobierno demoprogresista y la continuidad de la Ley Fianza**

La intervención federal a la provincia en octubre de 1935 y la derogación de la Constitución del 21 sumaron un nuevo aditamento a las críticas previas. Los editoriales periodísticos argumentaban que, si uno de los fines aducidos por la intervención era anular las leyes que se contraponían a la legalidad, no existían motivos que justificaran que continuara vigente el “monstruoso engendro de los legisladores demócratas progresistas” (*El Orden*, 10/08/1936, p.3). Los mismos medios se interrogaban por qué se permitía que la DGH de la provincia impusiera “odiosas trabas a la propaganda de productos farmacéuticos (...) [que son autorizados] por la Departamento Nacional de Higiene, máxima autoridad de la materia en nuestro país” (*El Orden*, 26/07/1936, p. 2).

En este contexto, desde la prensa se intentó aunar oposición a la ley a diferentes actores. Se convocó a los medios periodísticos que se veían afectados tanto en la libertad de expresión como en sus intereses económicos, a los actores políticos, explotando los potenciales réditos de contraponer la DGH con el DNH, a los médicos y farmacéuticos porque se los sometía a una serie interminable de formulismos y exigencias burocráticas, a la población en general contraponiendo los gastos en la estructura administrativo burocrática con la existencia de una política sanitaria deficiente, la indiferencia ante las cuestiones relacionadas al cuidado de los enfermos, como también la inexistencia de medidas preventivas. Según la prensa santafesina, los integrantes del Círculo Médico se habían convertido en los únicos “celosos tutores” y beneficiarios de esta ley que obligaba a la consulta de pacientes y evitaba la propaganda de productos curativos. En este clima, la prensa incluso desafiaba al Poder Ejecutivo esperando “(...) que los hechos [los] convencan que el Sr. Interventor no es un enemigo del cuarto poder” (*El Orden*, 07/08/1936, p.2). En definitiva, el perjuicio económico parece haber sido el principal motor de oposición a la ley N° 2287

En efecto, no existe casi órgano periodístico estimable de importancia, se entiende (La Nación, La Prensa, La Razón, Noticias Gráficas, Crítica, etc.) que no inserte en sus páginas diariamente anuncios de productos farmacéuticos cuyo libre expendio se halla autorizado por la más alta autoridad de la materia en nuestro país: el Departamento Nacional de Higiene. Por imperio de la absurda Ley Fianza, la inserción de dichos anuncios en los órganos de la prensa santafesina está condicionada por una serie de trabas y disparatadas restricciones que de hecho constituyen una terminante prohibición (*El Orden*, 08/08/1936, p.2).

A poco de andar los artículos de la ley que generaban malestar en el cuarto poder fueron derogados pero la ley siguió en vigencia hasta la creación del Departamento de Salud Pública de la provincia en 1939. El gobierno demoprogresista y los avances producidos por él en la centralización informativa, administrativa y del poder de policía instrumentado en la DGH dejaron su impronta en la institucionalización de la centralización sanitaria, en la profesionalización de la medicina y en la separación del gobierno de la salud pública del gobierno de las profesiones.

## CONCLUSIONES

En un proceso de largo aliento, inspirado en el clima reformista de los festejos del Centenario, pero respondiendo a causas propias, la provincia de Santa Fe vivió durante los años veinte un clima de movilización universitaria, política y social que intentó modernizar y democratizar las instituciones existentes. Sin embargo, las disputas políticas e ideológicas truncaron la concreción de la totalidad de la agenda reformista.

Fue necesario aguardar hasta los inicios de los años treinta, para que la provincia concretara varias de las reformas ideadas en los años veinte, incluida la centralización, institucionalización y profesionalización de la salud. A través de la proyección y finalmente sanción de la Ley N° 2287, posteriormente denominada Ley de Sanidad, el poder ejecutivo creó la Dirección General de Higiene y dos Consejos Médicos, uno con asiento en la ciudad capital y otro en la ciudad de Rosario.

La implementación de la ley, a fines de 1932, significó por un lado, la instauración de una nueva estructura estatal organizada bajo el mando de un organismo único, la DGH. A través del mismo el poder ejecutivo logró monopolizar la recolección, la publicación y la divulgación de la información de datos vitales de la población y de la inversión realizada en suministros medicinales. Asimismo, pudo centralizar la organización, la administración y la asignación de recursos y personal profesional destinados a la atención médica. Para llevar a cabo esta tarea contó con los dispensarios, a los que duplicó en cantidad y asignó nuevas funciones que favorecieron el relevamiento de datos y la regulación de la inversión sanitaria.

A los fines de dirigir la nueva institución, el gobierno de la provincia eligió y designó a un profesional del arte de curar a quien le otorgó la facultad de policía sanitaria. De esta manera, el poder político reconoció a la profesión médica las atribuciones de vigilar y controlar la sanidad; centralizar la información, regular la comercialización de los suministros y de la atención profesional, como así también organizar el accionar concurrente entre distintas jurisdicciones, municipios, comunas, ministerios existentes. En definitiva la nueva autoridad, el Director General, hegemonizó y centralizó la labor sanitaria en todo el territorio provincial. La decisión intentaba poner límites al heterogéneo

entramado de instituciones y actores que funcionaba en forma fragmentada en el sistema sanitario existente.

No obstante, a pesar de la centralización lograda, se mantuvo en las instituciones recientemente creadas -la DGH y los Consejos Médicos- la fragmentación regional vigente hasta el momento. Desde tiempos remotos, la ocupación del espacio, las actividades económicas llevadas a cabo y su vinculación con el modelo agroexportador, la organización social y las identidades políticas ideológicas dieron lugar a la división geográfica de la provincia en tres regiones, Norte, Centro y Sur. Al interior de la fragmentación regional, crecieron dos ciudades que sobresalieron del resto de los poblados: la ciudad capital, Santa Fe, y la ciudad portuaria, Rosario. Las disputas políticas, los acuerdos y las pujas terminaron por sellar la división regional de la provincia, la región Centro-Norte quedó organizada bajo el liderazgo de la ciudad capital, y la región Sur en torno a la ciudad portuaria. Si bien, la fragmentación regional pre-existente, no logró institucionalizarse en la organización administrativa provincial, tuvo incidencia en la división de departamentos territoriales con finalidades administrativas, estadísticas y electorales. La Ley de Sanidad avanzó en el proceso de centralización con la creación de la DGH, sin embargo no logró modificar la fragmentación de la provincia. Santa Fe y Rosario continuaron siendo cabeceras del sistema sanitario de la nueva institución a través de la implementación de dos Circunscripciones, una en cada ciudad. Asimismo cada una de ellas también fue asiento de un Consejo Médico. En el marco de esta investigación, resulta significativo no haber encontrado discusiones, ni propuestas alternativas a esta fragmentación en la documentación analizada. En definitiva, la doble burocracia instaurada en el siglo XIX continuó vigente como una herencia institucional en las nuevas estructuras implementadas en los años venideros. La centralización de la sanidad santafesina cobró forma en la descentralización de su ejecución.

Otra cuestión a subrayar es que la institucionalización de la centralización sanitaria iniciada en 1932 con la DGH, continuó avanzando hacia la departamentalización con la creación del DSP y finalmente la ministerialización a través de la creación del Ministerio de Salud Pública y Trabajo en 1941. Al respecto, tal cual lo vivenciaron los protagonistas existieron continuidades en el avance de un estado que se ocupó por generar acciones sanitarias desde el clima reformista de la década del veinte hasta los años cuarenta. Esta

línea de acción incluso continuó vigente a pesar de las diferencias políticas ideológicas y partidarias de las administraciones gubernamentales que se sucedieron durante esos años, es decir demoprogresistas y conservadores. Esta variable alimenta la idea de que la concepción de salud y enfermedad tienen tiempos propios, que trascienden, en este caso los tiempos políticos y proponen un desafío a las periodizaciones que han organizado la historia argentina del siglo XX. Asimismo, el estudio del caso particular del territorio santafesino alienta la posibilidad de establecer un fructífero diálogo entre la dimensión nacional y provincial sobre la base de oposiciones políticas partidarias.

He aquí los inicios de un proceso de centralización sanitaria sobre la base de una doble burocracia en el territorio santafesino.

## BIBLIOGRAFÍA

Allevi, Ignacio (2018), La construcción de un espacio de ciencia y clínica psiquiátrica: Instituciones, expertos y redes en Rosario, Argentina (1920-1944). Tesis Doctoral. (Consultado el 10 de marzo de 2019), disponible en:

<<https://es.scribd.com/document/376178432/ALLEVI-Tesis-Doctorado-FINAL-pdf>>

Allevi, José Ignacio (2016), “Sociabilidades, redes y circulación de saberes en la conformación de un ‘ámbito psi’ en la Argentina de entreguerras (Santa Fe, 1919-1943)”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Vol.23 núm.2, pp. 543-550.

Alvarez, Juan (1943), *Historia de Rosario 1989-1939*, Buenos Aires, Imprenta López.

Armus, Diego (2007), *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*, Buenos Aires, Edhasa.

Armus, Diego (2014) “Discursos, políticas y experiencias en la historia de las enfermedades”. En Biernat, Carolina y Ramacciotti, Karina (edit), *Historia de la salud y la enfermedad. Bajo la lupa de las ciencias sociales*, Buenos Aires, Biblos, pp.37-50.

Armus, Diego y Belmartino, Susana (2001) “Enfermedades, médicos y cultura higiénica”. En Cattaruzza, Alejandro (dir.), *Crisis económica, avance del estado e incertidumbre política (1930-1943)*, Tomo VII, Buenos Aires – Barcelona, Sudamericana, pp.283-330

Armus, Diego (2000), “El descubrimiento de la enfermedad como problema social”. En Lobato, Mirta (dir.), *El progreso, la modernidad y sus límites (1880-1916)*, Tomo V, Buenos Aires, Sudamericana, pp. 507-552.

Bacolla, Natacha (2012), “Debates, prácticas y reforma institucional en la entreguerras. Un análisis desde el caso santafesino”. En Leoni de Rosciani, María José y Solís Carnicer María del Mar (comp), *La política en los espacios subnacionales. Provincias y territorios en el nordeste argentino (1880-1955)*, Buenos Aires, Prohistoria, pp.123-142.

Bacolla, Natacha (2016), “Nuevas capacidades estatales para una sociedad transformada. Instituciones y políticas sanitarias en la provincia de Santa Fe primera mitad del siglo XX”, *Trabajos y Comunicaciones*, núm. 49. (Consultado el 10 de marzo de 2019). Disponible en: <<http://www.trabajosycomunicaciones.fahce.unlp.edu.ar/article/view/TyCe023>>

Barriera, Darío (2012), “Santa Fe colonial”. En Macor Darío (dir.), *Signos santafesinos en el bicentenario*, Gobierno de la provincia de Santa Fe.

Belmartino Susana (2005), *La atención médica en la Argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*, Buenos Aires, Siglo XXI.

Belmartino Susana (2007). “Coyuntura crítica y cambio institucional en salud: Argentina en los años '40”, *Revista Salud Colectiva*, vol.3, n.2, pp. 177-202.

Belmartino, Susana; Bloch, Carlos; Carnino, María Isabel; Persello, Ana Virginia (1991), *Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina 1940-1960*, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud.

Belmartino, Susana; Bloch, Carlos; Persello, Ana Virginia; Carnino, María Isabel (1988): *Corporación médica y poder en salud. Argentina, 1920-1945*, Rosario, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.

Berra, Héctor (1996), *Facultad de Medicina, barro y pampa. Centenario y después*, Santa Fe, UNR editora.

Biernat, Carolina (2016), “Continuidades y rupturas en el proceso de centralización sanitaria argentino (1880-1945)”, *Trabajos y comunicaciones*, núm. 44. (Consultado el 10 de marzo de 2019). Disponible en:

<<http://www.trabajosycomunicaciones.fahce.unlp.edu.ar/article/view/TyCe021>>

Biernat, Carolina y Ramacciotti, Karina (2013), *Crecer y multiplicarse. La política sanitaria materno-infantil, 1900-1960*, Buenos Aires, Biblos.

Bohoslavsky, Ernesto y Soprano, Germán (2010), *Un estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*. Rosario, Prometeo.

Bolcatto, Viviana (2016), Familias movilizadas frente a una enfermedad que inmoviliza. El caso de la parálisis infantil en Santa Fe (1920-1930). Ponencia presentada en el II Congreso Internacional de Familias y Redes Sociales, UNC, Córdoba.

Bolcatto, Viviana. (2013), Políticas de salud en Santa Fe: continuidades y rupturas entre demócratas progresistas y conservadores (1932-1943). Ponencia presentada en Interescuela/Departamento de Historia, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.

Bolcatto, Viviana y Rambaudo, Cecilia (2018) *Avances en la descentralización durante el demoprogresismo. Los Consejos Escolares y Médicos, 1932-19*. Ponencia presentada en 4° Jornadas de Ciencia Política del Litoral, UNL

Bonaudo, Marta y Mauro, Diego (2014), “Las paradojas del Reformismo Liberal. De la experiencia de la Liga a la construcción del partido (1897-1931)”. En *Estudios Sociales* vol. 46, núm. 1, pp.119-144.

Bonaudo, Marta (2006), *La organización productiva y política del territorio provincial (1853-1912)*. En *Barriera Darío* (dir.) Nueva Historia de Santa Fe, t. 6, Rosario. Prohistoria.

Bonaudo, Marta (2003), “Las elites santafesinas entre el control y las garantías: el espacio de la Jefatura Política”. En SABATO, Hilda, *La vida política en la Argentina del siglo XIX. Armas, votos y voces*, FCE, Buenos Aires, 2003, pp. 259-277.

Botana, Natalio (1975), “La reforma política de 1912”. En Giménez Zapiola, Marcos (comp), *El régimen oligárquico. Materiales para el estudio de la realidad argentina (hasta 1930)*, Buenos Aires, Amorrourtu, pp. 232-245.

Caravaca, Jimena (2012), “La Argentina keynesiana. Estado, política y expertos económicos en la década de 1930”. En Plotkin, Mariano y Zimmerman, Eduardo (comp.), *Las prácticas del Estado. Políticas, sociedad y elites en la Argentina del siglo XX*, Buenos Aires, Edhasa, pp. 67-92.

Cassano, Alberto et al. (2011), “Los saberes científicos en Santa Fe”. En Tessio, Griselda (comp), *Santa Fe más que 200 años*, Santa Fe, Imprenta Macagno. pp. 31-73

Cervera, Federico (1973), *Historia de la medicina en Santa Fe*. Santa Fe, Imprenta y editorial Colmegna.

Collado, Adriana (1998), La higiene pública en el proyecto modernizador de la ciudad. El caso de Santa Fe 1880-1910, *Documento de Trabajo CEHIS N°9*, Santa Fe, UNL.

Coudannes Aguirre, Mariela (2007), “Pasado, prestigio y relaciones familiares. Elite e historiadores en Santa Fe. Argentina”, *REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales*, Vol.13 núm. 3. (Consultado 16 de marzo). Disponible en: <http://revista-redes.rediris.es>

Dalla Corte Caballero, Gabriela; Ulloque, Marcelo; Vaca, Rosana (2015), *En defensa del Hospital Madre*. Mujeres de la Sociedad de Beneficencia de Rosario, Rosario, Prohistoria.

Dalla Corte Caballero, Gabriela; Ulloque, Marcelo; Vaca, Rosana (2014), *La mano que da. 160 años de la Sociedad de Beneficencia de Rosario*, Rosario, Prohistoria.

Damianovich, Alejandro (2003) *José María Cullen. Altruismo y Gestión Sanitaria antes del Estado de Bienestar*, Santa Fe, Junta Provincial de Estudios Históricos.

Daniel, Claudia (2015). “Observar, medir, comparar. La ciudad de Buenos Aires bajo el lente estadístico de fines del siglo XIX, principios del XX”, *REDES*, Vol. 21, N° 40, pp. 147-176.

De la Torre, Lisandro (1889), *El régimen municipal. Tesis presentada a la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de la Capital*, Buenos Aires, Imprenta de Pablo Coni.

Di Liscia, María Silvia (2009), “Cifras y problemas. Las estadísticas y la salud en los Territorios Nacionales (1880-1940)”, *Salud colectiva*, v.5, n.2.pp.259-278.

Gallo, Ezequiel (1983). *La pampa gringa*, Buenos Aires, Sudamericana.

Gallo, Ezequiel (1965), *Notas para una historia política de Santa Fe. Elección de 1912*, Santa Fe, UNL.

García, Analía (2005), “Una comunidad de lectores urbanizados. La visita, espacio de sociabilidad burguesa en la ciudad de Rosario, principios del siglo XX”. En Bonaudo, Marta (dir.), *Imaginario y prácticas de un orden burgués. Rosario, 1850-1930*, Tomo I, Rosario, Prohistoria.

González Bollo, Hernán (2014), *La fábrica de las cifras oficiales del estado argentino (1869-1947)*, Buenos Aires, UNQ.

González Leandri, Ricardo; González Bernaldo Pilar y Suriano Juan (2010), *La temprana cuestión social. La ciudad de Buenos Aires durante la segunda mitad del siglo XIX*, España, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CISC).

Idiart, Alma (2014), “Estado, actores y políticas sanitarias”. En Biernat, Carolina y Ramacciotti, Karina (edit.), *Historia de la salud y la enfermedad bajo la lupa de las ciencias sociales*. Buenos Aires, Biblos. pp. 147-158.

Jasinski, Alejandro (2013), *Revolución obrera y masacre en La Forestal*, Buenos Aires, Biblos.

Liernur, Jorge Francisco (2000), “La construcción del país urbano”. En Lobato, Mirta (dir.), *El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*, Tomo V, Buenos Aires, Sudamericana, pp. 411-461

Lobato, Mirta y Suriano, Juan (comp.) (2014), *La sociedad del trabajo. Las instituciones laborales en la Argentina (1900-1955)*, Buenos Aires, Edhasa.

Macor, Darío (2011), “Santa Fe en el espejo del bicentenario”. En Tessio, Griselda (comp) *Santa Fe más que 200 años*, Legislatura de la Provincia, Santa Fe, pp. 19-30.

Macor, Darío (1995), “¿Una república liberal en los años treinta? La experiencia demoprogresista en el Estado provincial santafesino”. En Ansaldi, Waldo y otros (edit), *Representaciones inconclusas. Las clases, los actores y los discursos de la memoria, 1912-1946*, Buenos Aires, Biblos, pp. 165-198

Macor, Darío y Bacolla, Natacha (2009), “Centralismo y modernización técnica en la reformulación del Estado argentino. El caso provincial santafesino, 1930-1950”, *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, vol. 20, N° 2, pp.115-138.

Macor, Darío y Piazzesi, Susana (2010), “El Radicalismo y la política santafesina en la Argentina de la primera república”, *Rev. Estudios, CEA, UNC núm|23*. (Consultado 16 de marzo). Disponible en:

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-15682010000100006](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-15682010000100006)

Macor, Darío y Piazzesi, Susana, (2001), “Entre barcos y trenes: la formación de la clase obrera en una ciudad aldeana”. *Polis científica*, N° 2, pp. 75-88

Malamud Rikles, Carlos (1998), *Partidos políticos y elecciones en la Argentina: la Liga del Sur (1908-1916)*, España, Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Marischal, María Eugenia (2011), Conocimiento Científico, Técnico. El control de los alimentos como red: el caso del Código Bromatológico y el Instituto Bromatológico de la Provincia de Santa Fe (1939-1941), Universidad Nacional de Quilmes, Tesis de Maestría. (Consultado 16 de marzo). Disponible: [https://ridaa.unq.edu.ar/bitstream/handle/20.500.11807/127/TM\\_2012\\_marichal\\_008.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ridaa.unq.edu.ar/bitstream/handle/20.500.11807/127/TM_2012_marichal_008.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Mauro, Diego (2010), *De los templos a las calles. Catolicismo, sociedad y política. Santa Fe, 1900-1937*, Santa Fe, Ediciones UNL.

Mauro, Diego (2013), Reformismo liberal y política de masas. Demócratas progresistas y radicales en Santa Fe: 1921-1937, Rosario, Prohistoria.

Megías, Alicia (2009), "Tensiones políticas y regionales en la definición de la dirigencia política santafesina, 1852-1868". Tesis doctoral presentada en UBA. (Consultado 16 de marzo). Disponible: <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/1395>

Megías, Alicia (2008), "Modernización y problemas regionales. Santa Fe, 1850-1860". Ponencia presentada en Jornadas de historia política. Universidad Nacional de Cuyo.

Molinari Irene (2008), "El Dr. José María Manuel Fernández. Medicina y Ciencia al servicio de la erradicación del Mal de Hansen". En Alvarez, Adriana y Carbonetti, Adrián (eds.), *Saberes y prácticas médicas en la Argentina. Un recorrido por historias de vida*, Buenos Aires, EUDEM, pp.225-250.

Montoro, Claudia (1998), *Informe Hospital Italiano de Santa Fe y Colonias*, Santa Fe, FADU-UNL.

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

Ortiz Bergia, María José (2013), Los usos de las escalas espaciales y las prácticas historiográficas en el interior de la Argentina: un ejercicio de aproximación a partir del estudio de las políticas sociales (Consultado 16 de marzo). Disponible en: [https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/33980/CONICET\\_Digital\\_Nro.5dcfa1bc-4f1b-4c1d-847a-79f310efa815\\_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/33980/CONICET_Digital_Nro.5dcfa1bc-4f1b-4c1d-847a-79f310efa815_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Oszlak, Oscar (1982), *La formación del Estado Argentino*, Buenos Aires, Belgrano.

Oszlak, Oscar (1976), *Notas críticas para una teoría de la burocracia estatal*. Documento N° 8, CEDES-CLACSO, Buenos Aires.

Paiva, Verónica (1997), “Higienismo: ciencia, instituciones y normativa. Buenos Aires siglo XIX”, *Crítica*, N° 82.

Piazzesi, Susana (2010), *Conservadores en provincia. El iriondismo santafesino 1937-1943*, Santa Fe, Ediciones UNL.

Piazzesi, Susana y Bolcatto, Viviana. (2011). *Hospital Iturraspe. 100 años*, Santa Fe, Ediciones UNL.

Pita, Valeria (2011), “Administradoras, funcionarios y técnicos estatales en el Hospital de Mujeres dementes. Buenos Aires, 1880-1890”. En Plotkin, Mariano y Zimmerman, Eduardo (comp), *Los saberes del estado*, Buenos Aires, Edhasa. pp. 103-124.

Prieto, A. (2010). “Postales proletarias del progreso”. En Prieto, Agustina et. al. Ciudad de Rosario. Rosario: Editorial Municipal de Rosario, pp. 55–87.

Prieto, Agustina (1996), “Rosario: Epidemias, higiene e higienistas en la segunda mitad del siglo XIX”. En Lobato, Mirta (edit), *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina*, Biblos, UNMDP.

Ramacciotti, Karina (2009), *La política sanitaria del peronismo*, Buenos Aires, Biblos

Ramacciotti, Karina (2010), “De chico el árbol se puede enderezar. La salud infantil durante el peronismo”. En Lionetti, Lucía y Miguez, Daniel (comp), *Las infancias en la historia argentina. Intersecciones entre prácticas, discursos e instituciones (1890-1960)*. Rosario, Prohistoria. pp. 175-195.

Rambaudo, Cecilia (2014), *La liga del Sur en el escenario legislativo. Santa Fe 1912-1916*. Ponencia presentada en Segundas Jornadas de Ciencia Política del Litoral, Santa Fe, UNL.

Romero Luis Alberto (2004), *Sociedad democrática y política democrática en la Argentina del siglo XX*, Buenos Aires, UNQ.

Sedrán, Paula (2014), “Caridad, control y desarrollo urbano. Definiciones del otro social en los discursos de la Sociedad de Beneficencia y la prensa local. Santa Fe, período de organización nacional”, en Bonaudo, Marta y Richard-Jorba, Rodolfo, *Historia Regional. Enfoques y articulaciones para complejizar una historia nacional*, La Plata, UNLP, pp. 111-126.

Skocpol, Theda (1995), “El Estado regresa a primer plano. Estrategias de análisis en la investigación actual”, *Instituciones políticas y sociedad. Lecturas introductorias*, pp. 92-129.

Soldano, Daniela y Andrenacci, Luciano (2006), “Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino”. En Andrenacci, Luciano (comp), *Problemas de política social en la Argentina contemporánea*, Buenos Aires, Universidad Nacional de General Sarmiento, pp. 15-27.

Soprano Manzo, Germán (2007), “Del Estado en singular al Estado en plural: contribución para un historia social de las agencias estatales en la Argentina”, *Cuestiones de sociología*, 4, pp. 19-48.

Tettamanti Mariana (2009) “Las finanzas públicas del estado santafesino durante la primera gestión del radicalismo (1912-1916)” Ponencia presentada en XII Jornadas Interescuela/Departamento de Historia. San Carlos de Bariloche.

Tettamanti Mariana (2010) “La administración de los recursos públicos de la provincia de Santa Fe durante la gobernación de Rodolfo Lehmann (1916-1920). Ponencia presentada en XXX Encuentro de Geohistoria regional.

Tettamanti Mariana (2016) Retratos de Santa Fe radical. El estado frente a los desafíos de una nueva sociedad. En Bacolla et al. (coord.) Política, sociedad, instituciones y saberes. Diálogos interdisciplinarios e intercontinentales. Santa Fe, Ediciones UNL.

Wilde Eduardo (1878), *Curso de Higiene Pública*. Buenos Aires, Buenos Aires, Imprenta y Librería Mayo.

Zimmermann, Eduardo (1994), *Los liberales reformistas. La cuestión social en la Argentina 1890-1916*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana.

## **Fuentes Históricas**

Anuario Estadístico de la ciudad de Santa Fe, dirección estadística municipal, años 1910 a 1923.

Diarios

Santa Fe, Nueva Época, El Orden y El Litoral. Hemeroteca Digital Fray Francisco de Paula Castañeda (Consultado en 10 de febrero 2019). Disponible en:  
<<http://www.santafe.gov.ar/hemerotecadigital/formbuscar.php>>

Diarios de Sesiones Cámara de Diputados de la Provincia de Santa Fe.

Diarios de Sesiones Cámara de Senadores de la Provincia de Santa Fe.

Mensaje del Gobernador Luciano Molinas (1933) Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores de la Provincia de Santa Fe.

Memoria Dirección General de Higiene (1933).