

JOSÉ IGNACIO ALLEVI*
DIEGO P. ROLDÁN**

LA MEDICINA SOCIAL COMO AGENDA POLÍTICA.
IDEAS Y PRÁCTICAS ESTATALES EN LA CIUDAD DE ROSARIO
BAJO EL GOBIERNO DE MANUEL PIGNETTO
(ARGENTINA, 1925-1927)¹

RESUMEN

Este artículo estudia la racionalización de la salud pública en la ciudad de Rosario durante la década de 1920 a partir de las iniciativas elevadas por el médico Manuel Pignetto durante su Intendencia. Su proyecto de Plan Sanitario constituye un observatorio clave para analizar los campos institucionales, la creación de agencias técnicas y la articulación de debates locales e internacionales en el reordenamiento de los dispositivos sanitarios municipales. A través de la triangulación y la hermenéutica de materiales documentales oficiales y periodísticos, se abordarán las posibilidades y los límites de un plan que reforzaba las competencias del municipio en materia de higiene pública bajo una nueva perspectiva social.

Palabras claves: Argentina, Rosario, siglo XX, Manuel Pignetto, salud internacional, salud pública, medicina social, gobierno municipal.

ABSTRACT

This article studies the rationalization of public health in the city of Rosario during the 1920s starting from the initiatives of the physician Manuel Pignetto during his administration. His Sanitary Plan constitutes a key perspective to analyze institutional fields, the creation of technical agencies, and the articulation of local and international debates in the rearrangement of municipal health devices. Through triangulation and the hermeneutics of official and journalistic documentary materials, we are able to address the possibilities and the limits of a plan that reinforced municipal competencies regarding public health under a new social perspective.

* Doctor en Historia, Universidad Nacional de La Plata (Argentina). CONICET-IHUCSO/UNL, Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Psicología. Correo electrónico: joseignacio.allevi@gmail.com

** Doctor en Humanidades y Artes, mención Historia, Universidad Nacional de Rosario (Argentina). CONICET-IECH, Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Humanidades y Artes. Correo electrónico: diegrol@hotmail.com

¹ Este trabajo fue financiado por el Proyecto de Investigación y Desarrollo (2020–2022): “Políticas sociales y saberes expertos en la provincia de Santa Fe: agentes, instituciones, redes e iniciativas estatales desde la entreguerras hasta el fin del siglo XX”. Código UR80020190100131, financiado por la Universidad Nacional de Rosario, Argentina (Res. CS 125/21).

Keywords: Argentina, Rosario, twentieth century, Manuel Pignetto, international health, public health, social medicine, local government.

Recibido: Noviembre 2019.

Aceptado: Julio 2020.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo proponemos analizar el proceso de centralización y racionalización sanitaria y sus límites en Argentina en la década de 1920, en diálogo con los debates nacionales e internacionales en salud pública. Delimitamos como observatorio específico la ciudad de Rosario durante la intendencia del médico Manuel Pignetto, transcurrida entre 1925 y 1927. No obstante la brevedad de su mandato, su propuesta sanitaria expresa, al menos, dos problemas relevantes para la historia de la salud pública: por un lado, la circulación de nociones sobre salud pública y seguridad social estimulada por organismos internacionales; por otro, la puesta en práctica de estos conceptos en políticas e instituciones relacionadas con la propia trayectoria de este médico, como experto en agencias municipales y de enseñanza. Es posible reconocer en el proceso desatado en Rosario por esos años una serie de variables que trascienden las fronteras urbanas y nacionales. En este sentido, sostenemos que el experimento de Manuel Pignetto logró articular distintas esferas –municipal, nacional e internacional–, y puede entenderse como un caso dentro de la historia global del campo de la salud pública durante la entreguerras².

Si, de acuerdo con Dorothy Porter, la historia de la salud pública puede pensarse como el conjunto de acciones colectivas para preservar una población en un tiempo y espacio, esta involucra dos procesos que transformaron a las sociedades modernas: uno, referido al marco civilizatorio configurado con los avances de la biomedicina y su huella subjetiva; dos, al impacto que estos saberes, acciones e instituciones tuvieron sobre la conformación de los Estados modernos³. En esta dirección, los nuevos enfoques y problemas que durante las últimas tres décadas interrogaron a la figura estatal⁴ señalaron el lugar que los expertos y las burocracias tuvieron en la conformación de agencias y políticas⁵. En esa dinámica, la medicina académica realizó un aporte considerable en el marco

² Sebastian Conrad, *What is global history?*, Princeton, Princeton University Press, 2016; Christian De Vito, “History without scales: the micro spatial perspective”, in *Past & present*, vol. 242, Issue Supplement 14, London, November 2019, pp. 348-372.

³ Dorothy Porter, *Health, Civilization and the State. A History of Public Health from Ancient to Modern Times*, London, Routledge, 1996.

⁴ Philip Abrams, “Notes on the difficulty to study the state”, in *Journal of Historical Sociology*, vol. 1, No. 1, London, 1988, pp. 58-89; Peter Evans, Dietrich Rueschemeyer & Theda Skocpol, *Bringing the state back in*, Cambridge, Cambridge University Press, 1986; Peter Evans, “El Estado como problema y como solución”, en *Desarrollo Económico*, vol. 35, n.º 140, Buenos Aires, 1996, pp. 529-562.

⁵ Federico Neiburg y Mariano Plotkin, *Intelectuales y expertos. La constitución del conocimiento social en la Argentina*, Buenos Aires, Paidós, 2004; Ernesto Bohoslavsky y Germán Soprano (eds.), *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*, Buenos Aires, Prometeo / UNGS, 2010; Germán Soprano y María Silvia Di Liscia, *Burocracias estatales. Problemas, enfoques y estudios de caso en la Argentina (entre fines del siglo XIX y XX)*, Rosario, Prohistoria / Editorial de la Universidad Nacional de La Pampa, 2017.

de su profesionalización entre fines del siglo XIX e inicios del XX⁶. En relación con lo anterior, el giro global en la historiografía contribuyó a revalorizar la circulación transfronteriza del conocimiento a partir de actores específicos insertos en redes disciplinares, así como el lugar privilegiado de estos al momento de promover políticas públicas⁷.

El accionar de los gobiernos municipales y provinciales en materia de salud fue la norma desde la constitución de los Estados nacionales durante el último tercio del siglo XIX y el primero del XX. En ese sentido, en el ámbito latinoamericano pueden rastrearse diferentes iniciativas en las cuales se combinaron saberes especializados en contextos culturales y políticos muy variados. Por mencionar solo las de Brasil, numerosas pesquisas problematizaron la forma en que Rio de Janeiro y, en especial, São Paulo desarrollaron intervenciones de peso, en parte gracias al impulso de la Fundación Rockefeller en términos de campañas sanitarias y fortalecimiento académico de la medicina⁸; mientras que, en otras regiones de menor dinamismo económico, este proceso fue más tardío⁹.

En el ámbito local, existen numerosas investigaciones que dan cuenta del accionar municipal y provincial frente a la problemática sanitaria. En Ciudad de Buenos Aires, su condición de capital federal le permitió contar con la intervención de instituciones de distinto alcance por encima de su Asistencia Pública, como fue la Sociedad de Beneficencia, las acciones del Departamento Nacional de Higiene y las vinculadas al desarrollo de la medicina universitaria¹⁰. La ciudad de La Plata, a su vez, resulta un experimento interesante de diseño urbano a partir de concepciones higiénicas¹¹. El caso de

⁶ Ricardo González Leandri, *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*, Madrid, CSIC Ediciones, 1999; Ricardo González Leandri, "Itinerarios de la profesión médica y sus saberes de Estado. Buenos Aires, 1850-1910", en Mariano Ptlokin y Eduardo Zimmermann (comps.), *Los saberes del Estado*, Buenos Aires, Edhasa, 2012, pp. 125-157; Susana Belmartino, *La atención médica en la Argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2005.

⁷ Christoph Conrad, "Social policy history after the transnational turn", in Pauli Kettunen & Klaus Peteresen (eds.), *Beyond welfare state models. Transnational historical perspectives on social policy*, Massachusetts, Edward Elgar Publishing, 2011, pp. 218-240; Sandrine Kott, "Towards a Social History of International Organisations: The ILO and the Internationalisation of Western Social Expertise (1919-1949)", in Miguel Bandeira Jerónimo & José Pedro Monteiro (eds.), *Internationalism, Imperialism and the Formation of the Contemporary World: The Pasts of the Present*, Cham, Switzerland, Palgrave Macmillan, 2018, pp. 33-57.

⁸ Gilberto Hochman, "Saúde pública e federalismo: desafios da reforma sanitária na primeira república", em Gilberto Hochman y Carlos Aurélio Pimenta de Faria (orgs.), *Federalismo e Políticas Públicas no Brasil*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2013, pp. 303-327; Lima Rodrigues de Faria, "A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas", em *História, Ciências, Saúde - Mangueiras*, vol. 9, n.º 3, Rio de Janeiro, 2002, pp. 561-90; Gabriela Marinho, "Difundir a Ciência, Modernizar a Medicina. Pactos para uma nova racionalidade Médica: São Paulo, 1916-1925", em Maria Gabriela S. M. C. Marinho y André Mota (orgs.), *Caminhos e Trajetos da Filantropia Científica em São Paulo A Fundação Rockefeller e suas Articulações no Ensino, Pesquisa e Assistência para a Medicina e Saúde (1916-1952)*, São Paulo, USP / UFABC / CD.G Casa de Soluções e Editora, 2013, pp. 13-35.

⁹ Rita Marques, "A filantropia científica nos tempos da romanização: a Fundação Rockefeller em Minas Gerais (1916-1928)", em *Horizontes, Bragança Paulista*, vol. 22, n.º 2, São Paulo, 2004, pp. 175-189; Ana Paula Korndörfer, 'An international problem of serious proportions': *A cooperação entre a Fundação Rockefeller e o governo do Estado do Rio Grande do Sul no combate a ancilostomíase e seus desdobramentos (1919-1929)*, tesis doctoral, Porto Alegre, Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2013.

¹⁰ Ricardo González Leandri, "Miradas medicas sobre la cuestión social. Buenos Aires a fines del siglo XIX y principios del XX", en *Revista de Indias*, vol. 60, n.º 219, Madrid, 2000, pp. 421-435.

¹¹ Gustavo Vallejo, *Proyecto urbano y sectores populares en la génesis de La Plata*, Rosario, Prohistoria, 2015.

Córdoba expone un considerable aumento del gasto en salud desde la década de 1920, aunque contrastado con la persistencia de otros actores institucionales como las sociedades de beneficencia, y donde la centralización y racionalización sanitaria sucedió sobre el final de la década de 1930¹². En este panorama, Rosario presenta una especificidad notoria. Todas las anteriores reúnen las características de ser pujantes centros urbanos y, al mismo tiempo, la capital jurisdiccional de su provincia —o de la nación, en el caso porteño. La urbe portuaria que nos convoca, por el contrario, era la segunda ciudad del país en dinamismo económico y poblacional a fines de la década de 1920, pero debía solventar con erogaciones propias las distintas intervenciones gubernamentales, mientras que la capital provincial absorbía, en términos comparativos, ingentes partidas presupuestarias¹³.

En este trabajo, entonces, nos interesa recuperar tanto estas discusiones historiográficas como la diversidad de experiencias locales y regionales a partir de un estudio de caso donde, sostenemos, es posible analizar no solo una circulación de debates de distinto orden alrededor de una perspectiva más amplia del accionar médico en salud pública, sino, también, el lugar de actores específicos en su promoción, y sus efectos sobre la estructura estatal.

Utilizaremos un nutrido corpus documental. Por un lado, fuentes de la órbita municipal, donde se destacan las Memorias de la Intendencia de Manuel Pignetto, los Diarios de Sesiones, Expedientes Terminados del Concejo Deliberante y Digestos Municipales. Por otro, el ámbito provincial será considerado a través de la actuación de Pignetto en el Directorio Administrativo del Empréstito Provincial de 1922. Otro conjunto documental refiere a la cuestión universitaria, donde se analizarán las memorias del primer decano de la Facultad de Medicina y algunas producciones académicas del mismo Pignetto. Por último, la prensa rosarina, en especial el matutino *La Capital* será de utilidad para auscultar la recepción de las obras sanitarias.

DEBATES TRANSFRONTERIZOS:

LOS CONTENIDOS DE LA SALUD PÚBLICA EN EL INICIO DEL SIGLO XX

Si bien las discusiones en torno a una perspectiva social de la medicina se remontan a la segunda mitad del siglo XIX europeo¹⁴, fue con el inicio del siglo XX que una serie de iniciativas internacionales sentaron las bases para consensuar los contenidos de lo que se entendería por salud pública¹⁵. Por un lado, la Oficina Sanitaria Internacional —luego renombrada Panamericana— creada en 1902; por otro, los organismos fungidos

¹² María José Ortiz Bergia, “La centralización estatal en la Argentina y el sistema de salud público cordobés en la primera mitad del siglo XX”, en *Trabajos y Comunicaciones*, n.º 44, 2ª época, 44, La Plata, 2016, pp. 1-16.

¹³ Diego Roldán, *La invención de las masas. Ciudad, corporalidades y culturas. Rosario, 1910-1940*, La Plata, UNLP, FAHCE, 2012.

¹⁴ George Rosen, *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención de la salud*, Madrid, Siglo XXI, 1985.

¹⁵ Iris Borowy, “International health work: the beginnings”, in *Michael*, vol. 8, No. 2, Oslo, 2011, pp. 210-221.

de la Sociedad de Naciones, luego del Tratado de Versalles: su Oficina de Salud y la Organización Internacional del Trabajo¹⁶. Ambas instancias desempeñaron un destacado papel en la promoción de marcos regulatorios, acuerdos sobre la responsabilidad estatal en la atención médica de algunas enfermedades y en particular el impulso de un enfoque social sobre los problemas de salud frente a la bacteriología imperante¹⁷. A la par, estos organismos promovieron la formación de cuadros técnicos y configuraron redes de expertos durante la década de 1920 y, en especial, en la siguiente. Estas redes no solo generaban conocimientos sobre temáticas específicas –que delimitaban de manera internacional las injerencias del campo de la salud pública–, sino que, al mismo tiempo promovían la puesta en práctica de tales saberes en sus países de origen¹⁸.

El debate impulsado por estos organismos durante las dos primeras décadas del siglo se vinculó, a su vez, con otras agendas de intervención social de notable actuación desde fines del siglo XIX, en particular la del reformismo. Esta noción ambigua aglutinaba un campo de saberes –que involucraba desde presupuestos científicos del higienismo con la Doctrina social de la Iglesia– y ofrecía a los poderes públicos un abanico de intervenciones sobre las tensiones acumuladas alrededor de la cuestión social¹⁹. En ese sentido, tanto los congresos reformistas latinoamericanos como la creación de museos sociales resultaron canchales de recepción donde los representantes de cada país adoptaban contenidos específicos para su coyuntura, al tiempo que estimularon vínculos intelectuales que luego sustentarían las redes expertas en salud de las décadas siguientes²⁰.

Por otra parte, las acciones públicas para el cuidado de la salud en Argentina durante el siglo XIX y la primera mitad del XX descansaban, en términos normativos y prácticos, sobre las iniciativas de los gobiernos provinciales y en especial municipales. Esto respondía tanto a la autonomía jurisdiccional que la Constitución argentina aseguraba

¹⁶ Con todo, la organización más significativa por su inversión y el apoyo que brindó a las demás, fue la Fundación Rockefeller, que desde 1913 impulsó acciones de erradicación de endemias, promoción de infraestructura y formación de cuadros a través de su International Health Division. Su impacto en la salud pública argentina, empero, fue más tardío y con una lógica diferente: John Farley, *To Cast Out Disease: A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*, New York & Oxford, Oxford University Press, 2004; Marcos Cueto (ed.), *Missionaries of Science: The Rockefeller Foundation and Latin America*, Bloomington, Indiana University Press, 1994.

¹⁷ Marcos Cueto, *El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud*, Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2004; Iris Borowy, “The League of Nations Health Organisation: from European to Global Health Concerns?”, in Astri Andresen, William Hubbard & Teemu Ryymin (eds.), *International and Local Approaches to Health and Health Care*, Bergen, University of Bergen, 2010, pp. 11-30.

¹⁸ Paul Weindling, “The League of Nations Health Organization and the rise of Latin American participation, 1920-40”, en *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, vol. 13, n.º 3, Rio de Janeiro, 2006, pp. 1-14; Eric Carter, “Social medicine and international expert networks in Latin America, 1930-1945”, in *Global Public Health*, vol. 14, No. 6-7, London, 2019, pp. 791-802.

¹⁹ Alain Chartiot, “Réformer le social sous le troisième République”, en *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, vol. 56, n.º 4bis, Paris, 2009, pp. 40-53; Janet Horne, *Le Musée social. Aux origines de l'Etat providence*, Paris, Belin, 2004.

²⁰ Manuel Bastias Saavedra & Camilo Plaza Armijo, “From control to social reform: the Latin-American social question in the Latin-American scientific congresses (1898-1908)”, en *Estudios Ibero-Americanos*, vol. 42, n.º 1, Porto Alegre, 2016, pp. 283-307; Juan Carlos Yáñez Andrade, “El Museo Social Argentino (1911-1925). Los vínculos de los reformadores sociales en el Cono Sur de América”, en *Quinto Sol*, vol. 24, n.º 1, La Pampa, 2020, pp. 1-23.

a estos espacios sobre la potestad federal como a las limitaciones del Departamento Nacional de Higiene, creado en 1880. Ello por sus escasos recursos, pero también por la superposición de funciones con otras instituciones, como la Sociedad de Beneficencia o la Comisión Asesora de Asilos Regionales, dependientes, a su vez, de otros ministerios. Pero el punto central residía en la soberanía jurisdiccional defendida por provincias y municipios, y amparada en la Carta Magna²¹. Esto limitaba la capacidad de acción del Departamento al control de puertos y los denominados “territorios nacionales”²², al tiempo que obstaculizaba cualquier intento de centralización de las políticas sanitarias.

En líneas generales, las intervenciones médicas de las autoridades se sustentaban en un enfoque higienista de corte “defensivo”, vinculado a la teoría miasmática, que pregonaba políticas como el aislamiento de los cuerpos enfermos, las cuarentenas y la destrucción de los focos infecciosos. Hacia el Centenario, y a partir del impulso de los organismos internacionales, ganó peso otra perspectiva de corte preventivo, cuya aceptación se generalizó durante la década siguiente²³. Si bien Argentina tuvo una participación limitada en las primeras conferencias organizadas por la Oficina Sanitaria Panamericana como correlato de su posición internacional²⁴, el debate que esta agencia estimuló junto a las dependientes de la Sociedad de Naciones fue clave en la difusión de este nuevo paradigma. Esto se observa con claridad en las discusiones de la Tercera Conferencia Sanitaria Nacional desarrollada en 1923, en la cual participó Manuel Pignetto. El saldo conceptual de la misma fue muy rico en sus definiciones programáticas, aunque no encontró un correlato en el Departamento Nacional: se insistió sobre la especialización de los servicios médicos en enfermedades endémicas –como la tuberculosis, la lepra o el paludismo–, la creación de hospitales para maternidad y cuidados infantiles, tratamientos preventivos, ampliación de las redes de agua potable y cloacas, higiene industrial y educación sanitaria²⁵. A su vez, la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana de La Habana, del año siguiente, selló el *Código Sanitario Panamericano*, que cristalizaba una serie de acuerdos en torno al control de enfermedades que circulaban por el comer-

²¹ Carolina Biernat, “Continuidades y rupturas en el proceso de centralización de la administración sanitaria argentina (1880-1945)”, en *Trabajos y Comunicaciones, Segunda Época*, n.º 44, La Plata, septiembre de 2016, pp. 1-23.

²² Entre 1884 y 1955, existió en Argentina un conjunto de gobernaciones en espacios que no constituían provincias y cuya administración dependía del Estado nacional. La Ley n.º 1532 identificaba nueve entidades políticas: La Pampa, Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego, Formosa y Chaco. El margen de maniobra del Departamento de Higiene se reducía aún más. Véase Ernesto Bohoslavsky y María Silvia Di Liscia, “La profilaxis del viento. Instituciones represivas y sanitarias en la Patagonia argentina, 1880-1940”, en *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, vol. 60, n.º 2, Madrid, 2008, pp. 187-206.

²³ Diego Armus y Susana Belmartino, “Enfermedades, médicos y cultura higiénica”, en Alejandro Cata-rizza (dir.), *Crisis económica, avance del Estado e incertidumbre política (1930-1943)*, Buenos Aires, Sudamericana, 2001.

²⁴ Carolina Biernat, “La Organización Panamericana de la Salud en la configuración de las políticas sanitarias latinoamericanas de entreguerras”, en *e-l@atina. Revista electrónica de estudios latinoamericanos*, vol. 14, n.º 54, Buenos Aires, 2016, pp. 19-34.

²⁵ Susana Belmartino, Carlos Bloch, Ana Virginia Persello y María Isabel Carnino, *Corporación médica y poder en salud. Argentina, 1920-1945*, Rosario, CESS / OPS, 1988.

cio marítimo, y sentaba bases para la generación de estadísticas continentales²⁶. A ello debemos agregar las discusiones que la Sociedad de Naciones estimuló sobre la problemática infantil durante la década, que en 1927 dieron lugar al Instituto Interamericano de Protección a la Infancia, situado en Montevideo, con participación activa de diversos médicos argentinos²⁷.

No obstante, afirmar la circulación y vitalidad de estas ideas conlleva la necesidad de avanzar en estudios de caso que permitan observar la sinergia entre estas y los contextos sociopolíticos locales que permitieron –o no– llevarlas a la práctica. Como Carolina Biernat señaló para el ámbito nacional, el Departamento de Higiene carecía del consenso legislativo para ampliar sus funciones y aplicar este programa, con lo cual su director en ese periodo –Gregorio Araoz Alfaro–, avanzó en el fortalecimiento de sus capacidades técnicas internas²⁸. En ese contexto, empero, el Plan Sanitario de Manuel Pignetto representó un avance significativo.

Su llegada a la Intendencia no resultó una sorpresa, pues se enmarcaba en una temporalidad mayor de configuración de las capacidades sanitarias del municipio, estudiada en trabajos anteriores²⁹. En este trabajo nos interesa estudiar con detenimiento sus acciones de gobierno en el área sanitaria para resaltar su condición de laboratorio de ideas y políticas de un corpus más amplio. Frente a la buena recepción que estas tuvieron en términos teóricos y políticos, su recepción práctico-presupuestaria no acompañó tal entusiasmo. Existieron objeciones sobre los fondos necesarios para llevarlas a cabo y algunas de las obras previstas quedaron postergadas o inutilizadas. En las páginas que siguen, entonces, exploraremos los dilemas surgidos en el intento del Intendente por promover una agenda sanitaria internacional para la salud municipal.

ROSARIO, ESPEJO PARTICULAR DE LA MODERNIDAD ARGENTINA

En este marco, para apreciar las peculiaridades del caso, conviene desarrollar algunos argumentos en torno a los rasgos distintivos de la ciudad.

Rosario es una urbanización nacida del proceso de integración al capitalismo que dio origen a la Argentina moderna. Escolta de Buenos Aires, y segunda ciudad-puerto del país, su desarrollo económico comercial y su perfil demográfico fueron impulsados por las infraestructuras ferro-portuarias. Sin fundación colonial, sus huellas no penetran más allá del siglo XIX. Su historia fue reconstruida como la de una ciudad hija de su propio esfuerzo, donde la velocidad del crecimiento urbano y la prosperidad económica se atri-

²⁶ Gregorio Delgado García, Eduardo Estrella y Judith Navarro, *El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental*, Washington, OPS, 1999.

²⁷ Anne-Emmanuelle Birm, “The national-international nexus in public health: Uruguay and the circulation of child health and welfare policies, 1890-1940”, en *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, vol. 13, n.º 3, Rio de Janeiro, 2006, pp. 33-64; Eugenia Scarzanella, “Los pibes en el Palacio de Ginebra: las investigaciones de la Sociedad de las Naciones sobre la infancia latinoamericana (1925-1939)”, en *Estudios Interdisciplinarios de América Latina*, vol. 14, n.º 2, Tel Aviv, 2003, pp. 5-30.

²⁸ Biernat, “Continuidades y rupturas...”, *op. cit.*

²⁹ José Ignacio Allevi, “Profesionales como funcionarios: proyectos, agencias y expertos en salud en la ciudad de Rosario (1898-1927)”, en *PolHis*, vol. 22, n.º 11, Buenos Aires, 2018, pp. 14-53.

buyeron al fruto combinado del tenaz esfuerzo de los inmigrantes y la fertilidad del *hinterland* agropecuario. Sus censos muestran un crecimiento exponencial, que consigue pasar de los cincuenta mil habitantes de 1887 a los doscientos cuarenta y cinco mil en 1914³⁰. Ese dinámico pulso, empero, no consiguió traducirse en el campo de las instituciones políticas, en detrimento del peso nobiliario de la ciudad de Santa Fe, que concentró los resortes del Estado provincial. La postergación de la urbe fue doble: por un lado, la proximidad con Buenos Aires la definió como su pariente cercana, aunque menos opulenta; por otro, la subsunción de las funciones políticas la colocó en desventaja respecto de la capital provincial. Ello definió su relación de aproximación e imitación con Buenos Aires, y de distanciamiento y diferencia con Santa Fe.

Las articulaciones entre el higienismo y la administración municipal rosarina surgieron por la intersección entre la necesidad de instaurar un orden urbano y las demandas de una sociedad complejizada por el crecimiento y la multiplicidad de la masa inmigratoria. Norma Lanciotti identificó tres gestiones municipales como emblemáticas de este proceso: Gabriel Carrasco (1890-1891), Luis Lamas (1898-904) e Isidro Quiroga (1909-1911)³¹.

Luis Lamas buscó consolidar una ciudad higiénica, estética y ordenada, con dos piezas claves como el Parque de la Independencia y el Hospital Rosario. Su política higienista fue diseñada por Isidro Quiroga, director de la Asistencia Pública desde 1890 y hasta 1909, cuando accedió a la Intendencia, una continuidad que le permitió afirmar el higienismo como paradigma de gestión en el municipio³². Una vez en el Departamento Ejecutivo, este médico difundió el sistema sanitario entre la población urbana, e integró la estética con la higiene al contratar al urbanista francés Joseph Bouvard para desarrollar un plan de embellecimiento. Si su reformismo procuró generar una transformación social impulsada “desde arriba”, sus efectos estaban enfocados sobre una población con niveles de vulnerabilidad relativa³³. La figura de Isidro Quiroga plantea algunos aspectos simétricos respecto a la de Manuel Pignetto que trascienden su acceso a la Intendencia: ambos fueron médicos, desempeñaron un papel destacado en su corporación, se iniciaron al frente de la Asistencia Pública, y plantearon una reforma de esta última con la finalidad de robustecerla como agencia y apuntalar la eficacia de los dispositivos higiénico-sanitarios locales³⁴.

Tres procesos se derivan del análisis de las correspondencias y desencuentros entre las propuestas teórico-normativas y las condiciones de posibilidad para su ejecución. El primero, una temprana racionalización y descentralización administrativa que, en una

³⁰ Diego Roldán, “Inventarios del deseo. Los censos municipales de Rosario (1889-1920)”, en *História*, vol. 32, n.º 1, São Paulo, 2013, pp. 327-353.

³¹ Norma Lanciotti, *Mercado inmobiliario en Rosario (1885/1914). Racionalidad empresarial y configuración del espacio urbano*, tesis doctoral, Rosario, Universidad Nacional de Rosario, 2004.

³² Agustina Prieto, “Rosario: epidemias, higiene e higienistas en la segunda mitad del siglo XIX”, en Mirta Lobato (ed.), *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de la historia de la salud en la Argentina*, Buenos Aires, Biblos, 1996, pp. 57-71.

³³ Diego Roldán, “Justificación, producción, usos y disputas de los espacios verdes en la Argentina. El parque de la Independencia de Rosario durante la primera mitad del siglo XX”, en *HiSTOReLo*, vol. 7, n.º 13, Bogotá, 2015, pp. 194-222.

³⁴ Allevi, *op. cit.*

escala local, evidencia cómo los municipios se revestían en el plano pragmático de atribuciones políticas que ponían en suspenso el discurso alberdiano, que restringía el régimen local al ámbito de la mera administración. Como forma de gobierno de proximidad local, el municipio comenzó a regular una serie de cuestiones sociales que impulsaban mayores grados de intervención, competencia con las fórmulas religiosas de caridad y tutela, y el impulso de una configuración burocrática³⁵. Segundo, la profesionalización disciplinar de algunos campos de saber y el reconocimiento concomitante de sus miembros como expertos estatales hicieron medrar algunas proposiciones intelectuales entre las preocupaciones gubernamentales y los ítems de las agendas públicas. Tercero, la creación de la Universidad Nacional del Litoral (1919) y su Facultad de Ciencias Médicas (1920) no solo coronó una añeja iniciativa de los médicos locales, sino que configuró un espacio de profesionalización disciplinar que proveyó de un conjunto de actores especializados al municipio y al Estado provincial³⁶.

UN PLAN SANITARIO

El acceso a la intendencia de Manuel Pignetto en 1925 fue el fruto de la mixtura entre su trayectoria y las especificidades de la salud pública urbana. Dos décadas atrás, en 1905, había ingresado como médico del Hospital Rosario, perteneciente al municipio³⁷, y en 1920 fue designado director de la Administración Sanitaria. Allí concibió su plan para reorganizar la salud local que no logró efectivizar debido a la renuncia del Intendente en 1923 y a su alejamiento del municipio. No obstante, su carrera como funcionario continuaba. De la oficina de salud pasó a la dirección del Hospital del Centenario, dependiente de la novel casa de altos estudios médicos, donde revistaba, además, como profesor titular de la materia que nutría sus proyectos: Higiene Social.

A pesar de este proficuo itinerario como técnico estatal, su acceso a la Intendencia tuvo un cariz sinuoso, vinculado al clima político de la provincia de Santa Fe y al partido que logró gobernarla entre 1912 y 1930: la Unión Cívica Radical (UCR)³⁸. Su nombramiento al frente de la Asistencia Pública se produjo durante la presidencia de Marcelo T. de Alvear (1922-1928), en un periodo caracterizado por un acuciante enfrentamiento entre las facciones internas del partido gobernante, yrigoyenismo y antipersonalismo³⁹. La facción radical del por entonces gobernador Enrique Mosca tenía un tinte

³⁵ Diego Roldán, "La producción del municipio. Construcción, reforma y disputas en el gobierno de la ciudad de Rosario. 1872-1935", en Marta Bonaudo (comp.), *Representaciones de la política. Provincias, territorios y municipios (1860-1955)*, Buenos Aires, Imago Mundi, 2015, pp. 135-156.

³⁶ Susana Piazzesi y Natacha Bacolla, *El reformismo entre dos siglos. Historias de la UNL*, Santa Fe, Ediciones UNL, 2015.

³⁷ Municipalidad del Rosario, *Digesto Municipal. Ordenanzas, decretos, acuerdos, reglamentos, contratos, etc. Correspondientes a los años 1904 y 1905. Administración del Intendente Santiago Pinasco*, Rosario, Establecimiento La Argentina, 1906, p. 443.

³⁸ Darío Macor y Susana Piazzesi, "El Radicalismo y la política santafesina en la Argentina de la primera república", en *Estudios Sociales*, vol. 23-24, Santa Fe, 2010, pp. 217-240.

³⁹ Ana Virginia Persello, *El partido radical. Gobierno y oposición, 1916-1943*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2004.

conservador, espejando lo sucedido a escala nacional, no obstante lo cual hizo lugar a las iniciativas de algunos de sus cuadros técnicos, provenientes de la Universidad del Litoral. En esta dirección, el nombramiento de Manuel Pignetto en la Intendencia se produjo tras la destitución del jefe comunal anterior, Emilio Cardarelli, promovida por el Concejo Deliberante⁴⁰. La prensa local celebró los acontecimientos, pues reconocía su experiencia en temas ligados al interés público ciudadano⁴¹.

La llegada de Manuel Pignetto al Ejecutivo le permitió recuperar el programa de reformas pendientes a comienzo de la década de 1920. Su anhelado plan sanitario se componía de tres líneas rectoras⁴².

Por un lado, un área de asistencia pública, que organizaba la atención médica desde su sección de primeros auxilios y en los distintos efectores dependientes del municipio. Algunos de ellos funcionaban desde hacía varias décadas, como eran los casos del Rosario, Carrasco y Alberdi. Otros resultaban importantes novedades, enmarcadas, a su vez, en los debates internacionales contemporáneos⁴³, como el Hospital de Niños. Al mismo tiempo, contemplaba el crecimiento de la ciudad al calor de sus actividades industriales y, por ello, proponía instalar estaciones sanitarias en algunos barrios de rápido crecimiento, como el de Refinería en el norte, Roque Sáenz Peña en el sur, y Belgrano en el oeste. Por si fuera poco, esta área incluía dos servicios que apuntalaban sus funciones: la provisión de medicamentos y la renovación –y refuerzo– del sistema de ambulancias para trasladar pacientes.

En segundo lugar, el plan sanitario incorporaba una sección de profilaxis social que impulsaba el abordaje preventivo y social de su enfoque médico al incorporar intervenciones ambientales como forma de influir en la salud individual y colectiva. Este coronaba un largo anhelo en la concepción de Manuel Pignetto, pues incluía un área de educación sanitaria, tema que fundamentó su participación en la Conferencia Sanitaria Nacional de 1923⁴⁴ y que logró incluir entre sus recomendaciones generales.

Aquí también ingresaban dos novedades técnicas: por una parte, el Atlas Sanitario, un instrumento que permitiría al municipio contar con información actualizada sobre el estado sanitario, demográfico y ambiental de sus distritos para poder planificar el crecimiento y la edificación en la ciudad⁴⁵; por otro, el Casillero Sanitario de la Habitación, proyecto que recuperaba la experiencia parisina, así como las preocupaciones médicas expresadas en el ámbito local en las conferencias antituberculosas de 1919 y 1921. El Casillero “permite conocer en cualquier instante las condiciones físicas de la vivienda de la ciudad, cuál es su morbi-mortalidad general y especial”⁴⁶.

⁴⁰ *La Capital*, Rosario, 2 de abril de 1925, p. 6.

⁴¹ “Jiras del intendente. El conocimiento de las necesidades pública”, en *La Capital*, Rosario, 12 de abril de 1925, p. 4.

⁴² Municipalidad de Rosario, *Digesto Municipal. Ordenanzas, Decretos y Reglamentos dictados durante 1925*, Rosario, Imprenta Ravani, 1930, pp. 280-281; Municipalidad de Rosario, *Compendio de Digesto Municipal*, Rosario, Talleres Gráficos La Velocidad, 1926, pp. 300-307.

⁴³ Scarzanella, *op. cit.*

⁴⁴ Manuel Pignetto, *Proyectos sobre educación sanitaria y protección a la primera infancia*, Rosario, Talleres Gráficos Di Pierri, 1923.

⁴⁵ Manuel Pignetto, *Dos años de intendencia, 1925-1927*, Rosario, Talleres Gráficos La Velocidad, 1927, p. 9.

⁴⁶ *Ibid.*

Luego, esta segunda sección del plan incluía un vasto conjunto de dispositivos médicos, como el Instituto de Vacunación Antivariólica y otras infecciosas, el propio de la Vacuna Antirrábica, y centros antituberculosos. Asimismo, un dispensario antivenéreo obraría como “policía sanitaria de la prostitución”, reforzando una tradición local de larga data que problematizaba y abordaba en términos médicos la “cuestión” prostibularia que era parte de la dinámica portuaria de la ciudad⁴⁷.

Esta sección incluía, en igual medida, una estación de desinfección y un área de profilaxis antialcohólica, celebrada por algunos concejales en la discusión del plan, pues “todos los días palpamos en forma concreta los estragos físicos-psíquicos del alcoholismo y sus consecuencias psicológicas en el terreno de la herencia que los transforma en una afligente plaga social [...]”⁴⁸. En dicho conjunto se agregaba una primicia interesante: una Escuela de Enfermeras Visitantes cuyo objetivo era “llevar al hogar pobre el consejo inteligente en defensa de la vida propia”⁴⁹.

En términos medioambientales, se contemplaba la inspección de mercados, maderos, tambos, locales comerciales y la vigilancia alimenticia, dado que estos “pueden ser vehículos de enfermedades infecciosas por contener gérmenes o expenderse alterados”⁵⁰. Pero también abonaba por la inspección de establecimientos de salud, junto al control sanitario veterinario. En ambos casos, la experticia privilegiada para el gobierno de tales actividades urbanas era la médica.

El plan incluía un último eje en torno a la higiene social, ámbito primordial de actuación docente y funcionarial del Intendente. Con ella proyectaba una serie de instituciones alrededor del trinomio trabajador-madre-niño. Primero, la construcción de una maternidad general y de una maternidad refugio para albergar a las mujeres embarazadas solteras y evitar posibles abortos⁵¹. Asimismo, se planeaba una ampliación del antiguo *lactarium* de la Asistencia Pública y la creación de un dispensario de niños para intentar resolver “con criterio práctico y científico” la problemática de la alimentación infantil. Dado que las tasas más altas de mortalidad en niñas y niños respondía a su nutrición deficiente y enfermedades digestivas, este espacio se orientaría al abastecimiento a las madres del alimento más adecuado para sus hijos como de las “instrucciones necesarias para el cuidado del mamón”⁵². Con ello, el Intendente dotaba de centralidad a una temática de gran importancia para los organismos internacionales –desde los especializados en salud internacional hasta la OIT– con respecto a la importancia de los valores nutricionales en la salud de la población⁵³, y que en el ámbito nacional ganaría fuerza recién

⁴⁷ María Luisa Múgica, *La ciudad de las Venus impúdicas. Rosario, historia y prostitución (1874-1932)*, Rosario, Laborde, 2014.

⁴⁸ Municipalidad de Rosario, *Diario de Sesiones. Honorable Concejo Municipal*, Rosario, Talleres Gráficos Pomponio, 1925, p. 510.

⁴⁹ Pignetto, *Dos años...*, *op. cit.*, p. 13.

⁵⁰ *Op. cit.*, p. 12.

⁵¹ Municipalidad de Rosario, *Diario de Sesiones...*, *op. cit.*, 1925, pp. 507-508.

⁵² Pignetto, *Dos años...*, *op. cit.*, p. 11.

⁵³ Corinne Pernet, “Developing nutritional standards and food policy: Latin American Reformers between the ILO, The League of Nations Health Organization, and the Pan American Sanitary Bureau”, in Sandrine Kott & Joëlle Droux (eds.), *Globalizing Social Rights: The International Labour Organization and Beyond*, London, Palgrave Macmillan Editors, 2013, pp. 249-261.

en la década siguiente⁵⁴. Por último, un hospital de niños, con su Instituto de Puericultura, coronaban la sección, diseñados bajo criterios higiénicos en su orientación, distribución y composición⁵⁵.

La actuación de Manuel Pignetto no se restringió solo a la arena municipal. En efecto, el galeno resultó ser un actor clave desde su posición como intendente en la estabilización de la nueva Facultad de Medicina de Rosario, al habilitar salas de los hospitales municipales para dictar allí asignaturas clínicas, además de orientar fondos de la Intendencia para obras menores de la institución, como los jardines del Hospital Nacional del Centenario. Como afirmaba el por entonces decano de Medicina, Rafael Araya: “Desde que se hiciera cargo de la Intendencia Municipal, el actual jefe de la Comuna, Profesor Dr. Manuel E. Pignetto, las tramitaciones realizadas ante la misma fueron atendidas con toda solicitud”⁵⁶.

En la órbita del Estado provincial, el Intendente encontró una coyuntura propicia para apuntalar su reforma sanitaria. El gobernador Enrique Mosca⁵⁷ acababa de emitir deuda pública por treinta y cinco millones de pesos que permitieron desarrollar un importante número de obras públicas en la provincia, que incluía escuelas, puentes, comisarías, hospicios de huérfanos y un hospital de alienados⁵⁸. La posibilidad para obtener los fondos residía en la gestión política al interior de la Comisión que los administraba, compuesta por el Ministro de Hacienda, los presidentes de las Bolsas de Comercio y sociedades rurales de Rosario y la capital provincial, junto a sus intendentes⁵⁹. Manuel Pignetto hizo valer su lugar en la Comisión para consolidar algunas obras incluidas en su plan y que el municipio no podía costear con sus arcas. Así, logró la adjudicación de fondos para un hospital de alienados –que recibió \$499 861 m/n–, un Reformatorio de menores –con \$409 941– y su ansiado hospital de niños, que obtuvo \$382 645⁶⁰. Sus gestiones adoptaron un nuevo impulso con la asunción del nuevo gobernador, Ricardo Aldao, cuando logró reorientar los fondos destinados a un frigorífico y matadero municipal para su hospital infantil. Para alcanzar su cometido, el Intendente apeló a los diputados de la provincia para que autorizasen el giro presupuestario con argumentos técnicos: “No escapará al ilustrado criterio de V. H. que disminuir la morbo-mortalidad general y en especial la mortalidad infantil equivale a mantener un tesoro en evolución, productivo, desde que la salud es riqueza que afirma la prosperidad futura de toda agru-

⁵⁴ José Buschini, “Surgimiento y desarrollo temprano de la ocupación de dietista en la Argentina”, en *Avances del Cesor*, vol. XIII, n.º 15, Rosario, 2016, pp. 135-156.

⁵⁵ Pignetto, *Dos años...*, op. cit., p. 53-54.

⁵⁶ Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y Ramos Menores, *Memoria correspondiente al año 1925 elevada por el decano Dr. Rafael Araya*, Rosario, Talleres Gráficos Romanas, 1926, p. 39.

⁵⁷ Enrique Mosca era representante de la UCR Unificada, de orientación antipersonalista, facción a la que adscribía, entre otros, el decano de la Facultad de Ciencias Médicas, Rafael Araya.

⁵⁸ Gobierno de Santa Fe, *Directorio Administrativo del Empréstito 1922. Memorias 1923-1924*, Santa Fe, s/e, 1924, pp. 32-37.

⁵⁹ Tanto la disposición de emitir los títulos como el accionar de la Comisión fueron resistidos con vehemencia desde la prensa como desde los partidos políticos, pues la Comisión no contaba con ningún tipo de contralor opositor. Un tratamiento más exhaustivo de la cuestión en Diego Mauro, *Reformismo liberal y política de masas. Demócratas progresistas y radicales en Santa Fe (1921-1937)*, Rosario, Prohistoria, 2013.

⁶⁰ Gobierno de Santa Fe, *Cómo fueron administrados los fondos del empréstito 1922*, Santa Fe, s/e, 1928.

pación humana⁶¹. Con todo, las demoras en la asignación de recursos, el final de su mandato en 1927, y la crisis de 1929 demoraron su concreción, y el establecimiento se inauguró recién en 1930.

UN NUEVO CONCEPTO
DE LAS POTESTADES MUNICIPALES Y LA SALUD

Al comenzar abril de 1925, el matutino de mayor circulación de la ciudad publicaba una “nota científica” sobre la importancia de la medicina preventiva, donde el cronista rescataba los aportes del médico John D. Long, sobre las bases científicas de la salud pública, difundidos en el *Boletín de la Unión Panamericana* de febrero de 1925. Con la transcripción textual de su trabajo, señalaba que la instrumentalización de tales principios debía efectuarse a través de las agencias de administración estatal que, en su organización, tenían que considerar dos principios primordiales: el saneamiento del ambiente, la higiene del individuo y la educación primaria y superior de nociones sanitarias⁶².

La publicación de esa nota no fue casual. Antes bien, evidenciaba el diálogo del Intendente con el debate internacional en salud pública, que durante la década de 1920 estimuló una perspectiva preventiva. Pero, a su vez, delimitaba el campo de intervención de Manuel Pignetto al frente del gobierno municipal. Cuando el proyecto ingresó al Concejo Deliberante en septiembre de 1925, el primer argumento para su discusión señalaba la necesidad de generar condiciones de salud para la población “poniendo en ejecución todos los adelantos y las medidas que la ciencia y la práctica aconsejan, tratando siempre de obtener el mayor resultado con el menor gasto”⁶³. El punto neurálgico de su argumento era desplazar una concepción caritativa de la atención médica hacia una de orden solidario, que contemple así los beneficios colectivos de un abordaje preventivo en el cuidado de la salud⁶⁴. Afirmaba, entonces: “corresponde considerar la asistencia de enfermos como una función gubernamental antes que finalidad humanitaria, siendo imprescindible correlacionar todas las instituciones sanitarias en un plan orgánico que oriente la acción”⁶⁵. Al ubicar esta cuestión en el orden de las responsabilidades estatales del municipio, el Intendente se adelantaba a un conjunto de debates que recién ganarían terreno en el Estado provincial y nacional entrada la década siguiente⁶⁶.

En este sentido, el abordaje de la morbilidad y mortalidad poblacional –y en particular la infantil– se inscribían como una preocupación de orden colectivo y no ya individual, pues: “El individuo enfermo nada produce ni para sí, ni para sus semejantes,

⁶¹ Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y Ramos Menores, *op. cit.*, p. 22.

⁶² “Importancia de la medicina preventiva”, en *La Capital*, Rosario, 7 de abril de 1925, p. 3.

⁶³ Municipalidad de Rosario, *Diario de Sesiones...*, *op. cit.*, 1925, p. 505.

⁶⁴ *Op. cit.*, p. 506.

⁶⁵ Pignetto, *Dos años...*, *op. cit.*, p. 5.

⁶⁶ Natacha Bacolla, “Nuevas capacidades estatales para una sociedad transformada: instituciones y políticas sanitarias en la provincia de Santa Fe primera mitad del siglo XX”, en *Trabajos y Comunicaciones. Segunda Época*, vol. 44, e023, La Plata, 2016, pp. 1-25.

siendo por el contrario consumidor de elementos costosos y de energía perdidas que permite considerarlo un capital fracasado para la vida económica de la colectividad”⁶⁷. Este enfoque preventivo se ensamblaba sin dificultad con una problematización en torno a la fatiga y al cuerpo-máquina, que llevaba un buen tiempo en la arena de discusiones higienistas y gubernamentales. Así, una mirada que comenzaba a vincular la intervención estatal “eficiente” en su disposición de escasos recursos, junto con la preservación de una fuerza de trabajo cada vez más demandada por las actividades productivas de una urbe en plena expansión, lograban percibir con mayor claridad las ventajas de disponer instituciones y políticas encaminadas a evitar enfermedades antes que a tratarlas una vez acaecidas:

“[...] la experiencia enseña que es más fácil y económico evitar un padecimiento que retrotraer al organismo a la normalidad perturbada, porque siendo el cuerpo humano una máquina, delicadísima y compleja, más delicada, más sensible que cualquier maquinaria artificial por portentosa que sea, basta una ligera modificación en el funcionamiento de cualquiera de sus engranajes para producir una ruptura del ritmo en el conjunto que repercute en la vida fisiológica del individuo”⁶⁸.

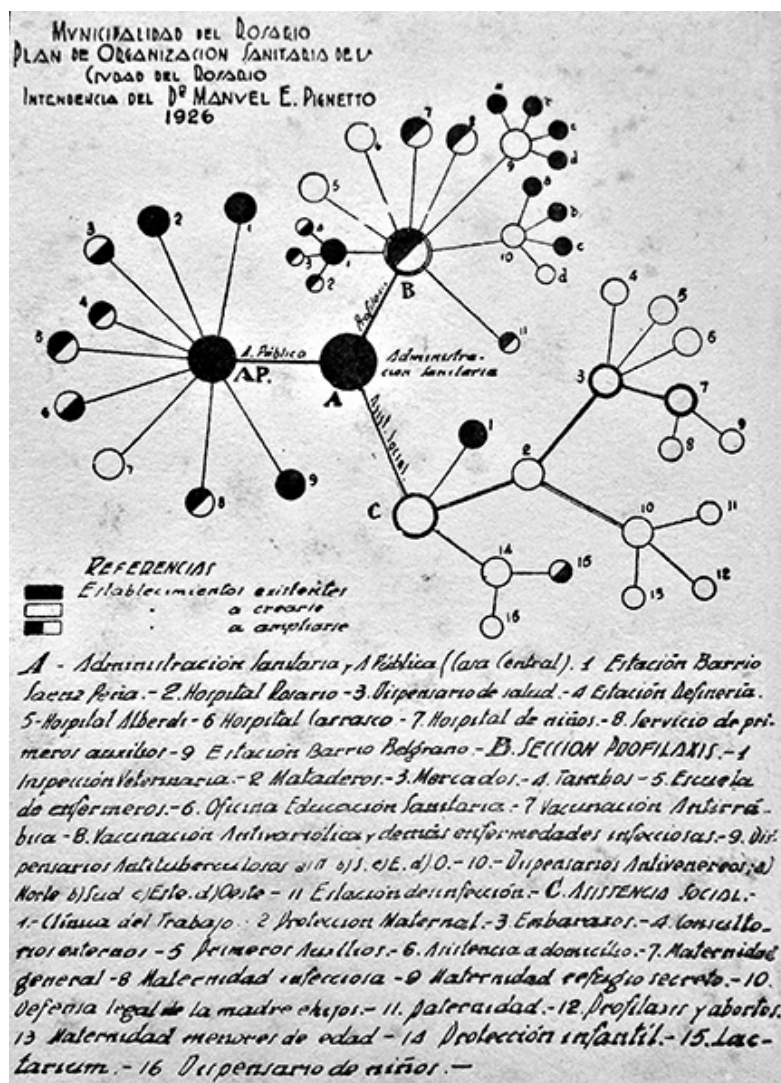
Hasta la década de 1940, las atribuciones municipales y provinciales fueron la norma en el cuidado de la salud, pues solo con el cambio de década —y el golpe de Estado de 1943— comenzaron a desplegarse las condiciones de posibilidad para las intervenciones centralizadas en el ámbito nacional. Sin embargo, la propuesta de este médico, para reorganizar la atención sanitaria de Rosario, se distinguía de otras ciudades por el lugar privilegiado que ganaba el saber técnico como rector del proceso, así como por articular en su proyección un conjunto de debates de distinta escala de manera temprana. Su propuesta de una planificación integral del área salud fue pionera en la historia de la intervención higiénica del municipio y constituyó una de las primeras introducciones del vocablo ‘plan’ en el léxico de la administración local. Su plan perseguía la ampliación de los radios de acción de la administración sanitaria, a la par que coordinaba distintas dependencias de la oficina municipal, cuyo funcionamiento resultaba con frecuencia inorgánico y desarticulado. Esto le permitía, además, convencer a los ediles cuya aprobación requería tras el argumento de la refuncionalización y racionalización de la estructura sanitaria existente, sin generar erogaciones monetarias significativas⁶⁹.

⁶⁷ Pignetto, *Dos años...*, *op. cit.*, p. 8.

⁶⁸ Municipalidad de Rosario, *Diario de Sesiones...*, *op. cit.*, 1925, p. 507.

⁶⁹ *Op. cit.*, p. 505.

FIGURA 1
 Diagrama organizativo para la Administración Sanitaria
 (1926)



Fuente: Pignetto, *Dos años...*, op. cit., p. 6.

Una de las mayores preocupaciones sanitarias de su plan eran las transformaciones sociodemográficas de la urbe, debido a los efectos que la modernización acelerada ocasionaba en algunos barrios. El desarrollo de la actividad fabril en el norte y sur de la ciudad arrojaba un panorama que no pasó inadvertido a los funcionarios municipales. En efecto, el pauperismo como objeto y preocupación estatal en clave sanitaria justificaba

la necesidad de extender el brazo institucional de la Administración Sanitaria. Dos espacios en particular preocupaban al Intendente por el crecimiento vertiginoso de su población al calor de las actividades industriales allí localizadas. Se trataba del distrito que fungía alrededor de la Refinería Argentina de Azúcar, en el norte de la ciudad, y el que crecía en el barrio Roque Sáenz Peña hacia el sur, en torno al frigorífico Swift⁷⁰. Si bien este último ya contaba con una precaria estación sanitaria (fig. 2)—reformada de forma íntegra en su plan—, Manuel Pignetto entendía que solo un hospital vecinal llenaría las necesidades de ambas poblaciones obreras:

“La población obrera en los barrios Refinería y Sáenz Peña ha creado para la comunidad una situación que cada día se hace más apremiante por carecer de nosocomios adecuados en dichos distritos. Con excepción de las visitas en consultorio y domiciliarias, las estaciones sanitarias destacadas en los barrios suburbanos no prestan servicios eficientes. Una ligera visita a las mencionadas sucursales sanitarias demostrará elocuentemente lo afirmado”⁷¹.

En ese sentido, el plan contemplaba más cursos de acción y refacciones que nuevas edificaciones, características que le valieron no pocas críticas al presentarlo ante el Concejo. Uno de los ediles intervinientes señalaba que el proyecto no incluía un plan de construcciones, sino que constituía, más bien, una declaración de principios, donde se elegían solo algunos servicios a prestar como si cumplieren con las necesidades de toda la ciudad. Interpelando al Intendente, presente en la sesión, este concejal llegó a exclamar: “¡Pero esta ordenanza no manda realizar absolutamente nada!”, a lo cual Pignetto respondió: “Marca rumbos”⁷².

Esta voluntad de refuncionalizar lo existente antes que construir de cero no era inexacta, y respondía a cuestiones de diversa índole. Consciente de las limitaciones materiales del municipio, Manuel Pignetto proponía articular el plano de sus investigaciones y preceptos científicos con el de las instituciones existentes, modificándolas y “economizándolas”. Pero, al mismo tiempo, pugnaba por aplicar nuevos conceptos científicos en la distribución espacial e higiénica de estas. El plan en sí mismo se presentaba desde esta perspectiva, como:

“[...] síntesis de estudios que sólo se conquistan con el análisis y observación, tiende a curar al enfermo, obtener con medios científicos y prácticamente adaptados un fin higiénico cimentado en el principio de Justicia, de igualdad social que debe establecerse entre los hombres cuando se aspira al perfeccionamiento del organismo colectivo”⁷³.

En algunos casos, las modificaciones revestían urgencias por la baja operatividad de las dependencias. Tal era el caso de las estaciones sanitarias de los barrios industriales

⁷⁰ Una historia de las transformaciones del sur rosarino en Diego Roldán, *Del ocio a la fábrica. Sociedad, espacio y cultura en Barrio Saladillo*, Rosario, Prohistoria, 2005.

⁷¹ Municipalidad de Rosario. *Diario de Sesiones...*, op. cit., 1925, p. 506.

⁷² Op. cit., p. 509.

⁷³ Op. cit., p. 506.

más poblados de la urbe⁷⁴, que “funcionan en casas particulares, inadecuadas a su rol que exige el transporte de enfermos graves a largas distancias para hospitalizarlos”⁷⁵. En otros, las intervenciones sobre algunos hospitales, como el Carrasco —ex “Casa de Aislamiento”, surgido para el tratamiento de enfermedades infecciosas— provenían de su adecuación a nuevos criterios científicos. En especial, se perseguía un reacondicionamiento de sus salas para generar “box” de cuidado individual de cada paciente, “donde de acuerdo con la higiene hospitalaria se practique el verdadero aislamiento que es el aislamiento individual dentro del aislamiento colectivo”⁷⁶.

FIGURA 2

*Estación Sanitaria del Barrio Roque Sáenz Peña
(Rosario, 1926)*



Fuente: Pignetto, *Dos años...*, *op. cit.*, p. 12.

Estas nuevas directrices habilitaban, asimismo, un uso más económico y racional del espacio, al permitir la hospitalización conjunta de pacientes con patologías diversas sin riesgo de contagio, “donde las complicaciones sobrevenidas en las convalecencias

⁷⁴ La población de los barrios Refinería y Saladillo se calculaba entre unos treinta mil y cincuenta mil habitantes, sobre una población total estimada en cuatrocientos mil para 1925: “Cuarto Censo Municipal. Levantado el 21/10/1926 bajo la dirección de Dr. Domingo Dall’Anese”, en *Revista de la Facultad de Ciencias Económicas, Comerciales y Políticas*, Tercera Serie, t. IV, Rosario, 1933.

⁷⁵ Pignetto, *Dos años...*, *op. cit.*, p. 12.

⁷⁶ *Op. cit.*, p. 13.

disminuyen acortando la enfermedad, lo que no ocurre con el sistema actual que un pabellón es destinado a determinado padecimiento infeccioso exigiendo tantas salas como procedimientos infecciosos existen⁷⁷. Fue así que el Intendente impulsó un conjunto de obras de remodelación y construcción de pabellones para los hospitales Carrasco y Rosario, una refacción integral de la sede central de la Asistencia Pública y la instalación de una nueva estación sanitaria en el Barrio Belgrano.

MEDICINA DEL TRABAJO Y EUGENESIA DE LA EDUCACIÓN FÍSICA

Dentro del plan sanitario propuesto por Manuel Pignetto hubo dos clases de innovaciones. Por una parte, las primicias basadas en el robustecimiento, racionalización y descentralización de las dependencias municipales de salud. Estas intervenciones no introducían elementos nuevos en la cultura sanitaria, sino que procuraban perfeccionar los existentes a través de la reconfiguración “científica” en su funcionamiento y el acceso más directo de la población suburbana. Otro tipo de transformaciones estuvo orientado por la introducción de dispositivos arquitectónicos e higiénico-sanitarios configurados bajo nuevos paradigmas o subcampos que despuntaban en el ámbito de la higiene pública, como así también del derecho. Este fue el caso de la medicina del trabajo, una esfera ya delineada por los estudios de Juan Bialét Masse⁷⁸, Augusto Bunge⁷⁹ y Alfredo Palacios⁸⁰. Estos aportes, junto a otras referencias internacionales, fueron claves en la sanción e implementación de la Ley de Accidentes y Enfermedades del Trabajo de 1915⁸¹. La aplicación de la misma presentaba cierto letargo en la provincia de Santa Fe, donde en 1923 se desarrolló un congreso específico del cual participaron numerosos docentes de las facultades de Medicina y Derecho. A pesar de su impacto, recién hacia 1927 logró crearse el Departamento Provincial del Trabajo. Así, el plan sanitario de Manuel Pignetto –que había participado del evento de 1923– no solo se hacía eco de tales discusiones, sino que aspiraba a brindar soluciones bajo una concepción de responsabilidad estatal.

Además, otro emergente fueron ciertos fragmentos de la eugenesia garantizada por prácticas gimnásticas, demarcadas desde fines del siglo XIX y comienzos del XX⁸². Dos conjuntos de agentes contribuyeron a ese proceso. El primero, compuesto por maestros de gimnasia y esgrima, directores de batallones escolares e impulsores de los ejercicios metodizados de inspiración castrense, tales los casos de Horacio Levene y Juan Bau-

⁷⁷ Pignetto, *Dos años...*, *op. cit.*, p. 14.

⁷⁸ Juan Bialét-Massé, *Informe sobre el estado de la clase obrera*, Buenos Aires, Hyspamérica, 1985 (1ª ed., 1904).

⁷⁹ Augusto Bunge, *Las conquistas de la higiene social*, Buenos Aires, Talleres de la Penitenciaría Nacional, 1910.

⁸⁰ Alfredo Palacios, *La fatiga y sus proyecciones sociales*, Buenos Aires, Claridad, 1922.

⁸¹ Karina Rammacciotti, “De la culpa al seguro. La Ley de Accidentes de Trabajo, Argentina (1915-1955)”, en *Revista Mundos do Trabalho*, vol. 3, n.º 5, Santa Catarina, 2011, pp. 266-284.

⁸² Para una aguda síntesis sobre los debates en torno a la eugenesia en América Latina véase Andrés Reggiani, *Historia mínima de la eugenesia en América Latina*, México, Colmex, 2019.

tista Arrospeidegaray⁸³. El segundo grupo estaba liderado por Enrique Romero Brest, y sintetizaba los presupuestos médicos de la fisiología, el ejercicio físico y la gimnasia racional⁸⁴. En el campo de la higiene del trabajo, se destacó la iniciativa de una clínica del trabajo, inspirada, según el propio Manuel Pignetto, en las experiencias de Milán y París. En el ámbito de la gimnástica, cabe mencionar la construcción de un *stadium* municipal para la práctica de ejercicios físicos por parte de los niños y adolescentes en edad escolar y cuya finalidad explícita era “...el mejoramiento de la raza”⁸⁵.

La Clínica del Trabajo (fig. 3) demandó una inversión de \$98 512 m/n; y gran parte de las obras de esa gestión fue financiada por el empréstito de 1922. Si el creciente desarrollo industrial de Rosario daba cuenta de su importancia, entre sus sustentos intelectuales contaban los desarrollos legislativos sobre accidentes de trabajo⁸⁶, así como los fundamentos médicos y psicodinámicos de la fatiga laboral⁸⁷. Este nosocomio –inscrito en la grilla de la medicina social y preventiva impulsada por Manuel Pignetto– se inspiraba en su símil de Milán, cuyo objetivo era curativo y educativo: el obrero recibiría consejos sobre higiene, educación sanitaria e instrucción laboral para evitar nuevos riesgos. Además, su orientación arquitectónica constituía una innovación, pensada para mejorar el asoleamiento y la ventilación del edificio. La planta del edificio se destaca del resto de la grilla rosarina por su orientación norte-sur. La edificación intentaba rectificar la dirección noreste-sudeste del amanzanamiento de Rosario, ocasionada por los diferenciales generados en las primeras áreas de urbanización próximas a la costa del río Paraná. De este modo, la Clínica del Trabajo disfrutará de los máximos beneficios de la iluminación y los rayos solares.

En 1926, *La Capital* publicó un informe del médico Enrique Feimann sobre las clínicas del trabajo de Europa, quien en sus considerandos atribuía gran importancia al estudio de la psicodinámica del trabajo a partir de la psicología experimental. En su criterio, una intervención integral en la higiene del trabajo industrial contemplaba “[...] tres planos científicos [...] prevención higiénica [–psicotecnia profesional–], la asistencia médica [–clínica del trabajo–] y la reparación o reforma de los inválidos [–reeducación profesional–]”⁸⁸. En idéntica sintonía, el Dr. Pedro Piñero García, director de la Asistencia Sanitaria y colega de Pignetto en la Facultad de Medicina, sostenía que la Clínica del Trabajo estaba en línea con las postulaciones de la Organización Internacional del Trabajo, siendo la primera en su tipo en Sudamérica:

“El grado de progreso alcanzado por esta ciudad [...] la multiplicación de las fábricas, la generalización de las máquinas y herramientas mecánicas cada vez más complicadas y peligrosas

⁸³ Alejo Levoratti y Diego Roldán, “Los batallones escolares de la patria. Estudio comparado de las representaciones sobre el cuerpo y el entrenamiento de los maestros de esgrima del Centenario”, en *Revista História da Educação*, vol. 23, n.º 1, e88977, Rio Grande do Sul, 2019, pp. 1-31.

⁸⁴ Alejo Levoratti y Pablo Scharagrodsky, “La formación de los educadores físicos civiles y militares en los primeros años del siglo XX en Argentina”, en *Educación Física y Deporte*, vol. 37, n.º 1, Medellín, 2018, pp. 53-85.

⁸⁵ Pignetto, *Dos años...*, *op. cit.*, p. 20.

⁸⁶ Rafael Bielsa, *La culpa en los accidentes de trabajo: su estudio y crítica en la Ley Argentina*, Buenos Aires, Lajouane, 1919.

⁸⁷ Palacios, *op. cit.*

⁸⁸ *La Capital*, Rosario, 1 de diciembre de 1926, p. 4.

han tenido como consecuencia lógica el aumento de los accidentes obreros [...] como un acto de justicia social y de interés nacional, nos vemos obligados a conservar y prevenir esta destrucción de la fuerza obrera, que representa un hecho anormal, consecuencia del trabajo con lesiones en su organismo”⁸⁹.

En su concepción, esta iniciativa no solo velaba por la dolencia repentina del accidente, sino, también, por las enfermedades de desarrollo lento y crónico, asociadas a la fatiga y las intoxicaciones de un ambiente inadecuado. Así, se presentaba como un espacio para el ejercicio, la prevención y la medicina social, donde el saber médico se ponía al servicio de la reconstrucción de la energía laboral.

El proyecto de la Clínica (figs. 3 y 4) y su construcción recogieron interesantes impresiones en la comunidad académica. El docente titular de Medicina Legal en la Facultad local, Raimundo Bosch, publicaba a mediados de 1926 una nota sobre esta temática, desde su experticia en el área y su potencial candidatura a director del establecimiento. Allí, destacaba sus bondades: “[...] hasta ahora la única en Sud América. Su implantación constituirá un acontecimiento trascendental para el progreso de las instituciones consagradas a la ejecución de las leyes de previsión social”⁹⁰. La medicina y la psicología experimental aplicadas al trabajo tendrían por objetivo orientar la intensidad de las labores del obrero en función de su constitución física y su capacidad para el despliegue de energías continuas. En este sentido, los galenos abogaban por un examen preliminar, similar al que se practicaba para discernir la aptitud de los conscriptos militares, que fungía como una especie de “test vocacional objetivo” capaz de completar la voluntad del trabajador con sus capacidades físicas y constituía la primera foja de su ficha laboral. Basándose en los estudios de Josefa Ioteyko, Alfredo Palacios y Angelo Mosso, Raimundo Bosch recomendaba estas formas de diagnóstico y control sobre la fuerza de trabajo para discernir la más ventajosa posición del obrero acorde con sus fuerzas físicas y temple psíquico⁹¹.

Si la Clínica del Trabajo había sido una de las innovaciones más destacadas del plan sanitario, cuatro años después de su aprobación, el pasaje de su realización arquitectónica a su funcionamiento médico se revelaba sinuoso. Aquel antiguo proyecto del edil y médico Francisco Florentino para la construcción de un hospital de alienados, que bajo la intendencia de Manuel Pignetto terminó transformándose en la Clínica, para fines de la década de 1920 se hallaba en un estado de abandono lamentable:

“[...] la Clínica del Trabajo está abandonada. Sin recursos la Municipalidad para equiparla y habilitarla, el local se está destruyendo solo. Por la noche se refugian en él vagabundos, los vidrios están rotos en su mayoría y la suciedad ha llegado a tales extremos, que será menester invertir una apreciable suma para reparar lo destruido y para limpiar lo sucio el día en que, contando con el instrumental necesario, se piense en inaugurar el edificio”⁹².

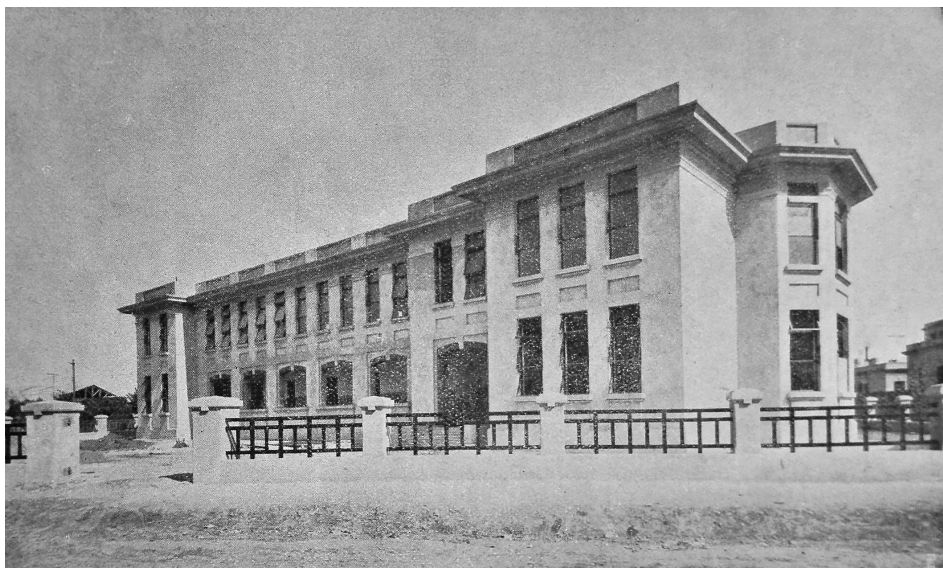
⁸⁹ “Colocación de la Piedra Fundamental de la Clínica del Trabajo”, en *La Capital*, Rosario, 6 de octubre de 1925, p. 6.

⁹⁰ Raimundo Bosch, “La clínica del trabajo. Su verdadera orientación médico-legal”, en *La Capital*, Rosario, 20 de septiembre de 1926, p. 4.

⁹¹ Raimundo Bosch, “La capacidad obrera. La psicología experimental aplicada a la economía política”, en *La Capital*, Rosario, 16 de octubre de 1927, p. 4.

⁹² “La clínica del trabajo, un contrasentido”, en *La Capital*, Rosario, 20 de enero de 1929, p. 5.

FIGURA 3
La Clínica del Trabajo
 (Rosario, 1927)



Construcción terminada, frente, sobre calle Sarmiento esquina América (marzo de 1927). Fuente: Pignetto, *Dos años...*, *op. cit.*, p. 8.

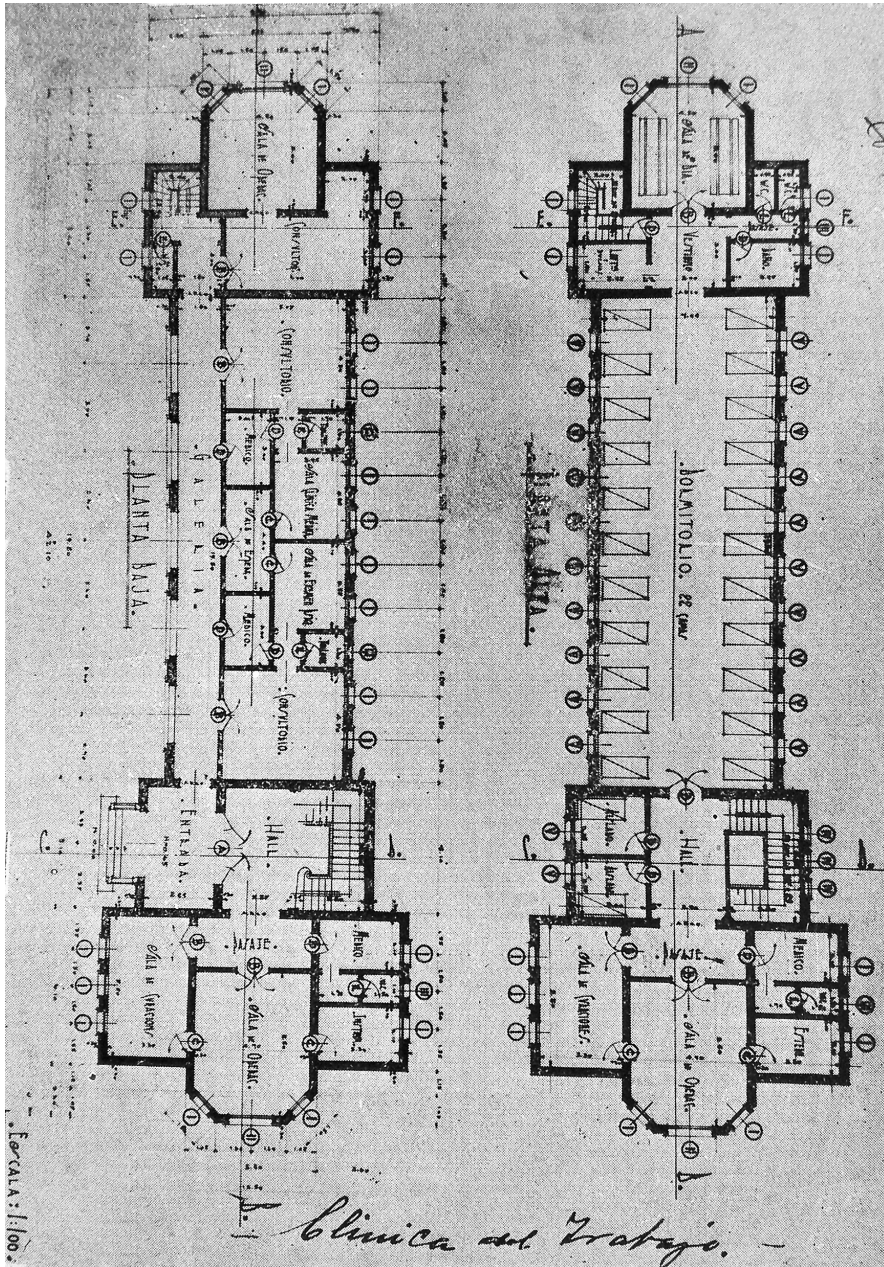
Pero las contrariedades de la medicina social y laboral, expresadas con claridad en la malograda trayectoria de esta última institución, alcanzaron una representación contrapuesta en el campo de la gimnástica, marcado por un derrotero inverso.

También creado bajo los patrocinios del empréstito de 1922, el *Stadium* Municipal – primera plaza pública de ejercicios físicos en Argentina y América Latina financiada en su totalidad por el Estado– tuvo un costo relativo apenas superior al de la Clínica del Trabajo; aunque, en este caso, el Intendente se abstuvo de pasar el proyecto por la arena del Concejo⁹³. Si para el momento de su inauguración los deportes habían adquirido en Rosario cierta importancia, las plazas de ejercicios físicos eran exclusivas de los clubes y solo prestaban servicios a sus asociados y familiares. En paralelo a su popularización, la higiene social remarcó el valor de la actividad física para fortalecer la salud y la moral de la población⁹⁴. Este espacio, ubicado en el extremo sudoeste del Parque de la Independencia, era ima-

⁹³ Si bien el *Stadium* Municipal de la ciudad de Buenos Aires data de 1919, en realidad fue creado en 1906 y su construcción y administración estuvo a cargo de la Sociedad *Sportiva* Argentina. En 1919 –y tras numerosos debates– fue transferido a la flamante Dirección de Plazas y Ejercicios Físicos: Rodrigo Daskal, “La *Sociedad Sportiva* y su terreno, historia de una disputa”, Ponencia en el marco del 9º Congreso Argentino y 4º Latinoamericano de Educación Física y Ciencias, La Plata, UNLP, FaHCE, 2013. Disponible en <http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/daskal2.pdf> [fecha de consulta: 9 de noviembre de 2020].

⁹⁴ Diego Roldán, *La invención de las masas. Ciudad, Corporalidades y Culturas. Rosario 1910-1940*, La Plata, Editorial de la Universidad Nacional de La Plata, 2012.

FIGURA 4
 La Clínica del Trabajo
 (vista parcial de la planta)



ginado por Manuel Pignetto como un lugar donde los ejercicios físicos, repetidos con regularidad por los escolares, podrían salvar el déficit orgánico detectado en su adultez. Debido a su desempeño como médico militar, encargado del examen de preconscripción, afirmaba que el perímetro torácico de los jóvenes rosarinos estaba algo por debajo de la media esperada, insuficiencia que podría enmendarse a través de la práctica de ejercicios físicos en la infancia y la juventud. Sin embargo, la cuestión orgánica no era la única implicada en la práctica pública y masiva de la actividad física:

“[...] el ejercicio hace al músculo dándole fuerza y volumen, vigoriza las articulaciones, consolida el sistema óseo del adolescente dando solidez y agilidad al movimiento del cuerpo humano. Favorece el metabolismo de la nutrición y la circulación y respiración, mejorando la amplitud de la capacidad vital del gimnasta por el ensanchamiento del perímetro torácico. Tal bonificación del organismo físico repercute favorablemente sobre el organismo moral e intelectual del individuo, que al vivificar las células nerviosas por el oxígeno aportado por la sangre, la despoja de todo elemento nocivo introducido o segregado por el propio organismo estimulándola a un mayor y proficuo trabajo. Como consecuencia de esta regulación funcional se establece en el hombre auto-disciplina de efectos superiores sobre su intelecto, pues la acción tónica que el ejercicio físico ejerce sobre el cerebro hace del ciudadano una personalidad respetuosa y prudente en el intercambio de la vida colectiva”⁹⁵.

Este discurso, pronunciado por Manuel Pignetto con motivo de la inauguración del Estadio, evidencia la influencia de las teorías de Angelo Mosso, Phillipe Tissié y Fernand Lagrange sobre la fisiología de la fatiga y el ejercicio físico⁹⁶. Además, insinuaba las consideraciones de los instructores militares de gimnasia metodizada, que observaban al ejercicio físico como medio para controlar el carácter y la sensibilidad del ciudadano, importancia reforzada a partir de su introducción como materia obligatoria en los establecimientos nacionales de enseñanza. Según Manuel Pignetto, la educación física produciría cuerpos sanos y vigorosos que acrecerían el potencial orgánico de la nación. La relevancia de la educación física en Europa había derivado del conflicto bélico, cuando la Gran Guerra impelió a los Estados nacionales a improvisar soldados que tuvieron una suerte trágica en el frente. Como exmédico militar, Pignetto se hacía eco de esas deducciones: “[...] el entrenamiento adquirido por la cultura física es condición siempre tenida en cuenta por los técnicos militares”⁹⁷. En sus argumentos, las antinomias entre instructores militares y maestros civiles de gimnasia se tornaban difusas. Rosario era una ciudad donde la paz, el comercio y el cosmopolitismo marcaban el pulso; por lo tanto, resultaba difícil justificar la construcción del *Stadium* Municipal en previsión de algún conflicto bélico. Sin embargo, podía pensárselo como una especie de:

“[...] crisol donde se moldearán hombres sanos, vigorosos, argentinos conscientes de sus deberes y capaces de mantener integérrima la integridad de la República y el honor de su bande-

⁹⁵ Pignetto, *Dos años...*, *op. cit.*, p. 51.

⁹⁶ Diego Roldán, “Discursos sobre el cuerpo, el motor humano, la energía y la fatiga: hibridaciones culturales en la argentina fin de siècle”, en *Historia, Ciencia, Saude - Manghinos*, vol. 17, n.º 1, Rio de Janeiro, 2010, pp. 643-661.

⁹⁷ Pignetto, *Dos años...*, *op. cit.*, p. 51.

ra; crisol donde se modelen las futuras madres que darán hijos robustos a su país inculcándoles las sanas prácticas de la educación física [...]”⁹⁸.

El ejercicio físico, entonces, era una forma de homogeneizar la raza e inspirar patriotismo sobre un grupo diversificado en su composición debido a su fuerte origen inmigratorio.

Tras su construcción, el estadio fue librado a la Inspección Escolar y luego transferido al Consejo de Educación de la Provincia. Esta decisión parecía limitar su alcance en pos de popularizar y democratizar las prácticas deportivas y los ejercicios físicos, aunque resultó clave para dinamizar su articulación, pues los niños y niñas de las escuelas fiscales nutrieron los espacios del mismo. Durante los primeros ocho meses de funcionamiento, diecinueve mil escolares pasaron por sus instalaciones, todavía inconclusas. En 1928 asistieron al *Stadium* unos ciento cuarenta y cuatro mil escolares y universitarios. El éxito rotundo del espacio deportivo justificaba en sí misma la inversión de los fondos del empréstito provincial, tal como expresaban las notas de *La Capital*, en abrupto contraste con las descripciones de la Clínica del Trabajo:

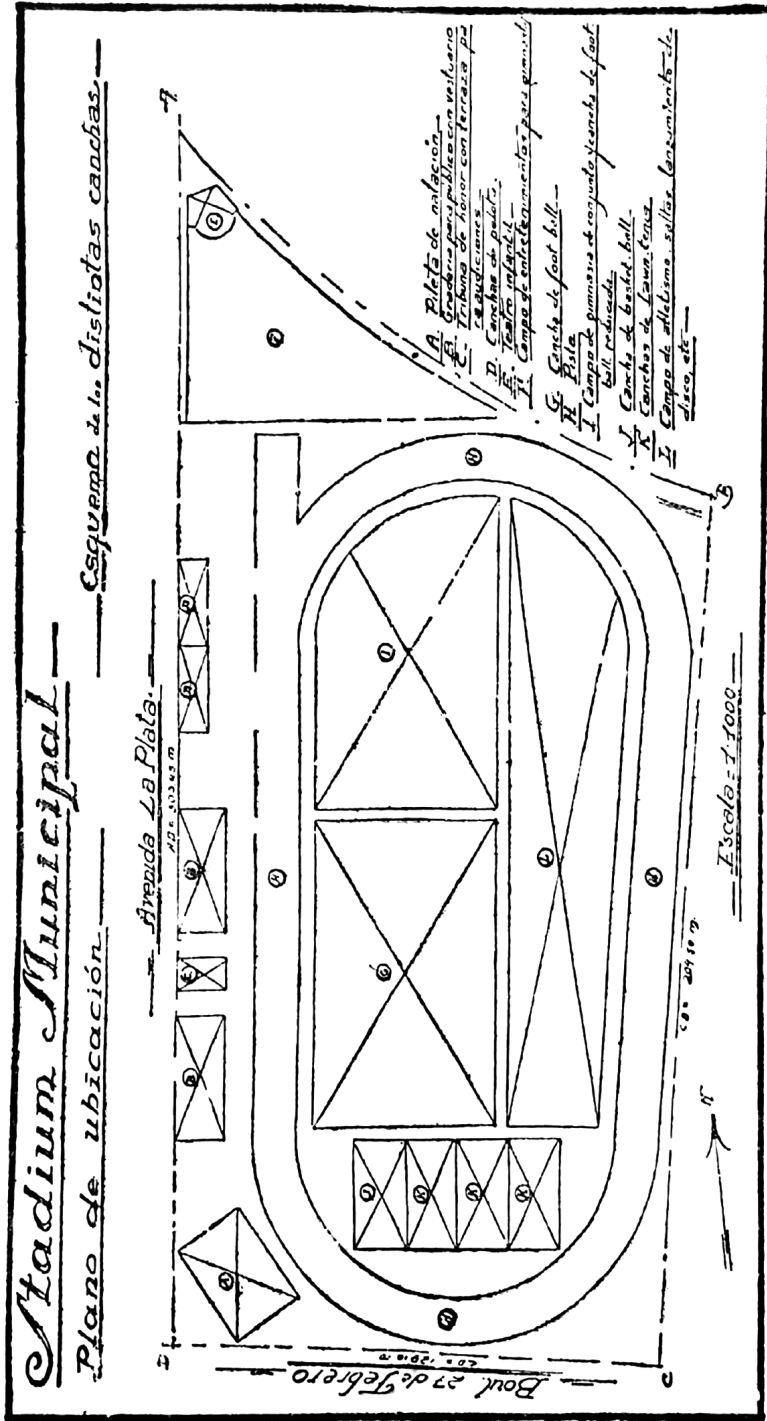
“No es exagerado decir que nunca habíamos visto en un field de atletismo tan crecido número de aficionados de todas las clases sociales como el que se había reunido ese día para dedicarse a la práctica de los más variados ejercicios físicos. El espectáculo era admirable, y ratificaba cabalmente nuestras mejores previsiones en el sentido de que el Stadium Municipal llenaría cumplidamente los fines para los cuales había sido creado. No cuesta imaginarse el cuadro animado que ofrece ese conjunto de jóvenes sanos, vigorosos y alegres, completado por una crecida concurrencia de público que se renueva constantemente y que llenaron en momentos todos los sitios destinados a los espectadores. El día de nuestra visita no era, seguramente, de excepción en ese sentido. Todos los domingos y feriados la afluencia de jugadores de football, basket ball y pelota vasca, así como la de los especialistas en determinadas pruebas de atletismo, es extraordinaria. Y como es sabido durante la semana asisten los niños de las escuelas fiscales al estadio donde realizan gimnasia y juegos apropiados bajo la experta dirección de sus profesores de ejercicios físicos”⁹⁹.

El coliseo municipal se consolidaba como una de las piezas que mejor consiguieron ensamblar los ensayos reformistas de la higiene social y una cultura popular que comenzaba a disfrutar de los deportes al aire libre (fig. 5). Asimismo, su enlace con la materia de educación física —a poco de ser declarada obligatoria—, prestó a la plaza de ejercicios físicos una gran animación. La Clínica del Trabajo, en cambio, tuvo un destino menos brillante, debido al —en apariencia— elevado costo de su instrumental y a la no asignación de personal para su funcionamiento. Además, estas erogaciones y designaciones fueron resistidas por el Concejo debido a que el plan sanitario establecía como principio la racionalización de los recursos existentes y no la erogación de nuevas partidas.

⁹⁸ Pignetto, *Dos años...*, op. cit., p. 52.

⁹⁹ “Impresiones recogidas en una visita a las dependencias del Stadium Municipal”, en *La Capital*, Rosario, 5 de septiembre de 1928, p. 4.

FIGURA 5
El Stadium Municipal



Fuente: Pignetto, Dos años..., op. cit., p. 45.

ALGUNOS LÍMITES Y DESPERFECTOS
DEL PLAN SANITARIO DE MANUEL PIGNETTO

Esta Intendencia, tan fructífera en proyectos, no estuvo exenta de claroscuros. Si la prensa recibió con ánimo a Manuel Pignetto, cumplido su primer año de mandato la situación era otra. Las críticas apuntaban a faltantes de medicamentos que arrojaban “deplorables constataciones”¹⁰⁰, junto a la dotación insuficiente de insumos y alimentos para los pacientes en los hospitales Carrasco y Centenario, que hacían inviable su función misma como nosocomios¹⁰¹. En el Hospital Rosario, la situación no era más promisoría. Aunque los cronistas se abstendían de buscar responsables políticos, planteaban un escenario de “desquicio” por los sueldos impagos de empleados y enfermeros, escasez de elementos básicos y una insuficiencia de camas que imponía atender a más de un paciente en el mismo lecho, pues el servicio de primeros auxilios nunca se discontinuó¹⁰².

El eco de estas críticas resonaba también en el Concejo, y durante 1926 –en medio de la implementación del plan– algunos ediles señalaron en el recinto irregularidades en el funcionamiento del Hospital Rosario, motorizando así una investigación sobre el estado de los servicios dependientes de la Administración Sanitaria¹⁰³. La Comisión constituida a tal efecto se compuso de tres ediles y presentó un detallado informe luego de dos meses, donde apuntaban falencias en distintos efectores. En líneas generales, los nosocomios compartían algunas: escasez o inasistencia de médicos en distintas especialidades, deficiencias en los laboratorios e insumos exiguos. En el caso particular del Hospital Carrasco, especializado en enfermedades infecciosas, el panorama rozaba el colmo: sus salas no contaban con telas metálicas que impedían el ingreso de moscas, además de encontrarse mal desinfectadas y hacinadas en su mayoría.

El edificio de la Asistencia Pública acarreaba otra situación paradójica: junto a la dilatada demanda por un nuevo espacio que por fin lo separase del área de la maestranza municipal –asumida por el Intendente al iniciar su mandato– se sumaban deficiencias en términos de recursos humanos e instalaciones de sus distintas secciones: el Instituto Antitirábico, su Policlínico, el Lactarium, etc.¹⁰⁴. El edil Francisco Florentino, activo promotor de iniciativas vinculadas a la salud, había ingresado ya en 1924 una interpelación al Ejecutivo para que proyectase una nueva casa central, puesto que la existente:

“[...] carece de lo más indispensable, y la sala de operaciones, de cirugía de urgencia, está ubicada en un pabellón donde se hace mancomunidad de enfermedades, en un ambiente mezquino, incómodo, insuficiente y hasta antihigiénico, donde deben confinarse toda índole de enfermos pacientes que por la índole de sus lesiones no pueden ser movidos o trasladados a los hospitales”¹⁰⁵.

¹⁰⁰ “Provisión de medicamentos a los hospitales”, en *La Capital*, Rosario, 6 de marzo de 1926, p. 5.

¹⁰¹ “Servicios hospitalarios. Dotación insuficiente”, en *La Capital*, Rosario, 9 de septiembre de 1926, p. 5. La prensa de la capital provincial también se hacía eco de tal situación señalando, además, que varios proyectos se ingresaron en el Concejo Deliberante y no avanzaron: “Se hace sumamente necesario mejorar la situación del hospital intendente Carrasco”, en *Diario Santa Fe*, Santa Fe, 27 de abril de 1927, p. 3.

¹⁰² “El desquicio en el hospital Rosario”, en *La Capital*, Rosario, 29 de septiembre de 1926, p. 3.

¹⁰³ Municipalidad de Rosario, *Diario de Sesiones. Honorable Concejo Municipal*, Rosario, Talleres Gráficos Pomponio, 1926, pp. 34-36.

¹⁰⁴ *Op. cit.*, pp. 295-296.

¹⁰⁵ Municipalidad de Rosario, *Diario de Sesiones...*, *op. cit.*, 1925, p. 510.

Reiterada su moción al año siguiente, el cuerpo deliberativo decidió dejarla en suspenso hasta que se tratase el plan sanitario, que en apariencia contemplaría la situación¹⁰⁶. Sin embargo, la ansiada remodelación no llegó a concretarse tampoco bajo la intendencia del higienista.

Este conjunto de graves falencias provenía, sin lugar a dudas, de las inconsistencias y la fragmentación que la salud municipal acarreaba desde hacía décadas, en parte por abarcar un agregado progresivo de funciones que sobrepasaban las capacidades de gobierno comunales. Pero cabe también el interrogante sobre si la visibilidad de este vasto conjunto de desatinos fue posible, en verdad, en el momento en que la Intendencia buscó constituir un sistema sanitario en el estricto sentido del término.

A ello se sumarían las críticas a la nueva estación sanitaria del barrio Roque Sáenz Peña que, si bien disponía de un edificio más amplio, no contaba con “condiciones de seguridad y comodidad indispensables” ni tampoco con servicio de alumbrado, situación que limitaba la atención nocturna, y que no sucedía en la vieja y deficiente estación. Frente a las denuncias de los vecinos, y puesto que su construcción fue encarada de manera directa por el ejecutivo municipal, el matutino exhortaba a su titular a interesarse en estas últimas, pues a pesar de que el personal de la estación era bueno, “una cosa es la teoría y la burocracia, y otra muy distinta la realidad del servicio”¹⁰⁷. Sin embargo, las dificultades en este punto no respondían a falta de predisposición de la Intendencia, sino de los límites de orden administrativo que el Concejo Deliberante impuso a esta última para ejecutar las partidas necesarias para abastecer la estación sanitaria. A mediados de 1926, esta ocupó con ahínco a los ediles, muchos de los cuales argüían que los montos requeridos por Manuel Pignetto para comprar insumos por vía directa superaban los reglamentarios y, por ende, se debía proceder por licitación o, bien, con un detalle conciso de lo requerido para autorizar partidas suplementarias¹⁰⁸. Esta limitación administrativa, empero, no corrió para la construcción de la Clínica del Trabajo, donde el jefe comunal ejecutó los cuantiosos fondos que esta demandó por la vía administrativa, sin licitación previa.

CONSIDERACIONES FINALES

En este trabajo nos propusimos analizar en profundidad las medidas sanitarias propuestas por un médico al frente de la Intendencia de la segunda ciudad puerto de Argentina, así como su gestión política ante distintos niveles de gobierno para alcanzarlas. Con ello, apuntamos a descubrir la específica condensación de sentidos y energías del universo de problemáticas emergentes en la urdimbre social, cultural y política de la entreguerras. A su vez, nos interesaba posicionar las iniciativas de Manuel Pignetto en

¹⁰⁶ Municipalidad de Rosario, *Diario de Sesiones. Honorable Concejo Municipal*, Rosario, Talleres Gráficos Pomponio, 1924, p. 99.

¹⁰⁷ “El edificio de la estación sanitaria en el barrio R. Sáenz Peña”, en *La Capital*, Rosario, 3 de septiembre de 1926, p. 4.

¹⁰⁸ Municipalidad de Rosario, *Diario de Sesiones. Honorable Concejo Municipal*, Rosario, Talleres Gráficos Pomponio, 1926, tomo 1, pp. 184-185, tomo 2, pp. 23-25.

una red de instituciones, saberes y expertos más amplia. La Intendencia de este médico articuló –con sus límites– en políticas e instituciones, una serie de debates internacionales y nacionales de manera pionera y concreta, que no solo fortalecieron la capacidad de gobierno del municipio, sino que servirán de base para los procesos posteriores de centralización sanitaria sucedidos en el ámbito provincial.

Revisitar esta Intendencia de apenas dos años permite auscultar las condiciones de posibilidad que ofrecía la ciudad de Rosario con su dinamismo económico, su corporación médica y la vida cultural que abría la reciente universidad a la canalización de procesos más amplios. En igual medida, permite atender a la capacidad que tuvo el Municipio para concebir y ejecutar políticas sociales concretas, con un nivel de efectividad mayor, incluso, que las planteadas en el ámbito provincial. En esta dirección, si los límites al ideario médico-social de Manuel Pignetto no fueron menores, al mismo tiempo, consolidaron una mejor capacidad de respuesta desde la escala local a una agenda de preocupaciones urbanas, así como también de los saberes técnicos que regirían la forma de ocuparse de las mismas.

Aquí no podemos dejar de soslayar las potencialidades que habilita la escala urbana como foco de análisis en la genealogía de las políticas sociales. En primer término, porque discute en los hechos y las prácticas la matriz liberal alberdiana que cuestionaba la capacidad de acción municipal. En segundo lugar, porque muestra la especificidad del caso de Rosario en comparación con otras urbes centrales del país, como Buenos Aires, La Plata o Córdoba.

Si la efímera intendencia de Manuel Pignetto estuvo plagada tanto de obras como de limitaciones, la emergencia de problemas históricos que la salud municipal acarrea desde hacía décadas puede, en efecto, pensarse a partir del gesto y la voluntad de este funcionario para ubicar la salud en primer plano y constituir un sistema eficaz. En este afán, además, es preciso recordar que su enfoque preventivo articulaba discusiones transnacionales de un campo de la salud pública casi al unísono de su circulación. Si bien los fundamentos del debate recorrían tópicos habituales de la década, Manuel Pignetto fue un paso más allá al institucionalizar una miríada de dispositivos y acciones municipales que conformaron una auténtica política social en la materia, y que recién una década más tarde podría implementarse en el ámbito provincial. Si las restricciones estuvieron a la orden del día, no menos cierto es que estas pudieron enunciarse y que los cursos de acción sobre las mismas se tomaron en el momento en que la salud ingresó de manera contundente en el debate político, y en el marco de las refrendadas atribuciones del municipio y su capacidad de gobierno.

El plan sanitario de Manuel Pignetto, entonces, resultó una condición de posibilidad en un doble sentido: al tiempo que instaló una agenda hacia la sistematización de la salud –concebida en un enfoque preventivo–, también funcionó como analizador del conjunto de circunstancias que limitaban una reorganización de la salud, y la posibilidad de intervenirla. Asimismo, la Intendencia de este médico se inscribe en una temporalidad mayor del propio Municipio y su gobierno de una ciudad con un crecimiento desbordado en un breve periodo. En tanto cenit del higienismo como saber del Estado a escala local, la gestión de Pignetto –y la larga historia de intervenciones distritales en esta línea– nos permite reflexionar sobre la especificidad que la medicina adoptó como experticia en Rosario. Y dicha particularidad resulta al mismo paradójica, pues sin que exista

una casa de altos estudios médicos hasta 1920 en la urbe, los galenos ganaron cada vez más espacios en la estructura estatal local desde el último tercio del siglo XIX. Por encima del carácter fallido de muchos de sus intentos, ahondar en este tipo de iniciativas desde la clave de sus actores, sus ideas y sus posibilidades de llevarlas a la práctica constituye un ejercicio necesario en la historización de la lenta y sinuosa construcción de los derechos, del Estado y sus políticas sociales en sus distintas dimensiones.