

XII Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia, Facultad de Humanidades y Centro Regional Universitario Bariloche. Universidad Nacional del Comahue, San Carlos de Bariloche, 2009.

Salud y políticas públicas en Tucumán en las primeras décadas del siglo XX.

Fernández, María Estela.

Cita:

Fernández, María Estela (2009). *Salud y políticas públicas en Tucumán en las primeras décadas del siglo XX. XII Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia, Facultad de Humanidades y Centro Regional Universitario Bariloche. Universidad Nacional del Comahue, San Carlos de Bariloche.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-008/81>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Salud y políticas públicas en Tucumán en las primeras décadas del siglo XX: las iniciativas sanitarias en el mundo rural

María Estela Fernández

Introducción

En consonancia con las acciones a nivel nacional en la segunda mitad del siglo XIX, la emergencia de un dispositivo sanitario en Tucumán tuvo como objetivos centrales la lucha contra las enfermedades infecciosas y la implementación de medidas de higiene pública. En estudios anteriores hemos señalado los rasgos del proceso institucional y la complementación de iniciativas estatales y particulares en la creación de dependencias públicas, hospitales, obras de infraestructura, en un marco de profundas transformaciones derivadas de la modernización económica y el crecimiento demográfico en la provincia.¹

En sus comienzos las modalidades fueron de carácter coyuntural, con cierta evolución hacia un tratamiento más integral sobre todo a partir de la epidemia de cólera de 1886-1887-, que marcó un punto de inflexión en la elaboración de un proyecto más abarcador del conjunto de la población. Si bien se implementaron reglamentaciones más específicas para el control de enfermedades infecciosas, mejoras en la atención hospitalaria, instalación de agua potable, los servicios se concentraban principalmente en la ciudad capital, San Miguel de Tucumán y vastas áreas de la campaña quedaban sin posibilidades de atención médica. Las medidas sanitarias cobraban impulso sobre todo en momentos de epidemia y aunque desde el sector privado se habían incorporado servicios mínimos en algunos ingenios, estos eran excepcionales y respondían sobre todo a una política dirigida a mantener y aumentar la productividad en el trabajo.

Los inicios del siglo XX marcan una etapa más compleja, con avances y confrontaciones, donde operaron nuevos elementos en los que confluyeron las nuevas corrientes de ideas, las demandas de los trabajadores, los debates a nivel nacional, que

¹ María Estela Fernández, “Salud y condiciones de vida. Iniciativas estatales y privadas en Tucumán, fines del siglo XIX y comienzos del XX”, A. Alvarez, I. Molinari y D. Reynoso (Ed.) *Historias de enfermedades, salud y medicina en la Argentina de los siglos XIX y XX*, Universidad Nacional de Mar del Plata, 2004; “La salud a domicilio: la dotación de aguas potables en Tucumán a fines del siglo XIX”, *CD XIX Jornadas de Historia Económica*, San Martín de los Andes, 2004; “Las políticas de salud: el caso de los hospitales en Tucumán a fines del siglo XIX”, *CD X Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia*, Rosario, 2005; “Enfermedades y prácticas médicas en Tucumán a fines del siglo XIX”, *CD XI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia*, Tucumán, 2007, entre otros.

apuntaban a una mayor intervención del Estado en materia social. En este marco, esta ponencia se propone indagar acerca de las medidas dirigidas a mejorar las condiciones sanitarias del mundo rural de la provincia en las primeras décadas del siglo XX, en un contexto de cambios políticos y de iniciativas sociales que reflejaban una concepción más avanzada del rol de las instituciones públicas.

Para nuestro abordaje del tema podemos señalar dos etapas. La primera, que arranca a finales del siglo XIX, coincide con una línea de gobernadores conservadores que podemos asimilar al “reformismo progresista”, que intentaron mejoras en materia de trabajo, vivienda, salud, educación, para atenuar o combatir desequilibrios sociales. En esta instancia, las medidas sanitarias constituyeron el intento más avanzado de contemplar las condiciones de vida de los sectores más postergados. Un segundo momento se inicia con el ascenso del radicalismo al poder en 1916, cuando se registra el pasaje de un sistema político excluyente a otro de mayor participación, con iniciativas en materia social que incluyeron a la salud, aunque condicionadas por conflictos y por las mismas contradicciones en el seno del poder, donde coexistían sectores más o menos progresistas y con una visión diferente de los problemas.

El Consejo de Higiene Provincial y las acciones sanitarias en el mundo rural entre fines del siglo XIX y comienzos del XX

El contexto político provincial entre fines del siglo XIX y comienzos del XX estuvo marcado por gobiernos liberales de signo progresista,² con iniciativas que reflejaron una mayor ingerencia del Estado en cuestiones de tipo social desde una óptica que entendía el ejercicio de la política vinculado a las necesidades de la economía y a determinados problemas sociales que requerían de un tratamiento público. Al señalar los avances sanitarios en el litoral, Armus y Belmartino afirman que las “novedades” en materia de infraestructura de servicios no irrumpieron con igual fuerza en el interior del país.³ Sin embargo Tucumán presentaba la particularidad de un desarrollo productivo

² Lucas Córdoba (1895-1898; 1901-1904) se destacó por la extensión de riego en zonas rurales, la provisión de agua corriente, la instrucción pública y la situación de los trabajadores; Luis F. Nougués (1906-1909) construyó casas para obreros (de acuerdo a la prédica de los higienistas de brindar vivienda higiénica para evitar enfermedades) y logró la inclusión en la Constitución provincial de 1907 de la obligación de reglamentar el trabajo y la salubridad en las fábricas; Ernesto Padilla (1912-1916) creó la Oficina de Estadística y del Trabajo, que realizó investigaciones que condujeron a la reglamentación de la ley nacional sobre el trabajo de mujeres y niños. M.E. Fernández y A. Landaburu, “El proceso de construcción de la política social en Tucumán entre fines del siglo XIX y principios del XX”, ponencia presentada en el 52º Congreso Internacional de Americanistas, Sevilla, 2006.

³ Diego Armus y Susana Belmartino, “Enfermedades, médicos y cultura higiénica”, A. Cattaruzza (Comp.), *Nueva Historia Argentina*, T. VII, p. 308.

que trajo ventajas indudables en la economía de la provincia y en relación a otras áreas un ámbito donde la acción estatal se expresó en forma más o menos temprana fue el de la salud de la población.

Al comenzar el siglo XX la administración de la salud abarcaba dos ramas: el Consejo de Higiene, con jurisdicción en todo el territorio provincial y bajo dependencia del Ejecutivo; y la Administración Sanitaria y Asistencia Pública, que desde 1902 centralizaba los servicios de la ciudad capital y dependía del poder municipal. El Consejo de Higiene Pública había sido creado en 1887 en reemplazo del antiguo Tribunal de Medicina -primera institución de salud de la provincia-, y sus funciones abarcaban, entre otras, el control del ejercicio profesional, planes de higiene y saneamiento, vigilancia de locales, supervisión de la venta de alimentos.⁴ La Asistencia Pública se encargaba de inspecciones de mataderos, mercados, vacunación, desinfecciones, dirección de hospitales y asistencia médica en el ámbito de la capital, San Miguel de Tucumán.⁵

Ambos organismos, en acciones a veces coordinadas, autónomas o complementarias -no exenta de disensos-, eran los encargados de diseñar las estrategias sanitarias y de velar por la salud de la población tucumana. Como las medidas que se adoptaban requerían en muchos casos de consultas y colaboración, se intercambiaban notas entre el ministerio de gobierno y la municipalidad, y en ocasiones se elevaron quejas por la falta de respuesta de la institución municipal o se hicieron llamados a la acción conjunta para actuar frente a algún hecho urgente.⁶ El Dr. Benigno Vallejo, que durante varios años fue presidente del Consejo de Higiene y a la vez director de la Asistencia Pública, planteó en distintas oportunidades la conveniencia de centralizar los servicios en un solo organismo, en razón de la mayor disponibilidad de recursos de la municipalidad y de que la existencia de dos reparticiones que se movían en órbitas de

⁴ Compilación ordenada de leyes, mensajes y decretos de la provincia de Tucumán, XXII, 1899-1900, pp. 283-286.

⁵ Los servicios gratuitos que prestaba eran destinados a los “indigentes que se hallen transitoria o definitivamente en la imposibilidad de atender a las necesidades de su existencia” o “pobres de solemnidad”, que debían acreditar su estado con certificado expedido por autoridad competente. Digesto Municipal, T. VI, Años 1901-1909, Tucumán, Ed. Oficial, 1924.

⁶ En 1911 se suscitó un entredicho por un pedido de informe a la intendencia sobre el desarrollo de la viruela (que no fue proporcionado); las autoridades de la Asistencia contestan que el Consejo de Higiene debía concurrir a demandar los datos que necesitaba. Boletín Municipal, 1911, p. 11. En otra ocasión se pedía el aval del ministro de gobierno a medidas (que provocaron la queja de la empresa de ferrocarril por la desinfección y cordón sanitario por el tema de la peste bubónica) tomadas de acuerdo a la orientación del Departamento Nacional de Higiene. Boletín Municipal, 1923, p. 7-8.

difícil delimitación retardaba o entorpecía las decisiones destinadas a salvaguardar la salud pública.⁷

Las acciones desarrolladas por los poderes públicos mostraron un marcado contraste entre la ciudad capital y las zonas de la campaña y aunque existía un organismo encargado de llevar la asistencia médica a los puntos más alejados, sus intentos estaban condicionados por la falta de personal, de medios económicos y de profesionales; por dificultades asociadas a la pervivencia de creencias y prácticas populares y por las grandes distancias. La amplia extensión del territorio provincial que debía abarcar el Consejo de Higiene comprendía cuatro áreas geográficas diferenciadas -la Capital, que era la zona de mayor importancia económica; la fértil planicie que se extendía al pie de la sierra del Aconquija; las llanuras semiáridas del norte y este; y el área montañosa- donde los principales asentamientos de población eran rurales, localizados en la Capital y el llamado “pedemonte”, epicentros del proceso de reconversión productiva que había significado la modernización de la economía basada en la expansión de las plantaciones de caña y de los ingenios azucareros.⁸

Las condiciones sanitarias de las poblaciones del interior presentaban elevados índices de mortalidad asociados a la mala alimentación, las bajas defensas, la falta de atención médica, el hacinamiento en los alrededores de los ingenios.⁹ Según un informe del Hospital Mixto de 1897, sobre un total de 5.398 enfermos que pasaron por la institución entre los meses de enero y diciembre, 2.670 fueron internados a causa de “fiebres palúdicas”, seguidas por 667 quirúrgicas -por heridas varias, fracturas, hernias, quemaduras-; 532 venéreas; 315 respiratorias, 294 digestivas, 221 infecciosas y el resto

⁷ Libro Copiador de Notas, Consejo de Higiene, 1904-1905, ff. 148-151. Según la visión de Vallejo, la fusión de los organismos evitaría el “expedienteo” en las oficinas y la demora de los trámites y acrecentaría los recursos para el saneamiento de la provincia. Benigno Vallejo, “Cuestiones sanitarias”, *Revista de Letras y Ciencias Sociales*, T. VI, N° 21, 1906, pp. 162-164.

⁸ Aunque hacia 1895 la fisonomía de lo rural se había modificado, con el surgimiento de nuevos centros poblados alrededor de los ingenios y de las vías férreas, el único centro urbano de importancia seguía siendo el departamento Capital. El peso de la población rural se refleja en las cifras: 30% en Capital; 89% en Monteros y 100% en Cruz Alta. M.E. Fernández, *Ocupaciones y oficios en el marco de la especialización azucarera en Tucumán, 1869-1895*, Tesis de maestría, 2003 (inédita).

⁹ El análisis de los registros del curato de La Victoria (que comprendía la zona sur y este de la Capital y gran parte de la campaña circundante con población mayoritaria de peones, jornaleros y labradores) y de los datos aportados por Rodríguez Marquina para todos los departamentos de la provincia reflejan picos agudos de mortalidad asociados a factores biológicos, sanitarios y ambientales. María Paula Parolo, Daniel Campi y María E. Fernández, “Auge azucarero, mortalidad y políticas de salud en San Miguel de Tucumán durante la segunda mitad del siglo XIX” (en prensa); Paulino Rodríguez Marquina, *La mortalidad infantil en Tucumán, 1897-1898*, Talleres de La Provincia, 1899.

relacionadas con el sistema nervioso, corazón, piel etc.¹⁰ Además del paludismo, en estos datos cobra relevancia el rubro denominado “quirúrgicas”, que puede asociarse al cuadro de enfermos según ocupaciones, en el que sobresalen por su número los 2.457 jornaleros atendidos en el hospital, que provenían de las áreas rurales de la provincia. Eran frecuentes los trabajadores heridos en los dedos y manos, resultado de los golpes, tajos de las puntas de las cañas y otras lesiones relacionadas con las tareas que realizaban; mientras las condiciones de sus actividades laborales los exponían a contraer enfermedades, como en el caso del trabajo nocturno, que era *“mucho más penoso y gastador, pues además de la violencia del sistema nervioso hay la pérdida por irradiación, que es enorme en las noches de helada o de frío húmedo”*¹¹; o en el transporte en carros: *“Carreros y mulas vienen envueltos en una nube continua de polvo; de ahí que el hospital de Tucumán esté recargado de enfermos y que dé un coeficiente de mortalidad tan grande en las enfermedades pulmonares durante la época de cosecha. No son de la ciudad sino del distrito de Cruz Alta.”*¹²

Las únicas localidades del interior que tenían hospital eran Monteros y Medinas, en ambos casos por iniciativa y bajo administración de la Sociedad de Beneficencia y de la Sociedad de Damas de Misericordia, respectivamente. Las contribuciones que estas instituciones recaudaban no eran suficientes para sostener los hospitales y aunque en 1901 logran conseguir subvenciones por ley, los testimonios acerca de sus condiciones reflejan una gran distancia respecto a los establecimientos de la capital.¹³ Hubo ocasiones en que estuvieron a punto de cerrarse por falta de fondos, otras en que directamente suspendieron temporalmente los servicios y las referencias a los problemas y carencias que tenían eran corrientes.¹⁴

¹⁰ Memoria del Departamento Ejecutivo, Municipalidad de la ciudad de Tucumán, 1897, pp.57-59. Los datos corroboran las cifras de mortalidad de 1889, presentadas por Eliseo Cantón en el Congreso Nacional, según las cuales la tercera parte de la mortalidad total correspondía a casos de paludismo en sus diversas formas, neumonías de origen palúdico, gastroenteritis ocasionadas por paludismo. Compilación, cit., V. XIX, 1895, pp.187-188.

¹¹ Juan Biale Massé, Informe sobre el estado de la clase obrera, T. II, p. 803.

¹² Biale Massé, cit, p. 811.

¹³ Monteros y Medinas eran dos importantes centros poblados. Monteros tenía médico y hospital desde la década del '70 y en Medinas se construye el hospital en 1896. La ley acordó un subsidio para los hospitales y también para medicamentos y “auxilios en la campaña”, en virtud de un informe del diputado E. Padilla sobre el desarrollo alarmante de enfermedades epidémicas como viruela y neumonía. Compilación, cit., V. XXIV, 1900-1901, pp. 501-504.

¹⁴ El Hospital de Monteros fue objeto de críticas y defensas. En alusión a otro diario que había denunciado la atención en catres de lona en los pasillos “El Orden” publicaba la respuesta de un habitante del lugar en defensa de la habilitación de “todos los medios a su alcance” para no rechazar enfermos: “¿O cree el articulista que esos desgraciados enfermos que viven en nuestra campaña sin recursos de ningún género y lejos de la ciencia y de la religión, están mejor tirados sobre una estera allá en sus ranchos...?”,

La problemática hospitalaria -como otros aspectos de las políticas de salud-, remite a un rasgo distintivo del período, en el primaba una concepción basada en un modelo benéfico-asistencial que suponía la combinación de iniciativas de los poderes públicos y de acciones privadas con componentes filantrópicos. En mayor o menor medida, este enfoque atravesó a distintos sectores y existió cierto consenso sobre la conveniencia de complementar funciones, posición que permitía cubrir algunas necesidades impostergables y mostraba los límites de la concepción liberal respecto a lo social.

Como una de las formas de extender servicios era apelar a la participación privada, estaba naturalizada la idea de que los empresarios azucareros debían realizar contribuciones y su “egoísmo” fue objeto de críticas reiteradas por parte de la prensa. Los pedidos de aportes económicos orientados a sostener hospitales y los “llamados” a colaborar que apelaban a la solidaridad y a la “caridad” de los dueños de ingenios se fundaban en la cantidad de enfermos jornaleros provenientes de las zonas azucareras y en los efectos de la salud en el trabajo productivo. “El Orden” aludió en muchas ocasiones a la saturación de las salas -de hecho insuficientes- del Hospital Mixto, por la cantidad de peones *“mandados por grandes remesas, sin haber contribuido los patrones, con un centavo partido por la mitad”*.¹⁵ Aunque a veces se publicaban las sumas que algunos propietarios donaban para la construcción de nuevos pabellones,¹⁶ prevalecieron las críticas acerca de las deficiencias del hospital y las denuncias de que los “ricos industriales” que enviaban a sus trabajadores enfermos, contribuían “generosamente” sólo con una bolsa de azúcar por año (20\$).¹⁷

La problemática de la salud en la provincia requería por parte del gobierno definir planes para revertir la realidad de extensos territorios de la campaña caracterizada por la falta de infraestructura y de servicios. En el marco de las acciones desarrolladas por el

“El Orden”, 10.10.1902. Las dificultades persistieron y años más tarde la prensa solicitaba que el gobierno lo tome a su cargo por la imposibilidad de que la beneficencia y el municipio costeen sus gastos. “El Orden”, 8.8. 1907.

¹⁵ En esta ocasión el diario ponía el acento en ese “abuso” y pintaba un panorama de camas improvisadas en el suelo y hasta con dos enfermos en cada una. “El Orden”, 17.4.1893. “El Orden” se pronunciaba por la necesidad de ampliar la capacidad del hospital con la concurrencia del gobierno, la beneficencia y los empresarios, sobre todo en tiempos de epidemia, cuando se evidenciaban aún más las carencias en las áreas rurales. En alusión a los “estrágos” de la viruela en el interior pedía a la policía que impida *“la entrada en la ciudad de esos apestados que pueden de nuevo propagar la peste..”*, que revela las percepciones de los sectores urbanos frente al peligro de los “otros”, en este caso los habitantes del interior. “El Orden”, 16.4; 17.7.1891.

¹⁶ “El Orden”, 30.7.1894; 227.8.1894.

¹⁷ “El Orden”, 26.8.1907; 3.9.1907.

Consejo de Higiene entre fines del siglo XIX y comienzos del XX se atendieron cuestiones como los controles del ejercicio profesional, la extensión de la asistencia médica, la vacunación antivariólica, la aplicación de normativas legales, que apuntaron en esta instancia a la responsabilidad pública y a la acción de particulares.

En relación a la vigilancia de las “artes de curar”, tanto en el caso de las farmacias como de los curanderos, la combinación de los apercibimientos y multas con las excepciones que se hacían, muestran las ambigüedades en los criterios imperantes en un problema de difícil resolución. Como gran parte de las boticas de la campaña funcionaban sin farmacéuticos diplomados, eran corrientes las afirmaciones de las autoridades médicas de que “*este Consejo tolera el expendio de medicamentos simples y caseros de aplicación diaria*”; aunque a la vez se advertía que “*la tolerancia de hoy, no significa confundir el ejercicio de una profesión científica con un acto de comercio...*”, y muchas solicitudes de venta de medicamentos no eran autorizadas.¹⁸ La decisión de combatir el curanderismo encontraba sus límites en la falta de personal que hiciera efectivas las sanciones y de profesionales que asistieran en la campaña, y terminaban tolerándose las prácticas de aquellos “con alguna experiencia y conocimientos” que actuaban bajo la vigilancia del Consejo de Higiene.¹⁹ Algo similar ocurría con las discípulas egresadas de la Escuela de parteras de la provincia²⁰, consideradas idóneas para ejercer en el interior de la provincia pero no en la ciudad capital. Esto muestra una postura diferenciada respecto a la competencia de las nuevas parteras que parece responder no sólo a una subestimación de lo rural frente a lo urbano sino a la decisión de compensar la falta de “diplomadas” y combatir a las “prácticas” en las zonas de la campaña.²¹

¹⁸ Libro Copiador, cit., 1897, ff. 11-14. Los abusos de almacenes que comercializaban remedios llevaron a pensar en una reglamentación especial para las farmacias del interior, aunque estas estaban incluidas en el Reglamento para ejercicio de la medicina, farmacia y demás “artes de curar” de 1894. Libro Copiador, cit., Memoria del Consejo de Higiene, ff. 65-94.

¹⁹ Aunque el curanderismo estaba extendido en toda la provincia, era más determinante en la campaña. La prensa lo denunciaba como “una plaga exterminadora, verdadero cáncer que destruye y mata”, adjudicado a la falta de médicos y a la ignorancia de los campesinos, sus principales víctimas. “El Orden”, 6.8.1884. Par este tema ver M.E. Fernández y M.P. Parolo, “Controles, manifestaciones y límites del “arte de curar” en Tucumán durante el siglo XIX”, *Historias de salud y enfermedad en América Latina, siglos XIX y XX*, Universidad Nacional de Córdoba, CEA, 2008.

²⁰ Creada en 1897 en el Hospital Mixto, los estudios comprendían dos años y las egresadas debían rendir examen frente al Consejo de Higiene, a fin de cubrir el “*abandono en que se encuentra la campaña por falta de personas competentes para atender a la mujer en su estado puerperal*”. Digesto Municipal, T. IV, 1890-1900, pp. 195-196.

²¹ Libro de Actas, cit., 1902, f. 282; ff. 290-291.

Uno de los principales instrumentos que se utilizaron para compensar la falta de servicios y de asistencia sanitaria en las áreas rurales fue la creación por ley de las Comisiones de Higiene y Fomento en 1900 en los pueblos de campaña que no tenían municipalidad y con más de 500 habitantes, que se irán extendiendo en distintas localidades de acuerdo a su importancia y a su población. Su antecedente cercano eran las Comisiones de Higiene y Caminos públicos que desde 1888 se encargaban del arreglo de caminos, saneamiento de terrenos y focos de infección y de hacer efectivas las disposiciones de higiene que decretaran las autoridades.²² En el caso de las Comisiones de Higiene y Fomento las atribuciones adquirieron mayor especificidad en cuanto al cumplimiento de medidas de higiene y salubridad dictadas por el Consejo de Higiene, y se imponían multas según la gravedad del caso en cuestiones que constituían “un peligro para la salud pública”.²³

La particularidad de las Comisiones residía en su composición -originariamente integradas por dos vecinos y el comisario de la localidad y más tarde por un número variable de vocales-, y en la invitación a la colaboración de los “ciudadanos”, considerada indispensable para el logro de sus objetivos. Estas situaciones revelan la característica que ya señalamos acerca de las acciones gubernamentales del período, que apelaron al concurso de particulares tanto para la organización y administración de las comisiones como para la provisión de los fondos para su funcionamiento, que provenían del cobro de impuestos a los habitantes y de contribuciones privadas.

En cuestiones específicas de salud las Comisiones de Higiene y Fomento debían colaborar con los empleados responsables de la vacunación, revacunación y distribución de quinina; realizar ellas mismas estas funciones cuando fuera necesario y comunicar casos detectados o sospechosos de enfermedades infecciosas al Consejo de Higiene.²⁴ Entre sus atribuciones se encontraban además la presentación de denuncias de ingenios que no cumplían con la apertura de pozos y de construcciones inadecuadas de saladeros o curtiembres; pedidos de medicamentos y ropas para los habitantes del lugar,²⁵ y obras de “utilidad pública” como arreglo de plazas, árboles y mantenimiento de mataderos.²⁶

²² Las principales se referían a las condiciones de las acequias que atravesaban los caminos públicos, la construcción de puentes y la desecación de pantanos. *Compilación, cit., V. XIII, 1888, pp. 67-69.*

²³ *Compilación, cit., V. XXIV, p. 133.*

²⁴ *Libro Copiador, cit., 1905, f. 196 y 641.*

²⁵ *Libro de Actas, cit., 1900, f. 127; f. 143.*

²⁶ *Registro Oficial de la Provincia de Tucumán, 1901, Mensaje del gobernador de la provincia, 1901, pp. 951-957.*

Acerca del funcionamiento de las comisiones los análisis difieren y las observaciones de la prensa local variaban entre destacar la elección de ciudadanos “preparados” por parte del gobierno, sin preocuparse del color político, presentando a las villas de Medinas, Villa Alberdi y Aguilares como ejemplos de buenas condiciones higiénicas;²⁷ o denunciar aspectos que no eran manejados satisfactoriamente. En ciertos casos, los nombramientos de los miembros de las comisiones realizados por el Ejecutivo suscitaban rechazos y se expresaba la “complacencia oficial” frente a la falta de cumplimiento y trabajos paralizados.²⁸ Los problemas no resueltos se adjudicaban a la inoperancia de algún presidente de comisión que no respondía a la misión que el gobierno le había confiado; a casos de miembros sacados de sus puestos para “ubicar amigos”, y a la necesidad de un mayor compromiso de las comisiones en el cuidado de la higiene y la salud.²⁹

Las autoridades médicas apelaron también a distintas estrategias en temas cruciales como la vacunación antivariólica. Aunque en 1904 un informe resaltaba el descenso de la mortalidad y la certeza de que no se repetirían los estragos por epidemias de viruela de años anteriores, se advertía la necesidad de una ley de vacunación obligatoria para “metodizar el procedimiento”.³⁰ El proyecto, formulado por el Consejo de Higiene en 1900 y aprobado recién en 1911, buscaba organizar un programa más efectivo, sustentado en una serie de mecanismos precisos -controles, certificaciones, prohibiciones, multas-, que requerían la conexión con las oficinas de registro civil para los datos de nacimientos y defunciones, y con el Consejo de Educación, para llevar el control en las escuelas.³¹

Sobre la implementación de la legislación las fuentes reflejan acciones coordinadas de los organismos y una especial preocupación por extender la vacunación en las áreas rurales. Un dato importante es que a nivel provincial los únicos empleados con servicio permanente en la campaña eran los vacunadores, que recorrían distintos

²⁷ “El Orden”, 23.12.1902.

²⁸ “El Orden”, 24.3.1902

²⁹ “El Orden”, 4.4.1902; 15.7.1902. El diario también se hacía eco de la situación de los habitantes de Villa Alberdi, jornaleros y pequeños propietarios que se encontraban en la miseria y que necesitaban el auxilio de las comisiones y del gobierno. “El Orden”, 7.4.1902. En otro caso es señalado un vocal que no cumple con su deber y entrega las placas de vacuna a un vecino; su disculpa del mal estado de los caminos es cuestionada: “pudo ir a caballo”. “El Orden”, 6.11.1902.

³⁰ Libro Copiador, cit., 1904, ff. 487-490. La obligatoriedad de la vacuna se establece por primera vez en 1871, aunque hubo problemas para su aplicación por las resistencias de los pobladores y por las dificultades para hacer extensivo su uso en la campaña. En 1892 se crea el Conservatorio de Vacuna -que actuaba en conexión con el Departamento Nacional de Higiene- y se refuerzan las acciones en la provincia. Digesto Municipal, T. I, p. 418 ; T. XVI, p. 284.

³¹ Compilación , cit., 1911, pp. 939-946.

puntos del territorio bajo la supervisión de las autoridades médicas. Las demoras en el ejercicio de sus funciones provenían muchas veces de dificultades económicas, que se tradujeron en solicitudes de viáticos y de sumas para gastos, necesarias para actuar con mayor celeridad.³² Como los designados para la vacunación resultaban insuficientes, el Consejo también delegaba esta tarea en personal de los ingenios, maestras de escuelas rurales, empleados de policía, vecinos “de buena voluntad” y miembros de las Comisiones de Higiene y Fomento, que de este modo cumplían el rol de agentes sanitarios.³³

El circuito de decisiones para la aplicación de las medidas sanitarias partía desde el máximo organismo de salud de la provincia y se transmitía a los comisarios y presidentes de las Comisiones de Higiene y Fomento de los departamentos rurales, que a su vez debían ejecutar disposiciones, informar sobre casos sospechosos de viruela u otras enfermedades; asistir a los vacunadores; cooperar en las desinfecciones. La acción de estos actores que vehiculizaban las medidas sanitarias se complementaba con las denuncias de directores de escuelas -por falta de vacunas o por enfermedades- y con los administradores de ingenios que por iniciativa propia o por solicitud de las autoridades podían proveer medios de movilidad o compensar la falta de empleados y profesionales de salud.³⁴ En ocasiones las obligaciones de higienización y saneamiento incluían en los decretos a los dueños de ingenios en lo relativo a la construcción de pozos de agua para los peones y blanqueo de construcciones de material habitadas por trabajadores.³⁵

Con el tiempo el rol de las Comisiones de Higiene y Fomento fue complejizándose, no sólo por el aumento de miembros nombrados por el Consejo sino por la creación de un Inspector de comisiones y nuevas obligaciones que debían cumplir, siguiendo instrucciones impresas y completando cuadros estadísticos para un

³² Encontramos solicitudes de vacunadores que aludían a su escaso sueldo y a las difíciles situaciones que atravesaban para pagar alojamiento y manutención, ya que sólo se les costeaba el pasaje, que llevaron al Consejo de Higiene a pedir autorizaciones al Ejecutivo para gastos inmediatos. Libro Copiador, cit., 1908, f. 62; ff. 486-487.

³³ Eran corrientes los pedidos de colaboración a personal de los ingenios a fin de ejecutar la “sencilla operación” de vacunar a niños y adultos; aunque se prefería a los vacunadores designados por el Consejo, que en muchas ocasiones también eran denunciados por los comisarios por incumplimiento. Libro Copiador, cit., ff. 59; 153; 156.

³⁴ Libro Copiador, cit., 1905, ff. 641; 763; 764; 774; 902. Algunas veces, como en La Florida, para combatir la propagación del sarampión, los comisarios recibían indicaciones puntuales que debían ejecutar: “evitar contacto de niños sanos con atacados, desinfectar ropas usadas y enfermos... reunir y quemar basuras y regar habitaciones con agua de cal”, f. 885. También en situaciones de peligro de epidemia se enviaban inspectores como refuerzo para recorrer la campaña con instrucciones especiales. Libro de Actas, cit, f. 90.

³⁵ Libro de Actas, cit., 1900, ff. 98-99. Esta medida, con multas de 20 y 50\$, motivó pedidos de excepción de algunos ingenios, pero no se hizo lugar y se enviaron circulares a las comisiones de higiene que debían investigar sobre los resultados de la disposición. ff. 104; 114-115.

mayor control y certificación de los procedimientos realizados. Estos cambios se relacionaron en alguna medida con la necesidad de extender las acciones en la campaña para combatir al que se consideraba uno de los mayores flagelos endémicos de la provincia, el paludismo.

Desde fines del siglo XIX se había promovido “...*que el estado pueda proveer a las clases trabajadoras del remedio más específico contra el paludismo que las debilita, empobrece y degenera...*”,³⁶ a través de la distribución gratuita de quinina, considerada como la forma más eficaz de combatir una enfermedad que hacía estragos en la población, impidiendo la “aclimatación del extranjero” y entorpeciendo el progreso. El Consejo de Higiene se encargaba del acondicionamiento de las dosis, la distribución en comisarías, escuelas y juzgados de paz y de transmitir las instrucciones para su uso, con un sistema de inspecciones y penalizaciones que intentaban garantizar el cumplimiento de las medidas.³⁷ En este sentido fue necesario reglamentar el expendio público de quinina en manos de comisarios de policía, jueces de paz y directores de escuelas, que debían registrar los datos de las ventas -nombre, edad, profesión, dosis- y entregar el remedio gratis al que acreditara certificado de pobreza.³⁸

Además del aumento de controles, denuncias y acciones -acompañadas de aumentos de viáticos, personal y envíos permanentes a los ingenios-, el avance más significativo en el tema lo constituyó la ley nacional de 1907, que significó la organización de un plan más integral para las regiones en las que el paludismo era endémico, entre ellas la provincia de Tucumán.³⁹ Los nombramientos de médicos adscriptos en la campaña, que debían residir en el lugar y contaban con empleados auxiliares que recorrían las poblaciones y caseríos fue uno de los principales cambios introducidos. Las tareas de los auxiliares como nuevos agentes sanitarios excedían el reparto de quinina y abarcaban también la vigilancia terapéutica y profiláctica de los enfermos, en comunicación diaria con el médico. Distribuidos según la densidad de población de la zona, debían realizar además inspecciones en las escuelas y gestionaban el apoyo de los vecinos para cuestiones complejas, como eran en muchos casos las

³⁶ Libro Copiador, cit., 1898, ff. 426-431

³⁷ Libro Copiador, cit., ff. 426-431.

³⁸ Libro Copiador, cit., ff. 439-442.

³⁹ La ley N° 5195, que declaraba al paludismo enfermedad endémica transmisible, incluía estudios para determinar zonas palúdicas, obras de saneamiento del suelo, destrucción de larvas y mosquitos, asistencia médica, provisión de quinina para la población afectada, registro de estadísticas por parte de los gobiernos e instituciones. Transcripción de la ley, en Antonio Torres, *Historia médica del Tucumán*, Tucumán, 1968, pp. 124-125.

visitas e intervenciones en los domicilios.⁴⁰ Sin embargo, las mismas autoridades del Consejo de Higiene reconocían las deficiencias en la distribución de quinina, debido a que el presupuesto para la campaña era insuficiente y por la escasez de profesionales los encargados de reconocer los enfermos y dirigir el tratamiento no eran médicos.⁴¹

La confección de cuadros y los partes detallados semanales servían para los informes mensuales que se elevaban al Departamento Nacional de Higiene, que en algunos casos pusieron de manifiesto tensiones acerca de temas relativos a la “autonomía sanitaria de los estados”. Los recelos derivaban de las competencias de los organismos nacionales y provinciales y la repartición local se adjudicaba la representación del organismo nacional y las facultades para desempeñar la campaña sanitaria. Sin embargo, el énfasis en el respeto de la autonomía no impedía la aceptación de inspectores adscriptos de la repartición nacional y las comunicaciones eran constantes, con envío de datos, pedidos de medicamentos e instrumentos para laboratorios y solicitudes varias. En este sentido, y a fin de reforzar la campaña contra el paludismo, se pidió apoyo al doctor Carlos Malbrán -presidente del Departamento Nacional de Higiene- para la creación de una escuela destinada a capacitar auxiliares en el Hospital Mixto, cuyo programa fue supervisado por las autoridades médicas nacionales.⁴²

En suma, los inicios del siglo XX dejan como saldo políticas de salud parciales para las áreas rurales, con medidas que no alcanzaban a cubrir las necesidades de las poblaciones, tanto las dispersas como las concentradas en torno a los ingenios. Sólo dos hospitales habían logrado instalarse en el interior -en Monteros y en Medinas-, y el único proyecto para crear otro hospital en Cruz Alta en un terreno donado por particulares -incluso se había formado una comisión para realizar gestiones- no logró concretarse, pero en cambio continuaron instalándose consultorios médicos en distintas localidades, obligados a brindar asistencia gratuita y asesorar a los miembros de las Comisiones de Higiene y Fomento.⁴³

⁴⁰ Libro Copiador, cit., 1908, ff. 608-616. En este año el Consejo de Higiene contaba con 39 auxiliares. Con el tiempo, las funciones de los auxiliares sanitarios fueron reglamentadas y ampliadas, aunque las esenciales eran la vacunación, reparto de quinina y vigilancia de higiene de locales. Compilación, cit., T. I, 1934, pp. 975-976.

⁴¹ Para el sur de la provincia, había un médico para las localidades de Graneros (donde residía), La Cocha, Aguilares, Villa Alberdi y Lamadrid, que atendía un día a la semana en cada lugar; mientras en otras zonas el médico asistía en forma eventual. Libro de Actas, cit., 1908, ff. 112-113.

⁴² Libro Copiador, cit., 1908, ff. 682-712.

⁴³ Compilación, cit., V. XXVIII, 1906, pp. 455-456; V. XXIX, 1907, pp. 290-291.

Los proyectos más avanzados, sustentados en una ley nacional y en una provincial, fueron los de la lucha contra el paludismo y la ley de vacunación obligatoria, destinados a prevenir y curar dos enfermedades concretas; y fue particularmente significativo el papel que desempeñaron las Comisiones de Higiene y Fomento con el concurso de los vecinos. En general todas las acciones contaron con la participación de particulares, aunque por la extensión del territorio y la magnitud de los problemas sanitarios los servicios seguían siendo insuficientes, y los informes oficiales señalaban como constantes la escasez de recursos, de presupuesto, de profesionales y de personal capacitado para la campaña.⁴⁴

Los proyectos sanitarios entre 1916 y 1926 desde el ámbito privado y desde la esfera estatal

La discusión sobre el alcance de las políticas sociales y asistenciales de los gobiernos radicales plantea una serie de interrogantes acerca de si los proyectos fueron más avanzados en sus criterios y alcances; si hubo una dimensión diferente en las propuestas legislativas; si se incluyeron demandas concretas en relación a la salud.

En 1916 el ascenso del radicalismo a nivel nacional se reprodujo en Tucumán con el triunfo de Juan Bautista Bascary, que asumió en una situación de crisis asociada a los efectos de la guerra en la economía argentina, con caída de los salarios reales por el aumento de los precios, desocupación, movilizaciones y huelgas de trabajadores rurales y urbanos, a lo que se sumaba una crisis azucarera por una plaga que afectaba las plantaciones y que llevó al cierre de ocho ingenios. En estas circunstancias el gobierno radical, en un intento orientado a favorecer a los trabajadores y ampliar sus bases sociales, encaró una legislación que comprendió la reglamentación de la ley nacional sobre accidentes de trabajo y la creación del Departamento Provincial de Trabajo.⁴⁵ Se propuso además ampliar otras leyes -como la del trabajo de mujeres y niños reglamentada en 1914- que incluyeron cuestiones de salud, como el control de la aptitud física para el trabajo con certificación médica,⁴⁶ y normas en relación a las mujeres

⁴⁴ Memoria del Consejo de Higiene, Libro de Actas, cit, 1908, ff. 109-111.

⁴⁵ Alejandra Landaburu, "Estado, empresarios y obreros: los empresarios y el Departamento Nacional de Trabajo ante las huelgas de 1919 en Tucumán", *CD XI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia*, Tucumán, 2007. En Tucumán el Departamento había sido precedido por la Oficina de Estadística y del Trabajo creada en 1913 en la gestión de Ernesto Padilla, en consideración de las condiciones de los trabajadores y los deberes del Estado para mejorarlas.

⁴⁶ Desde su origen en 1913, la Oficina de Estadística y del Trabajo, a través de inspectores, ordenaba el retiro de los niños comprendidos en la prohibición de la ley nacional, y que según el examen médico, se empleen en trabajos que perjudiquen su salud y su desarrollo moral. El Consejo de Higiene, los médicos

embarazadas que podrían dejar de trabajar los 30 días posteriores al parto, reservándoseles el puesto laboral.⁴⁷

En este contexto, y en una primera instancia, las acciones sanitarias estuvieron orientadas a espacios concretos del mundo rural y no se registraron proyectos legislativos que prosperaran. Continuaron en cambio las actuaciones de las Comisiones de Higiene y Fomento, las campañas de vacunación y las medidas instrumentadas para combatir enfermedades, sin que se dieran estrategias más integrales.

Desde la órbita estatal, en 1916 y todavía durante la gestión del último gobierno conservador, el Consejo de Higiene promovió la instalación de consultorios médicos en Cruz Alta, a instancias de la Inspección General de Comisiones de Higiene y Fomento. Las trece Comisiones existentes en el Departamento dan cuenta de la expansión de estos servicios, convocados a contribuir materialmente con la asistencia médica gratuita de los “enfermos menesterosos” y la población en general, en vista de que “*hoy más que nunca se hace sentir la necesidad por haberse suspendido en el corriente año los servicios médicos de defensa antipalúdica que costaba el gobierno de la nación...*”, agudizada además por el aumento de la densidad de población en tiempo de cosecha.⁴⁸ A través de un decreto del Ejecutivo se otorgaron subsidios para las comisiones y para dos consultorios médicos que como mínimo debían prestar atención a los pobres dos veces por semana y la interrupción de los fondos nacionales por los efectos de la crisis vinculada a la guerra hacía que las contribuciones de particulares siguieran siendo esenciales.⁴⁹ Los informes oficiales reflejaban en muchos casos realidades de abandono, en las que sobresale el cuadro de Famaillá, con referencias a habitantes que vivían en la miseria, mal alimentados, sin ninguna asistencia, y donde gran parte de las defunciones se anotaban como “enfermedad desconocida” por falta de atención médica.⁵⁰ En

de policía y los escolares, debían prestar su cooperación para el cumplimiento de las disposiciones. Reglamentación de la ley 1158, Ana Ostengo de Ahumada, *La legislación laboral en Tucumán*, Recopilación ordenada de leyes, decretos y resoluciones sobre Derecho del Trabajo y Seguridad social, 1839-1969, T. I, UNT, 1969, p. 106. Por otra parte, la ley provincial de educación de 1914 incorporaba la enseñanza para conservar la salud corporal y mental, recuperar la salud en casos de enfermedad leve, higiene y primeros auxilios e inspección médica a cargo de profesionales. Aniceto Valdez del Pino (Ed.), *El Album del Magisterio de la provincia de Tucumán*, 1920, pp. 157-159.

⁴⁷ Citado por A. Landaburu, cit., *El trabajo de mujeres y menores*, 1919, Talleres Gráficos de La Gaceta, Tucumán.

⁴⁸ Boletín Oficial de la provincia de Tucumán, 1916, p. 2802.

⁴⁹ La característica de un Estado que recurre a las contribuciones de sectores de la sociedad civil se mantuvo y en 1923 vemos que desde el gobierno municipal, y en alusión a la “feliz cosecha”, se insistió en el envío de donaciones para los hospitales, con el argumento de que no había que “pensar o calcular si se debía hacer esto o aquello; había que dar de comer y hay que curar, sea en la forma que fuere”. Boletín Municipal, 1923, p. 10.

⁵⁰ Informe del Dr Rivas, Boletín Oficial, cit., p.3.798.

contraste, otras localidades tuvieron ciertos adelantos que las diferenciaron, como fue la instalación de un hospital en Concepción, puesto al servicio público en 1919.⁵¹

Desde las iniciativas particulares, el intento más significativo fue el que promovieron los propietarios del ingenio Santa Ana, que consistió en un “servicio médico-higiénico” para el estudio y la solución de los problemas de salud de los pobladores del lugar. El Dr. Honorio Folquer, médico convocado por la empresa que dirigió el “ensayo sanitario”, realizó una evaluación posterior del emprendimiento, concretado en varias etapas que incluyeron el asesoramiento de especialistas, las gestiones de consejeros de la Universidad, los contratos de personal, la organización de la acción médica.⁵² Bajo una concepción asistencial, sanitaria y social, se consideraron tres aspectos principales: asistencia a los enfermos, lucha contra enfermedades endémicas, y modificación simultánea de las condiciones económicas y sociales de los trabajadores.⁵³ A simple vista, para abarcar tales objetivos era imprescindible una fuerte inversión económica -que no puede medirse- y es a través de las características descritas por el mismo profesional médico que se destacan los adelantos en relación a la situación previa en el ingenio.

Sobre un cuadro de problemas que incluían el alcoholismo, la vivienda antihigiénica, la ignorancia, Folquer transmite “*la increíble paradoja de un miseria extrema, revelada en las flacuras esqueléticas, en las máculas del desaseo y los harapos que malcubrían los cuerpos macilentos, hipotróficos, anémicos y fatigados, de hombres y mujeres, niños y ancianos de la población obrera, en alarmante proporción*”.⁵⁴ Las acciones incluyeron lo que denominó un “hospitalito de campaña”, que se inició en un galpón acondicionado y luego se amplió a otro local construido que llegó a tener 30 camas, con una “salita” de maternidad y con una farmacia adquirida por el ingenio que suministraba recetas gratuitas. En estos casos los diminutivos usados en las denominaciones pueden ser indicadores de las dimensiones reducidas que tenían los servicios.

⁵¹ Anuario Estadístico de la Provincia de Tucumán, 1919, Imp. Prebisch y Violetto, 1921, p. 105.

⁵² Folquer agradece la intervención del Dr. Guillermo Paterson -que había determinado la especie transmisora de paludismo- y del Ingeniero Arturo Rosenfeld -del equipo técnico de la Estación Experimental Agrícola- para su incorporación mediante contrato al establecimiento industrial; y a colaboradores como Juan B. Terán, asesor jurídico de la institución. Honorio Folquer, “Un antecedente tucumano de medicina social”, *Revista de la Facultad de Medicina de Tucumán*, T. I, 1958, UNT, pp. 210-211.

⁵³ Folquer, cit., pp. 199-200.

⁵⁴ Folquer, cit., p. 200

Según Folquer, las iniciativas sociales -aumento de sueldos entre el 40 y 80%, subsidios por enfermedad, servicios de obstetricia y puericultura, reparto de leche-; los adelantos en materia de agua potable; la incorporación de higiene en las viviendas; la atención médica; las nuevas normas alimenticias; tuvieron saldos positivos. Los resultados se reflejaron en una disminución de la mortalidad en general y cambios en el panorama patológico de enfermedades degenerativas, endémicas, contagiosas, eruptivas, como asimismo en un mayor control y tratamiento de problemas médico-sociales como el alcoholismo, la tuberculosis y las enfermedades venéreas.⁵⁵

Si bien Folquer reconoce que las pérdidas por las malogradas cosechas de 1918 impactan en la reducción de personal y en el desarrollo médico-social, alude a que el servicio médico “no fue tocado” y hace llegar el “relativo éxito” de la experiencia hasta 1922, cuando se modifica el orden administrativo y los criterios de la firma explotadora, que determinan la interrupción definitiva de su gestión.

Desde otra mirada, la situación del ingenio Santa Ana fue incluida en las discusiones legislativas de 1919, en las que se trataron proyectos para favorecer a los obreros, en el contexto de una epidemia de gripe que afectó gravemente el estado sanitario de la provincia.

La versión expuesta por el diputado Aybar Augier, que se remite a los informes para el departamento de Río Chico afirmaba que el Santa Ana: “... *tradicionalmente ha sido un ingenio donde han girado millares de obreros, donde la actividad humana se desarrolla con mayor intensidad en la provincia y sin embargo no hay un caso en que la compañía de que hoy es propietaria de él, haya hecho nada a favor de sus obreros, en el sentido de mayor bienestar.....*” y continuaba: “...*el obrero viene de Catamarca y Santiago del Estero a ofrecer el concurso de sus actividades y sus energías y allí carece de lo más indispensable y se le miente con un hospital que no existe*”.⁵⁶ De este modo adjudica la propagación de la epidemia a la desidia de los propietarios y sus afirmaciones contradicen el relato del profesional médico del ingenio.

Los extensos debates sobre el tema, con críticas a las actuaciones del Consejo de Higiene porque los medios profilácticos y el envío de cuadrillas de desinfección no llegaban a todas las villas llevaron incluso a la interpelación del ministro de gobierno de la provincia. La defensa de Sorteix intentó demostrar lo contrario con una exposición de las medidas adoptadas, contraponiendo las acusaciones con los informes médicos. Se

⁵⁵ Folquer, cit., pp. 205-210.

⁵⁶ Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados, 1918-1919.

destacaban la atención de la población del ingenio Santa Ana a cargo de los médicos Folquer y de la Vega, mientras en el resto de las poblaciones aledañas los enfermos de gripe eran más numerosos y carecían de asistencia y de medicamentos. No se obvió sin embargo el mal estado sanitario general, los problemas de higiene, las malas condiciones de alimentación de los enfermos del hospital, adjudicados a la falta de recursos, a la idiosincracia de los pobladores, a las aglomeraciones de viviendas.⁵⁷ Por su parte, los diputados más críticos apuntaron a la responsabilidad del Ejecutivo provincial por la falta de fondos y las tardías acciones del Consejo de Higiene, que no podían sostenerse sólo por la “buena voluntad” de los médicos *“que no han encontrado de parte del poder administrador la colaboración que el caso exige y que las circunstancias graves por las que atraviesa la salud pública imponen”*.⁵⁸

Más allá de las discusiones, reveladoras de realidades pero también de posiciones y enfrentamientos políticos, se pudo consensuar un proyecto que facultaba al Poder Ejecutivo a invertir la suma de cien mil pesos en la adquisición de medicamentos y ropas y nombramiento de médicos y guardas sanitarios para combatir las “pestes reinantes en la provincia”.⁵⁹ En vista de los datos de la realidad existente, otro proyecto derivado de los debates de 1919 y presentado al año siguiente, propuso la creación obligatoria de hospitales en los ingenios, que tardaría varios años en concretarse. Como en otros casos de leyes sociales, debieron influir los sectores opositores, la división del radicalismo provincial en las cámaras, las coyunturas económicas.

La culminación de un proceso de reclamos, propuestas y resistencias culminó en 1925 con el proyecto de asistencia médica en los ingenios del diputado José Vera Hernández, sancionado durante el gobierno radical de Miguel Campero, caracterizado por sus preocupaciones de tipo social.⁶⁰ Los aspectos principales de las fundamentaciones fueron las cifras de la mortalidad infantil, que *“son una vergüenza para la educación y la cultura de este estado”*, y el principio de la responsabilidad de los gobiernos de obligar a los ingenios a tener un médico *“el que no se ha de concretar a curar los enfermos cuando no tienen remedios, sino que la acción médica ha de ser una acción preventiva, de divulgación científica”*.⁶¹

⁵⁷ Diario de Sesiones, cit., pp. 99-110.

⁵⁸ Diario de Sesiones, cit., p. 108.

⁵⁹ Diario de Sesiones, cit., p.112.

⁶⁰ Al proyecto original de Raúl Colombres de 1919, se sumaron el de Horacio Montenegro de 1921, -que se vuelve a presentar en 1922-, y el de Vera Hernández en 1924, que será el definitivo.

⁶¹ Diario de sesiones, cit., 17 de julio de 1924. Esta idea coincide con la línea que plantean Armus y Belmartino a nivel nacional, con un predominio de las acciones preventivas sobre las defensivas y que en

Los debates mostraron cuestionamientos pero también realizaron aportes al proyecto, completado y perfeccionado a través de la reglamentación del Poder Ejecutivo provincial. Si bien todas las voces coincidían en aceptar la necesidad de mejorar las condiciones de salubridad de los ingenios azucareros, existieron críticas a la obligación de que los médicos residieran en los establecimientos. Posiciones hartamente exageradas aludieron a la injusticia de “encarcelar a hombres que no tienen culpa”, a una “vida perdida”, a que los médicos iban a tener “menos libertades que cualquier obrero”. Vera Hernández respondió que el mérito del proyecto era precisamente la residencia permanente de los profesionales en los ingenios, llegando a sostener que si esto no se aceptaba prefería retirar su propuesta, contra la “farsa” de los servicios médicos una o dos veces por semana -en alusión a lo que era corriente en algunos establecimientos-.⁶²

La ley establecía la obligación de los ingenios azucareros y establecimientos industriales cuyo personal no sea inferior a 200, de prestar asistencia médica permanente y gratuita a los empleados, obreros y familias. Debían instalar una enfermería y una sala de primeros auxilios, contar con un médico y servicios de enfermeros y parteras permanentes y entregar leche a niños menores de tres años y a los enfermos en forma gratuita. Los médicos estaban obligados a llevar libros de historia clínica y a dar conferencias mensuales de divulgación científica, sobre higiene infantil, paludismo, alcoholismo, tuberculosis etc. El plazo para concretar las normas era de seis meses y se aplicarían multas por incumplimiento según la gravedad de las infracciones.⁶³

En relación a la aplicación de la ley, que involucraba a instituciones y requería de decisiones políticas, el organismo que desempeñó un rol clave fue el Consejo de Higiene, en estrecha conexión con el Ejecutivo. Determinaría anualmente los establecimientos en condiciones de ser incluidos en las normativas, con datos suministrados por el Departamento de Trabajo; controlaría las estadísticas elevadas por los médicos; se encargaría de las inspecciones y de presentar informes al Ministerio de Gobierno, Justicia e Instrucción Pública. La primera comunicación de la lista de la mayoría de ingenios que pasado el plazo no habían cumplido con las disposiciones de la

la provincia significaron avances en el cuidado de la salud de la madre y del niño para contrarrestar la mortalidad. Armus y Belmartino, cit., y M.E. Fernández, “En defensa de la salud pública: el cuidado de la madre y el niño en Tucumán en las primeras décadas del siglo XX”, comunicación presentada en el *III Taller de Historia Social de la salud y la enfermedad en Argentina y América Latina*, Santa Rosa, La Pampa, 2008.

⁶² Diario de Sesiones, cit., p. 158.

⁶³ Compilación de leyes y decretos de la Provincia, Domingo J. García, T. I, 1934, pp. 959-961.

ley - a excepción del Santa Ana, La Corona, Bella Vista, Mercedes y San Pablo-, promovió en respuesta un decreto del gobierno. En el mismo se estipulaba que el Departamento de Higiene, Obras Públicas e Industrias procedería a confeccionar los planos y presupuestos de las enfermerías y salas de primeros auxilios según el número de personal y si no se resolvía la falta en 30 días el Poder Ejecutivo las haría construir, pudiendo exigir la devolución del importe “por vía del apremio”.⁶⁴

Por otra parte la legislación generó ciertas resistencias, y mientras hubo propietarios que intentaron obtener autorización para construir un solo edificio para tres ingenios en Aguilares -solicitud denegada por el Consejo de Higiene por no ajustarse a la ley-⁶⁵, otros respondieron con celeridad, enviando los planos para su aprobación y para iniciar las obras. Aunque en principio existió la decisión política para lograr su cumplimiento, un análisis futuro permitiría observar los verdaderos alcances del proyecto y ver las respuestas de organizaciones y de empresarios y en qué medida se acataron o se resistieron las normativas. Por otra parte, esos años estuvieron signados por la profundidad de una crisis azucarera que además del impacto económico produjo conflictos intersectoriales y debió influir en la aplicación de la ley.⁶⁶

Sobre el panorama de la década 1916-1926, podemos decir que las respuestas a los problemas sanitarios del mundo rural, se dieron en los primeros años con iniciativas originadas en la órbita estatal que en general reforzaron los servicios detectados en los comienzos del siglo y con ensayos implementados por los sectores empresarios dueños de ingenios. En la década del '20 el cambio más significativo fue la confluencia de ideas de proyectos previos, traducido en la sanción de la ley de asistencia médica en los ingenios, que de alguna manera muestra una voluntad política de mayor inclusión social, presente en otras propuestas del período.

Consideraciones finales

Un balance aproximativo sobre los proyectos sanitarios del período permite señalar algunos rasgos distintivos del conjunto de acciones orientadas a contemplar la salud de las poblaciones rurales de la provincia.

⁶⁴ Compilación, cit., pp. 957-958; Boletín Oficial, 1926, p. 1009. La ley se había reglamentado en julio de 1925 y el decreto es de marzo de 1926. Habían pasado dos meses más del plazo estipulado para establecer los locales de atención.

⁶⁵ Boletín Oficial, 1926, p. 1902.

⁶⁶ María Celia Bravo, *Campesinos, azúcar y política: cañeros, Acción corporativa y vida política en Tucumán (1895-1930)*, Prohistoria Ed., Rosario, 2008, pp. 330-333.

La dimensión social de la enfermedad se tradujo en el principio de que los planes o programas unían la atención médica y la asistencia social, y se priorizaba a los sectores más pobres, en tanto trabajadores activos o futura mano de obra, que debían ser protegidos y preservados con miras a aumentar el rendimiento en el trabajo. A la vez, los profesionales médicos y algunos representantes del reformismo social, ponían énfasis en las condiciones de existencia y en las malas condiciones laborales, que favorecerían la proliferación de enfermedades en los sectores de menores recursos.

Una realidad emergente de las transformaciones en la estructura productiva y del aumento de población en la provincia había inducido, entre fines del siglo XIX y comienzos del XX, las primeras intervenciones estatales en materia social, cuyos más avanzados intentos se dieron en el ámbito de la salud. Las medidas fueron implementadas por la máxima institución de salud de la provincia -el Consejo de Higiene-, y su realización fue posibilitada con la participación y colaboración de sectores particulares. En las áreas rurales, junto a los empleados enviados por la institución estatal, los propietarios y administradores de ingenios -por propia iniciativa o por solicitud del gobierno-; los vecinos que integraban las Comisiones de Higiene y Fomento -organismos bajo dependencia del poder estatal-; y los vecinos en general, fueron actores o agentes fundamentales en la ejecución de las estrategias sanitarias.

Los intentos más significativos en la primera década del siglo fueron la ley provincial de vacunación antivariólica y la reglamentación de la ley nacional de lucha contra el paludismo, que suponen un abordaje más consistente, tanto en los objetivos preventivos como en la instrumentación de medidas específicas, las formas de aplicación y cumplimiento y la creación de nuevos empleos, con mayor compromiso gubernamental.

A partir del ascenso del radicalismo a nivel local, las nuevas respuestas no fueron tan trascendentes a la luz de los datos de la década de 1916-1926, caracterizada por la continuidad de las acciones que desarrollaba el Consejo de Higiene, aunque algunas cuestiones relativas a la salud aparecen en la agenda legislativa, incluidas en el tratamiento de proyectos destinados a conseguir mejoras para los trabajadores rurales. Observamos que los debates y discusiones generaron un terreno fértil para años posteriores, donde las denuncias, críticas y propuestas sobre el estado sanitario del interior culminaron con una ley de asistencia médica obligatoria en los ingenios en 1925. A modo de cierre, podemos decir que los proyectos y acciones sanitarias en las primeras décadas del siglo XX formaron parte de la lenta evolución de las políticas

sociales estatales -donde el papel del gobierno se complementó con el de otros sectores-, que presentaron limitaciones pero también avances en relación al concepto de salud pública y a la postergación de las zonas de la campaña.

Bibliografía

Armus, Diego y Belmartino, Susana: “Enfermedades, médicos y cultura higiénica, A. Cattaruzza (comp.), *Nueva Historia Argentina*, T. VII, Buenos Aires, Sudamericana, 2001.

Bialet Massé, Juan: *Informe sobre el estado de la clase obrera*, Hyspamérica, Buenos Aires, 1986.

Campi, Daniel: “Los ingenios del norte: un mundo de contrastes”, F. Devoto y M. Madero (Dir.), *Historia de la vida privada en la Argentina*, La Argentina plural: 18700-1930, T. II, Ed. Taurus, 1999.

Folquer, Honorio: “Un antecedente tucumano de medicina social”, *Revista de la Facultad de Medicina de Tucumán*, T. I, UNT, 1958.

Landaburu, Alejandra: “Estado, empresarios y obreros: los empresarios y el Departamento de Trabajo ante las huelgas de 1919 en Tucumán”, *CD XI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia*, Tucumán, 2007.

Ostengo de Ahumada, Ana: *La legislación laboral en Tucumán*, Recopilación ordenada de leyes, decretos y resoluciones sobre Derecho del Trabajo y Seguridad Social, 1839-1969, T.I, UNT, 1969.

Rock, David: *El radicalismo argentino, 1890-1930*, Amorrortu, Ed., Buenos Aires, 1977.

Rodríguez Marquina, Paulino: *La mortalidad infantil en Tucumán, 1897-1898*, Talleres de La Provincia, 1899.

Torres, Antonio: *Historia Médica del Tucumán*, 1968.

Vallejo, Benigno: “Cuestiones sanitarias”, *Revista de Letras y Ciencias Sociales*, T. IV, N° 21, Tucumán, 1906.

Zimmerman, Eduardo: *Los liberales reformistas. La cuestión social en la Argentina, 1890-1916*, Sudamericana, Buenos Aires, 1995.

