

ACADEMIA NACIONAL DE LA HISTORIA

Aproximación a la política sanitaria del gobierno de Domingo A. Mercante en la Provincia de Buenos Aires (1946-1952)

Académico Dr. Claudio Panella

Desde hace ya varios años se han consolidado en la historiografía argentina los estudios sobre los orígenes y desarrollo del peronismo en los espacios subnacionales. En gran parte derivados de ellos, han comenzado a publicarse trabajos sobre aspectos puntuales de los primeros gobiernos justicialistas en las distintas provincias, como ser los que abordan las políticas públicas de esas administraciones¹. Este artículo se suma a dicha corriente, incursionando en una temática específica, el de las políticas sanitarias en la Provincia de Buenos Aires durante el gobierno del Cnel. Domingo A. Mercante.

El trabajo comienza con una breve mirada sobre los fundamentos de la política de salud implementada por los primeros gobiernos de Juan Perón a través de su Secretario y luego Ministro de Salud, Ramón Carrillo, para después abordar la que correspondió a la provincia de Buenos Aires. Aquí, buceando en dos aspectos concretos de la misma, como fueron el legislativo, con la creación del Ministerio de Salud y Asistencia Social acompañado por una serie de disposiciones legales acordes; y el referido a los planes de infraestructura sanitaria que se llevaron a cabo. Finalmente, se intentará mensurar algunos de los resultados de esta política.

Acerca de la política sanitaria nacional

Las acciones que implementó el peronismo desde el gobierno se hicieron sentir en todos los ámbitos, operando cambios, innovaciones, receptando demandas y satisfaciendo diversas necesidades de la sociedad. En materia de salud, las mismas se fundamentaban en los siguientes principios: 1. Todos los hombres tienen derecho a la vida y a la sanidad; 2. No puede haber política sanitaria sin política social; y 3. De nada sirven las conquistas de la técnica médica si esta no puede llegar al pueblo por medio de dispositivos adecuados². Fue el Dr. Ramón Carrillo, Secretario de Salud (1946-1949) y luego Ministro (1949-1954) el

¹ Cfr. Da Orden, María L. “Estado y salud pública en la provincia de Buenos Aires: proyectos y prácticas durante el peronismo clásico”. En: *Quinto Sol*, vol. 26, n° 1, enero-abril 2022; (<https://repo.unlpam.edu.ar/bistre7765/am/handle/unlpam/v26n1a04daorden.pdf?seque...>); Bacolla, Natacha. “Nuevas capacidades estatales para una sociedad transformada. Instituciones y políticas sanitarias en la provincia de Santa Fe primera mitad del siglo XX”; Hirchegger, Ivana. “La salud pública frente a un Estado centralizado: establecimientos y servicios asistenciales en la provincia de Mendoza durante el primer peronismo”; Jerez, Marcelo. “La política sanitaria del peronismo en Jujuy. Emilio Navea y la transformación del sistema de salud pública”; Ortiz Bergia, María J. “La centralización estatal en la Argentina y el sistema de salud público cordobés en la primera mitad del siglo XX”. Estos cuatro últimos artículos formaron parte de un dossier especial publicado en *Trabajos y comunicaciones* 2° Época, n° 44, septiembre de 2016 (<https://trabajosycomunicaciones.fahce.unlp.edu.ar>).

² *El derecho a la salud. 200 años de políticas sanitarias argentinas*. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2012, p. 195.

encargado de plasmar en la realidad estas definiciones. Carrillo era portador de claros conceptos al respecto, prestando especial atención a la medicina social, que debía ser primordial para el accionar estatal. En su definición: “El hombre sano o enfermo, en función de la sociedad, es el objetivo trascendente de la medicina contemporánea [...] Los médicos, si solo vemos la enfermedad, si sólo indagamos el órgano enfermo, corremos el riesgo de pasar por alto ese mundo que envuelve al individuo como algo imponderable, como una delicada red tejida de ensueños y esperanzas. Mientras los médicos sigamos viendo enfermedades y olvidemos al enfermo como unidad psicológica y social, seremos simples zapateros remendones de la personalidad humana”³. De allí que su doctrina sanitaria especificaba tres tipos de medicina que debían ejecutarse desde su área: la asistencial, la sanitaria y la social. La asistencial era individual, ocupándose exclusivamente del medio interno; la sanitaria se dirigía a grupos colectivos, del medio físico y del bacteriológico; y la social tomaba la colectividad entera, es decir la sociedad⁴.

De ese modo, en 1947 se elaboró el Plan Analítico de Salud Pública, que incluía objetivos, la exposición de los problemas, el soporte estadístico, los métodos para resolverlos, el cronograma y la previsión financiera⁵. Las ideas trazadas por el plan sirvieron como base para la sanción, también en 1947, de dos leyes que guiaron la gestión de Carrillo: la n° 13.012, Código Sanitario y Asistencia Social, que comprometía al Poder Ejecutivo a elaborar un proyecto de código sanitario, especificando los principios a los cuales debería ajustarse el mismo⁶. Y la n° 13.019, de Construcción, habilitación y funcionamiento de Servicios de Salud distribuidos en todo el territorio nacional⁷.

Bajo esta concepción, las políticas llevadas adelante tuvieron resultados auspiciosos: se construyó y refaccionó infraestructura hospitalaria en todo el país con el consecuente aumento de camas disponibles; se redujo la mortalidad infantil y la general como también los fallecimientos por causa de la tuberculosis; se creó una fábrica estatal de medicamentos, ERESTA; y también aumentó la esperanza de vida de las personas. Pero uno de los logros más significativos fue, sin dudas, la erradicación del paludismo, enfermedad endémica que afectaba principalmente a los sectores vulnerables del noreste del país. A partir de una intensa campaña en base al insecticida DDT, los 122.168 afectados en 1946 se redujeron a 240 en 1955⁸. Acierta Félix Luna cuando afirma que: “Con poco más, un gobierno entero hubiera justificado su paso por el poder”⁹.

³ Carrillo, Ramón. *Teoría del Hospital*. Buenos Aires, Biblioteca Nacional, 2012, p. 31.

⁴ *Ibidem*, p. 49.

⁵ Ramacciotti, Karina. “Actores e instituciones sanitarias durante el primer peronismo”. En: Biernat, Carolina, Cerdá, Juan M. y Ramacciotti, Karina (directores). *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Bernal, Universidad Nacional de Quilmes, 2015, p. 101.

⁶ Veronelli, Juan C. y Veronelli Correch, Magalí. *Los orígenes institucionales de la salud pública en la argentina 2*. Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud, pp. 497-498.

⁷ Flores, María E. “Una política de salud basada en hechos sociales: la propuesta sanitaria del Dr. Ramón Carrillo. Argentina”. En: *VII Jornadas de Sociología*, UBA, 2007, p. 6 (<https://cdsa.academica.org/000-106/77.pdf>).

⁸ Veronelli, J. C. y Veronelli Correch, M.,... op. cit., pp. 524-525.

⁹ Luna, Félix. *Perón y su tiempo. I. La Argentina era una fiesta 1946-1949*. Buenos Aires, Sudamericana, 1984, p. 404. Para más información sobre la política de salud del primer peronismo véase, entre otros: Alzugaray, Rodolfo. *Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional*. Buenos Aires, CEAL, 1988, 2 vol.; y Ramacciotti, Karina. *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires, Biblos, 2009.

Política sanitaria provincial

Domingo A. Mercante (1898-1976) fue un militar que colaboró estrechamente con Juan D. Perón cuando éste estuvo al frente de la Secretaría de Trabajo y Previsión, para luego desempeñarse como gobernador de la Provincia de Buenos Aires entre 1946 y 1952¹⁰. Su gestión gubernativa puede ser conceptuada como progresista y eficiente, rica en realizaciones materiales y ejecutada por colaboradores capaces y emprendedores. En consonancia con el gobierno nacional, encaró una política donde el Estado se erigió en planificador, orientando los recursos a fin de concretar una redistribución de los ingresos en favor de los sectores populares, apuntando sus líneas de acción a tres rubros básicos: vivienda, educación y salud. De allí la significación que otorgó Mercante a esta última cuestión, sobre la cual debió lidiar desde el comienzo con una realidad por demás compleja. Por lo pronto, el solo hecho de llegar con sus políticas a toda la población no era un tema menor: la provincia de Buenos Aires estaba habitada, según el censo nacional de población de 1947, por 4.273.874 personas, de las cuales 1.741.338 residían en el conurbano, es decir el 40,7 %, en una superficie de apenas 2.500 km² sobre un total de más de 300.000 km² que tenía el territorio provincial. Otra cuestión, de las varias que existían, fue la falta de coherencia en las políticas desarrolladas en el área de salud, por entonces dependientes de la Dirección General de Higiene, fruto tanto de los cambios de gobierno –y consecuentemente de funcionarios- que impedían formular planes a largo plazo, como del escaso presupuesto asignado a la repartición, motivo de permanentes quejas y pedidos¹¹. El primer paso para avanzar en la dirección correcta consistía entonces en jerarquizar el área creando el Ministerio respectivo, acto que debía ser acompañado, necesariamente, de una inversión significativa en materia de infraestructura hospitalaria.

Creación del Ministerio de Salud y Asistencia Social

A la llegada del gobernador Mercante a la administración de la provincia de Buenos Aires, ya se adelantó, el organismo encargado de todas las cuestiones relativas a la salud pública era la Dirección General de Higiene, creada con el nombre de Dirección de Salubridad Pública en 1897 por ley n° 2636,¹² dependiente del Ministerio de Obras Públicas. La misma sería reemplazada por la creación a comienzos de 1947 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, lo cual implicaba una concreta ampliación de la injerencia del Estado en el ámbito de la salud pública. Como lo expresó el propio gobernador: “Antes se asistía al enfermo y terminaba la función del Estado; actualmente es un deber inexcusable

¹⁰ Un perfil biográfico de Mercante en: Panella, Claudio. “Domingo A. Mercante. Ascenso y caída del corazón e Perón”. En: Rein, Raanan y Panella, Claudio (Compiladores). *La segunda línea. Liderazgo peronista 1945-1955*. Buenos Aires, Pueblo Heredero/Eduntref, 2013.

¹¹ Valobra, Adriana. “‘De cronopios y de famas’. La atención del binomio madre-hijo en la política sanitaria bonaerense durante la gobernación de Domingo A. Mercante, 1946-1952”. En: Panella, Claudio (Compilador). *El gobierno de Domingo A. Mercante en Buenos Aires (1946-1952). Un caso de peronismo provincial*, Tomo I. La Plata, Instituto Cultural de la Provincia de Buenos Aires, 2005, p. 139.

¹² Esta y todas las leyes y decretos consignados en el trabajo se han consultado del portal oficial: <https://normas.gba.gob.ar>.

cuidar al sano, asistir al enfermo para recuperarlo y dotarlo de lo necesario a él y a su familia, con lo que se evita sustraer dividendos al capital humano, y la sociedad adquiere un índice elevado de sanidad que se acerca al ideal de la materia”¹³.

El proyecto, que se convertiría en ley n° 5116, constaba de 43 artículos y contemplaba una variedad de cuestiones médico-sanitarias con la mira puesta en la salud e higiene integral de la población bonaerense. En la norma se especificaba que el nuevo organismo estatal “será agente natural del Poder Ejecutivo para la custodia de la salud pública, promoción de la asistencia médico-social y educación física de la población en todo el territorio de la Provincia”. Entre sus funciones se contemplaba: encauzar la acción sanitaria del Estado, estableciendo y desarrollando servicios sanitarios preventivos; coordinar, unificar y racionalizar todos los servicios hospitalarios, de primeros auxilios y de asistencia médico-social que se prestan en el territorio provincial; aprobar la instalación de nuevos hospitales y servicios médicos privados; orientar, organizar y coordinar todos los esfuerzos tendientes a solucionar en sus aspectos higiénicos, médico y social los problemas inherentes a la maternidad, niñez y adolescencia; promover, orientar y coordinar la educación sanitaria; estudiar y proyectar las carreras médico-hospitalarias; promover, organizar y coordinar la lucha contra el alcoholismo y las toxicomanías como también la prevención de las enfermedades mentales, asegurando la asistencia de dichos pacientes; organizar la creación y desarrollo de la hemoterapia; promover el abasto de leche sana y agua potable a toda la población; promover, organizar y coordinar obras de saneamiento urbano y rural; promover la enseñanza teórico-práctica de la educación física integral de la población adecuando sus funciones con los establecimientos estatales y privados de enseñanza primaria (Art. 2).

Se establecía que pasarían a depender del nuevo ministerio anteriores organismos como la propia Dirección General de Higiene, la de Protección de Menores, la de Educación Física y el Consejo de Lucha Antituberculosa (Art. 3). El gabinete del ministro se integraba con dos subsecretarías, una de Salud Pública y otra de Asistencia Social, y distintas direcciones y oficinas (Art. 4). Funcionarían asimismo cuatro Consejos Asesores: de Asistencia a la Minoridad; de Seguridad Industrial; de Enfermedades Sociales; y de Educación Física (Art. 8). Del mismo modo, se crearon dos Direcciones Generales, la de Salud Pública y la de Acción Médico-Social (Arts. 15 y 24). De la primera dependían siete divisiones: Medicina Fiscal y Legal; Medicina del Trabajo; Establecimientos Sanitarios; Medicina Preventiva; Higiene Mental; Odontología; y Farmacias y Contralor de Estupefacientes (Art. 16). De la segunda, seis divisiones: Acción Social; Enfermedades Sociales; Lucha Antituberculosa; Maternidad e Infancia; Medicina Escolar; y Protección de Menores (Art. 25).

El proyecto de creación del ministerio ingresó en la Legislatura provincial a fines del año 1946 a través de la Cámara de Diputados, siendo debatido en la sesión del 28 de diciembre; a continuación, las exposiciones más significativas de parte de los legisladores participantes.

¹³ *Informe del Excelentísimo señor Gobernador de Buenos Aires, coronel ® Domingo A. Mercante, sobre el estado general de la administración (en adelante Informe...)*, 2 de mayo de 1952. En: *Diario de Sesiones*. Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires, 1952-53. La Plata, Dirección de Impresiones Oficiales, 1953, p. 32.

Correspondió al diputado oficialista Raúl Peláez (Partido Laborista, PL), miembro informante de la Comisión de Higiene, desarrollar los principales aspectos del proyecto, comenzando por una indispensable aclaración. Explicó aquel que se habían presentado tres proyectos a la Comisión: uno del Poder Ejecutivo proponiendo la creación de la Dirección General de Salud Pública y Asistencia Social; otro del diputado Alfredo Galeano (PL), proponiendo la creación del Ministerio de Salud Pública; y otro del diputado Juan Zamudio (Unión Cívica Radical-Junta Renovadora, UCR-JR) proponiendo la creación de la Dirección General de Salud Pública¹⁴. La Comisión, en base al proyecto del diputado Galeano enriquecido “con lo mejor” de cada uno de los otros, procedió a elaborar un nuevo proyecto, que era el que se ponía en consideración de los miembros de la Cámara. Sobre el mismo expuso Peláez que tendría una triple función, a saber: social, sanitaria y administrativa, haciendo especial hincapié en la social pues, “ningún gobierno puede eludir el llamado de los problemas sociales y compete, por lo tanto, a aquel, el arbitrar los medios conducentes a la solución de problemas de apremiante urgencia”¹⁵. Continuó expresando que se tuvieron en cuenta también las opiniones de los diversos sectores de la sanidad que entendían como necesaria la coordinación de los servicios de salud pública y asistencia médico social en relación a que “se concentren las funciones respectivas en una sola autoridad, con el loable propósito de lograr una mayor eficiencia en cuanto a la protección del bienestar físico del individuo, de la familia y de la colectividad, evitando la dispersión de energías y recursos y la superposición de esfuerzos de la misma índole o análoga finalidad”¹⁶. Afirmaba Peláez que como era imperiosa la necesidad de unificar “en forma racional y económica” todos los servicios de sanidad y médico-asistenciales de la Provincia, surgía como evidente la conveniencia de crear un organismo estatal que, “invistiendo la máxima autoridad y actuando con la mayor autonomía posible, tenga en sus manos los recursos indispensables para mantener en equilibrio permanente el estado sanitario general y se encuentre en condiciones de utilizar todos los medios conducentes al mejoramiento de la salud de la población”¹⁷. Luego, pasó a explicar detalladamente el organigrama del nuevo ministerio (secretarías, direcciones, consejos), y sus respectivas funciones¹⁸.

Continuó en el uso de la palabra el diputado Jorge Simini (UCR-JR), presidente de la Comisión de Negocios Constitucionales y Justicia, quién avaló el proyecto con el argumento de que “era menester remozar” la estructura sanitaria de la Provincia, jerarquizando la Dirección General de Higiene elevándola a la categoría de Ministerio. Además, recordaba la facultad que confería la Constitución de la Provincia a la Legislatura para crear nuevos ministerios, por lo que adhería desde su Comisión para que el proyecto reciba la correspondiente sanción¹⁹.

¹⁴ *Diario de Sesiones*. Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires, 1946-47, Tomo IV. La Plata, Taller de Impresiones Oficiales, 1947, p. 3956.

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ *Ibidem*, p. 3957.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ *Ibidem*, pp. 3957-3960.

¹⁹ *Ibidem*, pp. 3960-3961.

Le siguió el diputado Eduardo Olmos (PL), quien ponderó los artículos e incisos del proyecto que se relacionaban en forma directa con el nivel de vida de la clase obrera: “Estudiar los problemas vinculados a la medicina del trabajo y promover y vigilar la aplicación de medidas tendientes a conservar la salud de los trabajadores y prevenir los accidentes y las enfermedades profesionales, son planteos que satisfacen viejas aspiraciones de la clase trabajadora”²⁰.

Justo Mouzo (UCR-JR), de la Comisión de Presupuesto, explicaba que, si bien era insuficiente para los requerimientos del nuevo ministerio, se le asignaba un 11% del presupuesto provincial²¹. Por su parte Juan Zamudio, autor de uno de los proyectos presentados oportunamente, enfatizó en su discurso el papel que debía jugar el Estado provincial en la nueva etapa que se abría con la creación del ministerio: “Las leyes que vigilan y reglamentan lo vinculado a la salud pública deben ser el resorte de todo buen gobierno. La salud de su pueblo es la suprema ley del Estado, y cuidar la salud de los habitantes de ese Estado es una función irrenunciable, inexcusable e insustituible del mismo; (...) Por eso creo que será honroso para el supremo gobierno de la Provincia y para la Honorable Legislatura, incorporar a la vida de este estado un cuerpo legal que proclame, por su sola aplicación, el mérito de haber resuelto, en bien de sus habitantes, el vital problema de la salud”²².

El primer diputado opositor en hablar en el recinto fue Manuel Faya (UCR), médico él, quién afirmó que su partido nunca estuvo ausente, históricamente, de los problemas que “directa o indirectamente” se referían a la salud pública del pueblo bonaerense. Respecto de la creación del ministerio en sí, entendía que “más que un organismo estatal de centralización, debe ser un organismo coordinador de los servicios sanitarios de la Provincia, para conseguir con la mejor distribución de sus comandos técnico-administrativos, la protección integral del capital humano, tan necesario en nuestra dilatada y poco poblada provincia”²³. Si bien apoyaba el proyecto que se estaba debatiendo, objetaba por caso que no se incluyese en el mismo un Consejo de Lucha Anticancerosa como el de Lucha contra la Tuberculosis, que sí formaba parte, o bien la creación de un Consejo Deontológico²⁴. No obstante ello, concluía su exposición enfatizando que su partido “interpretando el sentido moderno de la política sanitaria, apoya la creación del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires, con las reservas establecidas, y al recordar las palabras del gran gobernante que fuera Hipólito Yrigoyen, las hace propias, al afirmar que: ‘cuidar y proteger la salud pública es uno de los deberes primordiales del Estado’”²⁵.

El laborista Manuel Fossa por su parte expresó el apoyo de su partido al proyecto, basándose en el criterio de que el Estado es quién debe preocuparse por la salud de los sectores populares tanto en su aspecto curativo como –y sobre todo- preventivo²⁶. El radical Raúl Manzi, siguiendo la misma argumentación que su correligionario Manuel Faya, señaló

²⁰ *Ibidem*, p. 3961.

²¹ *Ibidem*, pp. 3961-3962.

²² *Ibidem*, p. 3962.

²³ *Ibidem*, p. 3964.

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ *Ibidem*, p. 3965.

²⁶ *Ibidem*, p. 3966.

que su partido apoyaba la creación del Ministerio de Salud, aunque con observaciones: “la Unión Cívica Radical votará en líneas generales la aprobación de este proyecto de ley que hoy consideramos. Digo en líneas generales porque, como se ha hecho notar, es un proyecto que puede perfeccionarse en muchos de sus artículos”²⁷. Llegado el momento de la votación, la misma resultó afirmativa en general²⁸; seguidamente se votó en particular, con modificaciones –discusiones mediante- en varios artículos, también en forma positiva²⁹.

El Senado trató el proyecto en la sesión del 8 de enero de 1947, que comenzó con la exposición del senador radical Adolfo Bollini –odontólogo de profesión-, quien señaló que, si bien estaba de acuerdo en que debía organizarse en forma distinta el área de salud, entendía que con la creación de un ministerio la provincia “no va a mejorar su servicio sanitario, por el contrario, considero esa creación perniciosa”³⁰. Justificaba su postura argumentando que la injerencia de la política partidaria perjudicaba el funcionamiento de organismos como el que iba a fundarse, de allí que se inclinaba por la creación de un “departamento autárquico, con su economía lejos de la Casa de Gobierno y no cerca de ella, que fue siempre perturbadora al dejar cesantes a dignos y competentes profesionales como ha ocurrido en la Dirección de Higiene”³¹. Bollini hacía concreta referencia a lo ocurrido en la década pasada, en especial durante el gobierno de Manuel Fresco (1936-1940), quien procedió “dejando de lado a los mejores técnicos” de dicho organismo, pero a su vez observaba una línea de continuidad de esas prácticas con el naciente gobierno peronista. Concretamente, el senador radical hizo referencia a la exoneración y reincorporación de un médico del Hospital Melchor Romero, recibiendo como respuesta del senador Benito Ferro (PL) que dicho profesional había sido exonerado durante el gobierno del Interventor Federal Francisco Sainz Kelly³² y reincorporado por el actual del coronel Domingo Mercante, con lo cual “se ha hecho justicia”³³. Pero Bollini siguió argumentando en la línea del avance del gobierno sobre sus opositores, afirmando que tenía conocimiento de que se estaba obligando a médicos que trabajaban en hospitales provinciales a que “se inscriban en un sindicato médico”³⁴. Le contestó el senador José L. Passerini (UCR-JR), quien afirmó: “Yo soy médico oficialista y no se me ha obligado inscribirme en ningún sindicato médico [...] Yo le puedo demostrar al señor senador de que aquí somos varios los médicos oficialistas y no se nos obliga a inscribirnos”, y a renglón seguido le preguntó a su par radical: “¿Podría dar nombres?”, a lo que Bollini contestó: “No puedo dar nombres propios porque perjudicaría a muchos profesionales”³⁵. Concluyó su exposición el senador opositor reiterando su posición de crear una repartición autárquica, pues la no injerencia política era una condición necesaria para propender al mejoramiento de los servicios de salud.

²⁷ *Ibidem*, p. 3968.

²⁸ *Ibidem*, p. 3973.

²⁹ *Ibidem*, pp. 3973-3992.

³⁰ Senado de la Provincia de Buenos Aires. *Diario de Sesiones*, 1946-1947, Tomo III. La Plata, Taller de Impresiones Oficiales, 1948, p. 2801.

³¹ *Ibidem*.

³² Sainz Kelly estuvo al frente del Poder Ejecutivo provincial en forma interina entre el 17 y el 25 de octubre de 1945. Domingo A. Mercante inició su mandato constitucional el 16 de mayo de 1946.

³³ Senado ..., *op. cit.*, p. 2802.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ *Ibidem*.

Le siguió en el uso de la palabra su correligionario Ángel Galcerán, quien lamentó que Bollini “no haya coincidido con los senadores médicos que formamos parte del bloque en la creación del Ministerio de Salud Pública y lo lamento profundamente”³⁶. Más adelante se explayó acerca de la necesidad de crear una agencia estatal que concluya con la dispersión de funciones de los organismos de sanidad, higiene y asistencia a la vez que unifique y coordine los servicios que estos prestaban: “La unificación de las funciones sanitarias y asistenciales más variadas por el Estado, se hace indispensable. Esto no significa de ninguna manera desconocer o despreciar la eficacia de la cooperación individual o de grupo, siempre que dichas actividades estén coordinadas en la acción general”³⁷. Finalizó su exposición Galcerán afirmando el apoyo de su partido al proyecto en debate: “Por las razones expuestas, el sector de la Unión Cívica Radical va a votar favorablemente el proyecto de creación de un Ministerio de Salud Pública, creyendo, sincera y honestamente, que con ello podremos traducir en un obra más efectiva y real el beneficio de asistencia médico-social a los habitantes de la provincia y habremos así cumplido con nuestro deber de legisladores”³⁸.

La siguiente intervención correspondió al senador Juan C. Salaverry (PL), quien expresó su apoyo pleno a la iniciativa del Poder Ejecutivo, “que demuestra una vez más que sabe auscultar la opinión pública de toda la Provincia”³⁹. Finalmente, sometido a votación el proyecto en general, fue aprobado por unanimidad, en tanto que en particular también fue aprobado aunque con modificaciones en distintos artículos e incisos, lo que obligó a que el mismo fuese girado en revisión a la Cámara de Diputados⁴⁰. Entrado el proyecto en revisión a esta última, tuvo sanción definitiva el 7 de febrero de 1947,⁴¹ siendo promulgado el día siguiente por el gobernador.

Planificación e infraestructura sanitaria

Desde mediados del siglo XIX el sistema de salud de la provincia de Buenos Aires se fue estructurando a través de establecimientos sanitarios creados y regidos por el Estado bonaerense, por las municipalidades y por instituciones privadas –algunas de ellas de carácter mutualista-, no siempre en coordinación respecto de las necesidades de la población atento a la dispar distribución de esta en un territorio tan extenso como el bonaerense⁴². El mantenimiento de los mismos se daba principalmente a través de subvenciones oficiales y de colaboraciones de particulares, que generalmente resultaban insuficientes para solventar las necesidades de los servicios que prestaban. En 1946 existían en la provincia 134 establecimientos hospitalarios con un total de 14.344 camas, discriminados de la siguiente

³⁶ *Ibidem*, p. 2804.

³⁷ *Ibidem*, p. 2806.

³⁸ *Ibidem*.

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ *Ibidem*, pp. 2807-2811.

⁴¹ *Diario de Sesiones*. Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires, 1946-47, Tomo V. La Plata, Taller de Impresiones Oficiales, 1947, pp. 4782 y 4784.

⁴² Una relación de estos establecimientos (hospitales, salas de primeros auxilios, asistencia pública), ubicación geográfica, carácter y fecha de habilitación en: Grau, Carlos A. *La sanidad en las ciudades y pueblos de la provincia de Buenos Aires*. La Plata, Archivo Histórico de la Provincia de Buenos Aires, 1954, pp. 29-41.

manera: 15 dependientes de la Dirección General de Higiene, con 4801 camas; 68 a cargo de las municipalidades, con 5562 camas; y 51 privados, con 3981 camas⁴³. Contaba la provincia además con 28 centros de Profilaxis y Tratamiento y dos Preventorios dependientes de la Lucha Antituberculosa con 900 camas, y con 172 salas de primeros auxilios y asistencias públicas (396 camas), distribuidas estas últimas con un criterio localista más que de necesidad sanitaria, escasamente vinculadas con la máxima autoridad sanitaria⁴⁴.

El gobierno de Domingo Mercante, desde su inicio, se planteó, a tono con la administración nacional, avanzar en un vasto programa de obras públicas, que por cierto incluían las de carácter sanitario. Es que aquel entendía que en este rubro se debía prestar especial interés en la atención integral de la salud procurando, en su faz asistencial, dirigirse a las personas de escasos recursos económicos. Para el gobierno provincial, todo plan de acción médico asistencial debía contemplar la evolución operada en materia de salud pública, donde “el concepto de medicina curativa ha sido complementado con el de medicina preventiva y ambos, con el de medicina social”⁴⁵. De allí que se propuso una acción integral de combate a las enfermedades sociales como la tuberculosis, venéreas, mentales, cardiovasculares como también a la mortalidad infantil, y otras, tal la hidatidosis, de elevada afectación en las zonas rurales. Por ello, esta política sanitaria, que se entendía de vastos alcances, necesitaba en forma imperiosa contar con una infraestructura hospitalaria acorde, es decir aumentar la capacidad instalada en cuanto al número de establecimientos y de las camas disponibles en toda la provincia.

Fue así que en el Plan Inicial de Trabajos Públicos –que consignaba obras consideradas urgentes por el gobierno-, aprobado por la Legislatura en octubre de 1946 (ley n° 5079), de un total asignado por el mismo de \$ 64.757.000 para todo tipo de obras, le correspondieron \$ 10.000.000 a las de carácter sanitario, es decir el 14,4 %. En concreto, eran construcciones, ampliaciones, refacciones y habilitaciones de 24 establecimientos hospitalarios distribuidos en 15 municipios de la provincia. A este le siguió otro plan, de mayor envergadura, más ambicioso y con una inversión considerable: el Plan Trienal de Trabajos Públicos 1947-1949 (ley n° 5142), que contemplaba para salud pública una asignación de \$72.000.000, el 8,6 % del total, que era de \$ 836.597.700, para construir 126 obras en 63 municipios⁴⁶. Si bien el porcentaje de la asignación era menor que en el anterior, la inversión era más importante y el número de municipios beneficiados mucho mayor. A lo expresado debe sumarse el Plan de Obras de Salud Pública (ley n° 5523/49), que autorizaba la inversión de \$ 20.000.000 para construcción, ampliación y habilitación de 12 obras en 6 municipios. Por fuera de los planes citados, bien a propuesta del Poder Ejecutivo o por iniciativa de los legisladores que buscaban atender los reclamos de sus distritos, se sumaron otras 50 obras con un presupuesto que superaba los \$100.000.000, abarcando igualmente

⁴³ Gobernación de Buenos Aires. Ministerio de Obras Públicas. *Plan General de Trabajos Públicos. Trienio 1947-1948-1949. Fundamentación técnico-económica*. La Plata, Taller de Impresiones Oficiales, 1947, p. 25.

⁴⁴ *Ibidem* 26-27

⁴⁵ Gobernación de Buenos Aires. Ministerio de Obras Públicas. *Plan General de Trabajos Públicos. Trienio 1947-1948-1949* (en adelante *Plan General*). La Plata, Taller de Impresiones Oficiales, 1947, p. 291.

⁴⁶ *Plan General*, op. cit., pp. 297-301.

instituciones municipales y privadas ya existentes⁴⁷. La ejecución de las obras estuvieron a cargo, en todos los casos, del Ministerio de Obras Públicas.

Resultados de una política

De acuerdo a las fuentes disponibles, no siempre completas, puede hacerse sin embargo un balance general de la gestión gubernativa mercantiana en materia de salud, que estudios más específicos seguramente podrán profundizar. Por lo pronto, señalar que una vez creado el Ministerio a comienzos de 1947, fue designado al frente del mismo el Dr. Héctor Mercante (1906-1988), quien se venía desempeñando desde el año anterior al frente de la Dirección General de Higiene⁴⁸. Preocupado por cuestiones referidas a la salud materno-infantil, escribió sobre el tema en publicaciones especializadas, además de haberse desempeñado como Director de la Casa Cuna de La Plata en 1945⁴⁹. No obstante, ocupó el cargo por poco tiempo,⁵⁰ pues en agosto siguiente lo sucedió en la titularidad del ministerio el Dr. Carlos Bocalandro (1900-1989), médico militar, sanitarista, que había escrito artículos en revistas de sanidad donde analizaba la salud de los conscriptos que se presentaban a cumplir el servicio militar, lo que lo llevó a dirigir su mirada a la familia de origen para resolver el estado en el que aquellos se presentaban. Preocupado también por cuestiones relacionadas con la maternidad y la infancia, entendía que el Estado debía generar espacios institucionales acordes con la misión de cuidado sanitario de la población⁵¹. Se desempeñó en el cargo hasta el fin del mandato del gobernador en junio de 1952.

A riesgo de cierto esquematismo, puede decirse que Bocalandro y sus colaboradores definieron las políticas que el ministerio llevó adelante en tres direcciones, a saber: políticas de atención, curativas, preventivas y de rehabilitación; políticas de saneamiento ambiental; y políticas de recursos para la atención (humanos y materiales)⁵².

Por la primera de las mencionadas se implementaron estrategias curativas contra las enfermedades crónicas, creándose dispensarios antirreumáticos, cardiovasculares, antivenéreos, anticancerosos y antileproso, que se sumaron a los de lucha antituberculosa. En el área de prevención, se desarrollaron intensas campañas de vacunación y revacunación antivariólica, antitífica -el decreto n° 43573/47 declaró obligatoria y gratuita su vacunación- y antidiftérica, alcanzándose a vacunar 1.500.000, 60.000 y 30.000 personas respectivamente⁵³. También el gobierno declaró obligatoria la vacunación antirrábica (ley n° 5220/47) y la lucha contra la rabia (ley n° 5664/51) como asimismo la profilaxis obligatoria de la brucelosis (ley n° 5317/49). El tratamiento de la hidatidosis tuvo especial atención por parte del gobierno, pues las cifras que no dejaban de preocupar: entre 1935 y 1943 se

⁴⁷ Da Orden, L., op. cit., p. 8.

⁴⁸ De Luca, Rubén. *Funcionarios bonaerenses (1810-1950)*. Buenos Aires, Dunken, 2008, p. 450.

⁴⁹ Valobra, A., op. cit., p. 146.

⁵⁰ Pasó a ocupar el Ministerio de Gobierno.

⁵¹ De Luca, R., op. cit., pp. 246-247; y Valobra, A., op. cit., pp. 146-147.

⁵² Longoni, René, Galcerán, Virginia, y Molteni, Juan C. "La infraestructura para la salud pública en la Provincia de Buenos Aires (1946-1952)". En: Panella, C. (Compilador),... op. cit., Tomo III, 2007, p. 89.

⁵³ *Informe ...*, op. cit., p. 34.

contagiaron de aquella enfermedad 5831 personas, el 67,54 % del total del país⁵⁴. Por ello, se estableció el Centro Antihidatídico en el partido de Azul, la zona más afectada por esta dolencia zoonótica. Respecto de la medicina del trabajo, se declaraba la asistencia médica obligatoria para los trabajadores de los establecimientos industriales “gratuita, preventiva y curativa”, que debía ser prestada por el empleador (ley n° 5316/49).

Asimismo, se crearon centros de rehabilitación de inválidos, un servicio de resocialización del enfermo de poliomielitis y reeducación de enfermos cardíacos. Para la atención los obreros que habían sufrido accidentes de trabajo y en consecuencia tenían afectadas sus capacidades físicas y/o intelectuales, se creó el Instituto de Readaptación y Reeducción Profesional (ley n° 5196/47).

Otras iniciativas legislativas que merecen mencionarse fueron la creación del Instituto Provincial de Ortodoncia y Odontología (ley n° 5222/47), cuya tarea principal sería la atención bucodental de los niños, aunque también debía llevar a cabo estudios de la especialidad y realizar campañas de difusión de cultura odontológica en la población. En el Hospital de Niños de La Plata se creó el Instituto de Hemoterapia, el primero en la provincia, del cual dependían 31 Bancos de Sangre ubicados en distintos municipios (decreto n° 43573/47). La vejez no estuvo ausente en la normativa provincial: por caso, a través de la ley n° 5169/47, se mandó al Poder Ejecutivo a construir y habilitar tres Colonias Hogares para Ancianos en los municipios de Pergamino, Tandil y Pehuajó. Tampoco la maternidad y la infancia: las parturientas carentes de recursos deberían recibir atención de las obstetras durante la gestación, parto y puerperio, cuya remuneración estaría a cargo del Ministerio de Salud (ley n° 5326/48). Del mismo modo, se declaraba obligatoria la instalación de guarderías en establecimientos fabriles y casas de comercio para hijos e hijas de obreras y empleadas (ley n° 5368/48).

Respecto del saneamiento ambiental, fue contemplado por el gobierno a través de la ley general de Saneamiento Urbano (n° 5137/47), que autorizaba al Poder Ejecutivo a realizar obras de provisión de aguas corrientes, cloacas y desagües pluviales urbanos y suburbanos en ciudades y pueblos cuya población exceda los 6.000 habitantes, a requerimiento de los respectivos municipios. Y también a través de la ley n° 5376/48 sobre provisión de agua potable, que disponía que en los lugares o localidades donde no existan instalaciones de Obras Sanitarias de la Provincia, de la Nación o de empresas particulares, la provisión de agua debía ajustarse a estrictas disposiciones sanitarias.

Sobre los recursos para la atención, no puede dejar de mencionarse la reglamentación la carrera médico-hospitalaria (ley n° 5364/48), que comprendía a todos los médicos y profesionales afines (químicos, bioquímicos, bacteriólogos, odontólogos y farmacéuticos) que prestaban servicios en establecimientos asistenciales dependientes del Ministerio de Salud. La misma especificaba las categorías de médicos, especialidades, ingreso, régimen de concursos, jurados, calificación, estabilidad, régimen de trabajo, sueldos, licencias y vacaciones. La carrera se constituyó en una verdadera conquista gremial para el personal

⁵⁴ Valobra, Adriana. “La hidatidosis en Buenos Aires: salud, economía y política en el gobierno de Mercante (1946-1952)”. En: Panella, C. (Compilador), ...op. cit., Tomo II, 2006, p. 147.

médico a la vez que una responsabilidad de cara al ejercicio profesional frente a la comunidad.

La distribución de insumos estuvo contemplado en la ley n° 5318/48, que disponía la entrega de drogas, mercaderías, materiales y aparatos de uso médico quirúrgico por parte del Ministerio a los hospitales, salas de primeros auxilios o establecimientos de asistencia social municipales o sostenidos por mutuales y entidades benéficas en general. Un sustantivo aporte al mejor equipamiento de establecimientos sanitarios –provinciales, municipales y privados– fue la autorización dada al Poder Ejecutivo para invertir la suma de \$7.000.000 para la adquisición de 48 equipos de Rayos X y 101 ambulancias (ley n° 5366/48).

Con relación a la infraestructura sanitaria, a fines de 1951 el gobierno informaba que había llegado a las 274 obras distribuidas por todo el territorio bonaerense: 175 habilitadas; 49 terminadas en proceso de habilitación; 31 en ejecución; y 19 en estudio⁵⁵. De ellas, el mayor número correspondía a las Salas de Primeros Auxilios, 79; Unidades Sanitarias (pequeños hospitales con capacidad para 20/30 camas), 35; y la misma cantidad para los Centros de Higiene Materno Infantil⁵⁶. Particular interés gubernativo tuvieron estos últimos, que vertebraron la política sanitaria en relación al binomio madre-hijo, debido a que eran instituciones especializadas orientadas a la atención de la infancia más vulnerable, la que quedaba en manos de sus madres hasta el ingreso en la escolaridad. Eran además organismos de estudio e investigación de los problemas que planteaba la vida y la salud del niño a la vez que de educación y de acción médica y de higiene social tendiente a preservar la salud de la madre y sus hijos⁵⁷.

Una mirada somera de las principales obras habilitadas por el gobierno, además de las mencionadas numéricamente, ilustran la inversión de aquel en materia sanitaria. La ciudad de La Plata, capital de la provincia, fue de las más beneficiadas con obras de infraestructura. Así, en 1949 se inauguró el nuevo Pabellón de Traumatología, Ortopedia y Consultorios externos anexos al Hospital Policlínico, que se constituyó en el emprendimiento de mayor envergadura realizado por el gobierno, el cual brindó al cuerpo médico de todo el equipamiento necesario para ejercer las mencionadas especialidades.⁵⁸ En el mismo año se habilitó, contiguo al Hospital “San Juan de Dios”, el Instituto de Tisiología, para el tratamiento de patologías torácicas, dotado de Planta Baja y cuatro pisos⁵⁹. En 1950 sucedió lo propio con el Instituto Central de Odontología Infantil, para la atención de niños en las áreas de Dentistería, Ortodoncia, Sala de Rayos y Laboratorio Dental⁶⁰. También se inauguró

⁵⁵ Provincia de Buenos Aires. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Memoria 1950-mayo-1951* (en adelante *Memoria...*). La Plata, 1951, p. 24. Al año siguiente eran 210 obras las obras habilitadas.

⁵⁶ *Ibidem*, pp. 22-23.

⁵⁷ Valobra, A. “De cronopios y de famas’.....”, op. cit., pp. 149-150.

⁵⁸ *Informe ...*, op. cit., p. 33. En ese acto se impuso al Policlínico el nombre de “General José de San Martín” (*Memoria ...*, op. cit., p. 9).

⁵⁹ <https://ms.gba.gov.ar/sitios/hsanjuan/historia/>.

⁶⁰ <https://ms.gba.gov.ar/sitios/hbollini/historia/>. Al mismo se le asignó el nombre de “Eva Perón”, que fue suprimido en 1955 cuando el derrocamiento del gobierno peronista. En 1958 se le colocó el de “Dr. Adolfo Bollini”, que mantiene hasta la actualidad.

un nuevo y moderno edificio para el Instituto Biológico “Dr. Tomás Perón”, con laboratorios e instalaciones para la elaboración e investigación de sueros y vacunas⁶¹.

Otras obras de importancia fueron la habilitación del Hospital Psiquiátrico de Bahía Blanca en 1951, segundo en la provincia -que se sumaba al de Melchor Romero-, destinado a enfermos agudos; el Hospital Oftalmológico y Banco de Córneas de Avellaneda; la ampliación del Centro de Profilaxis y Tratamiento de Lucha Antituberculosa de Vicente López; y la inauguración de un nuevo edificio para el Instituto Cardiológico de San Isidro⁶².

Por lo expuesto, se produjo un natural aumento de las camas disponibles en establecimientos oficiales, que de 5119 existentes en 1946 pasaron a 8742 en 1951,⁶³ un incremento significativo por cierto. Otras estadísticas fueron igualmente auspiciosas: la mortalidad infantil, que en 1943 era de 64 por cada mil nacidos vivos, disminuyó a 50 por mil en 1951, cifra similar a la de la Capital Federal⁶⁴. Respecto de los fallecimientos por tuberculosis, que alcanzaba en 1943 a 71 por 100.000, ocupando el primer lugar de las causas de muerte, bajó en 1951 a 36,2 por 100.000, ubicándose en el séptimo lugar⁶⁵. Otras enfermedades también disminuyeron su incidencia en los habitantes de la provincia: la hidatidosis por caso, afectó a 440 personas en 1948 y a 106 en 1952;⁶⁶ y el alastrim, de 31 epidemias registradas en 1947, se observaron solo 3 en 1952⁶⁷.

El aumento de funciones y actividades por parte del Ministerio de Salud tanto como el incremento del número de establecimientos hospitalarios, conllevaron a un aumento del personal sanitario, administrativo y de maestranza, que pasó de 4.809 en 1946 a 11.544 en 1951, es decir que se duplicó con creces⁶⁸. También aumentó el presupuesto asignado al área de salud pública por el gobierno, de poco más de \$174.000.000 en 1946 a casi \$875.000.000 en 1951, aunque aquí debe considerarse la incidencia que tuvo la inflación; de hecho, el porcentaje que se le otorgó al rubro salud en el presupuesto provincial apenas se modificó: 10,38 % en 1946, 10,37 en 1948, 11,45 % en 1949, 11,29 % en 1950 y 11,45 % en 1951. Sólo aumentó en 1947, año de creación y consecuente organización del Ministerio, que fue de 16,28 %⁶⁹. Si se considera la incidencia de los sueldos del personal de aquel, entre 1947 y 1951 osciló entre el 55 y el 60% del total⁷⁰.

No obstante todo lo expresado hasta aquí, se hace necesario mencionar la contribución a la salud de los bonaerenses -que en los hechos se sumaba a la infraestructura hospitalaria provincial- proveniente tanto del gobierno nacional como de la Fundación Eva Perón (FEP). El aporte del primero se tradujo en la construcción de dos hospitales de gran tamaño, siendo uno de ellos el de Mar del Plata, hoy Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende”. El entonces Hospital Regional fue diseñado por la Secretaría de Salud Pública de

⁶¹ *Informe...*, op. cit., p. 35.

⁶² *Ibidem*.

⁶³ *Memoria...*, op. cit., pp. 12-13.

⁶⁴ *Informe ...*, op. cit., p. 35.

⁶⁵ *Ibidem*.

⁶⁶ Valobra, A. “La hidatidosis en Buenos Aires, ... op., cit., p.168.

⁶⁷ Valobra, A. “De cronopios y de famas....”, op. cit., p. 169.

⁶⁸ *Memoria...*, op. cit., p. 21.

⁶⁹ *Ibidem*.

⁷⁰ *Ibidem*, pp. 20-21. En 1946, antes de la creación del Ministerio, los salarios representaban el 78,21 del presupuesto de la Dirección General de Higiene.

la Nación, colocando la piedra fundamental el Dr. Ramón Carrillo en abril de 1948. En 1955 estaba terminado y equipado con tecnología de última generación, aunque recién fue inaugurado a fines de 1961, previo traspaso a la órbita provincial⁷¹. El otro establecimiento fue el Hospital de Clínica y Cirugía del Tórax, hoy Hospital Nacional “Prof. Alejandro Posadas”, ubicado en la localidad de El Palomar, partido de Morón. Pensado para atender a personas con afecciones pulmonares y respiratorias, especialmente las afectadas por tuberculosis, también fue proyectado y diseñado durante la gestión de Ramón Carrillo, época en que se comenzó a construir con materiales de primera calidad; fue inaugurado en 1958⁷².

Pero la mayor inversión en este tipo de establecimientos corrió por cuenta de la Fundación Eva Perón, que financió tres policlínicos “gemelos” en el sur del Gran Buenos Aires: el “Presidente Perón” de Avellaneda, inaugurado en 1951;⁷³ el “Evita” de Lanús (1952) y el “Eva Perón” de San Martín (1954). A modo de ilustración, una referencia a este último. El edificio, que era de hormigón armado y constaba de planta baja, subsuelo y cinco pisos altos, con pasajes y halls interiores con revestimiento de mármol, se levantaba sobre una superficie de 30.500 metros cuadrados. Al fondo, y hacia cada uno de los lados se ubicaban dos cuerpos separados, uno para depósito y garaje y otro con locales para velatorio y morgue. En la planta baja se encontraban 19 consultorios externos y la sala de guardia con un quirófano completo, además de las oficinas de la dirección y de la administración, la farmacia y el laboratorio general.

En el primer piso se situaban 5 salas de rayos X, 4 boxes para aplicaciones de rayos ultravioletas y 2 salas de roentgenerapia como también los consultorios de cardiología, oftalmología, odontología y boxes y salas de operaciones de otorrinolaringología y laboratorios de histopatología y endocrinología. Se completaba con una Aula Magna de 88 butacas y equipo de proyección para películas. En el segundo piso estaba la internación de clínica médica, dividida en salas con mamparas fijas para mantener alguna privacidad a los internados. También había locales para médicos y enfermeras, ropería, sanitarios y una capilla. En el tercer piso se encontraba la internación de clínica quirúrgica, dividida, como en el piso anterior, por sexos en sus dos alas y habitaciones para médicos y enfermeras más anexos. En el cuarto estaba la internación de ginecología con 35 camas, la maternidad con 14 de embarazadas –próximas a la sala de partos- y 30 camas para púerperas, cerca de las cuáles estaba la nursery. Se completaba el piso con el espacio de pediatría, en la cual las salas para niños contaban con decoración acorde. En el quinto se hallaban las salas de operaciones: dos quirófanos, salas de fracturas y ortopedia, de operaciones sépticas, locales de esterilización instrumental, rayos X y locales anexos para médicos y enfermeras. El total de camas del hospital era de 500 y el costo total alcanzó los \$ 60.000.000⁷⁴. El detalle

⁷¹ Cfr. Zagorodny, Ana. “Arquitectura para la salud en la década peronista, 1946-1955. El caso de la ciudad de Mar del Plata”. En: *I Congreso de Estudios sobre el peronismo. Red de Estudios sobre el Peronismo*. Mar del Plata, UNMdP, 2008 (<https://redesperonismo.org/articulo/arquitectura-para-la-salud-en-la-decada-peronista1946-1955-el-cas-de-la-ciudad-de-mar-del-plata>).

⁷² <https://www.argentina.gob.ar/salud/hospital-nacional-posadas/inst...>

⁷³ En el mismo, donde se encontraba internada, votó por primera y única vez Eva Perón el 11 de noviembre de 1951.

⁷⁴ Algranati, Ricardo y Siede, Liliana V. (Compiladores). *Hospital Eva Perón. Una experiencia sanitaria*. Buenos Aires, Instituto Cultural de la Provincia de Buenos Aires/Ediciones Ciccus, 2006, pp. 108-110.

explicitado da una idea de la magnitud de la inversión realizada y de la calidad del servicio médico que prestaban este tipo de instalaciones hospitalarias. Otro aporte de la FEP fue la construcción del Policlínico “22 de agosto”, ubicado en la localidad de Ezeiza, inaugurado en 1950.⁷⁵

A modo de conclusión

Una aproximación general a la política sanitaria del gobierno justicialista de Domingo A. Mercante, en consonancia con la llevada a cabo por el nacional, permite observar, por un lado, que la salud era considerada un derecho de todos los habitantes; por el otro, que debía ser el Estado el encargado de garantizar el cumplimiento del mismo. Debe resaltarse sin embargo, que esta no constituía una convicción exclusiva de la dirigencia peronista, sino que era compartida por el radicalismo. Como sucedió en el debate sobre la creación del Ministerio de Salud provincial, oficialistas (laboristas y radicales renovadores) y opositores (radicales) coincidieron en este punto, de allí el apoyo de estos últimos a la iniciativa de los primeros. Otra creencia compartida por los legisladores bonaerenses fue la necesidad de unificar la autoridad del área de salud, su jerarquización, ordenamiento, racionalización y coordinación para prestar el mejor servicio posible a los habitantes de la provincia. En este sentido, el gobierno impulsó, en forma paralela, una completa legislación de carácter asistencial, curativo y preventivo, a la vez que un vasto plan de infraestructura hospitalaria, todo lo cual permitió una notable expansión de la capacidad de asistencia pública.

Visto en perspectiva, el balance de la política sanitaria mercantiana puede meritarse como positivo, con mejoras concretas para la salud de la población bonaerense, aún con las insuficiencias que se le pudieran achacar, como el presupuesto asignado al área, los efectos de la inflación –que complicó los plazos de las construcciones- o también una disminución de la inversión producto de la crisis económica nacional de los años 1951-52, que por cierto repercutió en la provincia. No obstante ello, la acción sanitaria del gobierno llegó a todos los rincones del extenso territorio con la habilitación de unidades sanitarias y asistenciales pequeñas y medianas. Y si bien primó una impronta discursiva estatista, de ningún modo el gobierno avanzó sobre la jurisdicción de los hospitales y centros de salud de carácter municipal o privado, que continuaron siendo apoyados a través de subsidios y equipamiento.

Un párrafo merecen los aportes en materia de construcciones hospitalarias de grandes dimensiones propuestas por la Nación y la FEP en territorio bonaerense, que en parte al menos parecen haber correspondido a las tensiones existentes entre el Ministerio de Salud de la Nación y la FEP, a partir de que esta última, con un presupuesto apreciable, llevó adelante un plan de construcciones hospitalarias, educativas y de asistenciales que abarcó todo el territorio nacional. Más allá de ello, y de que la acción del gobierno provincial en esta materia

⁷⁵ Para más información sobre las obras de la Fundación en materia de salud, consúltese Stawski, Martín E. *Asistencia social y buenos negocios. Política de la Fundación Eva Perón, 1948-1955*. Buenos Aires, Imago Mundi, 2009, pp. 98-108.

no avanzó en la construcción de hospitales de esa magnitud, lo cierto fue que los principales beneficiados de dichas realizaciones fueron los propios bonaerenses.