

## XVI JORNADAS INTERESCUELAS/DEPARTAMENTOS DE HISTORIA

Mesa N°: 81

**Saberes, salud y políticas públicas en Argentina y América Latina (siglos XIX-XX)**

**TÍTULO: La estructuración del sistema de salud en una región de frontera. La política de salud de Misiones. 1960–1962**

**Autor:** Dávalos, Gabriel Arturo<sup>1</sup>

**Contacto:** gabrieldavalos00@gmail.com

**Pertenencia institucional:** Centro de Estudios Históricos – Secretaria de Investigación Postgrado – Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales – Universidad Nacional de Misiones.

**PALABRAS CLAVES:** \*SALUD PÚBLICA \*GOBIERNO PROVINCIAL \*MISIONES

### **RESUMEN:**

La provincialización de Misiones (1953), posibilitó, en el año 1955, el desarrollo de las primeras elecciones para gobernador que resultaron en el triunfo de Claudio Arrechea; sin embargo, el mandato de éste resultó sumamente breve, a causa del golpe de estado nacional perpetrado en Septiembre del mismo año. El nuevo escenario nacional implicó el nombramiento de Interventores Federales como máxima autoridad provincial; estas figuras, designadas y dependientes del Poder Ejecutivo Nacional, desarrollaron una gestión directamente mediada por las directivas nacionales.

En el ámbito de gestión de la salud pública, las administraciones se ejercieron bajo las influencias directas de las corrientes nacionales de atención de la salud; resultando en ocasiones que no se tuviese en cuenta el contexto particular de la población situada en una región de frontera.

El escenario se mantuvo invariante hasta el año 1960, fecha en que asume el segundo gobernador de Misiones, Cesar Napoleón Ayrault. Su gestión, se diferenció de sus predecesoras en que: por un lado, la máxima autoridad provincial fue elegida por la población local, reduciendo parcialmente las restricciones de participación política; por otro lado, implicó además, el despliegue de una perspectiva y accionar desde el estado provincial con mayor énfasis en lo local y regional, aunque no del todo libre de los lineamientos de las autoridades nacionales.

Estos hechos, nos llevan a reconocer que la primera experiencia efectiva de un gobierno democrático inicia con la gestión de Ayrault. Por lo que, analizamos la organización del sistema de

---

<sup>1</sup> Estudiante de grado de Lic. En Historia. Becario CIN y auxiliar de Investigación en el proyecto “Relaciones de Poder: Misiones como Problema Historiográfico, entre lo Local y lo Regional”.

servicio de salud pública de la provincia de Misiones entre 1960 y 1962; a partir de la conformación/modificación de la estructura e instituciones existentes, en función de las corrientes nacionales orientadas a la atención de la salud.

Finalmente, analizamos decretos, resoluciones y discursos oficiales, referidos a la atención de la salud pública, que den cuenta de la acción y propósito estatal en función de los cambios institucionales; a fin de caracterizar el enfoque que se promovió desde el estado provincial respecto de la atención de la salud en una región de frontera.

### **La estructuración del sistema de salud en una región de frontera. La política de salud de Misiones. 1960–1962**

La moderna provincia de Misiones cuenta sus orígenes institucionales a mediados de la década del 50, del pasado siglo XX; el proceso de provincialización, concretado en 1953, conllevó fundamentalmente dos líneas de acción. La primera, administrativa/funcional, focalizó en la estructuración del sistema; buscando que, el mismo se constituya en un organismo autónomo del Poder Ejecutivo Nacional. La otra, político/social, concretó la dignificación de los habitantes del territorio, rescindiendo para los mismos la categoría de habitantes de segundo orden; y, habilitando además, el derecho de elección de las propias autoridades. Estos hechos, reestructuración administrativa/funcional, elección de autoridades y representantes legislativos, posibilitaron la elaboración de legislaciones y programas gubernamentales basados en un mayor conocimiento del ámbito local/regional<sup>2</sup>.

Administrativa y socialmente, el objetivo central fue otorgar a los misioneros de herramientas más robustas para el ejercicio de la política y la administración. En ese sentido, la Convención Constituyente de 1953 y la sanción de la Constitución al año siguiente; así como el llamado, y realización, de las primeras elecciones para gobernador en el año 1955 obedecieron a dicha propuesta.

Sin embargo, el golpe de estado de 1955 y la posterior intervención de la provincia con la consecuente supresión de derechos<sup>3</sup> se tradujeron en un impedimento, para la participación política de la población. No obstante, desde el aspecto administrativo el periodo 1955 – 1958 evidenció importantes avances en materia de estructuración de la provincia; en gran medida debido a que, a

---

<sup>2</sup> Hasta esa fecha, la mayoría de los interventores nombrados fueron foráneos del territorio

<sup>3</sup> La derogación de la Constitución Nacional, implicó directamente la derogación de la Constitución Provincial Misionera.

pesar de las derogaciones de las Constituciones (Nacional y Provincial), el status de Misiones como provincia se mantuvo, obligando así, a dotarla de una estructura administrativa acorde.

En el ámbito de la salud, las sucesivas gestiones se caracterizaron, por mantener cierta continuidad con algunos lineamientos de la corriente sanitaria precedente<sup>4</sup>; y, en fomentar/reinstalar una concepción tutelar hacia sectores menos favorecidos, impulsando cierta profesionalización de la atención. Puntualmente, las administraciones del periodo en cuestión, mantuvieron la perspectiva de las enfermedades como un mal social; a la vez que, desarrollaron una visión de servicio y gestión respecto de la atención de la salud pública.

En este sentido, resulta ejemplificador el decreto 192 del año 1957 por medio del cual se procedió a la creación de las Escuelas de auxiliares de Técnicos de la Medicina<sup>5</sup>; el mismo, consideró “...*que las nuevas formas del ejercicio de la profesión médica impone con carácter de ineludible la existencia personal técnico auxiliar de la medicina, los que cumplen una fundamental función en todos los actos que el ejercicio de la profesión determina...*” (Sic). La norma, conllevó así, a la institución de las: “Escuela de Auxiliares Técnicos de la Medicina”, “Escuela de Visitadores de Higiene Social”, y “Escuela de Enfermeros”.

Desde la normativa se fundamentó además, respecto de la importancia de estas escuelas de formación al afirmar que “... *no es lo mismo hablar del drama de las clases populares emergente de su condición de vida pobre, que conocer sus hogares, sus conflictos familiares, sus dolores y miserias y ayudarlos a corregir sus errores, enseñándoles a elegir el camino que la ciencia señala y traer después sus problemas para que los mismos sean debatidos por los sectores que tienen la responsabilidad de darles solución*”<sup>6</sup>(Sic).

La cita permite distinguir los dos aspectos de la perspectiva del gobierno, por un lado, la concepción tutelar desde el estado a través de los profesionales hacia las poblaciones de menores recursos económicos; y, por el otro, la concepción sanitarista de la salud, por cuanto las acciones estatales debían ser orientadas hacia la sociedad y hacia su medio ambiente con el objetivo de promover y proteger la salud pública.

Al finalizar el periodo descrito, Misiones contaba con un centralizado organismo máximo de salud (Dirección General de Salud Pública), complementado con escuelas de auxiliares de

---

<sup>4</sup> La corriente sanitarista nacional, orientó la atención en estrecha relación con la prevención y capacitación de las personas respecto del cuidado de su propia salud; priorizó además, el cuidado de los sectores tradicionalmente postergados: mujeres, niños y ancianos. En ese sentido, se mostró como superadora de paradigmas precedentes (Higienismo) de atención de la salud pública; pues, pasó a considerar a las enfermedades como un problema social. Reconociendo a las personas como víctimas de los males; y, al estado como el responsable de subsanarlos.

<sup>5</sup> Decreto-Ley N° 192/57 AGGM B.O. 1957 T I f 353-355

<sup>6</sup> Ídem

medicina, un esquema organizativo de distribución sanitaria de la provincia por zonas, y lineamientos generales para focalizar y direccionar los esfuerzos en materia sanitaria.

En 1958, el fin del gobierno de facto a nivel nacional implicó el despliegue de un nuevo paradigma económico; que afectó igualmente la administración de otros aspectos de la vida social, como la salud o la educación. A través de la gestión del presidente Frondizi, el Desarrollismo hizo gradualmente sentir la aplicación de sus lineamientos, que en el ámbito de la salud se tradujeron principalmente en la búsqueda de la profesionalización de la atención de la salud.

En Misiones, se pueden distinguir dos etapas en relación al mencionado paradigma, la primera correspondiente a las administraciones a cargo de los interventores federales (1958 – 1959). Las mismas, se abocaron a la organización de la “Gran empresa de Salud”<sup>7</sup>, por medio de una política que se orientó a la incorporación de tecnología y a la profesionalización de la atención; y, que sin embargo no implicaron importantes modificaciones en la estructura funcional/administrativa.

El siguiente periodo, inició a partir del 01 de Mayo de 1960, con la asunción de Cesar Napoleón Ayraut como gobernador electo de la provincia; si bien, el acceso al poder se produjo a través de elecciones cuasi-democráticas<sup>8</sup>, lo cierto es que, abrió la posibilidad del desempeño de un gobierno con mayor libertad de acción respecto al Poder Ejecutivo Nacional.

Naturalmente, la finalización de las intervenciones federales, implicó la gradual reinstalación del sistema democrático provincial; por lo cual, primeramente, la administración Ayraut se orientó a consolidarlo junto con las instituciones estatales. En la búsqueda del fortalecimiento del sistema, se realizó la convocatoria a elecciones para todas las municipalidades “...para el segundo Domingo del mes de Abril de 1961”<sup>9</sup>(sic), es decir, para el 09/04/1960; y, cuyo fundamento se sustentó en “...la necesidad de reintegrar los municipios a la vida institucional de la provincia dando al pueblo la posesión de sus derechos políticos, para que por intermedio del sufragio constituyan los organismos que serán fiel voluntad popular.”<sup>10</sup> (Sic).

La transcripción documental nos permite reconocer dos ejes de acción considerados desde la gestión estatal, por un lado, la recuperación y articulación institucional de los distintos niveles gubernamentales; y, por otro, la revalorización de la participación y el ejercicio de los derechos políticos de la ciudadanía. Se abrió así, la posibilidad de un posicionamiento con mayor dinamismo institucional-gubernamental, que habilitó algunas acciones en materia de salud; las cuales, en líneas

<sup>7</sup> Gómez Paz, José. “La Política de Salud en el desarrollismo” (En: Revista de la Asociación médica Argentina, Vol. 121, Numero 4 de 2008, 2008)

<sup>8</sup> Al igual que lo ocurrido en la esfera nacional, la elección de autoridades se llevó a cabo a base de la proscripción del peronismo.

<sup>9</sup> Decreto N°1577/60. AGGM B. O. 1960 T VII f 119-121

<sup>10</sup> Ídem

generales, serían pequeñas modificaciones a las estructuras precedentes. En cierta medida, el programa de gobierno buscó resolver las problemáticas haciendo uso del conocimiento del entorno socioeconómico y cultural del que era parte, orientando la continuidad de las políticas anteriores y de cierta innovación administrativa<sup>11</sup>.

En ese sentido, en materia de gestión/atención de la salud pública, podemos distinguir cuatro líneas generales, en las que se engloban las diversas actividades de la gestión Ayrault: Construcción/Refacción de Centros para atención de la Salud; Re-estructuración de los organismos administrativos; Convenios y Actividades Eventuales; y Capacitación del personal.

La construcción o refacción de los centros para atención de la salud, se realizaron por dos sendas, una puramente estatal; en la cual, se produjeron las obras en base a las planificaciones gubernamentales (en algunos casos argumentados como pedido de los habitantes). Y la otra, evidencio una mayor coordinación con los ciudadanos de las localidades/parajes interesados; en cuyo caso, implicó las más de las veces inversiones, donaciones o préstamos por parte de los vecinos.

Respecto a la primer vía, nos referimos a él PLAN DE OBRAS PUBLICAS E INVERSIONES<sup>12</sup>, sancionado a mediados del año 1961, en el que se procedió a una redistribución de las inversiones destinadas a infraestructura. En consecuencia, del total de 309.766.000 de pesos (moneda nacional), distribuidos en 17 rótulos, 30.140.000 correspondieron a obras de “*Sanidad*”; es decir, poco menos del 10% del total previsto, distribuido, a su vez, en 10 unidades sanitarias (ver cuadro 1).

La inversión en infraestructura sanitaria se ubicó solo por detrás de los Ítems “*Educación*” (45.300.000) y “*Energía*” (38.500.000); sin embargo, al observar los apartados “*Refacción de Comisarias y Salas de Primeros Auxilios*” (3.500.000), y el de “*Préstamos a Instituciones Varias*”<sup>13</sup> (33.710.000), resulta que la inversión en infraestructuras de salud fue mayor que la detallada en el ítem correspondiente.

---

<sup>11</sup> Aguilar Villanueva, Luis F. “El Estudio de las Políticas Públicas” (Porrúa, Obregón, México. Grupo Editorial Miguel Ángel, 1992)

<sup>12</sup> Decreto N° 2100/61 AGGM B.O. 1961 T VI f 120

<sup>13</sup> Incluye a Cooperativas, Municipalidades, Comisiones de Fomento, otros; además de préstamos estimados en ser reintegrados al ejercicio, a instituciones como INSt Prov. de la Vivienda

**Cuadro 1**

Créditos para ejecución de Obras de Sanidad. Periodo 1960/61	Monto (\$)
30) Unidad sanitaria Posadas	300.000
31) Unidad sanitaria San Antonio	400.000
32) Unidad sanitaria El Soberbio	370.000
33) Unidad sanitaria Candelaria	220.000
34) Unidad sanitaria de Paranay	250.000
35) Unidad sanitaria de Panambi	400.000
36) Hospital 30 camas de L.N. Alem	5.000.000
37) Hospital 30 camas de L.G.S. Martin	5.000.000
38) Hospital 30 camas de A. del Valle	5.000.000
39) Hospital 120 camas de El Dorado	12.000.000
40) Refacción de Hospital Madariaga	1.200.000
Total	30.140.000

Fuente: Elaboración Propia, en base a Dto. N° 2100/61

Respecto a la otra vía para la instalación de puestos sanitarios, esta se inició principalmente en las solicitudes y acuerdos con los vecinos para la construcción o arreglos de Salas de Primeros Auxilios; las tratativas de estos acuerdos, mayoritariamente, fueron evaluadas y articuladas en la Cámara de Representantes.

Un caso ilustrativo es el de la resolución producida en la Sesión del 27 de Octubre de 1960<sup>14</sup>; la misma detallaba la necesidad, y el pedido, de los habitantes de seis localidades para la instalación de Salas de Primeros Auxilios. Fundamentando que *“nuestra provincia en el aspecto sanitario, se encuentra muy lejos de llenar las necesidades de la población. La carencia de personal, las grandes distancias, la falta de medicamentos, son factores que entorpecen la extensión de los servicios médicos a toda la población.”*<sup>15</sup>; se daba lugar a continuación, a señalar las condiciones de cada una de las localidades: 1) Paraje Cien Hectáreas, en Oberá, no contaba ni con el edificio ni con el terreno para funcionamiento de la sala; 2) Novena sección del ejido municipal de Campo Ramón, contaba con el terreno, aunque no así con las instalaciones; 3) Profundidad, poseía una sala, pero funcionaba precariamente, y el personal concurría desde más de 15 km; 4) en el caso de Garuhape, una compañía privada había cedido el terreno y el edificio, solo esperaba su habilitación y puesta en funcionamiento; 5) Puerto Rosario, en Colonia Nueva, igual que en el caso anterior, contaba con el terreno y el edificio, solo se esperaba la habilitación y puesta en funcionamiento; y 6) El Soberbio, de momento clausurada para su reparación.

<sup>14</sup> DSHCDM 75ª Reunión – 50ª S. Ordinaria

<sup>15</sup> Ídem

El debate en la sala no tuvo mayores discrepancias, por cuanto la mayoría de los pedidos facilitaban algunos medios para la instalación de los centros de atención; por ello, el dictamen concluyo que *“frente a ese panorama... señalado se hace urgente la creación y habilitación de estos servicios en las localidades mencionadas, por cuyo motivo la comisión aconseja la sanción de los seis proyectos que ha despachado.”*. Por lo cual los seis proyectos son aprobados sin objeciones y remitidos al poder Ejecutivo para su implementación.

El mecanismo más empleado, para el desarrollo de las obras de este tipo fue el uso de los convenios suscriptos entre el Gobierno provincial y las municipalidades o instituciones responsables; como ser el que se suscribió con la Cooperativa de Colonización Argentina Limitada con fecha 10 de Marzo de 1961<sup>16</sup>, para la instalación de la Sala de Primeros Auxilios en Garuhape. En el acuerdo, se detalló que la cesión del terreno seria en forma precaria, reservándose la entidad la facultad de inspeccionar periódicamente el local; aunque, se comprometía a *“garantizar para una persona de enfermería de vivienda en la zona donde se halla instalado el local para la sala”*. De igual modo, la compañía cedería instrumental médico que según refería el contrato seria detallado en un inventario que figura por separado.

Sin embargo, no todos los proyectos, de creación o mejoramientos de centros de atención de salud, tenían una pronta respuesta, o solución definitiva; como fueron los casos de los proyectos de creación de una Sala de Primeros Auxilios en el paraje San José del Municipio de Gdor. Roca<sup>17</sup>, y el de creación de otra similar en el municipio de General Urquiza<sup>18</sup>.

En el caso del primero, el fundamento principal se cimentó en la base de que *“El paraje San José del Municipio de Gobernador Roca es un centro urbano que se acrecienta día a día y por ello se hace necesario contar con una Sala de Primeros Auxilios.”*, ya que *“Los pobladores de dicha zona, se ven imposibilitados de una rápida atención sanitaria en casos de suma urgencia, debiendo recurrir al Hospital particular de Gobernador Roca.”*

En el caso del municipio de Gral. Urquiza, el pedido fue realizado de manera más estructurada y detallada; sosteniendo que *“el edificio deberá ser construido dentro de las posibilidades económicas conforme a los planes oficiales de construcción de establecimientos de esta naturaleza”*. Proseguía determinando que se debería *“otorgar un subsidio de cien mil pesos moneda nacional, con destino a la construcción”*; y, finalmente instituía que *“el ministerio de asuntos sociales por intermedio de la dirección general de salud pública deberá proveer del instrumental quirúrgico y el personal necesario”*.

---

<sup>16</sup> Decreto N° 509/61 AGGM B.O. 1957 T III f 11-12

<sup>17</sup> DSHCDM 12ª Reunión – 3ª S Ordinaria

<sup>18</sup> DSHCDM 37ª Reunión – 19ª S. Ordinaria

El elemento en común de ambos proyectos, fueron básicamente de las mismas características; el argumento principal rondo en torno a las posibilidades de desarrollo de la población, así como también a que facilitaría el acceso de zonas aledañas. Pero en ni un momento hizo referencia a cuestiones de precariedad, necesidad, o urgencia; de igual modo, tampoco se hizo notar algún tipo de funcionamiento, atención previa o colaboración de residentes locales para la concreción de los mismos. Circunstancias que, en definitiva, pudiesen dar cuenta de que los proyectos, aunque informalmente, ya estaban iniciados.

Así es que, ateniéndonos exclusivamente a las fuentes documentales, podemos discernir que los argumentos de urgencia así como la colaboración de residentes locales favorecían la instalación o mejoramiento de centros de atención de la salud en las zonas periféricas de la provincia.

El análisis de las medidas de re-estructuración de los organismos para la atención de la salud en la gestión Ayrault, nos permite agruparlos en tres conjuntos: lo que concluyeron procesos iniciados antes de su gestión, como la aprobación del reglamento del “Departamento de Lucha Antituberculosa”; los de re-estructuración propiamente dicha, como los cambios de jerarquías de las distintas dependencias; y la creación de nuevas instituciones, como la del Instituto Antirrábico Provincial. No es posible definir un momento específico en que se producía un tipo de modificación u otra; en realidad ocurrieron en distintos espacios y en ocasiones en forma simultánea.

Respecto a los procesos iniciados, podemos mencionar la aprobación del reglamento del “Departamento de Lucha Antituberculosa”<sup>19</sup>, y el de “Vuelos sanitarios de los aviones del Gobierno de la provincia”<sup>20</sup>. El primero, especificaba la composición y funciones del organismo; estableciendo que *“será su función primaria, la lucha preventiva contra la enfermedad...”*. Además, en referencia explícita al Decreto-Ley N° 1149 del año 1959, en el cual *“se declara la tuberculosis enfermedad de denuncia y tratamiento obligatorio, en todo el territorio de la provincia”*, focalizaba en la necesidad de mantener una política que atienda a resolver la mencionada problemática.

El reglamento para los vuelos sanitarios, se fundaba en el amplio uso que se hacía de los mismos; debido, principalmente a la precariedad o inexistencia, de caminos entre las distintas localidades. En ese sentido, la norma establecía ciertas prioridades como que *“los aparatos serán destinados a la evacuación de heridos o enfermos graves, pero no así los que padezcan enfermedades infectocontagiosas”*; además *“al existir líneas aéreas regulares a la Capital Federal, los vuelos darán prioridad a los pacientes que no puedan viajar sentados”*. El costo del viaje fue estipulado como gratuito, siempre que el paciente presente un certificado de pobreza; finalmente, el

---

<sup>19</sup> Decreto N° 1297/60 AGGM B.O. 1957 T V f 57-61

<sup>20</sup> Decreto N° 1634/60 AGGM B.O. 1957 T VI f 194-197

traslado era realizado sin acompañantes puesto *“que en los vuelos ya se dispone de enfermera que atendería las necesidades del paciente”*.

La particularidad de este tipo de normativas es que se concretaban para completar procesos previos y, a la vez, se hacían atendiendo a futuras modificaciones del sistema; especialmente atendiendo al gradual desarrollo y aumento de las actividades sanitarias.

Efectivamente, la demanda respecto a las atenciones, llevaron a la administración a una obligada modificación de determinados organismos; como ocurrió con la conversión del Departamento de Odontología en “Dirección de Odontología de la Provincia”<sup>21</sup>. En la fundamentación del Decreto N°230/60 se afirmó que *“...la amplia acción desarrollada... en la casi totalidad de las localidades..., se ha hecho acreedor de a una mayor desenvolvura económica y administrativa... lo atestigua la circunstancia de mantener numerosos consultorios a cuyo frente se halla un nutrido grupo de odontólogos... se hace necesario dotar al mismo de una jerarquía funcional”*<sup>22</sup>.

La situación descripta, fue experimentada por la mayoría de las áreas de atención de la salud de la provincia; constituyendo, uno de los argumentos para la re-estructuración de la Dirección General de Salud Pública (DGSP). Para ello, a comienzos del año 1961 se comisiono al director de la DGSP, el DR. Miguel Beltrán, a fin de que proceda al estudio *“de las relaciones actuales entre la Nación y la Provincia, en lo que respecta al funcionamiento de los Centros Asistenciales existentes en el territorio de esta última, así como también al reordenamiento de la Dirección General de Salud Pública y Asistencia Social”*<sup>23</sup>; la referencia respecto a las “relaciones entre la Nación y la provincia” obedecía a las tratativas que en el momento se estaban manteniendo respecto al acuerdo de un plan de salud para la provincia.

Consecuentemente, el 22 de Mayo de 1961, se creó la Subsecretaria de Salud Pública y Asistencia Social<sup>24</sup>; a cuyo frente se designó al Dr. Herberto M. Armada, quien había sido además el Jefe de la Campaña de Vacunación antivariólica en toda la provincia. Si bien en uno de los considerandos de la normativa se argumentó que *“las necesidades determinadas por la dinámica impuesta por el desarrollo económico y cultural de la provincia inciden directamente sobre el Ministerio de Acción Social, Salud Pública y Educación que actúa con la colaboración de una sola Subsecretaria”*<sup>25</sup>; lo cierto es que, en gran medida, la medida fue determinada a raíz del convenio “PLAN INTEGRAL DE SALUD PÚBLICA PARA LA PROVINCIA DE MISIONES”.

---

<sup>21</sup> Decreto N°230/60 AGGM B. O. 1960 T I f 293

<sup>22</sup> Ídem

<sup>23</sup> Decreto N° 47/61 AGGM B. O. 1960 T I f 60

<sup>24</sup> Decreto N° 1541/61 AGGM B. O. 1960 T III f 48-49

<sup>25</sup> Ídem

En efecto, uno de los apartados de este último, refirió a la transferencia de determinadas instituciones nacionales a la órbita provincial<sup>26</sup>; lo cual, hizo necesario garantizar una mayor eficacia en el funcionamiento de la DGSP.

El resultado final del adecuamiento orgánico/funcional fue: el mismo Ministerio de Acción Social, Salud Pública y Educación, compuesto ahora por dos Subsecretarías; “Salud Pública y Acción Social” y “Educación, Previsión Social y Turismo”. La composición de los nuevos organismos quedó determinado de acuerdo a las funciones específicas de cada uno. Quedando así, la “Dirección General de Salud Pública y Asistencia Social” y la “Dirección de Acción Social” en la órbita de la primera; y, las Direcciones de Turismo, de Cultura y de Deportes en la esfera de la segunda.

Finalmente, en lo referente a creación de organismo, un apartado especial merece la creación del ya mencionado Instituto Antirrábico Provincial; el mismo, a diferencia otros organismos, surgió como respuesta a una problemática local. Su concreción, no se debió a la influencia y/o determinación directa de reglamentaciones exteriores; tampoco implicó la reconversión de entidades ya existentes. El hecho fundante fue el registro de más de 300 casos de mordeduras de perros presumiblemente infectados con la enfermedad; y, el fallecimiento de un niño que presentaba los mismos síntomas.

No obstante, las características de surgimiento del organismo, las mismas no determinaron una metodología de trabajo independiente o anárquica. Sino que, por el contrario, entre las atribuciones se estableció que además de coordinar la lucha contra la rabia en toda la provincia; y, establecer un registro general, debía “... seguir las directivas que sobre el particular impartan los organismos centrales (*Instituto Nacional de Microbiología, Dirección de Enfermedades transmisibles del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, Instituto Nacional Pasteur, etc.*);<sup>27</sup>”, buscando así una más efectiva y rápida solución a las problemáticas.

En esa misma estrategia de coordinación con organismos nacionales es que se aprobó el convenio “**PLAN INTEGRAL DE SALUD PÚBLICA PARA LA PROVINCIA DE MISIONES**”,<sup>28</sup> suscrito entre la Nación y la Provincia; y que, derivó, para esta última, en una de las mayores transformaciones del período estudiado.

Para su fundamentación, el acuerdo incorporó la definición de salud de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud; en tanto estableció que “*salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad*”. La normativa, prosiguió

---

<sup>26</sup>La cláusula refería a la mayoría de los centros de; sin embargo; incluía a los establecimientos educativos, los cuales, si bien todavía estaban en análisis, constituirían el grueso de la transferencia.

<sup>27</sup> Decreto N° 1572/60 AGGM B. O. 1960 T IV f 109-112

<sup>28</sup> Decreto N° 974/61 AGGM B. O. 1960 T II f 266

afirmando que para el desarrollo de un programa de salud se debe conocer como está constituida la población, donde y como vive; y en ese sentido, *“Las actividades sanitarias deben ser planificadas con la participación de la comunidad”* y como resultado *“La política sanitaria en materia de salud debe ser orientada hacia la protección, fomento y reparación de la misma”*.

Las bases del convenio reconocieron y otorgaron libertad de desempeño para los organismos provinciales; atendiendo a los conceptos de centralización normativa y descentralización ejecutiva regional. Permitiendo así, reconocer la particularidad de cada comunidad.

En la búsqueda de un óptimo rendimiento, el programa de ejecución se dividió en 4 secciones: “Protección de la Salud”, la cual incluyó las medidas de saneamiento, de previsión y control de enfermedades; “Fomento de la Salud”, que concentró las temáticas referidas a la Higiene (materno-infantil y de adultos), y Odontología; “Reparación de salud”, puntualizó, específicamente la atención médica (consultorios externos); y, finalmente “Funciones Generales”, en la cual se incluyeron todas las actividades complementarias o de planificación como ser Estadística, Educación Sanitaria, Laboratorio, Asesoría Legal y Servicios Administrativos.

Sin embargo, la espina dorsal del convenio lo constituyó la transferencia de los establecimientos nacionales a la jurisdicción provincial; a cambio del compromiso de la Nación de aportar los recursos y asesoría/capacitación para los profesionales provinciales. Cláusula que derivó en la reconversión de la DGSP en Subsecretaría de Salud Pública y Asistencia Social.

Finalmente, el espectro de medidas se complementa con las de tipo contingente y/o circunstanciales; como lo fueron las compras eventuales de equipamientos y las designaciones del personal para capacitaciones. Ambas respondían al objetivo de mejorar la atención por medio de la profesionalización y la tecnificación.

Las compras rutinarias de medicamentos e insumos, si bien hacen referencia a ciertas demandas de la población, no permiten distinguir nítidamente un cambio estructural de envergadura; en cambio, las compras eventuales, especialmente las de equipamientos, permiten dar cuenta de un reordenamiento de los organismos de salud. En ese sentido, se enmarcan las licitaciones para adquisición de instrumental quirúrgico (\$350.000)<sup>29</sup>; para la sala de rayos X (\$170.380)<sup>30</sup>; los destinados a otorrinolaringología (\$500.000)<sup>31</sup>; y los elementos para servicios de anatomía patológica y laboratorios de análisis clínicos (\$777.633,74)<sup>32</sup>.

---

<sup>29</sup> Decreto N° 868/60 AGGM B. O. 1960 T III f 179

<sup>30</sup> Decreto N° 869/60 AGGM B. O. 1960 T III f 180

<sup>31</sup> Decreto N° 870/60 AGGM B. O. 1960 T III f 181

<sup>32</sup> Decreto N° 1587/60 AGGM B. O. 1960 T V f 136-137

Las cifras y el destino de los aparatos, dan cuenta de que se trató de equipamientos que requerían de un mínimo manejo profesional; lo que necesariamente redundó en la necesidad de contar con personal altamente capacitado. Al respecto, se destacan la promoción, financiamiento y designaciones para asistencia a cursos específicos<sup>33</sup>; como los que, implicaron una coordinación con los organismos nacionales<sup>34</sup>.

## CONCLUSIÓN

La gestión de Ayrault, respecto de las inmediatas gestiones anteriores, al ser analizada desde el conjunto de normativas en relación a la defensa y puesta en práctica de los derechos políticos, evidenció una política de discontinuidad; que, instituyó un marco democrático de administración y gobierno. Al ser observada desde la trayectoria de creación y fomento de las instituciones de salud, demostró, en cambio, una política de continuidad, por cuanto se observó las acciones se orientaron a sostener estructuras y normativas vigentes.

En ese sentido, las creaciones de organismos e instituciones como la Dirección Odontológica Provincial o el Instituto Antirrábico Provincial; y la regulación de determinadas actividades completaron el espectro de acciones orientadas a fortalecer la estructura sanitaria. Por otra parte, el desarrollo de un gran número de actividades eventuales, entre las que se hallaron la designación de personal para asistencia a congresos; fueron complementarias de las medidas estructurales, y apuntaron a una especialización profesional, a mediano y largo plazo.

Finalmente la creación de la “Sub-secretaría de Salud Pública y Acción Social”, término afianzando el conjunto de medidas en la estructuración del sistema sanitario provincial. Finalmente la finalización abrupta del gobierno por causa del nuevo golpe de estado producido a nivel nacional, el 24 de Abril de 1962, que desarticuló totalmente la agenda institucional planificada en el ámbito provincial.

---

<sup>33</sup> Decreto N° 1773/60 AGGM B. O. 1960 T VIII f 25; Decreto N° 1769/60AGGM B. O. 1960 T VIII f 21

<sup>34</sup> Decreto N° 1782/60 AGGM B. O. 1960 T VIII f 35

## **Fuentes**

Archivo General Gobernación de Misiones. Boletines oficiales años. 1953, 1954, 1956, 1957, 1958, 1960, 1961, 1962.

Diario de Sesiones de la Honorable Cámara de Diputados de la Provincia Misiones. Años 1960, 1961, 1962.

## **Bibliografía**

- ❖ Arias Bucciarelli, M. y Jensen, S., La historiografía de los Territorios Nacionales: un campo en construcción, (En: Anuario del Centro de Estudios Históricos «Prof. Carlos S. A. Segreti» Córdoba (Argentina), año 8, n° 8, ISSN 1666-6836, 2009), 183-200.
- ❖ Abínzano, Roberto C., Regiones de frontera y procesos transfronterizos, (En: Actas del Encuentro Internacional de Ciudades Fronterizas del Mercosur. Merco-ciudades, Municipalidad de Asunción. Asunción, 2003)
- ❖ Aguilar Villanueva, Luis F., El Estudio de las Políticas Públicas, (Porrúa, Obregón, México. Grupo Editorial Miguel Ángel, 1992)
- ❖ Areces, Nidia., Regiones y Fronteras. Apuntes desde la Historia (En: Revista Andes N°10 – CEPIHA – Universidad Nacional de Salta, 1999)
- ❖ Arellano, Diana, Economía y Sociedad en ciudades de frontera. Estrategias binacionales transfronterizas de trabajo, comercialización y consumo, (Posadas-Encarnación En: Informe Final de Proyecto de Investigación. Facultad de Ciencias Económicas Universidad Nacional de Misiones. Documento inédito, 2012)
- ❖ Belmartino, Susana, Coyuntura Crítica y Cambio Institucional en Salud: Argentina en los años '40, (en SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 3(2), Mayo – Agosto, 2007), 177-202
- ❖ Di Liscia, María y Salto, Graciela, Higienismo, educación y discurso en la Argentina (1870-1940), ( Edit. de la Universidad Nacional de La Pampa, Santa Rosa, 2004)
- ❖ Jaquet, Héctor, Los historiadores y la producción de fronteras: El caso de la provincia de Misiones (Argentina), (Gestión de las Transformaciones Sociales (MOST), Documentos de debate no 29, organización de las naciones unidas para la educación, la ciencia y la cultura, s/f.)
- ❖ Gómez Paz, José. “La Política de Salud en el desarrollismo” (En: Revista de la Asociación médica Argentina, Vol. 121, Numero 4 de 2008, 2008
- ❖ Ruffini, Marta, Peronismo, Territorios Nacionales y ciudadanía política. Algunas reflexiones en torno a la Provincialización, (En: Revista Avances del Cesor, Año V, N° 5. Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Humanidades y Artes, Escuela de Historia, Centro de Estudios Sociales Regionales, 2005), 132-148.

- ❖ Oviedo, Norma: PERONISMO, HISTORIOGRAFÍA Y CONSTRUCCIÓN DE LIDERAZGOS. MISIONES EN LA MEMORIA DE LOS LÍDERES DE LA DÉCADA DE 1940. URL: <http://historiayfrontera.org/ojs-2.3.8/index.php/.../12> (Consultado el 04 de Mayo de 2016)
- ❖ Britez, Gladis E, La política Sanitaria Social implementada en la provincia de Misiones desde 1990 hasta 1998 (Posadas, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Inédito, 1999)
- ❖ Rodríguez, Melchora E, Política Sanitaria en el Territorio Nacional de Misiones: 1930-1953, (Posadas, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Inédito, 1997)