

## Salud y nación en las tierras del sur

Una aproximación histórica a la construcción de la salud como bien público del Estado-nación en Comodoro Rivadavia (1900-1970)

*Health and nation in the southern lands:  
A historical approach to the construction of health as a public good of the nation-state in Comodoro Rivadavia (1900-1970)*

Carlos Barria Oyarzo

[carlosbarriaoyarzo@gmail.com](mailto:carlosbarriaoyarzo@gmail.com)

Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco – CONICET

**Fecha de recepción:** 4 de marzo de 2022

**Fecha de aprobación:** 30 de abril de 2022

**Fecha de publicación:** 31 de julio de 2022

**Para citar este artículo:** Barria Oyarzo, Carlos (2022). Salud y nación en las tierras del sur: Una aproximación histórica a la construcción de la salud como bien público del Estado-nación en Comodoro Rivadavia (1900-1970). *Textos y Contextos desde el sur*, Número 10, 213-239.

## Resumen

En este trabajo se busca analizar el modo en que se ha tematizado la salud como bien público en el Estado-nación argentino, con particular énfasis en la ciudad de Comodoro Rivadavia. En este sentido, se presenta una aproximación histórica a partir de la caracterización de diferentes hitos que han configurado al espacio político de la salud desde principios del siglo XX hasta la década de 1970. Para ello se recuperan aportes historiográficos, un análisis de discursos de la prensa local y de las gestiones de gobierno. Desde una perspectiva de la antropología de la salud se analiza la configuración del denominado sistema público de salud y sus sentidos predominantes en cada periodo histórico. Las instituciones públicas de salud han tenido un lugar central, en concomitancia con la hegemonización del modelo biomédico, en la conformación del Estado-nación-territorio en una ciudad de la Patagonia argentina. Se observa el modo en que la salud pública se constituye como un dispositivo de construcción de la identidad nacional, en un espacio caracterizado por la producción petrolera y su tardía consolidación como provincia del Estado argentino.

## Abstract

This paper aims to analyse how health has been thematized as a public good in the Argentine nation-state, especially in the city of Comodoro Rivadavia. Therefore, a historical approach is introduced, based on the characterization of different milestones that have configured the political space of health from the beginning of the 20th century to the 1970s. In order to do this, historiographical contributions and analyses of discourses of the local press and the public administration are recovered. The way in which the so-called public health system is configured and its predominant implications in each historical period are analysed from a health anthropology perspective. Public health institutions have had a crucial significance, along with the hegemonisation of the biomedical model, in the formation of the state-nation-territory in a city in the Argentine Patagonia. The present paper examines how public health is presented as a device for the construction of the national identity in a place characterized by oil production and its late consolidation as a province of the Argentine State.

## Palabras clave

Salud, Estado, Nación, Comodoro Rivadavia, Argentina.

## Key words

Health, State, Nation, Comodoro Rivadavia, Argentina

## Introducción

En este trabajo se busca dar cuenta de la tematización de la salud como bien público en perspectiva histórica a nivel nacional y local, en la ciudad de Comodoro Rivadavia, en la conformación de un sistema de alta complejidad. De este modo se discute una perspectiva atenta a los procesos históricos de construcción de ciudadanía e identidad nacional, donde las instituciones públicas de salud han tenido un lugar central en concomitancia con la hegemonización del modelo biomédico. Así, se propone un análisis de la política sanitaria desde su tematización inicial a fines del siglo XIX, su institucionalización y consolidación como bien público del Estado-nación.

Se presenta una historización contextual que nos permite comprender el sistema público de salud en Argentina, en la provincia de Chubut y Comodoro Rivadavia. De este modo se recupera un abordaje metodológico de tipo cualitativo, en el que se busca reconstruir los sentidos predominantes en cada periodo histórico a partir de un análisis historiográfico, análisis de los discursos de la prensa local y de las gestiones de gobierno (Vasilachis de Gialdino, 2006; Martinelli, 2014). De esta manera se recuperan aportes bibliográficos sobre el tema, archivos de la prensa y de las políticas sanitarias en el país, la región y Comodoro Rivadavia.

Desde una perspectiva de la antropología de la salud, se da cuenta del modo en que se tematiza la salud, se conforma como política de Estado y se configura el denominado sistema público de salud. Si bien existe escasa producción historiográfica sobre las políticas locales de salud, se reconstruye a través de diferentes fuentes los sentidos predominantes y principales acciones de la política sanitaria durante las primeras décadas del siglo XX, marcando algunos hitos en su conformación.

En este trabajo se retoma la noción de “espacio político de la salud”, en su acepción vinculada al cuerpo político en tanto regulación, vigilancia y control de los cuerpos individuales y colectivos, ligada a la gestión colectiva de la salud como bien público (Lock y Scheper-Hughes, 1990; Fassin, 1996, 2003) que se define por la formulación de las políticas públicas y la conformación del sistema de salud. En palabras de Tobar (2012), las políticas de salud podrían definirse como un esfuerzo sistemático para resolver los problemas de salud, donde el Estado asume un rol ac-

tivo y explícito. Así, el sistema de salud engloba la totalidad de acciones que se desarrollan de modo organizado por parte del Estado y la sociedad en este ámbito.

En términos organizacionales, actualmente Argentina sostiene un modelo de salud estructurado en subsistemas, distribuidos entre el sector público, las obras sociales y el sector privado. El subsector público depende de la administración pública, se financia a través del sistema impositivo y provee servicios a través de la red de efectores de salud; el subsector de obras sociales que presta servicios para los trabajadores formalizados según la rama de actividad; y el subsector privado está conformado por un conjunto de empresas que prestan servicios de salud a través de profesionales, centros de diagnóstico, clínicas y sanatorios, de cobertura restringida y financiamiento ejecutado por los prepagos privados. En palabras de Arce (2012), Argentina presenta un sistema de salud federal, donde las provincias detentan autonomía, y son pluralistas, en cuanto a sus componentes, en el que coexisten los sectores públicos, privados y de obras sociales.

Las políticas de salud, tal como las conocemos en la actualidad, son una construcción de los Estados modernos. La hegemonización de la medicina profesional y descalificación de otros saberes fueron producto de procesos históricos, a través de los cuales se produjo una progresiva intervención de los profesionales médicos en diversas áreas de la vida social que anteriormente no eran objeto de intervención (Menéndez, 2003). Particularmente, en la conformación de los Estados-nacionales modernos, los saberes médicos funcionaron como decisores en las políticas públicas, práctica que se ha sostenido desde el siglo XVIII, conformando una red de medicalización cada vez más densa y amplia (Foucault, 1977).

Diferentes autores han dado cuenta de las características de la biomedicina (Mishler, 1981; Hahn y Kleinman, 1983), que Menéndez (1978), conjugó en el denominado “modelo médico hegemónico” como constructo teórico de raigambre gramsciana, para dar cuenta del sistema asistencial organizado por la medicina profesional. Las características estructurales de este modelo son su biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática que se presenta en tensión con la subalternidad, y tienden a negar, ignorar o marginar saberes y formas no biomédicas del cuidado de la salud. Estos procesos de hegemonización de la medicina profesional y descalificación de otros saberes fueron producto de procesos históricos, a través de los cuales se produjo una progresiva intervención de los profesionales médicos en diversas áreas de la vida social que anteriormente no eran objeto de intervención (Menéndez, 1978; Rosen, 1985; Haro Encinas, 2000). Particularmente, en Argentina las políticas sanitarias se han ido modificando según los proyectos políticos de organización social y las concepciones de lo sanitario con influencias de las perspectivas internacionales, principalmente europeas, sobre el tema.

Como explica Nari (2004) desde mediados del siglo XIX, la medicina como ciencia y práctica se reorganizó de manera paralela y sostenida por la organización

del modelo de Estado-nacional. Particularmente, en Argentina y América Latina este proceso se dio en concomitancia con la construcción de los Estados. Así se sostiene que el sistema de salud fue una de las instituciones centrales para la conformación de lo nacional, en términos de homogenización poblacional y asimilación en la configuración del Estado-nación-territorio. En este sentido, observar la construcción del sistema sanitario en una región de la Patagonia central, la localidad de Comodoro Rivadavia, permite evidenciar el modo en que se consolida la identidad nacional, la gestión territorial y de grupos sociales, en un espacio caracterizado por la producción petrolera y su tardía consolidación como provincia del Estado argentino.

En cada momento histórico y modelo de organización sobre el sistema de salud, subyacen algunas concepciones sobre la sociedad, la salud y la ciudadanía. De este modo, se recupera la consolidación del espacio político de la salud en tres periodos: uno vinculado a la tematización de la salud en el Estado nacional y en el lugar de la creciente ciudad de Comodoro Rivadavia, desde inicios del siglo XX hasta 1943; otro periodo caracterizado por la institucionalización de la salud en una organización político-administrativa, con particular foco en la Gobernación Militar de Comodoro Rivadavia (1943-1955); y un tercer periodo en el que se produce la provincialización de Chubut y la conformación de un sistema descentralizado de salud (1955-1970). En estos periodos, centrales en la conformación político administrativa de la organización estatal en Comodoro Rivadavia, se observa la consolidación concomitante del espacio político de la salud. Así se evidencia el modo en que la salud pública se presenta como un dispositivo de construcción de la identidad nacional en una ciudad de la Patagonia argentina.

## Los inicios de la salud como tema de Estado. El higienismo y la nación creciente

Varios autores coinciden en identificar diferentes modelos de política pública en salud desde la década de 1940, con la conformación del Servicio Nacional de Salud y la posterior conformación del Ministerio Nacional de Salud (Belmartino y Bloch, 1984; Pagnamento, 2017). Sin embargo, Tobar (2012) propone una periodización con un inicio previo, en la que identifica la primera etapa de las políticas de salud en el siglo XIX, caracterizadas por el control de enfermedades transmisibles en el denominado modelo de “policía médica” (Foucault, 1977). Este periodo se caracteriza por el discurso médico alienista e higienista con base en las concepciones positivistas de la ciencia médica europea, que tenían como objetivo principal el control de la salud física y moral. El higienismo implicó la generalización del poder-saber médico al espacio urbano abierto, donde el profesional de la medicina adquiere un rol activo y modelador de comportamientos y hábitos públicos (Murillo, 2000; Dovichio, 2012). Así, se configura un primer rol del Estado con relación a la salud, donde cumplía funciones de policía y en el que “se buscaba transformar a los pobres en

más aptos para el trabajo y menos peligrosos para los ricos” (Tobar, 2012, p. 5). En este sentido, la acción del Estado se limitaba al control de vectores en enfermedades transmisibles y los servicios de atención médica eran prestados como forma de caridad por sociedades de beneficencia.

Se puede trazar hacia fines del siglo XIX la tematización de la salud como problema colectivo, en vinculación con los brotes epidémicos y la necesidad de medidas de prevención y profilaxis. Estas concepciones iniciaron una disputa entre la creciente profesión médica en el país, que defendían sus derechos corporativos, y la de aquellos que iniciaron medidas de sanitarismo (Alvarez y Carbonetti, 2008; Abrutzky et al., 2019). La creación del Departamento Nacional de Higiene en 1880, al asumir la Presidencia Julio Argentino Roca (1880-1886), introduce uno de los primeros antecedentes de regulación sanitaria nacional. Este organismo dependía del Ministerio del Interior y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, ocupándose de los aspectos relacionados con la higiene pública, epidemias y sanidad de fronteras. También presentaba una vinculación con las Sociedades de Beneficencia y los hospitales confesionales (Arce, 2012). Así, hacia principios del siglo XX, como explica Arce (2012), la atención de la salud quedaba relegada a las responsabilidades individuales y cuando esto excedía las posibilidades del trabajador o del grupo familiar, quienes no disponían de recursos eran atendidos por entidades caritativas o la asistencia pública que se ocupaba de urgencias, donde las intervenciones del Estado se limitaban a la higiene pública. De este modo, se extendieron medidas de salubridad, vacunación contra la viruela y el intento de control de otras epidemias y endemias como la peste bubónica, la malaria y el tifus, a los conjuntos sociales pasibles de formar parte de la nueva ciudadanía nacional (Di Liscia, 2017).

El hacinamiento de personas y las condiciones insalubres de vivienda y trabajo, principalmente en la creciente Buenos Aires, receptora de población migrante, se constituía en una amenaza sanitaria ligada al riesgo de transmisión de diversas enfermedades. Sumado a esto, los higienistas de la época vinculaban a estas condiciones de vida con un problema moral en relación con “los vicios” y “malos hábitos” de los pobres, como el alcoholismo, la prostitución o las peligrosas ideas anarquistas (Yedlin et al., 2012). Particularmente Scarzanella (2003) demuestra cómo a fines del siglo XIX, a través de la influencia de la antropología criminal de Lombroso y Ferri<sup>1</sup> en Argentina y América Latina, los italianos y españoles, mayoritarios en Argentina, se convirtieron en el blanco de las acusaciones, señalándose que “junto al carácter emprendedor de los italianos viene el residuo de criminalidad en la sangre” (Scarzanella, 2003; Santi, 2006).

Cabe destacar que este periodo de desarrollo del higienismo con fuerte control de “fronteras sanitarias”, corresponde con la presidencia de Roca, cuyo lema de gobierno fue “paz y administración”. Bajo esta perspectiva y con una orientación política liberal y positivista buscó afianzar el poder del Estado en la

ampliación y consolidación del territorio nacional. Así, hacia fines del siglo XIX se produce la afirmación de una matriz Estado-nación-territorio vinculada a un discurso civilizatorio que se materializa, como explica Pérez (2011), sobre el genocidio de pueblos indígenas. Al decir de Scarzanella (2003, p. 11), se buscaba “marginar algunos grupos humanos que no tenían nada que brindar a la nueva nación y que, por el contrario, con sus taras hereditarias, constituían un obstáculo para el desarrollo del país”. En este sentido, y siguiendo a Nari (2004), las políticas higienistas se encuentran cerca de los ideales eugenésicos de la época. La salud como política de Estado estuvo entonces vinculada particularmente al control de las epidemias y control de enfermedades infectocontagiosas que ponía en peligro a la sociedad y su progreso, según el ideario nacional, reservándose las instituciones hospitalarias a las emergencias y el aislamiento de personas, lo cual se sostuvo hasta los primeros años del siglo XX. De este modo, la consolidación del Estado nacional, en el territorio en expansión, se produce bajo los parámetros del ideario de la colonialidad, desde su perspectiva eurocéntrica del poder y del saber (Walsh, 2008; Mignolo, 2014), desconociendo otros saberes en la construcción de una identidad nacional, con una visión racialista, en este caso a través de las acciones en salud.

Según las observaciones de Di Liscia (2017), a principios del siglo XX existía una escisión en el nuevo territorio nacional: por un lado el de las modernas ciudades del Litoral, que requerían transformaciones y mejoras pero con hospitales, profesionales y una activa acción higiénica, orgullo de la élite gobernante; y por otro lado, de acuerdo a esos mismos grupos, las regiones que persistían ancladas en el pasado colonial o sumido en las supersticiones, donde la población carecía de las mínimas ventajas de la higiene y la salubridad. La autora a través del trabajo de archivo con los informes publicados en los Anales del Departamento Nacional de Higiene, da cuenta del modo en que se ponía bajo sospecha la noción de la civilización moderna, toda vez que quienes viajaban a vacunar o quienes vivían en esas alejadas latitudes no urbanas, testimoniaban sobre las desesperantes enfermedades y condiciones higiénicas. Así, las zonas patagónicas, recientemente anexadas al territorio nacional, y regiones del actual noroeste y noreste argentino aparecían asociadas a las “viviendas míseras”, a una “dieta alejada de las mínimas condiciones nutricionales”, a la escasez de remedios, de médicos, de educación higiénica y a la “persistencia del curanderismo” opuesto a la modernidad (Di Liscia, 2017). Esta discursiva suele repetirse en archivos de la época que versan sobre la salud de las poblaciones del sur en las primeras décadas del siglo. En un archivo de 1951 publicado por el aniversario de Comodoro Rivadavia en el Diario *El Rivadavia* puede leerse: “Esta dificultad, por no decir imposibilidad de conseguir asistencia médica, contribuyó más que la ignorancia en la prosperidad y popularidad del curandero en las tierras del sur” (*El Rivadavia*, 1951, p. 161). De esta manera, se presentan los conocimientos médicos y de la

ciencia en contraposición con la “ignorancia” y prácticas populares para el sostenimiento de la salud, “la popularidad del curandero”.

Los hospitales en las grandes ciudades eran gestionados desde una lógica de “beneficencia y contención”, debido a que las clases acomodadas, de mayores ingresos y las instituciones religiosas proporcionaban ayuda a los “desamparados”. En algunos casos, como explicita Arce (2012), el Estado delegaba recursos públicos, hospitales, hogares, alimentos, en estas organizaciones para su administración. Asimismo, durante este periodo se propulsaron las “sociedades de socorros mutuos” como otro componente de la contención social, a través de la asociación voluntaria entre migrantes europeos en grandes ciudades de Argentina (Pérgola, 2010; Arce, 2012). Para el año 1875 se registraban 74 organizaciones mutuales y 659 para el año 1910, en las provincias de: Buenos Aires, Capital Federal, Santa Fe, Entre Ríos, Córdoba y Tucumán. Estas organizaciones, sin fines de lucro e influenciadas por el mutualismo europeo, eran constituidas principalmente por italianos, españoles, portugueses y franceses (Pérgola, 2010). Quienes no eran europeos asociados con las respectivas mutuales de asistencia o no tenían los recursos económicos para acceder a consultas médicas, quedaban por fuera de la atención sanitaria. Particularmente para el caso de Comodoro Rivadavia, en el año 1910 se conforma la Asociación Española de Socorros Mutuos, que para el año 1959 inauguraría su establecimiento de atención médica (Crespo, 2016).

Las primeras décadas del siglo XX, se caracterizan por la existencia de servicios de diferentes tipo y jurisdicciones, sin regulaciones e inversiones por parte del Estado (Arce, 2012). Así, existían hospitales o centros de salud públicos, administrados por el Estado o por sociedades benéficas, establecimientos privados con y sin fines de lucro y entidades mutuales administradas por comunidades migrantes, por grupos confesionales o por sectores laborales. Pese a la injerencia pública de figuras de la medicina como Domingo Cabred (1859-1929) o Emilio Coni (1855-1928) en las acciones higienistas, no prevalece una concepción del Estado como planificador y regulador de servicios de salud (Arce, 2012). En palabras de Di Liscia, durante este período predomina “un desorden administrativo del aparato estatal nacional, con una administración laberíntica al servicio de un Estado mínimo y multiplicidad de agencias con funciones de control, sin eficiencia en el uso de los recursos disponibles” (Di Liscia, 2017, p. 163). Por su parte, Novick (2018) explica que el periodo de las primeras décadas del siglo XX se caracteriza por las escasas prestaciones de atención médica, sin esfuerzos para conformar un verdadero sistema de atención médica desde el Estado, donde se consolida el sector privado, al cual acudían los grupos sociales de mayores recursos con capacidad de pago directo.

Para 1913 se inauguraron centros que representaban al Departamento Nacional de Higiene en siete capitales provinciales: Posadas, Resistencia, Formosa, Neuquén, Santa Rosa, Viedma, Río Gallegos y en la ciudad de Trelew (Chubut). Como explica Di Liscia (2009, 2017), estos centros tenían como función llevar a



cabo la vacunación y el relevamiento periódico, sanitario y edilicio de las nuevas urbanizaciones ante la amenaza de epidemias. Estas acciones fueron acompañadas de una retórica del progreso y la higiene, donde funcionarios nacionales, autoridades locales y médicos a cargo de las asistencias “destacaban que se trataba de una nueva ‘conquista del desierto’, esta vez por la salud” (Di Liscia, 2009, p. 265). Para la creciente ciudad de Trelew y zonas aledañas, este centro de salud representó el inicio de una asistencia pública nacional en la región, cuyos pobladores denominaron como “sala de primeros auxilios y asistencia pública”, constituida en Hospital Público en 1923<sup>2</sup>.

Las concepciones de la Patagonia como “desierto”, sin “progreso”, que perduran en el tiempo y se visibilizan en la ampliación de la política sanitaria de la época, desconocen toda cualidad humana de quienes habitaban estas tierras. Como explica Bartolomé (2003), en las pretensiones de “suprimir a los indios” y “poblar el desierto” desde fines del siglo XIX, “los indios estaban y no estaban allí, el desierto era desierto a pesar de la presencia humana, pero esta presencia no era blanca, ni siquiera mestiza y por lo tanto carente de humanidad reconocible” (Bartolomé, 2003, p. 165).

Por su parte, Comodoro Rivadavia creciente desde su inauguración en 1901 y propulsada por la expansión de la industria extractiva del petróleo, contaba para 1906 con 562 habitantes, de los cuales el 94 por ciento era de nacionalidad extranjera. Según los registros municipales en 1904 se establece en la ciudad el primer médico, que al tiempo decidió trasladarse, por la falta de consultas, hacia la ciudad de Trelew. A partir de 1909 se radica definitivamente otro médico, Julio Lavodcat, contando para 1916 con tres médicos, algunos puestos sanitarios y enfermerías, que dependían de la administración petrolera. En 1927 se inaugura el primer hospital, Hospital Alvear, en cercanías de la administración petrolera en el km 3 para trabajadores de la industria y sus familias<sup>3</sup>. En 1935 se conforma una Junta Vecinal de Previsión Social y Salud Pública, que contaba con el aval del Consejo Municipal para la conformación del Hospital Vecinal. Esta junta vecinal estaba constituida por asociaciones migrantes, voluntarias y de beneficencia, así como por médicos y personalidades de la elite comodorense (Crespo, 2007). Este hospital, que posteriormente se constituiría en el actual Hospital Regional, se inaugura en 1937 con dos pabellones, 20 camas en la sala de hombres y 20 en la sala de mujeres, además de un sector pediátrico. En la crónica del anuario, publicado en el periódico local *El Rivadavia*, por el 50 aniversario de la ciudad se puede leer:

Creada en 1901, Comodoro Rivadavia conocía ya treinta años de vida progresista y siempre en ascenso, sin contar con la asistencia médica gratuita indispensable en todo centro de población [...]. Es cierto que había en la ciudad de Comodoro Rivadavia algunos profesionales médicos, pero nada podía autorizar la pretensión de que los mismos prestaran servicios gratuitamente a la población (*El Rivadavia*, 1951, p. 162).

En esta publicación de 1951, se destaca el “abandono” de los pueblos del sur en términos sanitarios y la urgencia de una atención a los “desfavorecidos” ante la imposibilidad de costear atención médica privada.

El hospital es el resultado de la comprensión de los vecinos, de que la salud pública debe ser cuidada. El gobierno no lo hace, y entonces la población toma la obra por su cuenta. Solo se averigua si el que llega en demanda de la ayuda médica, es pobre en realidad. Comprobando esto, las puertas del hospital se franquean y la cama espera al cuerpo enfermo que llega en busca de la salud (*El Rivadavia*, 1951, p. 163).

En la crónica del archivo sobre la salud pública y el nuevo hospital de la ciudad se vislumbra un sentido de proeza solidaria por parte de quienes llevaron adelante la construcción de la institución, presentándose como un caso ejemplar: “el ejemplo de la ciudad de Comodoro Rivadavia”. Asimismo, queda en evidencia el espíritu de asistencia para quienes menos posibilidades económicas tienen, debiendo comprobarse su falta de recursos monetarios para el acceso a la atención, de lo contrario se debía pagar por ella.

### La institucionalización de la salud en Argentina y la Gobernación Militar de Comodoro Rivadavia (1943-1955)

Para la década de 1940, Belmartino (2005) afirma que a nivel nacional se produce un proyecto transformador, que busca institucionalizar el sistema de salud a partir de la regulación por parte del Estado. Esto es fruto de la coyuntura crítica de los años previos en los que se visibiliza una fragmentación y heterogeneidad de modos de dar respuestas a los problemas de salud. En este sentido, las concepciones del Estado liberal dan paso a un proyecto de Estado de bienestar con el peronismo en la búsqueda de centralizar y coordinar los servicios de sanidad y atención médica (Belmartino y Bloch, 1984). En este contexto se crea en 1943 la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, dependiente del Ministerio del Interior, fundamentada en propulsar el bienestar social. Este organismo reúne a las instituciones de beneficencia, hospitales, asilos, sanidad e higiene. Con estas acciones se da el primer paso hacia el reconocimiento de la salud como problema de interés específico del Estado, que hasta el momento estaba en manos de sociedades filantrópicas.

En la región patagónica, a partir de 1944 se conforma una particular jurisdicción política-administrativa denominada Gobernación Militar de Comodoro Rivadavia, que funciona hasta el año 1955. Esta nueva Zona Militar modificó los límites de los denominados Territorios Nacionales de Chubut y Santa Cruz para crear un nuevo espacio que tenía como objetivo la defensa de los recursos petrolíferos de la cuenca del golfo San Jorge por parte de las Fuerzas Armadas (Carrizo,

2009). Como explica Carrizo (2009), la militarización del espacio en torno a la ciudad de Comodoro Rivadavia respondió a las características particulares del movimiento obrero, que en la perspectiva de la gobernación ponían en peligro la producción petrolera, recurso de importancia para los intereses de la nación, antes que la extensión de derechos políticos. Esta militarización del espacio fue parte de las medidas del gobierno dictatorial iniciado en 1943 y sostenida durante el gobierno de Juan Domingo Perón (1946-1955), siendo administrada por personal superior del ejército designado por el poder ejecutivo nacional (Barros y Carrizo, 2012). En esta época se crea la Secretaría de Salud Pública de la zona, dependencia del Ministerio de Salud Pública nacional. La crónica periodística de *El Rivadavia* explica: “Apenas formada la Gobernación Militar de Comodoro Rivadavia, su gobierno crea un servicio sanitario que posteriormente se convierte en la Secretaría de Salud Pública” (1951, p. 164).

Es en mayo de 1946 con el gobierno de Juan Domingo Perón que se crea la Secretaría de Salud Pública y posteriormente, en 1949, el Ministerio de Salud y Asistencia Social. A cargo de esta dependencia estaba el médico neurocirujano Ramón Carrillo, reconocida figura médica en el sanitarismo argentino. Carrillo propuso una serie de objetivos en función de las siguientes definiciones: “1. Todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la sanidad. 2. No puede haber política sanitaria sin política social. 3. De nada sirven las conquistas de la técnica médica si ésta no puede llegar al pueblo por medio de dispositivos adecuados” (Yedlin et al., 2012, p. 195). Así, quedan sentadas las bases de una clara política sanitaria del derecho a la sanidad y en vinculación directa con políticas integrales del bienestar social. Junto a ello Carrillo atribuye una impronta central a la prevención y a la educación en salud: “La medicina no sólo debe curar enfermos sino enseñar al pueblo a vivir, a vivir en salud y tratar que la vida se prolongue y sea digna de ser vivida” (Yedlin et al., 2012, p. 204). Se pueden observar en las publicaciones del Ministerio de Salud los sentidos que se le atribuye a la salud para el “progreso” de la sociedad con una preponderancia del espíritu nacionalista:

La medicina, como arte de preservar, conservar y restaurar la salud de la comunidad, configura un nuevo aspecto de la civilización contemporánea, y su evolución y su historia traduce el grado de cultura de un pueblo, porque conforme el pueblo avanza en su progreso, el hombre, el estado y la colectividad saben luchar mejor contra las enfermedades y cada vez con mayor éxito. La medicina no es solo un oficio, es una ciencia social, una ciencia política y una ciencia económica, y, finalmente, es también una forma de la cultura y la expresión más concreta del grado de adelanto de una nación (Almanaque de la salud, 1948).

Este periodo es central en la institucionalización de un sistema integral de atención sanitaria en el país, donde se construyeron hospitales y centros sanitarios de atención gratuitos para la población en todo el territorio nacional. En este senti-

do, se propulsa la capacidad inversora del Estado Nacional mediante gran cantidad de construcciones en infraestructura asistencial. También cumple un papel importante la Fundación Eva Perón, que como entidad no gubernamental estaba íntimamente vinculada al poder político (Arce, 2010). Como afirma Kohl (2018), la salud además de presentarse como un fin en sí misma, era concebida como un medio que permitía a cada persona estar en condiciones de respaldar el proyecto en curso, vinculado con la planificación de la producción, la industrialización y la creación de mercados de consumo.

En palabras de Ramacciotti (2004) una de las inquietudes que guía la política sanitaria peronista fue la de revertir la declinación de la tasa de natalidad de la época. En este sentido, la planificación sanitaria apuntó a proteger a aquellas personas que eran importantes en tanto y en cuanto su potencial productivo y reproductor. De esta manera, los ideales del progreso nacional estuvieron vinculados a sostener la salud de trabajadores y mujeres en su rol reproductivo. Asimismo, la autora explicita que dentro de las propuestas sanitarias se intentó constituir el "hombre argentino ideal" y para ello se constituyó un Departamento de Eugenesia, que tendría la función de "conocer los agentes que pueden ser sometidos a un contralor social, y que son capaces de mejorar o empobrecer la calidad social, física y mental de las generaciones por venir" (Secretaría de Salud Pública de la Nación, Plan Analítico, en Ramacciotti, 2004, p. 93). Luego esta dependencia sanitaria pasó a denominarse Instituto del Hombre Argentino, cuya tarea prioritaria sería estudiar el "biotipo ideal, somático, visceral y psíquico al que tenemos que aproximarnos para poder decir algún día, con orgullo, que tenemos un pueblo sano y fuerte" (Carrillo, en Ramacciotti, 2004, p. 93). Estas perspectivas eugenésicas se inscriben en la tendencia mundial de entreguerras de la ciencia médica y las influencias de Galton, en la que se busca el perfeccionamiento de la especie humana, que en Argentina se articularían con una ideología nacionalista (Nari, 2004). Como explica Novick (2018), la perspectiva eugenésica en Argentina, vigente desde décadas previas, se adoptó bajo la convicción de que los factores ambientales influían en la ontogenia, por lo cual se prioriza en esta época la prevención en salud, la educación y la atención durante el embarazo y el primer tiempo de vida, bajo las premisas de igualdad y justicia social.

Para la ciudad de Comodoro Rivadavia y su Gobernación Militar, la Secretaría de Salud Pública, dependiente del nuevo Ministerio de Salud, gestiona los Centros Materno-infantiles creados en las localidades de Comodoro Rivadavia, Lago Buenos Aires, Río Mayo y Las Heras. En 1951 el diario local, en su crónica, explicita la labor que desarrollan los Centros Maternos-Infantiles:

Tienen la misión de solucionar los problemas higiénicos, profilácticos, asistenciales, sociales y culturales que plantean la lucha contra la morbimortalidad materno-infantil para el mejoramiento biológico de la población, adoptando y conjurando todas las medidas conocidas y previsibles en salvaguardia de las generaciones de hoy y futuras" (*El Rivadavia*, 1951, p. 166).

Esto forma parte de los ideales que plantea Ramacciotti (2004) sobre el peronismo y la salud, su perspectiva pro-natalista y eugenésica. En uno de los textos de 1950, se puede observar la imagen de una madre con un niño y el mapa del territorio argentino con la geolocalización de cada centro Materno Infantil. Estas imágenes están acompañadas de la siguiente leyenda: “Otro de los ideales que persigue el Estado es formar una raza fuerte y sana en la que se pueda confiar para conducir a la patria hacia sus grandes destinos. Para ello, lógicamente, se debe empezar por cuidar la semente que la ha de producir”. Y continúa explicando la función de los centros materno-infantiles: “Asesoran a la futura madre durante la gestación, la asisten durante el parto y luego le dan normas para la crianza del niño” (La nación argentina justa libre y soberana, Presidencia de la Nación, 1950, p. 328).

Estas publicaciones forman parte de la propaganda a través de la cual el gobierno peronista exhibía preliminarmente los logros sociales y económicos del Primer Plan Quinquenal<sup>4</sup>. En ellas se pueden observar la construcción de un ideal de mujer-madre que se atiene a las pautas de cuidado deseadas para la construcción de la raza, la descendencia óptima para liderar el desarrollo de la nación. Esto forma parte de lo que Nari (2004) denomina la “maternalización de las mujeres”, que comienza a definirse hacia fines del siglo XVIII en el mundo occidental y tiene pregnancia en diferentes planos de la vida social, prácticas políticas y científicas. A partir de la naturalización de la función materna en la vida de las mujeres y la medicalización de esta y las prácticas reproductivas, el Estado toma un rol activo desde el discurso médico para promover la natalidad, fortalecer la nación y la “raza”. Como explica la autora, desde principios de siglo los médicos buscan influir sobre las formas de vivir y pensar la maternidad, presentando a las mujeres-madres como “incompetentes, ignorantes y negligentes” y necesitadas de consejos.



Ilustración N.º 1: Fotografía de afiches publicitarios de los Centros de Higiene Materno-Infantil de 1950, Presidencia de la Nación

Fuente: Yedlin et al. (2012)

En una zona de producción petrolera, baluarte para el Estado-nación, con zonas rurales y pueblos “no civilizados”, que significaban el “atraso” en el proyecto de industrialización, y con la amenaza de organización del movimiento obrero, definido como “la huelga y el comunismo” (Carrizo, 2016), estas fueron algunas de las medidas que acompañaron el modelo de desarrollo para la Gobernación de Comodoro Rivadavia. Como afirma Carrizo (2009), la presencia tutelar del ejército estaba acompañada de una política nacionalista en vinculación con la familia nacional y católica.

En una de las resoluciones municipales de 1943 puede observarse la problemática existente en la gestión municipal del hospital sobre la atención a mujeres extranjeras durante el parto: “La asistencia se convierte en regional, por cuanto llegan de todos los territorios nacionales y países vecinos, lo que tácticamente implica una carga de orden social que gravita sobre el presupuesto asignado por el rubro de beneficencia”. En este sentido, la administración municipal resuelve que: “Resulta necesario bajo todo punto de vista dar intervención a los respectivos consulados de esta localidad cuando las parturientas no sean de localidad argentina” (Resolución Municipal N° 247 del 30 de agosto de 1943, en Crónica, 2001, p. 296). La normativa da cuenta del fenómeno migratorio creciente en la época, particularmente de población proveniente de Chile, lo cual se considera una carga para el hospital municipal, ante una población que recurre inevitablemente a la asistencia pública.

En el anuario dedicado al cincuentenario de la ciudad (1951), también se le otorga un apartado a la institución privada “Clínica de Mujeres”, del mismo médico que estaría a cargo del Centro Materno-Infantil: el Dr. Andino Cayelli. En esta crónica periodística se reconoce a la institución como “el primer establecimiento de esta naturaleza en la Patagonia” y como “un aporte privado al progreso de la asistencia social”. Esta se presenta como una clínica especializada en ginecología y obstetricia para las “futuras mamás”, que estaría “a la altura de los principales establecimientos de la Capital Federal”. Así, se distinguen dos tipos de atención médica disponible en la zona, dedicada a la asistencia gineco-obstétrica que contaban con el mismo personal médico. Sin embargo, en la nota periodística, a diferencia de los Centros materno-infantiles, se destaca a la clínica privada por su moderno instrumental y su amueblamiento “con sencillez y buen gusto” para favorecer una grata estadía. En palabras de Belló y Becerril-Montekio (2011), es a partir de 1943 que se multiplica la oferta pública universal y gratuita de servicios de salud y se amplía la seguridad social, pero institucionalmente se reflejó en el desarrollo de un sistema fragmentado con tres subsectores: el público, el privado y el de organizaciones sindicales, que tendrá su origen en las organizaciones solidarias de empleados agrupados en ramas de actividad.

Para 1951, durante la Gobernación Militar de Comodoro Rivadavia se informa la construcción de hospitales en Caleta Olivia, Los Antiguos, el nuevo hospital de Comodoro Rivadavia y la nacionalización de los centros de atención de salud existentes con el fin de unificar su gestión. Además de los centros Materno-Infantiles y los hospitales, la Dirección Federal del Ministerio de Salud en la Gobernación Militar gestiona-

ba un Centro de Medicina Preventiva, o como se enuncia entre paréntesis en la crónica del diario: “Medicina del trabajo”. Esta institución se encargaba de la revisión médica periódica a todo el personal en funciones laborales. Esta revisión médica obligatoria constaba de exámenes radiológicos, serológicos, clínicos, oftalmológicos y odontológicos, que se detallaban en una libreta sanitaria personal. En el año 1951, la crónica informa la realización de controles a todo el personal de reparticiones públicas de YPF, de Ferrocarriles de Petróleo, Compañía Astra, Diadema Argentina, Banco de la Nación, Jefatura de Policía, Correos y Telecomunicaciones, Personal Civil del Ministerio de Guerra, Prefectura Marina y Obras Públicas (*El Rivadavia*, 1951).

**Curar en salud... meta ideal de la medicina preventiva**

EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA NACIÓN HA INAUGURADO 5 CENTROS DE MEDICINA PREVENTIVA EN EL INTERIOR.

TUCUMÁN ( Insg. 7-3-48)	28.890 (De las cuales 23.000 son escolares.)
MENDOZA ( Insg. 10-3-48)	6.423
C. RIVADAVIA ( Insg. 22-3-48)	6.223
CÓRDOBA ( Insg. 7-6-48)	4.663
CORRIENTES ( Insg. 9-4-49)	645

GRÁFICO COMPARATIVO DE PERSONAS EXAMINADAS (Hasta el 30-4-49)

YA ESTÁ EN VÍAS DE HABILITACIÓN EL NUEVO EDIFICIO PROPIO DEL INSTITUTO CENTRAL DE MEDICINA PREVENTIVA, EL QUE PERMITIRÁ ATENDER 2.000 PACIENTES DE PRIMERA VEZ Y EN TOTAL DE 3.000 PERSONAS POR DÍA. ESE MODERNO Y CENTRICO EDIFICIO, CUNTARÁ CON:

- 48 CONSULTORIOS CLÍNICOS
- 8 EQUIPOS RADIOFOTOGRAFICOS
- 24 EQUIPOS ODONTOLÓGICOS
- 17 SERVICIOS ESPECIALIZADOS

EL INSTITUTO CENTRAL HA EFECTUADO DESDE SU INAUGURACIÓN 143.000 EXÁMENES.

Ilustración N.º 2: Afiche publicitario de los Centros de Medicina Preventiva.

Fuente: Extraído del libro *La nación argentina justa libre y soberana* (Presidencia de la Nación, 1950).

En el libro publicado en 1950 por la Presidencia de la Nación pueden observarse, en una de sus páginas, imágenes alusivas a los controles médicos preventivos, acompañado de la frase “Curar en salud... meta ideal de la medicina preventiva. El Ministerio de Salud Pública de la Nación ha inaugurado 5 centros de medicina preventiva”. A continuación, en la gráfica, se enumeran los exámenes médicos realizados hasta la fecha por cada centro de medicina preventiva inaugurado: Tucumán (28.890), Mendoza (6423), Comodoro Rivadavia (6223) y Corrientes (645). Esta fue una política nacional tendiente a la protección de la salud de trabajadores en tanto su potencial productivo.

Uno de los grandes hitos de la gestión sanitaria durante la Gobernación Militar fue la construcción del monumental Hospital Regional, que constituye el traslado y la ampliación del antiguo Hospital vecinal de Comodoro Rivadavia. Las obras de este nuevo edificio comienzan en 1944 y será inaugurado en 1968 (Dal Bó, 2008), se mantuvo en funcionamiento hasta la actualidad. Como afirma Oviedo (2020), la Gobernación Militar marcó la urbanización de la capital, con grandes obras públicas, a la que le dio una fisonomía que perdura aún hoy.



Ilustración N.º 3: Fotografía de la construcción del Hospital Regional. En la parte superior y central se ubica letrero con la leyenda “Perón cumple”, Comodoro Rivadavia, 1951 aproximadamente. Imagen tomada por el fotógrafo de la Gobernación Militar, José González

Fuente: Archivo del fotógrafo Teodoro Nürnberg (Oviedo, 2020).



El hospital vecinal o “municipal”, como era conocido, funcionó en la ciudad hasta el 1 de agosto de 1968, viendo retrasada su nueva construcción por el periodo dictatorial denominado “Revolución libertadora”, entre los años 1955 y 1958 (Crónica, 2001). La construcción del nuevo hospital para la ciudad formó parte de una política de creación de hospitales de “segunda generación”, iniciada en 1925 y propulsada en la década del ‘40 y ‘50, que brindarían atención médica compleja, dentro del espectro de recursos diagnóstico-terapéuticos con que se contaba hasta el momento. Así, se propone la asistencia en forma gratuita a toda la población que concurre espontáneamente por motivos de enfermedad, donde las funciones de prevención estaban orientadas hacia los centros de salud (Arce, 2010). Los hospitales de “primera generación” preveían instituciones destinadas a aislar a enfermos, a cargo de la beneficencia y diseñados arquitectónicamente en pabellones separados. Los hospitales de segunda generación, en cambio, se conformaban de edificios “monobloque” con salas destinadas a cada especialidad, incluyendo atención ambulatoria, laboratorios, archivos de historias clínicas y otras profesiones no médicas (Dal Bó, 2008; Arce, 2010).

El primer mandato de Perón y la Gobernación Militar de Comodoro Rivadavia, desde 1944 a 1955, estuvo marcado por una impronta institucionalizadora de lo sanitario, reconocida como un “modelo de planificación estatal centralizada” (Arce, 2010). Estos desarrollos estuvieron en diálogo con la creación de la Organización Mundial de la Salud en el marco de las Naciones Unidas en 1948, lo que permitió que el enfoque sanitario adquiriera estatus de disciplina, en su abordaje de lo social, con una visión superadora de lo médico-clínico (Arce, 2010). En este contexto, se le otorga importancia a la organización de un sistema de salud público bajo el ideario de la justicia social y al progreso de la nación, con particular importancia a la función productiva y reproductiva de la población. En este periodo, se desarrollan a nivel nacional la medicina preventiva, la atención obstétrica y las campañas de vacunación, con una particular atención en la zona productiva/petrolera de Comodoro Rivadavia. Este modelo de atención médica y sanitaria será fundante en el país y la región, con la figura de Ramón Carrillo como pionero del sanitarismo.

### Provincialización y descentralización de lo sanitario. Un hospital de tercera generación para Comodoro Rivadavia (1955-1970)

A partir de 1955, a nivel nacional se produce una tendencia a la descentralización de los centros de planificación de los servicios de salud, por lo que se delegan progresivamente competencias desde el Estado nacional hacia los Estados provinciales. Sumado a ello, se produce un crecimiento de entidades no estatales, y se afianza una modalidad pluralista de la oferta y demanda de servicios. En este sentido,

Arce (2010, p. 219) identifica un “modelo pluralista de regulación descentralizada”, cuyo periodo de formación se produce entre 1955 y 1970 y se institucionaliza entre 1970 y 1977.

Este nuevo periodo inicia con el proceso de provincialización de Chubut y el derrocamiento de Perón en 1955. Mediante la Ley Nacional N° 14.408, se modifica el estatus jurídico y político de los, hasta entonces, Territorios Nacionales transformándolos en provincias. En el caso de Chubut y Santa Cruz, se les restituyeron los límites geográficos previos al 1944, disolviendo la Gobernación Militar de Comodoro Rivadavia (Gatica y Pérez Álvarez, 2012). En este periodo, la intervención federal organizó el subsector de salud pública, provincializando los servicios que hasta el momento eran dependientes del Ministerio Nacional de Salud Pública o de organizaciones municipales (Suarez, 2014).

Es en 1957 que se conforma, por elecciones en la provincia de Chubut, la convención constituyente que redactaría la constitución para el nuevo territorio provincial, durante un gobierno nacional dictatorial y en proscripción del peronismo. La consolidación de la nueva provincia se produce sobre una serie de discusiones vinculadas a la radicación de la ciudad capital que ponen sobre relieve las disputas entre el norte y el sur —la ex Gobernación Militar— de la provincia (Barros y Raffaele, 2017). En lo que respecta a la salud, queda plasmado en la constitución provincial de este año el derecho a la salud y la asistencia social:

Art. 52º.- La Provincia asegura a todos sus habitantes el derecho de ser protegidos en su salud. La Legislatura deberá promover, organizar, fiscalizar y coordinar la defensa de la salud individual y colectiva y la asistencia social. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud y de asistirse en caso de enfermedad.

Art. 53º.- La ley deberá establecer con carácter obligatorio la medicina preventiva en todo el territorio de la Provincia coordinándola con los servicios análogos de orden nacional (Constitución de la Provincia de Chubut, 1957).

En mayo de 1958 asume el primer gobierno democrático y constitucional de la provincia. Como explica Suarez (2014) en su discurso de asunción, el gobernador ratifica el derecho a la salud, la asistencia médica preventiva y asistencial, explicitando: “estaremos atentos para que los médicos penetren en todos los ámbitos de la provincia velando por la salud de los pobladores”<sup>5</sup>. Asimismo, el gobernador electo explicita la existencia de un estado “pavoroso” de la salud de pobladores, y a esto lo vincula con la problemática de población migrante, particularmente proveniente de Chile: “Corriente inmigratoria clandestina con serios problemas sanitarios que hace indispensable un mayor control en las fronteras con nuestra hermana de Chile, problemas que repercuten en los Hospitales de Esquel y Comodoro Rivadavia saturados de pacientes” (Provincia de Chubut, Diario de Sesiones. 1 de mayo de 1958. Recuperado de Suarez, 2014, p. 184). En consecuencia, la migra-

ción chilena aparece nuevamente como problemática asociada a la gestión de recursos públicos y en este caso asociada a la protección de la salud pública nacional.

En el mismo año se crea la Dirección de Salud Pública y Seguridad Social de la provincia, que centraliza los servicios del sector público de salud y regula el sistema provincial a través de la Ley de Asistencia a Hospitales y Organización de la Asistencia Social. Así se produce, en palabras de Suarez (2014), la materialización del subsector público de salud, con la democratización y el gobierno de Arturo Frondizi a nivel nacional.

La etapa iniciada por el gobierno de Frondizi es caracterizada por el desarrollo del capitalismo industrial, etapa en la que Comodoro Rivadavia tuvo un gran impulso por la producción petrolera y la llegada de compañías internacionales. Esta expansión económica es conocida como “el primer boom petrolero”, periodo en el que creció la superficie de exploración y explotación petrolera en la zona, mediante concesiones de los pozos ya localizados por YPF a capitales privados, que vendían la producción a la empresa estatal (Barrionuevo, 2019). Este fenómeno trajo aparejado el crecimiento poblacional, a partir de la migración particularmente proveniente de Chile.

Por su parte, el discurso “modernizante” y “eficientista” del gobierno ponía el acento en la distribución racional de recursos (Tobar, 2012). Así, a través del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública<sup>6</sup> se diseña una política pública basada en la planificación estratégica, en la administración, la capacitación, perfeccionamiento y formación del personal médico, técnico y administrativo. En este sentido, se ejecutan programas de medicina preventiva, asistencial y social adecuados a las regiones. Se crea el Instituto de Servicio Social, que tuvo como función la formación de profesionales —Trabajadores Sociales— que cumplirían un “rol-bisagra” entre los sectores vulnerables de la sociedad y los organismos del Estado y entidades privadas dedicadas a la asistencia pública (Gómez Paz, 2008). El nuevo proyecto de política sanitaria no concebía a la salud como un ámbito privativo de la medicina, sino que incluía su carácter social. A nivel nacional, se trabajó para erradicar el paludismo, la lepra y la tuberculosis, así como se pusieron esfuerzos en reducir la mortalidad infantil. Esto estuvo acompañado por la organización de campañas orientadas a la prevención y educación sanitaria (Ramacciotti, 2014).

Uno de los hitos fundacionales para la atención primaria de la salud se produce en esta época por la labor del médico Carlos Alvarado, especialista en medicina tropical e higiene, y su Programa de Salud Rural desarrollado en la provincia de Jujuy. Alvarado había trabajado en 1931 para el Departamento Nacional de Higiene en la erradicación del paludismo en el norte Argentino y a partir de 1955 se desempeñó como asesor de la Oficina Sanitaria Panamericana. En 1959 fue designado Jefe de la Sección Erradicación de la Malaria de la Organización Mundial de la Salud, con sede en Ginebra (Suiza), donde trabajó hasta 1964. En 1966, Alvarado volvió a Jujuy, donde, como ministro de Salud, presentó el Plan de Salud Ru-

ral, que creó la figura del “agente sanitario” (Bertolotto et al., 2012). Este modelo se encontraba inspirado en la figura de “visitadoras sociales”, que posteriormente fue reproducido en otras provincias (Veronelli et al., 2004; Arce, 2010).

Para la ciudad de Comodoro Rivadavia en 1968 será inaugurado el Hospital Regional, que la prensa califica como el “elefante blanco”, por su costo de inversión y monumental construcción inutilizada. “La obra, que se suspende con la caída del gobierno peronista, avanzará lentamente más por la exigencia de los vecinos y autoridades municipales que por un plan del gobierno nacional” (Crónica, 2001, p. 451). Su concreción e inauguración se inscribe en una política de “reforma del sistema hospitalario nacional”, en la que se proponía la autarquía administrativo-financiera, la extensión de sus horarios de atención y la oferta de servicios a afiliados de obras sociales y particulares que abonaran los servicios (Belmartino y Bloch, 1994). Como explica Dal Bó (2008), estas medidas se concretan en el gobierno militar de 1966 a través de la Ley Nacional 17.102 que permitía la creación de hospitales descentralizados, con capacidad para facturar las prestaciones, contando con un Consejo de Administración integrado por la propia comunidad. Estos se denominan Servicios de Atención Médica Integral para la comunidad (SAMIC) y manejan su propio presupuesto, tanto el que proviene de la provincia como el que ingresa por facturación de servicios. El consejo que dirigía el hospital estuvo integrado hasta 1974 por un representante de uniones vecinales, sindicatos, cámara de comercio, miembros del poder ejecutivo municipal, provincial y nacional.



Ilustración N.º 4: Fotografía mural del Hospital Regional ubicada actualmente en el Hall central del edificio. Aproximadamente de 1968.

Fuente: ADN Sur<sup>7</sup>

Desde la gestión sanitaria, en 1968 se convocó a profesionales médicos en todo el país a concursos para cubrir los puestos del nuevo hospital de Comodoro Rivada-

via, donde los médicos debían cumplir dedicación exclusiva en las especialidades de clínica médica, traumatología, ginecología, anestesiología y odontología. Asimismo, se establece el sistema de residencias de formación, por lo que llegan médicos de diferentes provincias del norte argentino (Crónica, 2001). Por otro lado, se organizan los “centros periféricos”, consultorios médicos en los barrios de la ciudad con el foco puesto en la prevención de enfermedades. Uno de los enfermeros, que trabajó en el hospital desde su inauguración afirma: “Vinieron delegaciones de Canadá para ver cómo se trabajaba acá porque los índices fabulosos de control de enfermedades infecciosas eran realmente extraordinarios, el control materno-infantil y el plan de vacunación terminó con la tuberculosis y se logró el mejor nivel del país en la medicina preventiva” (Gustavo Fernández, Licenciado en Enfermería, Crónica, 2001, p. 454).

Estas actividades de los profesionales por fuera del hospital son parte del “proyecto extramuros”, de la atención vinculada con la prevención y promoción de la salud en la denominada “tercera generación de hospitales” (Dal Bó, 2008). Esta generación de hospitales prevé una institución integrada a un sistema, en un área programática determinada y organizada por “cuidados progresivos” dependiendo de las necesidades de consultantes (Dal Bó, 2008). Esto formaba parte de un objetivo operativo para la organización del sistema de salud, que se consolidaría en la declaración de Alma Ata (OMS, 1978) y que se proponía “atención médica accesible, oportuna, integrada e integral, donde la entrada por cualquier punto del sistema, permitiera acceder a todos los niveles y servicios disponibles, según las necesidades de cada caso” (Ministros SP, 1968 en Arce, 2010, p. 220). En esta definición, como afirma el autor, se admitía que podían existir modalidades alternativas a la del servicio estatal.

Con el retorno de la democracia en el país, a partir del 1973, el Hospital Regional pasa a ser administrado por la provincia de Chubut. A través de un decreto provincial, el gobierno desafecta el establecimiento al régimen de la Ley 17.102, que establecía el funcionamiento de los Servicios de Atención Médica Integral para la comunidad (SAMIC). Así, quienes transitaron este periodo destacan el deterioro de las condiciones laborales y desinversión en el hospital, donde se designa personal sin previo concurso y se reducen los salarios. Esto provocó, a partir de 1975, un lento deterioro con la renuncia en masa de profesionales altamente calificados, que se desempeñaban como docentes en la institución y deciden migrar a otras provincias o al sector privado (Crónica, 2001; Dal Bó, 2008).

En la provincia de Chubut, fragmentada regionalmente desde su fundación (Barros, 2019), se destaca el “mal manejo de fondos”. “Si había que quitar algo de presupuesto era a éste [hospital regional], las vacantes que se producían las derivaron a Madryn, Rawson, Trelew... y fueron quedando los agujeros”, explica un enfermero del hospital (Gustavo Fernández, Licenciado en Enfermería, Crónica, 2001). Así, se visibiliza la fragmentación entre una zona en la que se radica la ges-

tión administrativa del gobierno, ubicada en “El valle”<sup>8</sup>, y la zona sur, Comodoro Rivadavia, al momento la ciudad más grande de la provincia, cuya historia había sido marcada por la Gobernación militar y el crecimiento de la industria petrolera.

En lo que respecta a las obras sociales, estas tuvieron un lugar de preponderancia y crecimiento en este periodo, en el que las instituciones de ayuda mutua fueron replicadas más tarde por las organizadas por diferentes gremios. Este modo de organización es institucionalizado en 1970, con una ley que generaliza la cobertura de las obras sociales a la totalidad de la población en relación de dependencia (Belmartino, 2005). El sistema ha cambiado significativamente con la extensión de la cobertura de salud a toda la población en relación de dependencia. Ese año, la ley 18.610 hizo obligatoria la afiliación de cada trabajador a la obra social correspondiente a su rama de actividad.

Particularmente a nivel nacional, la última dictadura militar a partir de 1976 instaura un modelo de Estado burocrático autoritario, que buscó erradicar las bases del Estado de compromiso con un fuerte rol en la distribución del ingreso. Tobar (2012) explicita que las fuerzas armadas instauran el discurso del liberalismo económico, donde se instala una perspectiva de los servicios de salud como mercancía. En este sentido, la perspectiva sobre la salud como bien tutelar que requiere una activa participación del Estado entra en discusión desde esta perspectiva. Esta disputa sobre los modos de concebir al rol del Estado y la salud irán conformando el sistema de salud en Argentina, donde veremos que se sostiene un modelo pluralista.

## Comentarios finales

En este trabajo se evidencia la consolidación del espacio político de la salud del Estado nacional argentino en la localidad de Comodoro Rivadavia, a partir de la identificación de tres periodos. El primer periodo, que va desde principios del siglo XX al 1943, se caracteriza por la tematización de la salud en el Estado nacional desde una perspectiva higienista y de control poblacional, en la creciente localidad de Comodoro Rivadavia, con un foco particular en la administración territorial y el proyecto civilizatorio en “las tierras del sur”, donde la salud se vislumbra como una posibilidad de progreso, en una localidad creciente por la industria petrolera. El segundo periodo (1943-1955) se caracteriza por la institucionalización de la salud en una organización político-administrativa con un modelo de planificación centralizada, bajo el ideario de la justicia social, con particular importancia en la función productiva y reproductiva de la población. De esta forma se desarrollan a nivel nacional la medicina preventiva, la atención obstétrica y las campañas de vacunación, con una atención específica en la zona productiva/petrolera de Comodoro Rivadavia. El tercer periodo (1955-1970) está signado por el proceso de provincialización de Chubut y la conformación de un sistema descentralizado de salud, en el

que se consolida un modelo pluralista de regulación descentralizada. En este último periodo se destaca la consolidación de la salud como un derecho en la provincia y la conformación de un sistema sanitario de alta complejidad, con un hospital de “tercera generación” para la ciudad de Comodoro Rivadavia.

El sistema público de salud se ha construido a lo largo del siglo XX a partir de lo que se ha definido como parte de la salud, las incumbencias y acciones del Estado nacional, provincial y municipal. La tematización de la salud como bien público ha ido conformando un sistema de alta complejidad en una serie de acciones que el Estado, en tanto modo de organización político-administrativa, desarrolla. Así el espacio político de la salud en Argentina, y particularmente en Comodoro Rivadavia, se ha configurado a partir de la hegemonización del modelo biomédico y el control poblacional. La consolidación del Estado-nación-territorio en Argentina se produce en correspondencia con el proceso de tematización de la salud como bien público. Como explica Foucault (1977), las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población constituyen los dos polos alrededor de los cuales se desarrolló la organización del poder sobre la vida.

En los diferentes periodos se observa el modo en que la salud pública se presenta como un dispositivo de construcción de la identidad nacional en una ciudad de la Patagonia argentina, en un espacio caracterizado por la producción petrolera y su tardía consolidación como provincia del Estado argentino. Así se evidencia la existencia de una lógica de poder moderno-colonial, donde el Estado-nación argentino se instituye desde una racionalidad que buscó suplantarse el “atraso” que representaban otras prácticas de cuidado para la salud. Este proceso histórico se produce con la consolidación de una mitificación de la identidad nacional argentina, en la construcción de una ciudadanía e identidad para “el desarrollo de la nación”, donde lo que no ingresaba en el ideal nacional quedaba excluido. Es decir, se produce con el mito motor de la identidad nacional argentina, a través del cual se generan clasificaciones étnico-raciales y se producen “otros internos” (Briónes, 2005; Segato, 2007). En este sentido, las migraciones han sido tematizadas como un problema, en los diferentes periodos históricos, para el sistema público de salud. Desde las políticas higienistas cercanas a ideales eugenésicos de fines del siglo XIX y primeros años del siglo XX, los esfuerzos por controlar esta población, hasta la búsqueda por restringir o arancelar el sistema público de salud para migrantes, dan cuenta de una tematización de la migración como problema. Así se evidencia la utilización de la salud pública como un dispositivo de construcción de la identidad nacional argentina, donde las migraciones son problematizadas en diferentes periodos, particularmente cuando son provenientes de sectores subalternizados.

## Notas

- 1 Teoría según la cual la “raza latina” presentaba estadísticamente predisposición al homicidio con los estigmas del atavismo y degeneración hereditarios de la criminalidad (Scarzanella, 2003).
- 2 Nota periodística del *Diario Jornada* en conmemoración de los 100 años de la intuición hospitalaria. Disponible en: <http://www.hospitaltrelew.chubut.gov.ar/wp-content/uploads/2016/09/Suplemento-Historia-del-Hospital.pdf>
- 3 Los primeros acontecimientos y eventos en la vida de la ciudad. Disponible en: <http://www.comodoro.gov.ar/>
- 4 El Plan Quinquenal fue un programa de gobierno establecido por la presidencia de Juan Domingo Perón para los años 1947-1951. En este se preveía una planificación estatal de cinco años de obras y de inversiones en diferentes ámbitos. Entre los más importantes se encontraba la planificación necesaria para asegurar el suministro de materia prima para el desarrollo de la industria y la agricultura del país.
- 5 Provincia de Chubut Diario de Sesiones. 1 de mayo de 1958. Recuperado de Suarez (2014: 184)
- 6 Tras la renuncia del Dr. Ramón Carrillo (julio de 1954), una ley de organización de ministerios (Ley 14.303; Dec. Regl. 13.378/54) había anexado la competencia de la Dirección Nacional de Asistencia Social y con la nueva denominación de Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación incorporó los establecimientos asistenciales, de menores y asistencia a la tercera edad que otrora estuvo bajo la égida de la Sociedad de Beneficencia (Gómez Paz, 2008: 32).
- 7 Recuperada Nota periodística *ADN Sur* (2021) “Una empleada del Hospital Regional se propuso restaurar un mural del nosocomio y un fotógrafo solidario lo hizo posible”. Disponible en: [https://www.adnsur.com.ar/chubut/sociedad/una-empleada-del-hospital-regional-se-propuso-restaurar-un-mural-del-nosocomio-y-un-fotografo-solidario-lo-hizo-posible\\_a5f24aa20f56a3367cacb2021](https://www.adnsur.com.ar/chubut/sociedad/una-empleada-del-hospital-regional-se-propuso-restaurar-un-mural-del-nosocomio-y-un-fotografo-solidario-lo-hizo-posible_a5f24aa20f56a3367cacb2021)
- 8 Modo en que se nomina al noreste de la provincia de Chubut, por su característica geográfica, que identifica a las ciudades de Rawson, Trelew y Puerto Madryn, donde se radican desde la constitución provincial las sedes administrativas del poder ejecutivo y legislativo.

## Referencias

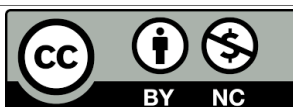
- Abrutzky, Rosana, Cristina Bramuglia y Cristina Godio. (2019). “Institucionalización histórica de la salud como bien social en Argentina”. En *Sudamérica*, 10, 75-99.
- Alvarez, Adriana y Adrián Carbonetti. (2008). Saberes y prácticas médicas en la Argentina: un recorrido por historias de vida. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Barrionuevo, Natalia. (2019). “(Re) producción y legitimación de fronteras sociales “establecidas” a partir del segundo boom petrolero (2004-2014)”. Sociología, Universidad Nacional de San Martín, Comodoro Rivadavia. Disponible en: <https://ri.unsam.edu.ar/handle/123456789/796?mode=full>
- Barros, Sebastián. (2019). “Provincialización y comunidad cívica. El caso de Chubut. En Giménez, S. y Azzolini, N. (coords.)” En *Identidades políticas y democracia en la Argentina del siglo XX*. (139-174). Buenos Aires: Editorial Teseo.



- Barros, Sebastián y Gabriel Carrizo. (2012). “La política en otro lado. Los desafíos de analizar los orígenes del sistema político chubutense”. En *De territorios a provincias. Actores, partidos y estrategias en las nuevas provincias argentinas (1951-1962)*. Biblioteca de Historia Política. Disponible en: <https://bit.ly/3opVWL1>
- Barros, Sebastián y Ana Clara Raffaele. (2017). “Out topos Chubut. Las identidades territoriales en el nacimiento del sistema político chubutense”. (*En*)clave Comahue, 22, 217-236.
- Bartolomé, Miguel. (2003). “Los pobladores del «Desierto» genocidio, etnocidio y etnogénesis en la Argentina”. *Cuadernos de Antropología Social*, 17.
- Belló, Mariana y Victor Becerril-Montekio. (2011). “Sistema de salud de Argentina”. *Revista salud pública de México*, 53 (2), 96-108.
- Belmartino, Susana. (2005). *La atención médica en Argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Belmartino, Susana y Carlos Bloch. (1984). “Las políticas de salud y bienestar social en Argentina: un intento de interpretación global”. *Estudios Sociológicos*, 2 (5/6), 253-286.
- Belmartino, Susana y Carlos Bloch. (1994). “El sector salud en Argentina. Actores, conflictos y modelos organizativos (1960-1985)”. Publicación N° 40. Argentina: Organización Panamericana de la Salud.
- Bertolotto, Analía, Ana Fuks y Mario Rovere. (2012). “Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto”. *Saúde em Debate*. 36 (94), 362-374.
- Briones, Claudia. (2005). *Cartografías Argentinas Políticas indigenistas y formaciones provinciales de alteridad*. Buenos Aires: Editorial Antropofagia.
- Carrizo, Gabriel. (2009). “Trabajo, petróleo y ruptura populista. Los trabajadores del petróleo en la Gobernación Militar de Comodoro Rivadavia”. *Estudios*, 22, 75-104.
- Carrizo, Gabriel (2016). *Petróleo, peronismo y sindicalismo. La historia de los trabajadores de YPF en la Patagonia, 1944-1955*. Prometeo Libros. Buenos Aires.
- Crespo, Edda Lia. (2007). “Entre exclusiones y objetivos compartidos: las «pobres madres obreras» y sus hijos. La Sociedad Damas de Beneficencia vs. la Junta Vecinal de Previsión Social y Salud Pública de Comodoro Rivadavia durante la restauración conservadora”. En Primeras Jornadas Nacionales de Historia Social. La Falda, Córdoba. Disponible en: <https://bit.ly/3z46XGR>
- Crespo, Edda Lía. (2016). “Entre tradiciones, regionalismos y socorros mutuos. El asociacionismo español en la zona del Golfo San Jorge (1910-1959)”. *Quinto Sol*, 20 (2), 1-21.
- Dal Bó, Alberto. (2008). *Hospitales de reforma. Crónicas para evitar el olvido*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Di Liscia, María Silvia. (2009). “Cifras y problemas. Las estadísticas y la salud en los Territorios Nacionales (1880-1940)”. *Salud Colectiva*, 5 (2), 259-278.
- Di Liscia, María Silvia. (2017). “Del brazo civilizador a la defensa nacional: políticas sanitarias, atención médica y población rural (Argentina, 1900-1930)”. *Historia Caribe*, 12 (31), 159-193.
- Diario Crónica (2001). 1901-2001 *Crónicas del centenario. Comodoro Rivadavia*. Buenos Aires: Gráfica Balbi.
- Dovio, Mariana Angela. (2012). “La noción de la “mala vida” en la Revista Archivos de Psiquiatría, Criminología, Medicina Legal y Ciencias Afines, Buenos Aires (1902- 1913) en relación al Higienismo argentino”. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. Disponible en: <http://journals.openedition.org/nuevomundo/63961>
- El Rivadavia (1951). *Libro del Cincuentenario de Comodoro Rivadavia, 1901-1951* (publicado por el diario El Rivadavia en febrero de 1951 y reproducido electrónicamente en 2005) Volumen conmemorativo del cincuentenario de la fundación de Comodoro Rivadavia. Disponible en: <http://deila.dickinson.edu/patagonia/newsite/es/centro/biblioteca/CCR1951/CCR1951sp.htm>

- Fassin, Didier. (1996). *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. París: Presses Universitaires de France.
- Fassin, Didier. (2003). "Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. hacia una antropología de la salud". En *Revista Colombiana de Antropología*, 40, 283-318.
- Foucault, Michel. (1977). *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI Editores.
- Gatica, Mónica y Gonzalo Pérez Álvarez. (2012). "Provincialización, corporaciones y política: la Convención Constituyente del Chubut en 1957". En *De territorios a provincias. Actores, partidos y estrategias en las nuevas provincias argentinas (1951-1962)*. Biblioteca de Historia Política: <http://historiapolitica.com/biblioteca/>.
- Gómez Paz, José Benjamín. (2008). "La política de salud en el desarrollismo". *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 21 (4), 29-38.
- Hahan, Robert y Arthur Kleinman. (1983). "Biomedical practice and anthropological theory: Frameworks and Directions". *Annual Review Anthropology*, 12, 305-333.
- Haro-Encina, Jesús Armando. (2000). "Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud". En *Medicina y cultura estudios entre la antropología y la medicina (101-162)*. Barcelona: Bellaterra.
- Kohl, Alejandro. (2018). *La salud en nuestra América. Una perspectiva histórico-antropológica*. Buenos Aires: Prometeo libros.
- Lock, Margaret y Nancy Scheper-Hughes. (1990). "A critical-interpretive approach in medical anthropology: Rituals and routines of discipline and dissent". En *Medical anthropology. A handbook of theory and method*. Nueva York: Greenwood Press.
- Martinelli, Guillermo. (2014). "Una propuesta de análisis textual. Reflexiones metodológicas sobre el uso del análisis del discurso en el campo historiográfico". En *Historia y metodología: aproximaciones al análisis del discurso (82-101)*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Menéndez, Eduardo (1978). "El modelo médico y la salud de los trabajadores". En *La salud de los trabajadores (11-53)*. México DF: Nueva Imagen.
- Menéndez, Eduardo. (2003). "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8 (1), 185-207.
- Mignolo, Walter (2014). "El pensamiento des-colonial, desprendimiento y apertura: Un manifiesto". En *Interculturalidad, descolonización del Estado y del conocimiento*. Buenos Aires: Ediciones del Signo.
- Mishler, Elliott. (1981). *View Point: Critical Perspectives on the Biomedical Model. Social Context of Health, and Illness, and Patient Care*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Murillo, Susana. (2000). "Influencias del Higienismo en políticas sociales en Argentina 1871 – 1913". III Jornadas Interdisciplinarias de Salud y Población. Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Nari, Marcela. (2004). *Políticas de la maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Novick, Susana. (2018). *Política y población. De los conservadores al peronismo*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires-Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: OMS. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- Oviedo, Guillermina. (2020). "Fotografías e identidades políticas: imágenes de la Gobernación Militar de Comodoro Rivadavia (1944-1955)". En *Sociología*, Universidad Nacional de San Martín. Disponible en: <https://ri.unsam.edu.ar/handle/123456789/1205?mode=full>
- Pérez, Pilar. (2011). "Historia y silencio: La Conquista del Desierto como genocidio no-narrado". En *Corpus*, 1 (2). Disponible en: <http://journals.openedition.org/corpusarchivos/1157>

- Pérgola, Federico. (2010). "Inicios del mutualismo en Argentina". En *Revista argentina de salud pública*, 1 (4) 2010, 45-46.
- Ramacciotti, Karina. (2004). "Ideas y prácticas en la política sanitaria del primer peronismo, 1946-1955". En *Círculos*, 13(14), 81-98.
- Ramacciotti, Karina. (2014). "Políticas sanitarias, desarrollo y comunidad en la Argentina de los años sesenta". En *Rev Cienc Salud*, 12 (1): 85-105
- Rosen, George. (1985). *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre historia de la atención a la salud*. México DF: Siglo XXI editores.
- Santi, Isabel. (2006). "El paciente inmigrante en Buenos Aires a fines del siglo xix. De la filantropía a la tecnología alienista". En *Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM*. DOI : <https://doi.org/10.4000/alhim.1322>
- Scarzanella, Eugenia. (2003). *Ni gringos ni indios. Inmigración, criminalidad y racismo en la Argentina, 1890-1940*. Universidad Nacional de Quilmes: Bernal.
- Secretaría de la Salud Pública de la Nación. (1948). "Almanaque de la salud 1948". Talleres Anglo Argentinos, Rivadavia 736. Secretaría de Salud Pública de la Nación.
- Segato, Rita Laura. (2007). *La nación y sus otros. Raza, etnicidad y diversidad religiosa en tiempos de Políticas de la identidad*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Suarez, Rubén. (2014). Una aproximación a la historia de la salud en Río Negro, Chubut y Neuquén: del territorio a la provincialización. Tesis doctoral, Universidad Nacional de Sur, Bahía Blanca. Disponible en: <https://repositoriodigital.uns.edu.ar/handle/123456789/2449>
- Tobar, Federico. (2012). "Breve historia del sistema argentino de salud". En *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal*. Buenos Aires: La Ley.
- Vasilachis de Gialdino, Ines (Ed.). (2007). "La investigación cualitativa". En *Estrategias de investigación cualitativa* (23-64). Buenos Aires, Argentina: Gedisa.
- Veronelli, Juan Carlos y Magalí Veronelli. (2004). *Los orígenes institucionales de la salud pública en Argentina*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Walsh, Catherine. (2008). "Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político- epistémicas de refundar el Estado". En *Tabula Rasa*, 9, 131-152.
- Yedlin, Daniel, Javier Biasotti, Susana Gallo, Andrea Jait, Jaime Lazovski, Raúl Pena y Valeria Zapesochny. (2012). *El derecho a la salud. 200 años de políticas sanitarias en Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.



Esta obra está bajo licencia internacional [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).