

## **Asistencia sanitaria y [des]centralización: atribuciones municipales y nacionales en disputa [Territorio Nacional de Misiones, Argentina, 1884-1930]**

**Resumen:** El artículo aborda el problema de la [des]centralización en la construcción de jurisdicciones sanitarias en Argentina hacia fines del siglo XIX y comienzos del XX. A partir del caso del territorio de Misiones y del análisis de fuentes locales y nacionales, se argumenta que las municipalidades no solo jugaron un rol relevante en la implementación de las políticas sanitarias diseñadas por las agencias nacionales, sino que también se constituyeron en espacios desde los cuales algunos actores locales desarrollaron sus propias iniciativas, construyendo una autoridad propia en esta área.

**Palabras clave:** asistencia sanitaria, higiene, municipalidad, territorios nacionales, centralización

## **Assistência sanitária e [des]centralização: disputas entre atribuições municipais e nacionais [Território Nacional de Misiones, Argentina, 1884-1930]**

**Resumo:** O artigo aborda o problema da [des]centralização na construção das jurisdições sanitárias na Argentina no final do século XIX e no início do século XX. A partir do caso do Território de Misiones e da análise de fontes locais e nacionais, argumenta-se que os municípios não apenas desempenharam um papel relevante na implementação das políticas sanitárias elaboradas por agências nacionais, mas também se constituíram em espaços nos quais alguns atores locais desenvolveram suas próprias iniciativas, construindo uma autoridade própria nessa área.

**Palavras-chave:** assistência sanitária, higiene, municipalidade, territórios nacionais, centralização

## **Public health and [de]centralization: disputes over municipal and national responsibilities [National Territory of Misiones, Argentina, 1884-1930]**

**Abstract:** This article addresses the issue of [de]centralization in the construction of public health jurisdictions in Argentina in the late 19th and early 20th centuries. Based on the case of the Territory of Misiones and the analysis of local and national sources, it argues that municipalities not only played a significant role in the implementation of health policies designed by national agencies, but also became arenas where some local actors developed their own initiatives, building autonomous authority in this area.

**Keywords:** public health, hygiene, municipality, national territories, centralization

**Cómo citar este artículo:** Luz Irene Pyke, "Asistencia sanitaria y [des]centralización: atribuciones municipales y nacionales en disputa [Territorio Nacional de Misiones, Argentina 1884-1930]", *Trashumante. Revista Americana de Historia Social* 28 [2026]: 176-204.

**DOI:** 10.17533/udea.trahs.n28a09

**Fecha de recepción:** 06 de agosto de 2025

**Fecha de aprobación:** 17 de febrero de 2026



**Luz Irene Pyke:** Doctora en Historia por la Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. Profesora adjunta del Departamento de Historia, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones, Investigadora Asistente (CONICET).

**ID** <https://orcid.org/0000-0002-4754-297X>

**Correo electrónico:** luzpyke@gmail.com

## Asistencia sanitaria y centralización: atribuciones municipales y nacionales en disputa [Territorio Nacional de Misiones, Argentina, 1884-1930]

Luz Irene Pyke

### Introducción

Con las siguientes palabras, el director del Departamento Nacional de Higiene, el doctor Araoz Alfaro, dejaba inaugurada la Primera Conferencia Sanitaria Nacional en 1923, ante representantes de los consejos de higiene y oficinas de asistencia pública provenientes de las provincias, los territorios nacionales y de otras dependencias y organismos vinculados a la sanidad pública y privada de la Argentina, reunidos en la Capital Federal:

Sería, pues, ocioso abundar ante hombres familiarizados con estas cuestiones, en razones para demostrar algo que no solo está en hoy en la convicción de todos los presentes, sino que ya es conciencia pública: la necesidad imperiosa de establecer un régimen uniforme de gobierno sanitario con una dirección central que oriente y coordine las actividades de todos los organismos federados sin desmedro de su funcionamiento autonómico y de sus facultades privativas.<sup>1</sup>

En efecto, uno de los principales objetivos de la conferencia era discutir el problema de la falta de unidad y coordinación en las acciones de profilaxis y la provisión de servicios sanitarios a causa de la superposición de las jurisdicciones locales y nacionales en esta área. Las aspiraciones de centralización en materia sanitaria, como señalaba Araoz Alfaro, no solo no eran una novedad, sino que eran, desde hacía tiempo, ampliamente reconocidas, lo que no necesariamente equivalía a un consenso suficientemente extendido respecto de su necesidad o de las formas para implementarla. En este sentido, las marchas y contramarchas en el proceso de construcción de una autoridad sanitaria nacional parecen haber recorrido más de un camino.

1. Ministerio del Interior, Departamento Nacional de Higiene. *Conferencia sanitaria nacional, Buenos Aires, 1923: Antecedentes, sesiones y conclusiones* (Buenos Aires: Talleres Gráficos Editorial Argentina de Ciencias Políticas, 1923) 24.

El presente artículo propone una aproximación al problema de la (des) centralización en la construcción de jurisdicciones sanitarias en Argentina hacia fines del siglo XIX y comienzos del XX, haciendo especial énfasis en el desarrollo de atribuciones municipales en el marco del régimen altamente centralizado de los territorios nacionales. En este sentido, si bien el rol de los gobiernos municipales en la asistencia sanitaria de estas poblaciones ha sido reconocido durante dicho periodo, los estudios historiográficos actuales se han enfocado mayormente en el despliegue de las agencias nacionales, prestando menor atención a las potenciales contribuciones o resistencias locales a este proceso.<sup>2</sup> A través del estudio del territorio de Misiones, en el presente trabajo se argumenta que las municipalidades no solamente jugaron un rol relevante articulando la implementación de las políticas de asistencia sanitaria diseñadas por las agencias nacionales, sino que también desarrollaron sus propias iniciativas en esta área, a menudo en colaboración con otras instituciones locales filantrópicas como las sociedades de beneficencia y las logias masónicas. Estas iniciativas, que podían incluir la sanción de distintas regulaciones o reglamentos, medidas de prevención o de control de brotes epidémicos y la administración y financiamiento de asilos u hospitales, involucraron distintas relaciones con las autoridades y agencias nacionales, algunas veces más armoniosas y otras tantas más conflictivas. A su vez, tanto en la promoción de estas iniciativas como en el desarrollo de relaciones entre los actores locales y los centrales, parecen revelarse procesos de construcción de ciertos liderazgos políticos locales por parte de médicos diplomados.

El análisis que presentamos en este artículo busca sostener por lo tanto que la posibilidad de brindar asistencia sanitaria y mejores condiciones de higiene urbana a las poblaciones se presentó como un espacio de disputa entre las autoridades municipales y nacionales del territorio. En este marco, el juego de relaciones y alineamientos políticos no solo propició la construcción de ciertos liderazgos locales, sino que fundamentalmente influyó en los procesos de construcción de jurisdicciones y de redefiniciones en torno al ejercicio efectivo de las atribuciones en esta área.

De este modo, la propuesta busca establecer un diálogo y contribuir a las discusiones historiográficas centradas en los procesos de consolidación del Estado nacional argentino hacia fines del siglo XIX y comienzos del XX, entrecruzando el análisis en torno a dos problemas y su desenvolvimiento en el marco del régimen altamente centralizado de los territorios nacionales argentinos: 1) el desarrollo de las relaciones entre distintos niveles de gobiernos y la conformación de jurisdicciones

2. Sobre el despliegue de las políticas sanitarias en los territorios ver María Silvia Di Liscia, "Instituciones "portátiles". La sanidad pública en los Territorios Nacionales (1880-1910)", *Un Estado con rostro humano*, eds. German Soprano y Ernesto Bohoslavsky (Buenos Aires: Prometeo, 2010) 359-385; María Silvia Di Liscia "Imaginario y derroteros de la salud en el interior argentino. Los Territorios Nacionales (fines del siglo XIX y principios del XX)", *Entrepasados* 33 (2008): 49-69.

municipales; y 2) la construcción de los sistemas de salud pública “modernos” y los procesos de elaboración e implementación de las políticas sanitarias.

Respecto del problema de la construcción de jurisdicciones municipales, se destaca en principio que, en el contexto argentino, los territorios nacionales no únicamente ofrecen casos con dinámicas jurisdiccionales particulares, sino que la implementación de sus municipalidades puede inscribirse en el marco del proceso más general de organización de gobiernos municipales que tuvo lugar en el país durante la segunda mitad del siglo XIX. Como se sabe, el caso rioplatense se caracterizó por la interrupción en la continuidad de las formas de gobierno municipal a partir de la supresión de los cabildos, y la progresiva absorción de sus potestades por parte de los gobiernos provinciales durante las primeras décadas del siglo XIX, sin generar instituciones locales análogas.<sup>3</sup> En este marco, los estudios recientes han comenzado a señalar que la formación de gobiernos municipales en Argentina a mediados del siglo XIX representó por tanto un proceso complejo de delegación de ciertas potestades desde los gobiernos provinciales hacia las nóveles corporaciones, generando o reformulando nuevas jurisdicciones e incorporando nuevos actores vinculados a su construcción.<sup>4</sup> Dado su carácter colegiado y electivo, las municipalidades se constituyeron en nuevos ámbitos de participación política en los que diversos sectores locales podían encontrar representación y constituirse como interlocutores frente a los gobiernos provinciales o centrales.<sup>5</sup>

La construcción de los sistemas de salud y los procesos de elaboración e implementación de las políticas sanitarias en Hispanoamérica ha sido, por su parte, uno de los temas centrales explorados en el campo más amplio de la historia de la salud y la enfermedad durante las últimas décadas.<sup>6</sup> En este marco, el problema de

3. Mariana Canedo, “Historizar las municipalidades. Criterios teórico–metodológicos a partir de la práctica historiográfica”, *Incertidumbres, crisis y conflictos en la Historia Moderna y Contemporánea*, coord. Anahí Basilio Fabris, Carolina Biernat y Juan Manuel Cerdá (Salta: La Aparecida, 2024) 364–380; Marcela Ternavasio, “Municipio y política, un vínculo histórico conflictivo” (Tesis inédita de Maestría, FLACSO, 1991); José Carlos Chiaramonte, “Estado y poder regional: constitución y naturaleza de los poderes Regionales”, *La construcción de las naciones latinoamericanas, 1820-1870*, coord. Josefina Zoraida Vázquez y Manuel Miño Grijalva (España: UNESCO, 2003) 145–196.
4. Sobre la formación de los gobiernos municipales en Argentina a partir de la segunda mitad del siglo XIX, se sugieren los trabajos compilados en los siguientes *dossiers*: Mariana Canedo y Luz Pyke, “La implementación de municipalidades en provincias y territorios nacionales argentinos. Pugnas de Intereses y potestades entre gobiernos (1850–1930)”, *Historia Regional* 42 (2020): 1–6 ; Luz Pyke y Evangelina de los Ríos, “Articulaciones políticas y tramas administrativas en disputa entre gobiernos municipales, provinciales y nacionales argentinos a partir de la segunda mitad del siglo XIX: Introducción”. *PolHis. Revista Bibliográfica Del Programa Interuniversitario De Historia Política* 31 (2023): 3–15.
5. Federica Morelli, (2007). “Orígenes y valores del municipalismo iberoamericano” *Araucaria* 18 (2007): 117–129; Canedo y Pyke; Pyke y de los Ríos.
6. Marcos Cueto, “Instituciones sanitarias y poder en América Latina”, *Dynamis*; 25 (2005): 49–57 Diego Armus, “¿Qué historia de la salud y la enfermedad?”, *Salud colectiva* 6.1 (2019): 5–10; Ana María Carrillo y Yesenia Martínez García, “El surgimiento de la salud pública moderna en algunos países latinoamericanos: teorías, métodos y fuentes para su estudio”, *Temas Americanistas*

la centralización y de las resistencias locales en la construcción de una asistencia y regulación sanitaria pública durante el siglo XIX ha sido común a los procesos de formación y consolidación de los Estados nacionales, aunque se presentan particularidades según cada caso.<sup>7</sup>

En Argentina, los estudios historiográficos que han abordado el problema procuraron explicar las distintas dificultades presentes en el proceso de la construcción de una agencia sanitaria nacional, exhibiendo cierto consenso en torno al rol jugado por el sistema federal y la complejidad de la superposición de jurisdicciones en la obstrucción del mismo. En este sentido, dichos trabajos han advertido, entre otras cosas, que las atribuciones en términos de asistencia sanitaria e higiene pública recayeron tempranamente en los gobiernos provinciales y municipales, reduciendo severamente el alcance de la agencia nacional a la ciudad de Buenos Aires, los territorios nacionales y los puertos. Además, otras instituciones filantrópicas como las sociedades de beneficencia también disputaban el campo de la asistencia sanitaria a través de la instalación y la administración de hospitales y asilos. De este modo, los estudios actuales han tendido a enfocarse mayormente en la construcción de jurisdicciones sanitarias nacionales, provinciales y de la municipalidad de Buenos Aires, y en las tensiones emergentes entre estos niveles de gobierno y los desafíos que estos debieron enfrentar.<sup>8</sup>

55 (2025): 107-135; Marcos Cueto y Steven Palmer, *Medicina y salud pública en América Latina. Una historia* (México: Fondo de Cultura Económica, 2024); Claudia Agostoni, “Historias, enfermedades y salud pública”, *Historia de la salud y la enfermedad*, eds. Carolina Biernat y Karina Ramacciotti (Buenos Aires: Biblos, 2014) 23-36.

7. Sobre el caso de México, puede consultarse Consuelo Córdoba-Flores, “Instituciones y políticas de salud pública en la Ciudad de México, de la Colonia al Porfiriato”, *HISTORELo. Revista de Historia Regional y Local* 12.24 (2020): 76-108; Ana Celia Rodríguez de Romo y Marta Eugenia Rodríguez Pérez, “Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX”, *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* V.2 (1998): 293-310; para el periodo porfiriano en particular ver Ana María Carrillo, “Economía, política y salud pública en el México porfiriano (1876-1910)”, *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* 9 (2002): 67-87; Claudia Agostoni, *Monuments of progress. Modernization and public health in Mexico city, 1876-1910* (Calgary: University of Calgary Press/University Press of Colorado/Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2003); para el periodo posrevolucionario consultar Anne-Emanuelle Birn, “Buscando desesperadamente la descentralización: las políticas de salud mexicanas en dos épocas de reforma (los años 20 y 30 y la década de los 80)” *Dynamis* 25 (2005): 279-311. <https://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/114042/142541> (24/1/2026), un estudio sobre las políticas sanitarias a nivel subnacional se encuentra en Paola Peniche Moreno, “La Génesis del Proyecto Sanitario Liberal en Yucatán: Juntas de Sanidad y Comisiones de Policía Sanitaria en el Siglo XIX”, *Antrópica* 10.19 (2024): 225-257 doi.org/10.32776/arcsh.v10i19.437 (24/1/2026). Para el caso de las repúblicas centroamericanas ver Steven Palmer, “Esbozo histórico de la medicina estatal en América Central” *Dynamis* 25 (2005): 59-85. Sobre el caso de Perú para el siglo XX ver Marcos Cueto, *El regreso de la epidemias. Salud y Sociedad en el Perú del siglo XX* (Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 2019). Sobre los casos europeos y el norteamericano, ver Dorothy Porter, *Health, Civilization and the State. A history of public health from ancient to modern times* (Londres: Taylor & Francis E-Library, 2005).
8. Carolina Biernat, “Continuidades y rupturas en el proceso de centralización de la administración

Respecto de las distintas formas en que estos procesos se desarrollaron y articularon en el marco del régimen de territorios nacionales, la cuestión permanece aun mayormente inexplorada. Algunos de los aportes recientes más sugerentes han explicado la debilidad de la agencia nacional en los territorios en relación a las limitaciones presupuestarias, la falta de personal capacitado y los obstáculos planteados, por lo que se consideraban espacios alejados de la centralidad representada por la Capital Federal.<sup>9</sup> Otros se han enfocado en analizar los objetivos de control social de las instituciones sanitarias.<sup>10</sup> No obstante, el papel jugado por los gobiernos municipales y otras instituciones filantrópicas en la prestación de asistencia sanitaria y promoción de la higiene pública a través de iniciativas, regulaciones y financiamiento propios, aunque reconocido, no ha sido aún analizado en cuanto a sus posibilidades de influir en el desarrollo de la agencia nacional en estos territorios.

El presente trabajo propone indagar en estos problemas a través del caso del territorio de Misiones y sus municipalidades, consultando fuentes primarias de origen, local como los libros de actas y los boletines municipales, así como las memorias oficiales de los gobernadores del territorio, en articulación con otros tipos de informes y memorias oficiales de orden nacional, como boletines y memorias de la agencia sanitaria nacional. Entre estas, las fuentes locales han sido mucho menos exploradas que las nacionales, y proporcionan información relevante sobre la prestación de asistencia sanitaria y las políticas de higiene pública desarrolladas por las municipalidades. Por su parte, el periodo analizado se extiende desde la década de 1880 hasta 1930, abarcando los inicios del proyecto de centralización política del régimen oligárquico conducido por Julio A. Roca, que se tradujo entre otras cosas en la creación de los territorios nacionales y de la primera agencia sanitaria nacional, así como la posterior crisis oligárquica y el proceso de ampliación demo-

---

sanitaria argentina (1880-1945)", *Trabajos y Comunicaciones* 44 (2016); Ricardo González-Leandri, "Breve historia del Departamento Nacional de Higiene. Estado, gobernabilidad y autonomía médica en la segunda mitad del siglo XIX", *Un Estado con rostro humano*, eds. German Soprano y Ernesto Bohoslavsky (Buenos Aires: Prometeo, 2010) 59-84; Valeria Silvina Pita, "Administradoras, funcionarios y técnicos estatales en el Hospital de Mujeres Dementes, Buenos Aires, 1880-1890", *Los saberes del Estado*, comp. Mariano Ben Plotkin y Eduardo Zimmermann (Buenos Aires: Edhasa, 2012) 103-124; Susana Belmartino, *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos* (Buenos Aires: Siglo XXI, 2005); Alma Idiart, "Estado, actores y políticas sanitarias", *Historia de la salud y la enfermedad bajo la lupa de las ciencias sociales*, eds. Carolina Biernat y Karina Ramaccioti (Buenos Aires: Biblos, 2014) 174-158; Hugo Arce, *El sistema de salud: de dónde viene y hacia dónde va* (Buenos Aires: Prometeo, 2010); Ignacio Allevi y Diego 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)" *Historia* 1.54 (2021); Adrián Carbonetti, Lila Aizenberg y María Laura Rodríguez "La Historia Social de la Salud y la Enfermedad: conformación, logros y desafíos", *Estudios* 30 (2013).

9. Di Liscia "Instituciones 'portátiles'; "Imaginario".
10. Ernesto Bohoslavsky y María Silvia Di Liscia, "La profilaxis del viento. Instituciones represivas y sanitarias en la Patagonia Argentina, 1880-1940" *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* LX.2 (2008): 187-206.

crática que instauró el primer ciclo de gobiernos radicales a partir de 1916, el cual alteró las dinámicas políticas entre los escenarios políticos locales y el nacional.

## 1. Territorios nacionales y jurisdicciones sanitarias en Argentina desde mediados del siglo XIX hasta principios del siglo XX

En Argentina, la asistencia sanitaria y la higiene pública fueron consideradas atribuciones de los gobiernos provinciales y municipales desde los procesos tempranos de organización nacional a mediados del siglo XIX. No obstante, a partir de 1880, procesos vinculados a la consolidación del Estado nacional, una mayor centralización política y la profesionalización de la medicina comenzaron no solo a cuestionar lo que se consideraba una fragmentación del sistema sanitario, sino a diseñar y construir agencias de alcance “nacional” llamadas a superarla. El establecimiento del Departamento Nacional de Higiene (en adelante DNH) en 1880, creado sobre la base del Consejo Provincial de Higiene de la provincia de Buenos Aires, fue uno de los avances más significativos en este sentido.

Más allá del derrotero de esta iniciativa y sus transformaciones, interesa destacar que la misma encontró sus límites en las autonomías provinciales, en tanto que reducía severamente su alcance jurisdiccional a la recién federalizada ciudad de Buenos Aires, los puertos fluviales y los territorios nacionales. Estos últimos fueron, a su vez, otro resultado de los procesos de centralización acentuados a partir de 1880. Si bien la naturaleza cambiante y fragmentada del sistema sanitario argentino durante el período limita las posibilidades de presentar un análisis más completo en este trabajo, a continuación se ofrece una visión general de su complejidad que permite comprender el contexto en el que se desarrollaron las dinámicas jurisdiccionales implicadas en las políticas sanitarias de los territorios nacionales y sus municipalidades.

Para ello, se precisan algunas de las características sobresalientes del régimen de territorios nacionales argentinos. A diferencia de las provincias rioplatenses, los territorios nacionales fueron espacios incorporados con posterioridad a la sanción de la Constitución Nacional en 1853, que no estaban en principio comprendidos bajo la jurisdicción de ninguna de las provincias constituyentes. Producto de este proceso en 1884, se crearon nueve gobernaciones<sup>11</sup> cuyo régimen político-institucional guarda semejanzas con los de llamados territorios federales de México, Brasil y Venezuela, o los *territories* de los Estados Unidos, en cuanto se definen como divisiones político-administrativas sub-nacionales que no gozaban de autonomía política ni de representación parlamentaria, o la misma se encontraba fuertemente limitada, siendo mayormente administrados por el gobierno central. Se trataba de vastas extensiones de tierra que fueron incorporándose progresivamente a la Argentina, a través de distintos procesos que tuvieron lugar durante la década de

11. Los nueve territorios nacionales creados en 1884 fueron los de Misiones, Chaco, Formosa, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego, mientras que entre 1900 y 1943 también existió el de Los Andes al noroeste del país.

1870 hacia el sur y el nordeste de su actual territorio, como las sucesivas campañas contra las tribus indígenas en la Patagonia o el Gran Chaco y el fin de la Guerra del Paraguay. En todos los casos, eran territorios en los que no se asentaron instituciones coloniales de gobierno o bien estas perdieron total continuidad tras las guerras de independencia —como sucedió con los cabildos de algunas reducciones jesuíticas—, y que posteriormente tampoco fueron activamente incorporados por las provincias. La organización de los territorios nacionales y de sus incipientes poblaciones contaba entonces con escasas instituciones de gobierno preexistentes.

La creación de los territorios nacionales respondió, de este modo, a la necesidad de dotar a estos vastos territorios recientemente incorporados con alguna forma de gobierno que permitiera consolidar la presencia y los derechos del Estado nacional argentino sobre ellos. Este proyecto estaba en sintonía con el proyecto de centralización política encabezado por el entonces presidente Julio A. Roca, quien inauguró a partir de 1880 un periodo considerado como de consolidación del Estado nacional, incluyendo medidas como la federalización de Buenos Aires, la creación de una moneda nacional y la formación del ejército. No obstante, el poder político se mantuvo territorialmente fragmentado en el marco de un sistema federal descentralizado en gobiernos provinciales.<sup>12</sup> Se buscó entonces desde el gobierno nacional ordenar la situación de estos territorios, fijando sus límites y dotándolos de instituciones de gobierno de dependencia central directa.

Siguiendo cierta inspiración en el modelo de los *territories* de los Estados Unidos, las nuevas gobernaciones fueron organizadas bajo un sistema político-institucional altamente centralizado, formalizado en la sanción de la Ley Nacional N° 1532 Orgánica de Territorios Nacionales de 1884. A las nuevas gobernaciones no se les reconoció en principio el derecho al autogobierno del que gozaban las provincias, al que solo accederían una vez que hubieran alcanzado cierto desarrollo o experiencia cívica.<sup>13</sup> En el marco de este diseño político-institucional, los gobernadores debían ser designados directamente por el Poder Ejecutivo, con acuerdo del Senado, dependiendo del Ministerio del Interior. En materia fiscal, estos gobernadores proponían un presupuesto ante este ministerio, administrando luego los fondos proporcionados por este, sin contar con la atribución de recaudar recursos propios. Este diseño institucional buscaba, por lo tanto, crear gobernaciones de baja autonomía.

El régimen municipal diseñado para los territorios parecía, por su parte, otorgar a las comunas el conjunto de atribuciones electivas y fiscales de las que las gobernaciones carecían. Este régimen contemplaba que las secciones que hubie-

12. Paula Alonso, “Dinámicas federales en las dos últimas décadas del siglo XIX”, *El sistema federal argentino. Debates y coyunturas (1860-1910)*, eds. Paula Alonso y Beatriz Bragoni (Buenos Aires: Edhasa, 2015) 199-222.

13. Entre estos requisitos se encontraba el contar con 60 mil habitantes constatados por censo, mientras que, entre las experiencias de autogobierno, se requería la constitución y consolidación de gobiernos municipales, ver Marta Ruffini, *La pervivencia de la República posible en los territorios nacionales. Poder y ciudadanía en Río Negro* (Buenos Aires: UNQui, 2007).

sen alcanzado los mil habitantes estaban habilitadas para conformar, a través de elecciones directas, un concejo municipal de cinco miembros, cobrar impuestos locales y sancionar sus propios presupuestos. Estas atribuciones electivas y fiscales hicieron que estas municipalidades fueran comúnmente llamadas “autónomas” por los contemporáneos. Eran, de este modo, las únicas instituciones locales de autogobierno de los territorios nacionales. Según la Ley 1532/1884, los concejos municipales constituían cuerpos colegiados compuestos por cinco miembros electos por el voto directo de los vecinos, entre los cuales se elegía un presidente y se distribuían distintas comisiones, como higiene, hacienda y obra pública. Por una reforma a la Ley Orgánica 1532/1884, realizada a través de la Ley 2732 de 1890, las atribuciones municipales más bien laxas que fueron otorgadas inicialmente, se detallaron incorporando facultades en materia de higiene, control de alimentos, provisión de servicios públicos, construcción de caminos y venta de tierras fiscales, reafirmando además la potestad para fijar impuestos municipales y multas a los infractores de sus ordenanzas. En otras palabras, el marco institucional otorgaba a las municipalidades ciertas atribuciones políticas relativamente autónomas que permitían la expresión de los intereses locales, mientras que, en contraposición, los gobernadores representaban al gobierno central.

Como parte del mismo proceso centralizador que resultó en la creación de los territorios nacionales, también cobraron fuerza los proyectos de creación de una agencia sanitaria nacional, a la par de la creciente influencia de médicos diplomados en el área de higiene pública.<sup>14</sup> La creación del DNH, también bajo la órbita del Ministerio del Interior, fue uno de los resultados sobresalientes de este proceso, aunque en su desarrollo posterior debió experimentar un conjunto de dificultades vinculadas no solo a las limitaciones jurisdiccionales que ya se han señalado. Sus atribuciones eran bastante amplias e indeterminadas, a menudo chocando con otras dependencias e instituciones. Estas atribuciones incluían la responsabilidad sobre una extensa gama de regulaciones relacionadas con el control sanitario de los puertos, la provisión de agua potable, campañas de vacunación o control de epidemias. Sin embargo, si bien las políticas sanitarias eran planificadas por el DNH, en muchos casos su implementación se mantenía a cargo de los gobiernos provinciales o municipales, o en articulación con ellos.<sup>15</sup>

Desde el principio, estos intentos de centralización resultaron ambiciosos y chocaron con instituciones locales previamente establecidas, especialmente en la ciudad de Buenos Aires, donde el gobierno municipal había ejercido su propia tradición en el campo de las regulaciones sanitarias e higiénicas. La ciudad de Buenos Aires no solo contaba con una Comisión de Higiene dentro de su concejo municipal, sino que también estableció la Oficina de Asistencia Pública como la principal autoridad sanitaria de su jurisdicción, disputando abiertamente con el DNH.

14. Ricardo González-Leandri, “Itinerarios de la profesión médica y sus saberes de Estado, Buenos Aires, 1850-1910”, *Los saberes del Estado*, comps. Mariano Ben Plotkin y Eduardo Zimmermann (Buenos Aires: Edhasa, 2012) 125-152.

15. Biernat.

Tanto esta Comisión de Higiene como la Oficina de Asistencia Pública funcionaron como modelos que comenzaron a ser replicados por otras municipalidades del país durante este período, con el objetivo de desarrollar una amplia gama de atribuciones relacionadas con regulaciones, higiene urbana, control de epidemias y la provisión de asistencia sanitaria para los llamados “pobres de solemnidad”.

Además de estas iniciativas municipales, instituciones filantrópicas vinculadas a la Sociedad de Beneficencia también habían invertido recursos en el establecimiento de una vasta red de hospitales y asilos de diferentes tipos en el país. Solo en la ciudad de Buenos Aires, esta tenía el control de tres hospitales. Sin embargo, esta red administrada por la Sociedad de Beneficencia en todo el país no se encontraba bajo la órbita del DNH, sino, por el contrario, bajo la Comisión Nacional de Asilos y Hospitales Regionales (en adelante CNAyHR) dependiente del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto.<sup>16</sup>

En este contexto, no es difícil imaginar que el DNH tuvo que luchar para encontrar su campo específico de competencia. Los distintos proyectos de ley que durante este período pretendieron subordinar todas las demás jurisdicciones a la suya fracasaron. En este contexto, la provisión de asistencia técnica y financiera tanto a las provincias como a las municipalidades cuando estas lo solicitaran, resultó ser un camino más próspero para su crecimiento.<sup>17</sup>

Ahora bien, teniendo en cuenta lo expuesto, resulta pertinente preguntarse qué sucedía al respecto de los intentos de centralización sanitaria en los territorios nacionales, donde se suponía que el DNH sería la principal autoridad. Si bien muchos aspectos relacionados al tema continúan mayormente inexplorados, los aportes disponibles dan cuenta de las principales características que adquirió la presencia del DNH en los territorios. Al respecto, los estudios señalan que, durante la primera década del siglo XX, el DNH no buscó establecer una presencia permanente en los territorios.<sup>18</sup> No obstante, sin renunciar a sus prerrogativas, intentó aumentar su alcance a través del envío de agentes comisionados, cuya misión consistía en observar e informar sobre el estado sanitario de los territorios. Siguiendo el mismo modelo itinerante o “portátil”, organizó y ejecutó campañas de vacunación en los territorios, en estrecha colaboración con instituciones locales, las municipalidades, las escuelas o las fuerzas de seguridad, alcanzando resultados que parecieron al menos acordes a las expectativas de los agentes.<sup>19</sup> El DNH estimulaba asimismo el envío de informes por parte de los médicos de las gobernaciones, quienes se encargaban de relatar las distintas carencias y problemas sanitarios de las poblaciones, especialmente a causa de los distintos brotes epidémicos. Durante estos años, no obstante, el DNH no ofreció mayores respuestas a los pedidos de las gobernaciones, muchas veces bajo el argumento de que esto era de hecho

16. González-Leandri “Breve historia” 59–84; Pita 103–124.

17. Biernat.

18. Di Liscia “Imaginario” 49–69.

19. Di Liscia “Instituciones ‘portátiles’” 359–385.

atribución de las municipalidades. La política sanitaria del DNH no cambió sino hasta la década de 1910, cuando se promovió la instalación de oficinas permanentes en las capitales de los territorios nacionales, con el objetivo de asumir y ampliar el rol antiguamente ejercido por los médicos de las gobernaciones, mayormente centrado en atender las necesidades de la administración de justicia.<sup>20</sup>

De este modo, las características centralizadas tanto de los territorios nacionales como del mismo DNH han contribuido a soslayar el papel jugado de los gobiernos municipales y de otras instituciones filantrópicas en la provisión de asistencia sanitaria y la promoción de la higiene pública a través de diversas iniciativas, regulaciones e incluso financiamiento propio. Aunque su presencia y aportes han sido advertidos, los informes y documentos nacionales han tendido a ofrecer imágenes que reflejaran cierta homogeneidad. En los siguientes apartados se propone una mirada centrada en el caso del territorio de Misiones que permita observar el peso que los contextos locales tuvieron en las posibilidades de brindar asistencia sanitaria a las poblaciones en los territorios, ya sea en articulación o disputa con la agencia nacional.

## **2. Asistencia sanitaria y política local en Misiones: brotes epidémicos, médicos diplomados y la construcción de una autoridad sanitaria municipal [1884-1913]**

El territorio nacional de Misiones fue una de las nueve unidades políticas creadas en 1884 en el extremo noreste de la Argentina. Su ciudad capital, Posadas, fue el asentamiento urbano más prominente del territorio, concentrando alrededor de una cuarta parte de la población total. Albergaba la mayoría de las oficinas gubernamentales y empresas relevantes, y su municipalidad era considerada «autónoma», ya que sus autoridades eran elegidas por sufragio popular y su presupuesto anual provenía de los ingresos proporcionados por los impuestos locales. Además de Posadas, en 1889 también se estableció en el territorio una segunda municipalidad autónoma en Concepción de la Sierra, seguida por la de Apóstoles, instalada en 1913.

Para el cambio de siglo, tanto la municipalidad de Posadas como la de Concepción de la Sierra exhibían una situación política y financiera relativamente estable. Sin embargo, las autoridades municipales de la capital a menudo chocaban con los gobernadores, a quienes los notables locales veían como foráneos. En cambio, el gobierno municipal era percibido como la genuina expresión de los intereses locales, lo que llevaba a diferentes tipos de disputas y tensiones.<sup>21</sup>

En cuanto a la asistencia sanitaria y la higiene pública, los gobernadores de los territorios nacionales no tenían atribuciones propias. Sin embargo, antes de la llegada de las oficinas permanentes del DNH a los territorios en la década de 1910,

20. Di Liscia “Instituciones ‘portátiles’” 359-385; “Imaginario” 49-69.

21. Luz Irene Pyke, “De la jurisdicción provincial a la nacional: la estabilidad fiscal en la consolidación de la municipalidad de Posadas, Misiones (1883-1911)” *Revista Historia Regional* 33.42 (2020): 1-14.

las fuentes muestran que los presupuestos anuales de las gobernaciones a menudo incluían el salario de un médico, quien debía atender las necesidades de la administración de justicia. En contraposición, las municipalidades estaban facultadas por ley con ciertas atribuciones en el campo sanitario, como organizar campañas de vacunación, establecer asilos u hospitales, controlar la fabricación y distribución de alimentos y la provisión de agua potable, entre otros. La Ley 2732/1890 también menciona atribuciones sobre «todo tipo de otras medidas que involucren la higiene del municipio», lo que era una definición bastante amplia durante este período, dado que el concepto de higiene incluía diferentes aspectos de la moral, la asistencia a los pobres o el manejo de residuos.

Si bien hacia 1899 el entonces gobernador del territorio, Juan José Lanusse, afirmaba, entre otras cosas, que “en materia de caridad pública la acción oficial es completamente nula”, lamentando ver “familias indigentes y pobres enfermos” que carecían “de lo más indispensable para vivir y atender su salud”,<sup>22</sup> a partir del análisis de los libros de actas municipales disponibles, fue posible observar que durante las últimas décadas del siglo XIX, los municipios de Posadas y Concepción de Sierra desarrollaron una preocupación temprana por el problema de la asistencia sanitaria, dedicando ciertos recursos y esfuerzos a esta área. Los primeros intentos para abordar el tema de la asistencia sanitaria incluyeron los salarios de un médico o un farmacéutico. Esto supuso un desafío debido a la falta de profesionales en ambos campos. También era común que las municipalidades dedicaran pequeños fondos de sus presupuestos para la compra de medicinas, la realización de autopsias y la prestación de servicios funerarios para los “pobres de solemnidad”. Por último, hay evidencia de campañas de vacunación organizadas por estas municipalidades con los recursos enviados por el DNH desde la década de 1890.<sup>23</sup> Si bien las fuentes municipales no brindan demasiada información al respecto, estas se realizaron durante la campaña nacional contra la viruela y generalmente en colaboración con el Consejo Nacional de Educación, para alcanzar a la mayor población infantil posible.<sup>24</sup> En las municipalidades, era el médico municipal, o bien un galeno designado por la corporación, quien, en el mejor de los casos, realizaba las inoculaciones en forma gratuita para la población. En otros casos, eran empleados municipales los comisionados para llevar adelante las inoculaciones en lugares como puertos.<sup>25</sup>

22. Juan José Lanusse, *Memoria de la Gobernación de Misiones correspondiente al año 1889* (Buenos Aires: Taller Tipográfico de la Penitenciaría Nacional, 1900) 51.

23. Lucas Braulio Areco, *Documentación histórica extraída de los libros de Actas de la Municipalidad de la Ciudad de Posadas (1872-1920)* (Posadas, 1985); *Libro de Actas del Concejo Municipal de Posadas, N° 10 (1898-1905) y N° 11 (1905-1911)*. AHMP Misiones, Argentina; *Primer Libro de Actas del Concejo Municipal de Concepción de la Sierra, 1889-1901*, BPBM-CS Misiones, Argentina.

24. Sobre las campañas de inmunización contra la viruela en Argentina durante los siglos XIX y XX, ver María Silvia Di Liscia, “La viruela y las políticas de inmunización en Argentina en el largo plazo” *Topoi* 22.48 (2021): 680-712.

25. *Libro de Actas del Concejo Municipal de Posadas*, N° 10, f. 141, 142, 174, 460, 461; *Primer Libro de*

A principios del siglo XX, la municipalidad de Posadas comenzó a concentrar y desarrollar iniciativas propias en materia de provisión de asistencia sanitaria y regulaciones de higiene pública. La llegada de nuevos médicos diplomados que también participaban en la política local y en instituciones filantrópicas estuvo íntimamente vinculada a este proceso. Dos galenos pueden destacarse como los más relevantes en este sentido: los doctores Ramón Madariaga y Héctor Barreyro. El primero era miembro de la logia masónica local y tenía un perfil más técnico y discreto, mientras que el segundo se convirtió en un destacado político local del partido radical, como se desarrollará más adelante.

Ambos médicos trabajaron juntos durante la década de 1900 en Posadas, promoviendo nuevas regulaciones y el crecimiento de la asistencia sanitaria, con el apoyo del concejo municipal, pero también de instituciones filantrópicas locales como la logia masónica Roque Pérez y la Sociedad de Beneficencia. Estas instituciones estaban estrechamente vinculadas en la ciudad, siendo esta última creada por la primera durante la década de 1880. Los miembros de la Sociedad de Beneficencia eran las «señoras distinguidas» de Posadas, es decir, las esposas de los hombres más prominentes y miembros de la logia.<sup>26</sup> Esta institución fue responsable de promover la creación del pequeño Hospital de Caridad alrededor de 1900, que fue la primera modesta instalación de este tipo en la ciudad. Tenía la misión de brindar asistencia médica a todo el territorio, funcionando gracias a las subvenciones proporcionadas por los gobiernos nacional y municipal, y contando con el doctor Madariaga en su equipo médico junto a otros galenos y algunas monjas que actuaban como enfermeras.<sup>27</sup>

Durante estos años, fueron los brotes epidémicos los que abrieron paso a la creciente influencia de los médicos sobre el gobierno municipal de Posadas.<sup>28</sup> El paludismo, la enfermedad venérea sifilítica, la viruela y la peste bubónica se registraron como las principales preocupaciones de los sucesivos concejos municipales, lo que llevó a la imposición de medidas y regulaciones específicas sobre la pobla-

---

*Actas del Concejo Municipal de Concepción de la Sierra, 1889-1901*, f. 123.

26. La Sociedad de Beneficencia de Posadas fue creada en 1886 como una institución dependiente de la logia masónica Roque Pérez, integrada por los notables del territorio, muchos de los cuales ocuparon diferentes cargos políticos en la gobernación, la municipalidad y otras dependencias oficiales a lo largo del período analizado. Sobre la Sociedad de Beneficencia y el Hospital de Caridad, ver Susana Moniec, “La participación de las mujeres en el abordaje de la problemática social en el Territorio Nacional de Misiones, Argentina durante el periodo 1880-1930” *Trabajo Social* 19 (2017): 31-43. Sobre la participación de miembros de la logia en el gobierno municipal de Posadas, ver Luz Irene Pyke, “Los elencos municipales en territorios nacionales: aproximaciones a partir del caso de Posadas (Territorio de Misiones, 1872-1930)” *PolHis* 16 (2023): 167-210.
27. Raimundo Fernández Ramos, *Misiones a través del Primer Cincuentenario de su Federalización* (Posadas, 1934) 254-257.
28. Las epidemias representaron históricamente importantes estímulos para la creación o expansión de servicios médicos y el refuerzo de la autoridad de las organizaciones sanitarias oficiales, ver Cueto y Palmer cap. II.

ción, en su mayoría inspiradas en el consejo experto de los médicos locales. Los informes y propuestas presentados en este sentido permiten acceder a algunos aspectos de estos procesos, que incluían tanto la aceptación y el elogio por los resultados logrados, como las discusiones sobre los límites de los derechos individuales al enfrentar una potencial amenaza al «interés público», además de ciertas resistencias de la población e incluso la desacreditación sobre el conocimiento médico.

Prueba de esto se encuentra en una de las primeras regulaciones sanitarias sancionadas por el municipio en 1903, a causa de lo que entonces se consideraba una «rápida propagación alarmante» de la enfermedad venérea sifilítica. Como era común en muchas ciudades y pueblos durante esos años, la ordenanza municipal que buscaba controlar la propagación de esta enfermedad se dirigía principalmente a las mujeres relacionadas con el ejercicio de la prostitución. En este caso, se redactó un primer borrador de ordenanza que buscaba establecer que todas las mujeres relacionadas con la prostitución debían estar debidamente «registradas», convocándolas a «cumplir con un examen médico dos veces por semana en el Hospital de Caridad». Si se las encontraba «enfermas», debían recibir el tratamiento necesario hasta su completa recuperación.<sup>29</sup>

Sin embargo, tras recibir asesoramiento, tanto médico como legal, se tuvo que redactar un segundo borrador de ordenanza, el cual incluyó regulaciones adicionales fundadas no solo en la necesidad de tomar medidas más «radicales», sino en el hecho de que lo establecido por el borrador anterior «colisionaba con los derechos individuales». En este caso, el asesor médico declaró que, si bien era cierto que el municipio estaba «obligado por ley» a salvaguardar la salud de la población y tenía amplias atribuciones que los individuos no podían negar en ningún momento, incluso «sacrificando derechos privados» por el «interés público superior», también era necesario asegurar ciertas «garantías». Por lo tanto, las regulaciones adicionales incluyeron dos innovaciones en comparación con el borrador original. La primera permitía a cualquier persona informar a las autoridades sobre cualquier mujer que presumiblemente practicara la prostitución y portara una enfermedad venérea. No obstante, esta información debía «conservarse por los empleados municipales bajo pena de una multa». La segunda incluía a hombres y mujeres, y establecía que era «obligatorio» que cualquier persona que portara una enfermedad venérea y no tuviera otros medios para tratarla debía ser asistido en el Hospital de Caridad, incluso mediante la intervención de la «fuerza pública».<sup>30</sup> La discusión sobre esta ordenanza expone no solo las preocupaciones sobre los límites de las atribuciones municipales para intervenir sobre la población, incluso por la fuerza, en nombre del interés público, sino también el reconocimiento de la posible resistencia e inquietud que podría causar entre las personas afectadas.

El brote de peste bubónica de 1907 no solo proporciona otra oportunidad para observar la creciente influencia de los médicos locales y cómo las nuevas medidas

29. *Libro de Actas del Concejo Municipal de Posadas*, N° 10, f. 317-318.

30. *Libro de Actas del Concejo Municipal de Posadas*, N° 10, f. 321-322.

sanitarias fueron tanto elogiadas como resistidas, sino también las formas en que la municipalidad de Posadas y el DNH colaboraron en su contención. Esta epidemia pareció haber sido causada por la mala higiene en el almacén de una panadería y comenzó a propagarse rápidamente a las casas vecinas. En este caso, la articulación se dio entre el médico municipal, cargo en el que ya había sido designado Héctor Barreyro, y los dos agentes comisionados por el DNH, los doctores Alberto Iglesia y Fernando Álvarez, quienes viajaron al territorio para brindar asesoramiento técnico. El trabajo de Iglesia es particularmente relevante porque, a partir de su experiencia en el control del brote epidémico, pudo graduarse de la facultad de medicina con una tesis titulada «La peste bubónica en Posadas», publicada en 1908, la cual constituye uno de los principales testimonios disponibles sobre este evento.

En su tesis, Iglesia sintetizó muchos aspectos de su experiencia en Posadas y sus puntos de vista sobre la población local, las condiciones generales de higiene y saneamiento, así como sus reacciones hacia las medidas impulsadas. Además del tratamiento de los enfermos, las acciones llevadas a cabo por Iglesia y Barreyro incluyeron su aislamiento mediante la instalación de un pabellón o lazareto de emergencia en un establecimiento escolar alejado de las áreas más pobladas. Junto con la distribución de información para prevenir que se propagara la enfermedad, la eliminación de roedores y la desinfección de todos los espacios, una ordenanza municipal estableció la obligatoriedad de denunciar cualquier sospecha de infección. Al mismo tiempo, también se organizaron desinfecciones periódicas de tiendas y casas para la eliminación de roedores y campañas de vacunación para inmunizar a la población local.<sup>31</sup>

En su opinión, a pesar de los límites presupuestarios, estas medidas, que fueron en su mayoría promovidas por Barreyro y respaldadas por la municipalidad y el gobernador, eran «modernas y radicales» y dieron buenos resultados, ya que finalmente se detuvo la propagación de la enfermedad. Sin embargo, también señaló que «la población no ayudó como debería», ya que «no muchas casas cumplieron con la eliminación de roedores ni sus habitantes se presentaron espontáneamente para la vacunación». Además, Iglesia también destacó que «ciertos periódicos locales tergiversaron las intenciones médicas insinuando al público que no creyera en la peste y manifestando que, en este caso, se trataba de una fiebre cadavérica». Por último, Iglesia manifestó que hubo un trabajador que «se negó a recibir la vacuna Haffkine», quien finalmente falleció a causa de la infección.<sup>32</sup> Los eventos registrados por Iglesia brindan una visión de las diferentes formas en que el consejo médico y las medidas fueron recibidas por la población local. En este sentido, mientras que los médicos y otros miembros del gobierno parecían comprometidos con el control del brote y elogiaban sus resultados, otros sectores de la población estaban menos convencidos y dispuestos a cumplir con las demandas de las autoridades.

31. Alberto Iglesia, *Peste bubónica. Epidemia de Posadas* (Buenos Aires: Las Ciencias, 1908) 44-45.

32. Iglesia 45-46.

El control de la peste bubónica en 1907 también fue relevante en tanto que pareció aumentar el prestigio y la influencia política de los médicos dentro del concejo municipal. Animados por esto, en 1908, Barreyro y Madariaga promovieron la Ordenanza de Regulación de Asistencia Pública para «mejorar la organización de la asistencia sanitaria», la cual fue bien recibida y aprobada por el concejo municipal. En términos generales, la ordenanza buscaba garantizar la «asistencia médica gratuita» de dos médicos municipales durante al menos dos horas al día, además de atender emergencias, para la población que no estuviera en condiciones de acceder a un servicio privado. Los médicos municipales también serían responsables de inspeccionar las condiciones higiénicas de establos, panaderías, salas de ordeño y otras instalaciones, incluidas las viviendas superpobladas, y de asesorar sobre las medidas sanitarias adecuadas para prevenir futuros brotes epidémicos. Si los médicos consideraban que una persona infectada con una enfermedad contagiosa representaba una «amenaza para la salud pública», también estaban facultados para aislarla. Por último, los médicos municipales debían presentar un informe semestral sobre el número de enfermos y toda la información relevante relacionada con ellos.<sup>33</sup> Mediante esta regulación, no solo se estableció una Oficina de Asistencia Pública, siguiendo el concepto desarrollado a partir de la experiencia de la ciudad de Buenos Aires y seguido por otras municipalidades del país, sino que también se aumentaron significativamente las atribuciones de los médicos para intervenir en una gama más amplia de temas.

Poco después, también por iniciativa de Barreyro, se crearon las llamadas «secciones permanentes de higiene» con el objetivo de «prevenir y combatir» la propagación de todo tipo de enfermedades. Estas secciones correspondían a diferentes áreas de Posadas y estaban integradas por tres miembros designados por el municipio. Aunque no eran empleos remunerados, la creación y existencia de estas secciones muestra la intención municipal de extender su influencia y ejercer su autoridad sanitaria sobre una población mayor.<sup>34</sup>

En cuanto a los gastos presupuestarios, las fuentes disponibles de 1902 a 1911 muestran que la municipalidad de Posadas dedicó recursos que llegaron a alcanzar el 8.2% del presupuesto anual total en 1906, mientras que los recursos más bajos destinados se dieron en 1910, con el 3.5% del presupuesto. Estos gastos incluían los salarios de los médicos municipales, las subvenciones al Hospital de Caridad, las inspecciones de higiene y los suministros funerarios y farmacéuticos para los “pobres”, entre otros. En cuanto a las municipalidades de Concepción de la Sierra y Apóstoles, aunque asumieron ciertos gastos relacionados con medicamentos y asistencia médica para la población que lo requería, no destinaron recursos para mantener hospitales o asilos propios. Sin embargo, según las fuentes disponibles, sí realizaban pequeñas contribuciones monetarias al Hospital de Caridad en Posadas

33. *Libro de Actas del Concejo Municipal de Posadas*, N° 11, f. 243, 244, 245.

34. *Libro de Actas del Concejo Municipal de Posadas*, N° 11, f. 400-402.

y proporcionaban recursos cuando una persona gravemente enferma necesitaba ser trasladada a la capital para recibir tratamientos más complejos.<sup>35</sup>

Como se ha expuesto, durante los primeros años del siglo XX, la asistencia sanitaria en el territorio de Misiones fue impulsada fundamentalmente por la municipalidad de Posadas a través de los médicos vinculados a ella y los aportes dinerarios que de las demás municipalidades, la gobernación y la Sociedad de Beneficencia realizaban al Hospital de Caridad. La municipalidad también se encargó de establecer regulaciones y organizar inspecciones que aseguraran condiciones higiénicas en establecimientos como el mercado o el matadero. La participación y presencia del DNH fue por su parte coyuntural, aunque implicó el aporte de recursos humanos y materiales indispensables para la contención del brote epidémico y las campañas de vacunación.

### 3. Articulando, negociando, disputando: las atribuciones locales y nacionales en exhibición (1913-1930)

A partir de 1910, se inició un nuevo plan concebido por el flamante director de la DNH, el doctor José Penna (1910-1917), cuyo objetivo fue incrementar la presencia de la agencia nacional en todo el país y en particular en los territorios nacionales.<sup>36</sup> En el pensamiento de Penna, la unificación y centralización del sistema sanitario era una necesidad, ya que consideraba que no era posible regirse en “cuestiones de higiene y profilaxis por las leyes políticas que persiguen la autonomía y la libertad”. La prevención de enfermedades exigía para él “una técnica más severa y coercitiva, ejercitada por un criterio unitario exclusivo que actúe lo menos posible sobre la libertad individual pero que asegura la preservación colectiva”.<sup>37</sup>

Inspirado en este pensamiento, el plan del Penna consistió en la instalación de oficinas que recibieron el nombre de Administración Sanitaria y Asistencia Pública Nacional (APN en adelante) en las capitales de cada territorio, así como en sancionar un reglamento sanitario que debía regirlas. Dotadas de elementos de profilaxis y de asistencia hospitalaria, estas oficinas debían estar encabezadas por un médico jefe a cargo del personal subalterno designado en cada caso. Entre sus funciones, se explicitaba en primer término las de investigar “todo lo que pueda ser causa que afecte la salud pública del territorio” a fin de poner “en práctica y bajo la dirección del departamento los medios y procedimientos profilácticos que la ciencia aconseja”. En segundo lugar, las oficinas estaban llamadas a “asistir gratuitamente a los enfermos pobres del municipio, los presos de la cárcel, y los empleados nacionales de superior jerarquía”. Complementariamente, debían remitir los informes médicos que la gobernación, la justicia letrada o la jefatura

35. *Libro de Actas del Concejo Municipal de Posadas*, N° 10; Municipalidad de Concepción de la Sierra, *Memoria del ejercicio administrativo del año 1927* (1928); *Primer Libro de Actas del Concejo Municipal de Apóstoles*, 1913-1924, CD-A, Misiones, Argentina.

36. Biernat; Di Liscia “Imaginario” 49-69.

37. Ministerio del Interior, *Conferencia sanitaria nacional* 23.

de policía requirieran.<sup>38</sup> En el optimismo de Penna, estas medidas instituirían las bases de un sistema que, aunque “provisorio”, en la medida en que se desarrollara y perfeccionara, llegaría a “robustecerse en su mecanismo funcional”, afianzando “de una manera definitiva el debido prestigio y la imprescindible unidad que ha de primar en la dirección de todos los problemas encaminados a defender la salud pública de cualquier organismo político”.<sup>39</sup>

Si bien las nuevas dependencias del DNH buscaban reemplazar a la antigua figura del médico de la gobernación, se ampliaban sus recursos, estructura y personal, agregando otras tareas vinculadas a la inspección de establecimientos públicos o industriales, así como de mercados, mataderos, tambos o caballerizas.<sup>40</sup> En este caso, se trataba de atribuciones que claramente se superponían a las que correspondían en general a las municipalidades.

La instalación de estas nuevas dependencias fue precedida, legitimada y acompañada de la sanción en 1911 del Reglamento sanitario para los territorios nacionales que, además de estar orientado a explicitar la obligatoriedad de la denuncia de casos de enfermedades infecto-contagiosas, también buscaba ordenar los roles de los gobernadores y de las municipalidades. Los primeros debían “tratar” de que las segundas establecieran ordenanzas que impusieran multas, o bien penas, a quienes incumplieran con la denuncia de casos o con las correspondientes medidas de profilaxis o aislamiento que se tomaran. Asimismo, se dejaba establecido que el procedimiento y registro de vacunación estaría a cargo de las nuevas dependencias nacionales.<sup>41</sup>

La instalación de las APN se concretó poco después, en 1913, de forma simultánea en las capitales de ocho territorios nacionales.<sup>42</sup> Para ese entonces, el panorama en materia de asistencia sanitaria en el territorio de Misiones no había variado significativamente respecto de años anteriores. El único hospital seguía siendo el de caridad, subvencionado mayormente por la municipalidad de Posadas y la Sociedad de Beneficencia, y atendido por los dos médicos diplomados que ejercían en la capital en ese entonces, los doctores Héctor Barreyro y Guillermo Villafañe, quien reemplazó a Madariaga tras su muerte en 1911.<sup>43</sup> La municipalidad de Posadas mantenía asimismo su propia Oficina de Asistencia Sanitaria. Por otra parte, si se tienen en cuenta los censos de población realizados en 1895 y 1914, se advierte que el número de personas vinculadas a profesiones sanitarias, acompañó al crecimiento de la población, aunque únicamente en áreas como farmacia y

38. Ministerio del Interior, Departamento Nacional de Higiene. *Guía Oficial: datos para la historia, organización actual, división y funcionamiento, legislación sanitaria argentina, nóminas de profesionales y establecimientos de toda la nación* (Buenos Aires: 1913) 324-326.

39. Ministerio del Interior, *Guía Oficial* 430-431.

40. Ministerio del Interior, *Guía Oficial* 324-326.

41. Se exceptuaron Tierra del Fuego y Los Andes debido a su escasa población, Ministerio del Interior, *Guía Oficial* 630-631.

42. Di Liscia “Imaginario” 49-69.

43. Ministerio del Interior, *Guía Oficial* 886.

enfermería, como puede observarse en la Figura 1. Se agregaba también a un médico veterinario, quien prestaba servicios para el matadero de Posadas.<sup>44</sup>

**Figura 1.** Personas vinculadas a profesiones sanitarias y población total del Territorio Nacional de Misiones, según los censos nacionales de 1895 y 1914

	1895	1914
Medicina	7	8
Farmacéutica	3	7
Enfermería	1	7
Odontología	1	3
Veterinaria	-	1
Parteras	9	17
Total	21	43
Población total del territorio de Misiones	33163	56563

Fuentes: República Argentina. Segundo censo de la República Argentina [Buenos Aires: Taller tipográfico de la penitenciaría nacional, Tomo II, 1898]; República Argentina. Tercer censo nacional [Buenos Aires: Talleres Gráficos de L. J. Rosso y Cía., Tomo II, 1916].

Para dirigir la APN de Posadas fue designado el doctor Villafañe, cuyo historial personal no mostraba ningún compromiso previo con el gobierno municipal. Sus instalaciones, por su parte, se establecieron en una propiedad previamente otorgada por la municipalidad de Posadas en 1911 por pedido del DNH.<sup>45</sup> El acto inaugural fue presidido por el entonces gobernador del territorio, el coronel Gregorio López (1911-1916), mientras que Villafañe se encargó de ofrecer el discurso, no habiendo registro de la participación de las autoridades comunales. Aunque breve, en su intervención Villafañe se concentró en destacar los objetivos de la nueva dependencia y los recursos de los que dispondría a partir de entonces: un consultorio externo gratuito, una sala de cirugía, una ambulancia, un laboratorio, un servicio profiláctico permanente y todo lo necesario para realizar desinfecciones y campañas de vacunación tanto en la capital como en el interior, incluyendo el personal correspondiente.<sup>46</sup>

Hasta ese entonces las municipalidades de Misiones, y en particular de Posadas, habían trabajado de manera articulada y colaborativa con el DNH. Sin embargo, la llegada de una oficina sanitaria nacional permanente parece haber tensado las relaciones con las autoridades municipales y su personal médico. Para ese entonces, Héctor Barreyro había logrado traducir su prestigio en materia sanitaria en una influencia política sobre la municipalidad que le permitió ser electo concejal y presidente municipal (1913-1915). A la par, comenzó a participar en la formación de los primeros comités del partido radical en el territorio, que experimentaba por

44. Ministerio del Interior, *Guía Oficial* 887.

45. *Libro de Actas del Concejo Municipal de Posadas*, N° 11, f. 427.

46. *Anales del Departamento Nacional de Higiene* (Argentina), 1913, Vol. XX, N° 2, 1156-1160.

entonces un crecimiento significativo en el resto del país como principal partido de oposición.<sup>47</sup> Para ese entonces, la crisis política y social del régimen oligárquico ya se había traducido en la serie de reformas electorales que impusieron el voto masculino universal secreto y obligatorio, mismas que resultarían en el triunfo del radicalismo en las elecciones presidenciales de 1916.

Como se ha mencionado, durante esos años, los médicos locales no solo aumentaron sus atribuciones e influencia sobre el gobierno municipal y la población, sino que con ello tuvieron la oportunidad de llegar a más personas y construir una autoridad propia, no solo como “expertos” sino también como “sanadores”. Este fue un atributo particular altamente valorado en las carreras políticas, y fue especialmente significativo en la exhibición de liderazgo dentro del partido radical, que se caracterizaba por prácticas y estructuras modernas de partido masivo. Los médicos que eran miembros del partido radical, como Barreyro, a menudo brindaban atención médica a las personas y especialmente a “los pobres” no solo por razones profesionales o filantrópicas, sino también para ganar su confianza y su lealtad, y lo más importante, su apoyo político.<sup>48</sup> De esta manera, ganar influencia en la prestación de asistencia sanitaria se convirtió en otros de los aspectos relevantes en el crecimiento de la carrera política de Barreyro dentro del radicalismo.

En este marco, no resulta extraño que la instalación de la flamante APN fuera en cierta medida resistida por Barreyro. De hecho, a pesar de su instalación en 1913, la municipalidad de Posadas mantuvo su propia Oficina de Asistencia Pública, con una planta compuesta por un médico, un inspector de higiene y una partera, como se muestra en la Figura 2. Además, en 1915, el concejo municipal, aún presidido por Barreyro, reclamó la propiedad otorgada en 1911, instando a Villafañe a buscar una nueva ubicación. La comuna argumentó entonces que en esta propiedad se estaba proyectando un nuevo parque, que el acuerdo anterior era “temporal” y que las instalaciones de la APN necesitaban ser demolidas, como efectivamente sucedió.<sup>49</sup>

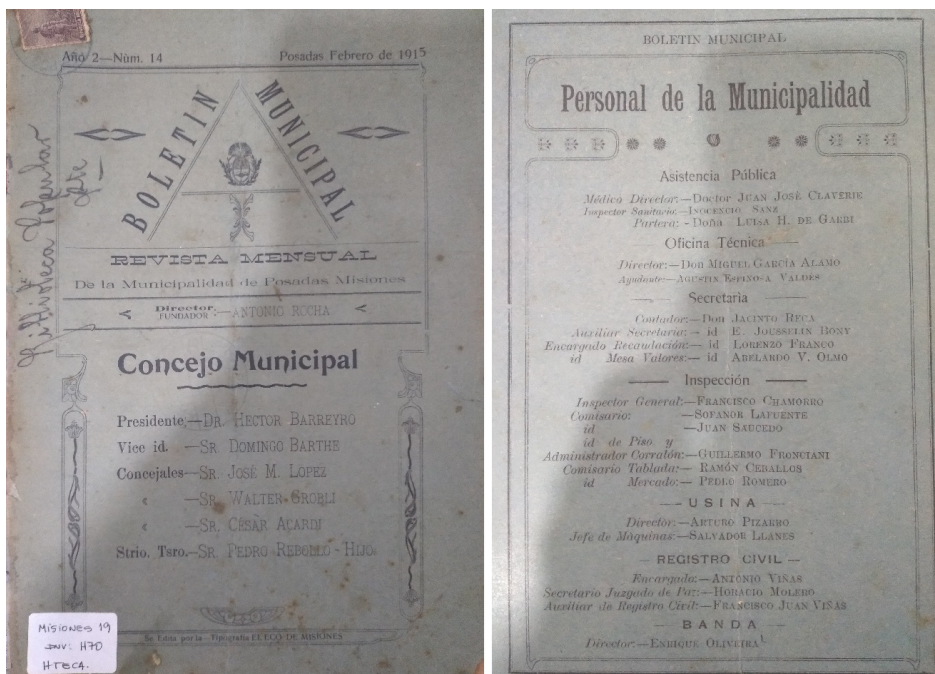
Villafañe era probablemente consciente de la animosidad de Barreyro hacia la APN, por lo que intentó proteger su puesto formando una alianza con la otra institución que también estaba perdiendo influencia en el campo sanitario en ese momento: la Sociedad de Beneficencia. Evidencias de esta alianza se encuentran en el Álbum Escolar del Territorio de Misiones publicado en 1916. Este tipo de publicaciones fueron promovidas por el Consejo Nacional de Educación en todos los territorios nacionales con motivo del centenario de la independencia argentina y debían dejar testimonio del crecimiento del sistema escolar, pero

47. Luz Irene Pyke, “Estado y política en el Territorio Nacional de Misiones durante los gobiernos radicales: el gobernador Héctor Barreyro y los conflictos políticos entre autoridades (1917-1930)” *Folia Histórica del Nordeste* 26 (2016): 41-61.

48. Marcela Ferrari, *Los políticos en la república radical. Prácticas políticas y construcción de poder* (Buenos Aires: Siglo XXI editores, 2008).

49. *Boletín Municipal. Revista Mensual de la Municipalidad de Posadas* (Misiones, Argentina) II.2 (1915).

Figura 2. Tapa y contratapa del boletín municipal de Posadas correspondiente a febrero de 1915



Fuente: *Boletín Municipal. Revista Mensual de la Municipalidad de Posadas* [Misiones, Argentina] II.2 [1915]

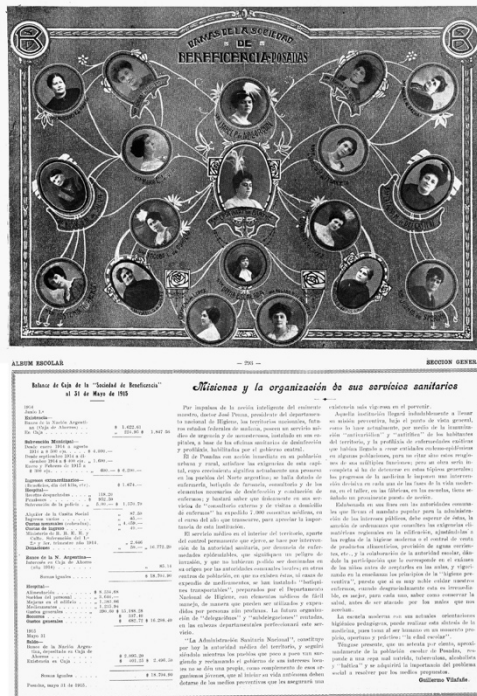
también de otras instituciones filantrópicas relevantes, como bibliotecas públicas y organizaciones benéficas. En este sentido, es importante destacar que el álbum dedicó un espacio especial para resaltar la labor tanto de la APN como de la Sociedad de Beneficencia en cuanto a la asistencia sanitaria. Si bien no descartó las contribuciones de la municipalidad de Posadas, en su intervención escrita en este álbum, Villafañe no dudó en afirmar que la APN era la “autoridad médica en todo el territorio”. Por otro lado, las imágenes y las memorias de ambas instituciones fueron colocadas juntas como una sola en esta publicación, tal como aparece en la Figura 3, lo que daba cuenta de la cercanía entre ellas durante estos años.<sup>50</sup>

El ascenso del partido radical al gobierno nacional en 1916 terminó por consolidar la presencia de esta tendencia política en el territorio. Los sectores identificados con el radicalismo promovieron la designación de Barreyro para la gobernación, mientras que otros sectores vinculados a las tradiciones vecinales liberales y conservadoras, e incluso a expresiones locales del socialismo, impulsaron la continuidad del gobernador López. Entre estos últimos se encontraba Villafañe.<sup>51</sup>

50. *Álbum Escolar de Misiones* (Buenos Aires: Maucci Hnos. & Hijos, 1916) 292-294.

51. *La Tarde* (Posadas), 30 de octubre de 1916.

Figura 3. Páginas del *Álbum Escolar de Misiones, 1916*



Fuente: Páginas 292 y 293 *Álbum Escolar de Misiones* [Buenos Aires: Maucci Hnos. & Hijos, 1916].

La designación de Barreyro como el nuevo gobernador en 1917 significó, por lo tanto, el casi inmediato reemplazo de Villafañe en la oficina de la APN.<sup>52</sup>

El concepto que el entonces gobernador tenía sobre la APN quedó cabalmente plasmado en 1919, con motivo de la publicación de sus memorias de gobierno. En este documento, Barreyro reconocía que, si bien el propósito de su creación había sido “muy loable”, para él esta dependencia no había logrado cumplir “ni medianamente” con sus fines. En duros términos, esto lo atribuía por su parte a “imprevisión o falta de criterio constructivo práctico”, ya que consideraba que la oficina contaba con “frondosos presupuestos”. No obstante, bastaba la reorganización de la repartición según los criterios por él sugeridos para que pudiera cumplir con sus objetivos.<sup>53</sup>

Como gobernador, Barreyro mantuvo una fuerte influencia sobre el gobierno municipal de Posadas durante gran parte de su administración, que se extendió hasta 1930. Entre 1921 y 1924, periodo en que su cargo no fue renovado, ejerció él

52. Fernández Ramos 269.

53. Héctor Barreyro, *Ideas de Gobierno* (Buenos Aires: Talleres Gráficos de L. J. Rosso y Cía, 1919) 89-90.

mismo como director interino de la APN. Para ese entonces, la repartición sanitaria nacional y la municipal comenzaron a funcionar como un único organismo,<sup>54</sup> y su confirmación como gobernador en 1924 estuvo acompañada de dos importantes logros en materia sanitaria: la inauguración del Hospital Regional de Posadas en 1923 y del Dispensario de Lactantes en 1924. El primero correspondía a las gestiones realizadas ante la CNAyHR que, aunque iniciadas durante la administración del gobernador López, no lograron finalizar la obra hasta 1923. La inauguración de este nuevo hospital significó el reemplazo del antiguo Hospital de Caridad, afectando significativamente la influencia de la Sociedad de Beneficencia en la sanidad del territorio. El nuevo Hospital Regional administrado por el estado contaba con un equipo inicial de seis médicos, entre ellos el mismo gobernador Barreyro, y un farmacéutico. El director designado de la nueva institución fue el propio hermano del gobernador, el doctor Edmundo Barreyro, demostrando una vez más el alcance de su influencia política en la definición de los asuntos sanitarios del territorio. El Dispensario de Lactantes, cuyo objetivo era la salud neonatal y pediátrica en general, era por su parte una dependencia del DNH, aunque recibía el apoyo de una sociedad de beneficencia creada para tal efecto.<sup>55</sup> La municipalidad de Posadas continuó asimismo ofreciendo servicios sanitarios públicos en especialidades como el consultorio odontológico y el dispensario antivenéreo.<sup>56</sup>

De este modo, hacia 1930, la asistencia sanitaria del territorio había alcanzado su propia complejidad en relación a las formas en que las jurisdicciones nacionales y locales lograron articularse. La presencia de la agencia nacional pudo consolidarse únicamente en tanto no se contrapusiera a los intereses de los liderazgos construidos localmente desde la municipalidad de Posadas. No obstante, la institución sanitaria de mayor relevancia instalada en el territorio fue el Hospital Regional, sin vinculación al DNH, el cual sostuvo como sus únicas reparticiones la APN y el Dispensario de Lactantes. La APN se mantuvo como una oficina de menor capacidad en cuanto a la atención y las prácticas médicas realizadas, y fundamentalmente se dedicaba a la emisión de certificaciones y a la vacunación. Sin embargo, mientras la APN reportaba unas 6 mil atenciones, el Hospital Regional informaba sobre más de 45 mil hacia el final de la década de 1920.<sup>57</sup> En este marco, las municipalidades conservaron principalmente sus atribuciones en materia de higiene y sanidad en relación a la sanción de ordenanzas regulatorias, las inspecciones de establecimientos y las gestiones para la provisión de agua potable. Únicamente la municipalidad de Posadas logró sostener algunos servicios de atención médica específicos de carácter gratuito para las poblaciones más desfavorecidas.

54. Fernández Ramos 268-269.

55. Fernández Ramos 268-277.

56. Fernández Ramos 242.

57. Fernández Ramos 268-277.

## Conclusiones

El trabajo buscó abordar el problema de la (des)centralización en la construcción de jurisdicciones sanitarias bajo el régimen de los territorios nacionales argentinos, donde las características centralizadas del diseño institucional tendieron a opacar el papel de los actores e instituciones locales, así como sus posibles contribuciones o resistencias a este proceso. El caso de Misiones presentado en la investigación dio cuenta de que las municipalidades y otras instituciones filantrópicas locales demostraron una preocupación temprana por brindar asistencia sanitaria a sus poblaciones, destinando recursos para sostener la atención médica, la cobertura de medicamentos, los servicios funerarios y la realización de inspecciones de higiene. La relación inicial con el DNH se limitó a la articulación colaborativa en las campañas de vacunación y el control de brotes epidémicos. El ejercicio de las atribuciones en materia sanitaria por parte de la municipalidad de Posadas ofreció por su parte la oportunidad para que algunos médicos diplomados ganaran cierta influencia política en el ámbito local como asesores en el diseño e implementación de medidas en el área.

La llegada de una oficina permanente del DHN al territorio tensionó las relaciones con la autoridad sanitaria que venía construyéndose desde la municipalidad de Posadas, encontrando esto, a su vez, su correlato en los alineamientos políticos coyunturales del momento. Desde su labor médica y política en la municipalidad, Barreyro buscaba presentarse como la expresión de los intereses locales, mientras que su adhesión al radicalismo —principal partido de oposición a nivel nacional—, le permitió confrontar a los funcionarios de tendencia liberal o conservadora designados por el gobierno central en el territorio. Entre ellos se encontraba Villafañe, como director de la APN. El posterior ascenso del radicalismo a la primera magistratura brindó a Barreyro la oportunidad de ser designado como gobernador. A partir de su alineamiento político con el gobierno central, no solamente desplazó a Villafañe de la APN, sino que ejerció él mismo el cargo de director durante un tiempo. En cuanto a la instalación posterior del Hospital Regional, también mantuvo su injerencia no solo integrando la planta profesional, sino logrando la designación de su hermano como director del mismo. De este modo, las instituciones sanitarias vinculadas a dependencias nacionales como el DNH o la CNAyHR lograron asentarse y consolidar su presencia en el territorio hasta la década de 1920, en un contexto en que los alineamientos políticos locales y nacionales coincidían. En este marco, también las iniciativas municipales parecen perder relevancia en favor de una mayor centralización, conservando injerencia en otras áreas, como las inspecciones, las regulaciones y las gestiones para el servicio de agua potable.

De este modo, la investigación busca dar cuenta de algunos aspectos vinculados al complejo proceso de construcción de jurisdicciones sanitarias y la influencia que los contextos y las trayectorias de los actores locales tuvieron en él. Los intentos de centralización sanitaria del periodo analizado no solo enfrentaron desafíos frente a las autonomías provinciales, sino también ciertas resistencias en los territorios nacionales que se suponían bajo su jurisdicción.

## Fuentes

### Manuscritas

Archivo Histórico de la Municipalidad de Posadas, Provincia de Misiones, Argentina (AHMP).

Libro de Actas del Concejo Municipal de Posadas, N° 10 (1898-1905).

Libro de Actas del Concejo Municipal de Posadas, N° 11 (1905-1911).

Biblioteca Popular “Bartolomé Mitre” de Concepción de la Sierra, Provincia de Misiones, Argentina (BPBM-CS).

Primer Libro de Actas del Concejo Municipal de Concepción de la Sierra, 1889-1901.

Concejo Deliberante de Apóstoles, Provincia de Misiones, Argentina (CD-A).

Primer Libro de Actas del Concejo Municipal de Apóstoles, 1913-1924.

### Impresas

*Álbum Escolar de Misiones*. Buenos Aires: Maucci Hnos. & Hijos, 1916.

Areco, Lucas Braulio. *Documentación histórica extraída de los libros de Actas de la Municipalidad de la Ciudad de Posadas (1872-1920)*. Posadas, 1985.

Barreyro, Héctor. *Ideas de Gobierno*. Buenos Aires: Talleres Gráficos de L. J.

Fernández Ramos, Raimundo. *Misiones a través del Primer Cincuentenario de su Federalización*. Posadas, 1934.

Iglesia, Alberto. *Peste bubónica. Epidemia de Posadas*. Buenos Aires: Las Ciencias, 1908.

Juan José Lanusse, *Memoria de la Gobernación de Misiones correspondiente al año 1889*. Buenos Aires: Taller Tipográfico de la Penitenciaría Nacional, 1900.

Ley Nacional N° 1532/1884 Orgánica de Territorios Nacionales, Centro de Documentación e Información, Colecciones Digitales, Ministerio de Economía, Argentina. *Registro Nacional de la República Argentina, Tomo de 1874 a 1890, Tercera Parte*. 1884

Ley Nacional N° 2732/1890 Reforma de la Orgánica de Territorios Nacionales, Centro de Documentación e Información, Colecciones Digitales, Ministerio de Economía, Argentina, *Registro Nacional de la República Argentina, 1890*. 1890

- Ministerio del Interior, Departamento Nacional de Higiene. *Conferencia sanitaria nacional, Buenos Aires, 1923: Antecedentes, sesiones y conclusiones*. Buenos Aires: Talleres Gráficos Editorial Argentina de Ciencias Políticas, 1923.
- Ministerio del Interior, Departamento Nacional de Higiene. *Guía Oficial: datos para la historia, organización actual, división y funcionamiento, legislación sanitaria argentina, nóminas de profesionales y establecimientos de toda la nación*. Buenos Aires, 1913.
- Ministerio del Interior. *Memoria del Ministerio del Interior, 1912-1913*. Buenos Aires: Talleres Gráficos de la Penitenciaría Nacional, 1913.
- Municipalidad de Concepción de la Sierra, *Memoria del ejercicio administrativo del año 1927, 1928*.
- República Argentina. *Segundo censo de la República Argentina*. Buenos Aires: Taller tipográfico de la penitenciaría nacional, Tomo II, 1898.
- República Argentina. *Tercer censo nacional*. Buenos Aires: Talleres Gráficos de L. J. Rosso y Cía, Tomo II, 1919.

### Publicaciones Periódicas

- Anales del Departamento Nacional de Higiene (Argentina)* 1913.
- Boletín Municipal. Revista Mensual de la Municipalidad de Posadas* (Misiones, Argentina) 1915.
- La Tarde* (Posadas) 1916.

### Bibliografía

- Agostoni, Claudia. “Historias, enfermedades y salud pública”. *Historia de la salud y la enfermedad*. Eds. Carolina Biernat y Karina Ramacciotti. Buenos Aires: Biblos, 2014.
- Agostoni, Claudia. *Monuments of progress. Modernization and public health in Mexico city, 1876-1910*. Calgary: University of Calgary Press/University Press of Colorado/Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2003.
- Allevi, Ignacio y Roldán, Diego. “La medicina social como agenda política. Ideas y prácticas estatales en la ciudad de Rosario bajo el gobierno de Manuel Pignetto (Argentina, 1925-1927)”. *Historia* 54 (2021): 11-39.
- Alonso, Paula. “Dinámicas federales en las dos últimas décadas del siglo XIX”. *El sistema federal argentino. Debates y coyunturas (1860-1910)*. Eds. Paula Alonso y Beatriz Bragoni. Buenos Aires: Edhasa, 2015.
- Arce, Hugo. *El sistema de salud: de dónde viene y hacia dónde va*. Buenos Aires: Prometeo, 2010.
- Armus, Diego. “¿Qué historia de la salud y la enfermedad?” *Salud Colectiva* 6.1 (2019): 5-10.
- Belmartino, Susana. *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*.

- Buenos Aires: Siglo XXI, 2005.
- Biernat, Carolina. “Continuidades y rupturas en el proceso de centralización de la administración sanitaria argentina (1880-1945)”. *Trabajos y Comunicaciones* 44 (2016): e021.
- Birn, Anne-Emanuelle. “Buscando desesperadamente la descentralización: las políticas de salud mexicanas en dos épocas de reforma (los años 20 y 30 y la década de los 80)”. *Dynamis* 25 (2005): 279-311.
- Bohoslavsky, Ernesto y Di Liscia, María Silvia. “La profilaxis del viento. Instituciones represivas y sanitarias en la Patagonia Argentina, 1880-1940”. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* 60.2 (2008): 187-206.
- Canedo, Mariana y Pyke, Luz Irene. “Presentación del Dossier: la implementación de municipalidades en provincias y territorios nacionales argentinos. Pugnas de intereses y potestades entre gobiernos (1850-1930)”. *Historia Regional* 42 (2020): 1-6.
- Canedo, Mariana. “Historizar las municipalidades. Criterios teórico-metodológicos a partir de la práctica historiográfica”. *Incertidumbres, crisis y conflictos en la Historia Moderna y Contemporánea*. Coord. Anahí Basilio Fabris, Carolina Biernat y Juan Manuel Cerdá. Salta: La Aparecida, 2024.
- Carbonetti, Adrián, Aizenberg, Lila y Rodríguez, María Laura. “La Historia Social de la Salud y la Enfermedad: conformación, logros y desafíos”. *Estudios* 30 (2013): 145-157.
- Carrillo, Ana María y Martínez García, Yesenia. “El surgimiento de la salud pública moderna en algunos países latinoamericanos: teorías, métodos y fuentes para su estudio”. *Temas Americanistas* 55 (2025): 107-135.
- Carrillo, Ana María. “Economía, política y salud pública en el México porfiriano (1876-1910)”. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* 9 (2002): 67-87.
- Chiaromonte, José Carlos. “Estado y poder regional: constitución y naturaleza de los poderes Regionales”. *La construcción de las naciones latinoamericanas, 1820-1870*. Coord. Josefina Zoraida Vázquez y Manuel Miño Grijalva. España: UNESCO, 2003.
- Córdoba-Flores, Consuelo. “Instituciones y políticas de salud pública en la Ciudad de México, de la Colonia al Porfiriato”. *HiSTORELo. Revista de Historia Regional y Local* 12.24 (2020): 76-108.
- Cueto, Marcos y Palmer, Steven. *Medicina y salud pública en América Latina. Una historia*. México: Fondo de Cultura Económica, 2024.
- Cueto, Marcos. *El regreso de la epidemias. Salud y Sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 2019.
- Cueto, Marcos. “Instituciones sanitarias y poder en América Latina”. *Dynamis* 25 (2005): 49-57.
- Di Liscia, María Silvia. “Imaginario y derroteros de la salud en el interior argentino. Los Territorios Nacionales (fines del siglo XIX y principios del XX)”. *Entrepassados* 33 (2008): 49-69.

- Di Liscia, María Silvia. “Instituciones ‘portátiles’. La sanidad pública en los Territorios Nacionales (1880-1910)”. *Un Estado con rostro humano*. Eds. Germán Soprano y Ernesto Bohoslavsky. Buenos Aires: Prometeo, 2010.
- Di Liscia, María Silvia. “La viruela y las políticas de inmunización en Argentina en el largo plazo”. *Topoi* 22.48 (2021): 680-712.
- Ferrari, Marcela. *Los políticos en la república radical. Prácticas políticas y construcción de poder*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2008.
- González-Leandri, Ricardo. “Breve historia del Departamento Nacional de Higiene. Estado, gobernabilidad y autonomía médica en la segunda mitad del siglo XIX”. *Un Estado con rostro humano*. Eds. Germán Soprano y Ernesto Bohoslavsky. Buenos Aires: Prometeo, 2010.
- González-Leandri, Ricardo. “Itinerarios de la profesión médica y sus saberes de Estado, Buenos Aires, 1850-1910”. *Los saberes del Estado*. Comp. Mariano Ben Plotkin y Eduardo Zimmermann. Buenos Aires: Edhasa, 2012.
- Idiart, Alma. “Estado, actores y políticas sanitarias”. *Historia de la salud y la enfermedad bajo la lupa de las ciencias sociales*. Eds. Carolina Biernat y Karina Ramacciotti. Buenos Aires: Biblos, 2014.
- Moniec, Susana. “La participación de las mujeres en el abordaje de la problemática social en el Territorio Nacional de Misiones, Argentina durante el periodo 1880-1930”. *Trabajo Social* 19 (2017): 31-43.
- Morelli, Federica. “Orígenes y valores del municipalismo iberoamericano”. *Araucaria* 18 (2007): 117-129.
- Palmer, Steven. “Esbozo histórico de la medicina estatal en América Central”. *Dynamis* 25 (2005): 59-85.
- Peniche Moreno, Paola. “La Génesis del Proyecto Sanitario Liberal en Yucatán: Juntas de Sanidad y Comisiones de Policía Sanitaria en el Siglo XIX”. *Antrópica* 10.19 (2024): 225-257.
- Pita, Valeria Silvina. “Administradoras, funcionarios y técnicos estatales en el Hospital de Mujeres Dementes, Buenos Aires, 1880-1890”. *Los saberes del Estado*. Comp. Mariano Ben Plotkin y Eduardo Zimmermann. Buenos Aires: Edhasa, 2012.
- Porter, Dorothy. *Health, Civilization and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*. Londres: Taylor & Francis E-Library, 2005.
- Pyke, Luz Irene. “Los elencos municipales en territorios nacionales: aproximaciones a partir del caso de Posadas (Territorio de Misiones, 1872-1930)”. *PolHis* 16 (2023): 167-210.
- Pyke, Luz Irene. “De la jurisdicción provincial a la nacional: la estabilidad fiscal en la consolidación de la municipalidad de Posadas, Misiones (1883-1911)”. *Revista Historia Regional* 33.42 (2020): 1-14.
- Pyke, Luz Irene. “Estado y política en el Territorio Nacional de Misiones durante los gobiernos radicales: el gobernador Héctor Barreyro y los conflictos políticos entre autoridades (1917-1930)”. *Folia Histórica del Nordeste* 26 (2016): 41-61.

- Pyke, Luz, y de los Ríos, Evangelina. “Articulaciones políticas y tramas administrativas en disputa entre gobiernos municipales, provinciales y nacionales argentinos a partir de la segunda mitad del siglo XIX: Introducción”. *PolHis. Revista Bibliográfica del Programa Interuniversitario de Historia Política* 31 (2023): 3-15.
- Ruffini, Marta. *La pervivencia de la República posible en los territorios nacionales. Poder y ciudadanía en Río Negro*. Buenos Aires: UNQui, 2007.
- Rodríguez de Romo, Ana Celia y Rodríguez Pérez, Marta Eugenia. “Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 2 (1998): 293-310.
- Ternavasio, Marcela. “Municipio y política, un vínculo histórico conflictivo”. Tesis inédita de Maestría, FLACSO, 1991.