

# **LA SALUD: INSTITUCIONES, ESPACIOS Y ACTORES**

**Tucumán, siglos XIX y XX**

**María Estela Fernández**

## **INTRODUCCIÓN**

### **CAPÍTULO I**

#### **LA SALUD COMO PROBLEMA SOCIAL**

##### **Las políticas sanitarias en Tucumán en el siglo XIX**

I- La asistencia a las cuestiones de salud durante la primera mitad del siglo XIX

II- La etapa formativa de las políticas de salud en la segunda mitad del siglo XIX

II-1- Condiciones sanitarias y enfermedades

II-2- Tiempos de epidemias y desarrollo institucional

II-3 - Estado y beneficencia en la construcción de acciones sanitarias: el caso de los hospitales

III- La asistencia de la salud de la población tucumana: entre la medicina científica y el curanderismo

### **CAPÍTULO II**

#### **LA SALUD COMO CUESTIÓN PÚBLICA**

##### **La problemática sanitaria en Tucumán en las primeras décadas del siglo XX**

I- Instituciones y actores en el ámbito de la salud

I- 1-Nacen nuevas instituciones

I-2- El espacio de los hospitales: continuidades y cambios

I-3- Diferentes actores y espacios, un mismo escenario

II- Mujeres, niños y trabajadores en la agenda de la salud pública

II-1- Maternidad y primera infancia

II-2- La salud escolar

II-3- La atención sanitaria en las áreas rurales

## **CAPÍTULO III**

### **LA SALUD COMO DERECHO CIUDADANO**

#### **Las políticas de salud en Tucumán durante el primer peronismo (1943-1955)**

I- El avance centralizador y los cambios en el sistema sanitario entre 1943 y 1946

II- La política sanitaria del peronismo (1946-1955)

II-1- La centralización sanitaria: la creación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

II-2- El traspaso a la provincia de nuevos nosocomios: el Hospital Lamadrid y el Hospital del Niño Jesús

II-3- La política centralizadora del Estado nacional: la Delegación Regional de Salud Pública

II-4- La planificación sanitaria nacional y provincial: el Plan Trienal y el Plan analítico de Salud Pública

III- La salud en los ingenios azucareros: la ley de asistencia médica obligatoria

IV- La afirmación del campo profesional en la salud: la Facultad de Medicina y la Escuela de Enfermería

## **CAPÍTULO IV**

### **LA SALUD PÚBLICA COMO LEGADO**

#### **La dinámica de las iniciativas sanitarias en Tucumán entre 1955 y 1976**

I- Una situación de emergencia sanitaria: la epidemia de polio de 1956

II- La impronta institucional y las acciones sanitarias entre 1958 y 1976

II-1- Las instituciones hospitalarias como prioridades y las dificultades en coyunturas de crisis

II-2- La salud materno infantil: el acento en la planificación

III- El desarrollo de nuevos servicios y especialidades médicas

IV- Panorama sanitario y planificación en años del tercer peronismo

## **CAPÍTULO V**

### **EL RETROCESO DE LA SALUD COMO BIEN COLECTIVO**

#### **Las políticas sanitarias en Tucumán durante las últimas décadas del siglo XX**

I- El sector público

I-1- La reestructuración y los avatares del sistema de salud provincial

I-2- Los hospitales en tiempos de crisis

II- El sistema de obras sociales: el caso del Subsidio de Salud

III- El impacto de la crisis en la salud de la población tucumana: entre luces y sombras

### **CONSIDERACIONES FINALES**

**ANEXO: Cuadro:** Las instituciones sanitarias públicas en Tucumán durante los siglos XIX y XX

### **BIBLIOGRAFÍA**

## INTRODUCCIÓN

Abordar la historia de la salud en Tucumán a lo largo de dos siglos supone el desafío de considerar una problemática compleja, en la que se entrecruzan múltiples dimensiones y variadas perspectivas. Así, concita la atención de distintas disciplinas que comparten el interés común por aspectos vinculados a las enfermedades y a quienes las padecen; a la búsqueda del bienestar físico de las personas; a los medios para tratar y reducir los efectos de determinadas dolencias.

De modo que se abren muchos caminos posibles para la indagación que, en nuestro caso, llevaron a optar por el análisis del proceso de construcción de acciones orientadas al cuidado de la salud de la población, que permite un acercamiento a diferentes aristas del tema. En tal sentido, en un amplio recorrido que abarca desde los albores del siglo XIX hasta las postrimerías del siglo XX, se intentan explicar las diferentes instancias que atravesó dicho proceso a través de las políticas que se implementaron, de sus principales motivaciones y de sus posibilidades de desarrollo y permanencia.

Las primeras respuestas parciales y coyunturales frente a las enfermedades; el tránsito hacia el reconocimiento de la salud como problema social; la evolución en la idea y la consideración de la salud como cuestión pública y como derecho; las continuidades y rupturas que experimentó la administración sanitaria; constituyen algunos de los tópicos a través de los cuales se exploraron las particularidades del desarrollo sanitario en la provincia.

En la medida en que la salud se inscribe en un campo de preocupaciones que atañen a la enfermedad no como mero hecho biológico sino como fenómeno indisoluble de la realidad social en la que se produce, este libro recupera los distintos momentos históricos en los que se situaron las acciones para contener o erradicar patologías que dejaron huellas en la vida individual y colectiva. De esta manera pretende contribuir a tender puentes con el presente a través del conocimiento de una problemática que atañe e interpela a la sociedad en su conjunto; y que hoy remite a logros, pérdidas y deudas pendientes.

La investigación es tributaria de estudios en torno a la salud-enfermedad que en Argentina y en América Latina tuvieron en las últimas décadas un desarrollo significativo, que se manifestó en el paso de una etapa donde la producción se basaba fundamentalmente en las biografías de médicos ilustres y en la crónica institucional, a un dinámico proceso definido a través de tres vías principales de abordaje: la “nueva historia de la medicina”, la “historia de la salud pública” y la “historia sociocultural de la enfermedad”. La “nueva historia de la medicina” vincula la historia natural de una patología con el desarrollo del

conocimiento científico; la historia de la salud pública dirige su mirada al poder, a las instituciones, a la profesión médica; y la historia sociocultural de la enfermedad aborda las representaciones y procesos de medicalización y sus significados; vertientes que comparten el denominador común de la contextualización y de interrelaciones y temáticas que dialogan entre sí. (Armus, 2005)

La historia de la salud en estrecha conexión con la historia social se inició en Argentina con la renovación historiográfica propiciada por el retorno a la democracia durante la década del '80, conformando lo que en la actualidad se define como “nueva historia social de la salud y la enfermedad”, vinculada a un contexto histórico determinado, al impacto social que generan las enfermedades y a la gestación de políticas públicas. Los primeros e importantes avances a nivel nacional tendieron a localizarse en Buenos Aires y, con diferencias de profundidad y de matices, se extendieron a algunas provincias como Rosario, Córdoba, La Pampa y Tucumán,<sup>1</sup> dándose la paradoja de que muchos estudios cuyos títulos aluden a “la salud en Argentina” están centrados en Buenos Aires y faltan referencias a las realidades provinciales.

En relación a los estudios locales podemos destacar dos publicaciones de profesionales médicos que se ubicarían en la línea de una historia tradicional de la medicina (Torres; 1968 y Pérez de Nucci; 1992); la investigación en torno a la trayectoria del Hospital Padilla en el primer centenario de su existencia (Garrido de Biazzo y Barbieri de Guardia; 1983); y una compilación en la que historiadores y médicos abordan cuestiones sanitarias entre 1900 y 1960. (Olaya, 20062). Todas resultan contribuciones meritorias por el rescate documental realizado, por las narraciones de experiencias y de terapéuticas, y porque proveen información relevante sobre variados aspectos del campo de la salud. Por otra parte, se realizaron investigaciones vinculadas al tema (Gargiulo, 2007 y 2012); y otras más específicas para la segunda mitad del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX (Fernández, 2004; 2005; 2006; 2008; 2010; 2012; 2014; 2016; Parolo, Campi y Fernández, 2010; Parolo, Fernández y Campi; 2013) y para la etapa del primer peronismo (Rosales; 2011)

El análisis en perspectiva histórica, que extiende la mirada a períodos posteriores y llega hasta los inicios del siglo XX, permite cubrir no sólo años sino múltiples aspectos no estudiados, además de mostrar un panorama amplio de las políticas sanitarias y avanzar en la comprensión de las relaciones de los

---

<sup>1</sup> Para un panorama de la historiografía de la salud en Argentina y América Latina se pueden consultar las reseñas realizadas por Alvarez (1999); Armus (2005), Di Liscia (2008); Carbonetti y González Leandri (2008). De las compilaciones que dan cuenta de los avances a nivel nacional: Alvarez, Molinari y Reynoso (2004); Carbonetti y González Leandri (2008).

problemas de salud con un contexto político, económico, social e institucional determinado.

En la línea de una historia de la salud y la enfermedad enfocada en el rol de los poderes públicos, cobran centralidad las iniciativas y proyectos estatales, y el propósito de reconstruirlos requiere sacar a luz las problemáticas que incidieron, se mantuvieron o variaron a través del tiempo –la higiene pública; el cuidado de los partos y de los nacimientos; las patologías que se controlaban y otras emergentes; la mortalidad por enfermedades infecciosas, de las mujeres al dar a luz, o de los niños en la temprana infancia; las vinculaciones entre la salud y el trabajo o la salud y la educación, entre otras-.

La necesidad de asistencia y preservación de la salud y la vida como cuestiones de índole político confluyeron en la organización de un sistema sanitario en el que resultó indispensable el papel del Estado como gestor y como garante de los servicios. Las etapas de gestación, consolidación, expansión y crisis tuvieron como trasfondo diferentes coyunturas, con intervenciones que variaron según el momento, y se orientaron a evitar la propagación de enfermedades infectocontagiosas en tiempos de crisis epidémicas; a organizar campañas de vacunación según la incidencia de patologías como la viruela o la poliomelitis; a realizar obras de saneamiento; y a generar un repertorio de normativas y programas respaldados en los avances de la ciencia.

“Instituciones, actores y espacios” constituyen los tópicos centrales en torno a los que se estructura el libro, que aluden a los aspectos constitutivos del sistema sanitario y a las políticas públicas que le dieron origen y lo sostuvieron.

En el propósito de reconstruir el “escenario” resultó esencial abordar el entramado de *instituciones* creadas en el marco de la administración estatal; por un lado los organismos específicos encargados de ordenar y reglamentar los servicios; y por otra parte los hospitales y demás centros de atención destinados a asistir a quienes padecían determinadas dolencias. Desde la esfera gubernamental y las instituciones, con atribuciones para la planificación, la dirección y el control de los asuntos sanitarios, se diseñaron acciones preventivas, curativas o paliativas y se establecieron prácticas y regulaciones según el momento y sus demandas.

En cuanto a los *actores*, estos fueron tanto aquellos que intervinieron en la formulación y puesta en marcha de las políticas implementadas (funcionarios, profesionales médicos, auxiliares sanitarios, enfermeras, empleados de reparticiones estatales) como los ciudadanos comunes y los miembros de asociaciones civiles o benéficas que colaboraban en algunas circunstancias. Asimismo, las mujeres, los hombres y los niños enfermos asistidos en dispensarios o consultorios; los pacientes internados en los establecimientos

hospitalarios; los curanderos populares y las parteras “prácticas” que ofrecían sus servicios y eran requeridos por muchos sectores de la población.

Los ámbitos donde se producían los intercambios e interacciones entre la heterogeneidad de actores que participaban eran aquellos *espacios* que referían a lugares de la esfera estatal o privada (centros sanitarios, hospitales, clínicas privadas, consultorios médicos), pero también al territorio y a la diferenciación en cuanto al medio urbano o rural, donde contrastaba la presencia institucional y la asistencia del Estado, y donde los pobladores se enfrentaban de manera desigual a las enfermedades y a los efectos que causaban. Asimismo, los actores se proyectaban a lugares diversos y cambiantes en los que se expresaban relaciones asimétricas a través de posiciones de poder, conocimiento, títulos o cuestiones de género (médico-paciente; profesionales académicos-curadores no titulados; funcionarios-empleados; médicos-parteras, entre otros).

Las políticas sanitarias iniciadas en la segunda mitad del siglo XIX en Tucumán con la creación de las primeras instituciones y del diseño de procedimientos para cuidar la salud y prevenir enfermedades, se dieron en sintonía con el proceso de construcción estatal y evolucionaron según las posibilidades y recursos económicos con que contaban los gobiernos. De modo que las dificultades propias de cada contexto llevan a pensar en la gravitación de las condiciones que facilitaron o impidieron la puesta en marcha de programas sanitarios y reflejaron la distancia entre los objetivos planteados y los resultados alcanzados; pero también en las instancias de definición de políticas públicas racionales que llevaron a potenciar y expandir los servicios; mientras otras veces estos experimentaron penosos retrocesos.

En tal sentido, cobra significado el tema de las capacidades estatales, entendidas como las habilidades de los organismos públicos para desempeñar eficazmente sus funciones. En etapas de fortalecimiento institucional y favorables a una mayor intervención del Estado, las capacidades se extendieron, pero se vieron afectadas en tiempos de cambios políticos y condicionamientos ideológicos que cuestionaron y redujeron el rol del Estado, con el consiguiente impacto negativo en la administración pública en general y en la estructura sanitaria en particular.

El proceso de construcción del sistema de salud no fue lineal y transitó por períodos de formación, consolidación y crisis, que reflejaron cómo se fue forjando una concepción de la salud como problema social y como cuestión pública hacia fines del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX; la afirmación de la salud como derecho durante el primer peronismo; la impronta de la salud pública en el contexto de inestabilidad de los años 60 y comienzos de los 70; y el retroceso de la salud como bien colectivo en las últimas décadas del siglo XX; cuestiones que

atraviesan los diferentes ejes temáticos del libro, organizados y desarrollados en cinco capítulos.

En el primer capítulo analizamos la etapa formativa de las políticas de salud, diferenciando la primera mitad del siglo XIX, con acciones parciales y coyunturales; de la segunda mitad, con la organización de un sistema sanitario vinculado a un contexto de transformaciones políticas, económicas y sociales. En esta instancia, en la que se crearon instituciones y se diseñaron normativas; las características distintivas fueron las intervenciones de carácter asistencial y benéfico y una fuerte coexistencia de la medicina científica y el curanderismo en el denominado “arte de curar”.

En el capítulo dos se trazan los rasgos de la construcción de iniciativas sanitarias en las primeras décadas del siglo XX, con cambios y continuidades, en tanto hubo nuevos organismos y estrategias pero persistieron rasgos del asistencialismo, aunque con parámetros que implicaban una mayor definición de la salud como cuestión pública. En este sentido, se analiza el desarrollo institucional y se diferencian los actores; así como las respuestas frente a la problemática de la salud materno infantil; la salud escolar; y la salud en las áreas rurales.

En el tercer capítulo se explica la política sanitaria del primer peronismo a través de nuevas definiciones, que, con el objetivo de la centralización institucional, implicaron la creación de nuevos organismos y la expansión de servicios a partir del pleno reconocimiento de la salud como un derecho. Se destacan, asimismo, los planes sanitarios nacionales y provinciales y los avances registrados en el período en cuanto a la afirmación del campo profesional en la provincia a partir de la creación de las carreras de medicina y enfermería en el marco de la Universidad.

En el capítulo cuarto se examinan algunos aspectos de las políticas y el derrotero del sistema sanitario entre 1955 y 1976, cuando, en años de inestabilidad política y económica, el tratamiento de la salud pública se fue complejizando. Se abordan la emergencia producida por la epidemia de polio; las instituciones -en particular los hospitales-; los nuevos servicios en salud materno infantil; y los problemas más visibles del área sanitaria. Además se explora el tema de la diversificación de la ciencia médica vinculada al ámbito académico y a la recepción y adaptación de avances en el conocimiento.

En el quinto capítulo, en un arco temporal que abarca las últimas décadas del siglo XX, se plantean las crecientes dificultades que afectaron el sistema sanitario en su conjunto y que tuvieron como correlato un retroceso de la salud como bien colectivo. En décadas de crisis, y a partir de las diferentes aristas del sistema sanitario, se analiza su reorganización y los inconvenientes que el nuevo



organismo –SIPROSA- atravesó; la situación de los hospitales públicos, con serias restricciones presupuestarias; y el caso del subsidio de salud, principal obra social de la provincia. Finalmente se señalan los signos negativos (en mortalidad y enfermedades) vinculados a las políticas neoliberales, pero también los matices y los avances legislativos que en esta fase presentó el cuidado de la salud pública.

Para terminar esta presentación resulta pertinente realizar algunas aclaraciones y observaciones. En primer lugar, la amplitud temporal que supuso la reconstrucción de aspectos vinculados a las políticas sanitarias a lo largo de dos siglos, que impidió el relevamiento de todas las fuentes, que aunque estuvo lejos de ser exhaustiva, abarcó diversa y numerosa documentación. De la misma se cuentan las compilaciones legislativas y del área de la administración provincial y municipal (proyectos legislativos, leyes y decretos, ordenanzas, etc); informes y actas de organismos sanitarios; datos censales y de registros estadísticos; además de fuentes periodísticas locales como los diarios “El Orden” y “La Gaceta”; y testimonios de quienes integraron instituciones o tuvieron participación en acciones sanitarias.

En segundo lugar, las limitaciones de entrecruzar variada y disímil información en cada contexto, con el resultado de que difieren las aproximaciones a las cambiantes realidades; adquiriendo más peso el marco institucional en algunos momentos del análisis; mientras en otras situaciones tienen más voz y protagonismo los actores; y en otros períodos se hace más visible el impacto y las vinculaciones y dependencia de las políticas locales con las nacionales.

En tercer término, la inclusión de los actores –uno de los tópicos centrales del libro- no fue personalizada, salvo en algunos casos y excepciones, en razón de que esta referencia no era posible para todos en el lapso de 200 años de historia. Aunque no fueron identificados por sus nombres están incluidos en estas páginas. No sólo se dio lugar al conjunto de hacedores, profesionales, funcionarios y personas públicas responsables de acciones sanitarias; sino también a los hombres y mujeres que en forma anónima se encargaron de cuidar enfermos, aplicar vacunas, repartir quinina, asistir a las parturientas, acompañar a los médicos en las zonas rurales y colaborar en organizaciones civiles o como voluntarios.

También quiero señalar la relevancia del proyecto y de la colección de Historias temáticas del Bicentenario del cual forma parte este libro, y el apoyo institucional que permitió la reconstrucción de las políticas de salud en Tucumán en la “larga duración”. Asimismo, agradecer a María del Carmen Rosales por su participación como autora del capítulo tres y del cuadro final de instituciones; a Marta Viñas, por el material y la información que me facilitó para los capítulos

cuatro y cinco; a María Paula Parolo, por sus lecturas y comentarios; y a Darío Albornoz, por su colaboración en las imágenes incluidas en el texto. Ahora esperamos que la tarea de traer al presente y traducir las diferentes motivaciones y los avatares de las cuestiones sanitarias en el pasado, pueda llegar a un público amplio de lectores y contribuir a la comprensión de los problemas y las necesidades actuales, en tanto el lugar y cuidado de la salud en las prioridades estatales se define en gran parte por el carácter de las políticas públicas que se implementen.

En ese sentido y en un afán similar, compartimos las inquietudes y reflexiones de un gran historiador:

“El contacto con el gran público es deseable. La historia no gana nada al ser escrita únicamente por profesionales: el historiador no gana nada escribiendo únicamente para sus colegas y sus alumnos. A partir del momento en el que se estima que la historia debe servir para una comprensión lúcida del presente, es necesario expandir su saber lo más ampliamente posible utilizando todos los medios: las ediciones, la televisión, el cine, con la condición de evitar toda complacencia. Permanecer en un nivel de discurso que conserve la nobleza del saber histórico, es decir su complejidad, es hacerle un honor a su público. Y este no huye frente a estas dificultades... el historiador no debe dudar en darle al gran público lo mejor de su ciencia, a pesar de que el discurso sea arduo.... tratar de mostrar la verdad del pasado, hacer entender lo que la gente tenía en la mente en un momento histórico.” (Duby; 1997:21)

María Estela Fernández

**CAPITULO I**  
**LA SALUD COMO PROBLEMA SOCIAL**  
**Las políticas sanitarias en Tucumán en el siglo XIX**

Durante el siglo XIX Tucumán fue escenario de profundas transformaciones que abarcaron la etapa de transición demarcada por el fin del gobierno colonial y las guerras de la independencia; y un período posterior caracterizado por la organización y consolidación del Estado.

Pasada la crisis asociada a la guerra, se recuperaron las actividades mercantiles y tuvo lugar el inicio de la construcción de una nueva infraestructura institucional y política; y desde mediados de siglo la provincia experimentó un proceso de cambios que atravesaron todos los aspectos de la vida de sus actores y que remiten, entre otros, a las relaciones sociales, al perfil productivo, a la reorganización espacial, al crecimiento poblacional.

En este contexto también se produjeron transformaciones relativas a prácticas, creencias y pautas de conocimiento vinculados al denominado “arte de curar”, que modificaron las formas de concebir y de tratar la salud y la enfermedad. Asimismo, desde los poderes públicos se fueron dando paulatinamente respuestas a cuestiones sanitarias -que contrastaron con las escasas medidas de la primera mitad del siglo XIX-, traducidas en el surgimiento de un entramado institucional, y en la configuración de normas y principios rectores para contrarrestar los efectos que provocaban las enfermedades.

**I- La asistencia a las cuestiones de salud durante la primera mitad del siglo XIX**

La primera mitad del siglo XIX en Tucumán fue un período donde la guerra y la inestabilidad vinculadas al fin del dominio colonial y a las dificultades para lograr la pacificación interna y definir la organización política del Estado fueron los rasgos dominantes. Derivado de la coyuntura revolucionaria de mayo de 1810, y en el marco primero de las guerras de independencia y luego de las guerras civiles, se conformó un escenario caracterizado por la fuerte militarización, la instauración de nuevas prácticas políticas y las permanentes luchas facciosas. Tras algunos años de paz relativa conseguidos durante el gobierno de Alejandro Heredia (1832-1838) -con avances respecto a la administración local y a la recuperación de la economía-; los enfrentamientos y la conflictividad volvieron a ser una constante y recién a partir de la década de 1850 dieron paso a

transformaciones políticas e institucionales que confluían en el proceso de la organización del Estado provincial y en su consolidación en el último cuarto del siglo XIX.

De modo que en los primeros años de vida independiente, el contexto de inestabilidad política -que impedía definir la organización estatal- no era propicio para un abordaje institucional de las cuestiones sanitarias, y en tal sentido hubo continuidades provenientes del período colonial en cuanto a la atención de la salud, tanto en relación a las carencias de médicos y organismos específicos como a pervivencia de creencias y de prácticas.

Si las deficientes condiciones sanitarias de la ciudad y la ausencia de higiene la convertían en un foco de infecciones y enfermedades, la falta de hospitales y profesionales impedían el control de situaciones epidémicas y la proliferación y propagación de enfermedades infectocontagiosas. A esto se sumaban las condiciones de vida material, por las dificultades de importantes sectores de la población para acceder a necesidades indispensables, y las particularidades del clima, que contribuían a la persistencia de epidemias agudizadas por el calor y la humedad, que continuaron incidiendo en el desarrollo de ciertas patologías incluso avanzado el siglo.<sup>2</sup>

La viruela, con brotes epidémicos constantes; las enfermedades endémicas como el paludismo (fiebre o chucho); la neumonía y pulmonía (o “de costado”); la disentería; la “hinchazón” (probablemente mal de chagas); las afecciones gastrointestinales; el tétanos o “mal de los siete días”- originado por la infección de las heridas producidas por el corte del cordón umbilical-; el mal de San Lázaro (lepra); eran, entre otras, las patologías más frecuentes y se vinculaban en gran medida a la ausencia de un sistema preventivo y a las deficiencias en la naturaleza de las viviendas que habitaban y de la alimentación a la que accedían importantes sectores de la población.

En relación a las enfermedades y la mortalidad, los primeros años del siglo XIX presentaron alzas o picos asociados a momentos de escasez, sequías y epidemias. Predominaban las muertes por causa “natural”, referidas tal vez a enfermedades frecuentes con las cuales la gente estaba familiarizada y que daban tiempo de recurrir a párrocos para solicitar la extremaunción; seguidas por las “repentinas”, probablemente muertes súbitas debidas a accidentes cerebrales o

---

<sup>2</sup> En el caso de una epidemia de viruela la prensa adjudicaba el aumento de defunciones a días muy calurosos y su disminución a bajas temperaturas; y aconsejaba evitar enfriamientos a raíz de cambios bruscos de tiempo en pleno invierno: *“hoy el sol quema en Tucumán, esta temperatura elevada y repentina expone mucho a contraer el costado o neumonía a los que no tomen las precauciones....”* *El Orden*, 2.4.1884; 25.7.1884. La relación de las enfermedades con cuestiones climáticas también se da en la actualidad, al considerarse su incidencia en la propagación y agravamiento de enfermedades infecciosas.

cardiovasculares; en tercer término las “aceleradas”, derivadas de enfermedades que no se podían identificar y que pronto desencadenaban la muerte; y por último las por causa “violenta”, provocadas por accidentes o asesinatos. Un dato que resaltaba era que la mayoría de las muertes eran de niños o párvulos, decesos que no registraban causa o motivo. (Parolo; 2008:138-145)

En este panorama de proliferación de patologías y muertes vinculado a las carencias sanitarias y a la precariedad de las condiciones de vida, hubo escasas iniciativas de parte de los poderes públicos, que intentaron sobre todo paliativos en situaciones de emergencia sanitaria. En este plano se pueden diferenciar distintos momentos que coincidieron, el primero, de 1800 a 1810, con el último tramo del dominio colonial; el segundo, de 1810 a 1830, con los años de la revolución y la guerra; y el tercero, de 1830 a 1850, con una etapa de paz relativa y algunos avances institucionales.

1) Al promediar el período colonial en Tucumán no existía ningún servicio hospitalario y facultativo acreditado, aunque en ocasiones se disponían medidas para el socorro y asistencia de la “gente miserable en lo temporal” por las enfermedades que padecía y por muertes asociadas a las “repentinas”, que pudieron tratarse de tabardillo, viruela, escarlatina y anginas y cuyo número “se hacía sentir en la ciudad”. (Bascary; 234-235)

A raíz del problema de las epidemias y del peligro de contagio que acarreaban, el Cabildo, apelando a la “Divina Misericordia”, adoptó medidas destinadas a los enfermos pobres entre 1800 y 1805, que consistieron en realizar el relevo de los enfermos de la ciudad y sus “rancherías” a fin de determinar su grado de pobreza; pagar a un médico para que los atendiera en forma gratuita; y solicitar limosnas para brindarles asistencia. (Parolo; 2005-2006: 149) También en estos años hubo reclamos por algunas cuestiones puntuales, como la falta de reglamentación de la operación cesárea y a los graves daños que ocasionaba - que derivaron en la distribución de instrucciones del rey Carlos IV para que dicha intervención, que requería de anestesia y asepsia fuera eficaz<sup>3</sup>-; y la necesidad de conseguir fondos y auxilio médico para contrarrestar enfermedades y muertes. (Torres; 1969: 15)

Por otra parte, la persistencia y los riesgos de propagación de distintas enfermedades promovieron una resolución del Cabildo en 1806 para erigir un “Hospital público” que serviría para el alojamiento, socorro y curación de los “pobres enfermos que rodean a esta ciudad y su jurisdicción, llegando al extremo

---

<sup>3</sup> El documento refería al modo de hacer la operación y a cómo debía actuar el cirujano, con instrucciones para comprobar si aún vivía la madre antes de abrir el vientre y extraer la criatura observando “las reglas del arte”; detallando los instrumentos y los pasos de la operación (cortes, aberturas etc) y los conocimientos anatómicos indispensables. (citado por Torres; 1969:15-17).

de morir por pura necesidad”, y por considerar que se debía terminar con los casos de contagio “de los muchos lazariantos y calenturientos que andan por las calles mendigando de puerta en puerta su sustento”. La iniciativa consideraba en particular la realidad de los enfermos pobres e indigentes y aludía enfermedades como la lepra (o “mal de San Lázaro”) y a fiebres que pudieron ser síntomas de paludismo o de alguna otra patología infecciosa, y aunque se recibieron donativos e incluso se designó un administrador para hacerse cargo de los fondos recaudados y de las obras proyectadas, la construcción del hospital nunca llegó a concretarse. (Perez de Nucci: 1992; 56-59)

2) Con la revolución de mayo y la movilización de tropas en el territorio de la provincia, ocurrirían ciertos cambios vinculados a la realidad sanitaria, en la medida en que era corriente que junto con el ejército se trasladara un equipo de médicos y cirujanos. Estos llegaron a Tucumán en 1812 con las fuerzas militares de Belgrano para encargarse de asistir las necesidades y urgencias de los cientos de enfermos y de heridos en el campo de batalla.

Al radicarse el “Ejército del Norte”, auxiliar del Perú, se instalaron hospitales para soldados enfermos y hospitales “de sangre” para la atención de heridos y operados. Según datos registrados en relación a algunas necesidades de abastecimiento, hubo un hospital general (recibió 1.945 panes); un hospital a cargo del Dr Antonio Castellano (recibió 1.774 panes); un hospital de prisioneros a cargo del Dr. Baltazar Tejerina (recibió 148 raciones diarias, suponemos que también de pan); un hospital de sangre (que no consigna recibo de alimentos sino de paquetes de velas) y un hospital de sangre de los pardos (recibió jabón para lavado de vendas de cien enfermos). (Torres; 1969: 21-24).

La escasa e irregular información apenas da tibios indicios de las posibles dimensiones o capacidad para alojar enfermos que tendrían estos hospitales, que eran en general casas prestadas para ese fin; simples galpones; o viviendas en las que se acondicionaba un sector para asistir temporalmente a enfermos y heridos. En tal sentido, el relato de San Martín durante su corta residencia en la provincia en 1814, daba cuenta de la existencia de un hospital “sin medicinas, sin caja de instrumentos, sin útiles para el servicio, sin colchones, almohadas, sábanas ni cubiertas de ninguna clase...”. En consecuencia, como las carencias eran extremas y para él resultaba imprescindible mejorar las condiciones de atención de los soldados, realizó gestiones para conseguir provisiones de alimentos y ropa para los enfermos, a la vez que buscaba también resolver problemas recurrentes en tiempos de guerra, vinculados a la regularización de los sueldos de la tropa y de los oficiales. (Perez de Nucci; 61-62)

Fue el gobernador Bernabé Aráoz, quien en 1815, ante la falta y la necesidad de profesionales en Tucumán decidió solicitar al gobierno del Directorio

un médico para la atención de los enfermos. En respuesta a este pedido se produce el nombramiento del Dr Baltazar Tejerina, que prestaba servicio en la guarnición en Jujuy, como Médico Titular de la ciudad de Tucumán, quien ejerció este cargo con una retribución anual asignada, pero con obligaciones expresas de asistir a los pobres y a los presos, sin recibir honorarios. Después de su relevo en 1821, no hubo médico titular en la provincia hasta 1823, cuando nuevamente, en razón de las necesidades de lograr la asistencia de los “pobres enfermos” se promueve la designación del Dr Manuel Berdia. En este caso, y ante la falta de fondos, las autoridades solicitaron una suscripción de vecinos que contribuyeran con cuotas voluntarias para sostener su nombramiento y para colaborar con la curación de personas y familias. (Torres; 1969: 28-29)

En esos difíciles tiempos de inestabilidad política y de graves dificultades económicas por los que atravesaba la provincia, era corriente la apelación a los aportes particulares para distintos fines y la asistencia sanitaria no fue una excepción. El dato de que el hospital “constituía un galpón”, confirma las características precarias de estos lugares en donde se brindó asistencia a los enfermos y revela las imposibilidades de resolverlas en esos años, y como los hospitales seguían de algún modo el ritmo de la guerra, se instalaban en esa coyuntura en forma transitoria, y luego se levantaban y dejaban de existir con el posterior movimiento del ejército.

3) Durante la década de 1830, en el marco de una gestión que buscó reglamentar y ordenar distintos aspectos de la administración provincial y que implantó por primera vez normas que dieron a la provincia una organización moderna, el gobierno de Alejandro Heredia (1832-1838) trajo novedades en el ámbito de la salud. Este fue uno de los aspectos que se incorporaron en su agenda de preocupaciones y se expresaron en decretos que abarcaron el ejercicio profesional, el control de medicamentos y la instalación de boticas.

El tema del servicio médico se reglamentó en 1832, bajo la consideración de que no era posible “desentenderse de los sentimientos de humanidad” relativos a la necesidad de limitar el cobro de los aranceles que imponían los médicos y de lograr un control de su práctica. Por un lado el decreto se pronunciaba en contra el abuso de los que ejercían una profesión “que corresponde a los conocimientos científicos de la facultad médica”, estipulando un límite en la suma que podían cobrar por sus servicios, y en caso de que realizaran visitas “extraordinarias” el pago sería al “arbitrio de los pacientes” (enunciado que podía aludir a retribuciones de sectores sociales más acomodados). Por otra parte, por primera vez en la etapa de vida independiente, se introducía la condición de que el “profesor de medicina o cirugía” tuviera que presentar ante el gobierno el título que lo acreditaba para ejercer, determinándose que quien realizara curaciones sin

certificación sería expulsado de la provincia. Además se establecía la obligación de los médicos de asistir gratis a los enfermos “pobres de solemnidad”, con normativas que imponían multas por incumplimientos y e iban incluso más lejos al advertir que serían juzgados “como criminales” quienes se negasen a asistir enfermos con pretextos o ficticias ocupaciones.<sup>4</sup>

El documento aludido, que priorizaba en particular la asistencia gratuita a los enfermos “pobres de solemnidad” -denominación que aludía a la condición social de aquellos que eran incapaces de ganarse la vida como ancianos, viudas, inválidos o huérfanos-, fue el primer intento de reglamentación del ejercicio profesional, y contiene el germen de futuras reglamentaciones sobre el tema, al introducir el principio de la obligatoriedad del título para ejercer –aunque no explicitaba su origen o condición-, que caracterizarían disposiciones sanitarias en años posteriores.

En 1837, salen a la luz ciertas dificultades en torno a condiciones en la atención médica que el gobierno intentaba introducir, en ocasión de un acuerdo realizado para determinar los compromisos recíprocos con el designado médico titular de la ciudad, Dr. José María Ocantos. Según el contrato este debía asistir enfermedades concernientes a la casa del gobernador; jefes y oficiales militares y sus familias; como así también a todo individuo enfermo enrolado en las milicias de la provincia y a los enfermos del hospital cuando este pueda establecerse. Por su parte, el gobierno pagaría una retribución de 600\$ por estos servicios, además de “guardar” todos los privilegios y excepciones que le correspondieran por su carácter de médico titular, sin precisarse qué tipo de prerrogativas serían. (Torres; 32-33)

Sin embargo, el mencionado contrato quedó sin efecto ante la respuesta negativa del profesional de brindar asistencia a los soldados enfermos -señalados como la “parte más indigente y necesitada”-, lo que supuso la acefalía del cargo de médico titular. El gobernador Heredia trató de subsanar este problema a través del envío de circulares a los jefes militares de la ciudad y la campaña para que en caso de enfermedades de sus oficiales y de su tropa concurriesen ante las autoridades para lograr “facultativos”, solución que resultaba improbable por la ausencia de profesionales en la provincia.

A los problemas vinculados con la falta de hospitales y de médicos se sumaba el de la provisión de medicamentos por la falta de boticas. A comienzos de siglo se registra el primer antecedente de un farmacéutico que se instala en la ciudad, José María Todd –creador de una poción para las tos, que luego emigró de la provincia-; y en 1812 el traslado de una botica de Salta a la ciudad de

---

<sup>4</sup> *Compilación ordenada de leyes, decretos y mensajes de la provincia de Tucumán*; V. III; 1863: 112-113.



Tucumán para proveer medicamentos en forma transitoria en tiempos de guerra. Posteriormente se instaló un establecimiento con el respaldo del gobernador Heredia en 1833, cuando Hermenegildo Rodríguez, que se había desempeñado como farmacéutico en el Ejército del Alto Perú, solicitó autorización para abrir una botica pública. Su principal argumento fue la necesidad de evitar que se vendieran remedios en pulperías y almacenes y terminar con los efectos negativos de la administración de drogas a la población sin control profesional.<sup>5</sup>

Asimismo, el gobierno de Heredia buscó regular los precios de los medicamentos, mediante la creación de una comisión encargada de fijar los montos y poner fin a la “estafa pública” ocasionada por la falta de vigilancia en la compra venta de drogas y compuestos que se encontraba en manos de gente no capacitada. Por otra parte, el Ejecutivo se ocupó de la vacunación contra la viruela, a través de la designación de un “Administrador general de vacuna” y de comisionados para asegurar su implementación en las zonas de la campaña. También se puso énfasis en normas relativas a la obtención y conservación de la vacuna; y en la orden a los jefes políticos y militares de que “cuidaran bajo la más estrecha responsabilidad, que los padres presenten a sus hijos para la inoculación en cada departamento”, y que fueran controlados para verificar posteriormente su reacción. (Pavoni; 1981: 28-29)

Sin embargo, a pesar de estas medidas, la vacunación implicaba una organización y recursos que no se disponían en ese momento, y como en otras regiones donde la generalización de la vacuna fue problemática hasta fines del siglo XIX, para que fuera efectiva se requería llevar registros de vacunados, repetir la operación si no se lograba la inmunización y mantener la existencia del compuesto, de difícil conservación.

En un interregno de relativa estabilidad en la provincia, el gobierno de Alejandro Heredia fue entonces generador de medidas dirigidas a problemas puntuales en el área de la salud, que en su mayoría no fueron sostenidas, al menos en las intenciones y en su implementación, como lo había concebido el gobernador. Al parecer se mantuvo la existencia del médico titular, y fue necesario reiterar - tal vez porque este incumplía ciertas funciones-, su obligación de curar gratis a oficiales, soldados, peones jornaleros y personas de “reconocida pobreza”. Esta era una condición que los enfermos debían demostrar a través de la

---

<sup>5</sup> Al parecer, en el marco de las contiendas y conflictos en la etapa de la Confederación rosista durante el gobierno de Celedonio Gutiérrez (1845-1852) la botica, que en la documentación aparece como la de un “salvaje unitario”, habría sido sufrido en 1841 el “secuestro” de sus medicamentos para ser puestos a disposición del ejército, obligando a su dueño a exilarse, quien retomará el manejo del establecimiento a su regreso. (Torres; 1969: 35)

presentación de un certificado otorgado por el juez de barrio o del distrito al que pertenecían para evitar abusos. (Parolo; 2005-2006: 150)

De modo que durante la primera mitad del siglo XIX lo relativo a la asistencia sanitaria tuvo un carácter parcial y limitado a intervenciones que se vincularon con coyunturas epidémicas (como vimos en los ejemplos de picos entre 1800 y 1805) y al peligro de contagio; a la existencia de “hospitales circunstanciales” relacionados con la guerra y los movimientos de tropas en el territorio provincial; a la enunciación de la necesidad de contar con un hospital para asistir a enfermos pobres, sin que esto se concretara; al funcionamiento discontinuo de una botica en la ciudad; en suma, a medidas aisladas, que no se mantuvieron ni fueron objetivos contemplados por los gobiernos del período, a excepción de la gestión de Heredia.

La falta de médicos, de “hospitales” (que más bien hacían las veces de alojamientos para enfermos), de instituciones sanitarias y de acceso a la medicina científica, tenía como contrapartida el importante peso de las prácticas curativas populares, que habría ocasionado el pulular de curanderos en todo el territorio de la provincia, cuyo número y accionar comenzó en esos tiempos a preocupar a las autoridades provinciales. (Fernández y Parolo; 2008)

Entre fines de la colonia y primeras décadas de vida independiente, la asociación de la enfermedad y la pobreza fue un rasgo predominante, siendo los enfermos tratados desde una concepción caritativa y benéfica, como quedó plasmado en las pocas reglamentaciones y decretos; y en las preocupaciones por los pobres e indigentes que mendigaban en las calles y podían ser portadores de alguna patología. Las escasas iniciativas para que la población más carenciada tuviera cierta protección no incluyeron un cuidado de la salud con el sentido de prevenir o curar sino sólo de paliativos para enfrentar algunas enfermedades, que en esos tiempos consistieron en medidas elementales de higiene; uso de anestesia e instrumental básico para operaciones; remedios y vacunación en el caso de la viruela, entre otras. Del mismo modo que las epidemias, que no cesaban de aparecer, las enfermedades endémicas tampoco eran atendidas ni prevenidas por los sucesivos gobiernos, que no encaraban el tratamiento de la salud como una problema público.

A partir de la década de 1850 -marcada en la provincia por transformaciones institucionales y en el perfil productivo- la transición a la segunda mitad del siglo XIX presentó algunos cambios relativos a la cuestión sanitaria que preceden la instancia de conformación de las políticas de salud pública.

En primer lugar, y considerando el carácter asistencial que habían adoptado las acciones sanitarias, resultó significativa la creación, a través de un decreto del gobierno provincial en 1858, de la Sociedad de Beneficencia, compuesta por las

“matronas más distinguidas por su moral, virtud, capacidad y bienestar”. Dentro de sus funciones se encontraban la inspección y dirección la educación de las niñas; el hospital -cuya construcción debía concluirse-, y todo otro establecimiento público que pudiera establecerse para la caridad pública. La institución formaría así parte de la organización sanitaria provincial a través de su rol en la administración de los hospitales en las décadas restantes del siglo XIX e incluso hasta bien avanzado el siglo XX.

En segundo término, en 1863 se creó el primer organismo de salud de la provincia, el Tribunal de Medicina, que sentará las bases del futuro desarrollo institucional y del proceso de construcción de políticas sanitarias al promediar el siglo. Destinado a *“vigilar el ejercicio de los varios ramos que abarca el arte de curar, dictar medidas de salubridad pública, inspeccionar boticas, resolver las cuestiones hasta hoy sin juez competente y desempeñar todas aquellas funciones que tienden a regularizar y responsabilizar el ejercicio de la profesión médica en todas sus ramificaciones, al mismo tiempo que mejorar las condiciones higiénicas del país en épocas normales y conjurar las epidemias en su caso”*.<sup>6</sup>

En tercer lugar, el funcionamiento de una botica oficial de carácter más estable, a cargo del profesional Cosme Massini desde 1864, que como botica municipal contribuía con la mitad del impuesto que correspondía al pago de patentes y las utilidades se distribuían en forma equitativa, siendo una mitad para su dueño y la otra mitad para el municipio. Esta determinación se hizo en razón de que el establecimiento suministraba medicinas de manera gratuita para los enfermos pobres a través del gobierno municipal, pero también vendía por su cuenta al público en general obteniendo ganancias. Además de local de medicamentos, hay testimonios que refieren a esta farmacia -ubicada en las actuales calles Laprida y 24 de Setiembre frente a la plaza principal de la ciudad- como un espacio de encuentro, como evoca Paul Groussac en “Los que pasaban”, alrededor del cual los tucumanos de entonces se congregaban en prolongadas tertulias.

## **II- La etapa formativa de las políticas de salud en la segunda mitad del siglo XIX**

En contraste con los años anteriores, el período comprendido entre 1850 y 1880, coincidente con el proceso de organización nacional -con importantes cambios que significaron la afirmación paulatina del poder central y el progresivo sometimiento de los particularismos provinciales-, estuvo signado por transformaciones institucionales, por la imposición de un esquema político liberal

---

<sup>6</sup> *Compilación*; cit, V. III, 1863: 93-94.

que se afianzaría en las décadas siguientes, y por la gestación del modelo agroindustrial azucarero. La reconversión productiva y la especialización en torno al cultivo e industrialización de la caña de azúcar produjo una notable expansión económica, con manifestaciones radicales en el mundo del trabajo, en la estructura ocupacional y en el crecimiento demográfico.

A partir de 1880, el logro de la estabilidad y la organización y consolidación paulatina del Estado provincial caracterizaron el nuevo ordenamiento político, basado en el predominio de sectores de la élite provincial en los que confluían prestigio social, riqueza y poder, que controlaron la gobernación, la legislatura y el aparato administrativo provincial y municipal. Desde estos espacios fueron promoviendo algunas acciones en el campo social, en la medida en que la modernización económica traía aparejado el desarrollo y el crecimiento pero también generaba desajustes asociados a la pobreza referidos a la disponibilidad de viviendas, a la proliferación de enfermedades y a la falta de infraestructura y de servicios.

Estos aspectos remiten a la emergencia de la “cuestión social” en el ámbito nacional, en una etapa donde el progreso y la “modernización” coexistían con una diversidad de problemas relativos a las condiciones de trabajo y de vida de grandes sectores de la población. De modo similar, las transformaciones económicas, el notable incremento de la población y el aumento de la urbanización fueron determinantes en la gravitación de los problemas sociales en Tucumán, con debates que involucraron a diferentes sectores del Estado y de la sociedad civil y que motivaron iniciativas destinadas a enfrentar los aspectos más críticos de la realidad social. En este sentido, adquirió centralidad la problemática sanitaria y, en el marco del proceso de afianzamiento del Estado provincial, las acciones se articularon con problemas de tipo coyuntural (como las epidemias) y de carácter estructural (que concernían al escenario social y sanitario en su conjunto) y se expresaron en la conformación de organismos con recursos y personal propio y en la implementación de nuevas modalidades para el tratamiento de los problemas sanitarios.

### **I.1- Condiciones sanitarias y enfermedades**

Aunque a partir de la década de 1860 la higiene era un aspecto contemplado por la gestión municipal y hubo algunos controles de ciertas enfermedades, los problemas sanitarios se agudizaron con el aumento de la población y la reconversión productiva, en la medida en que la concentración de la actividad económica en algunas zonas se hizo más intensa y en consecuencia también crecieron los asentamientos humanos. En tal sentido, hacia fines de siglo XIX la ciudad era presentada como “un verdadero foco de infección” donde

*“...los mataderos despiden olores malsanos...no se cumplen los preceptos higiénicos; los conventillos son un verdadero peligro; las calles están convertidas en lodazales, siempre que llueve, los perros y demás animales muertos permanecen días enteros en la vía pública, y en una palabra tenemos por ciudad un circuito lleno de materias que sólo sirven para viciar la atmósfera a fin de que luego respiremos aires malsanos...”*<sup>7</sup>

Además de los problemas como las aguas estancadas, la acumulación de basuras y las deficiencias higiénicas, las condiciones de existencia de la población en situación de pobreza traían aparejada la posibilidad del peligro de contagio a otros sectores, y para librar a la ciudad de “focos infecciosos”, se ponía el acento en las zonas de los “suburbios”, *“donde por las clases mismas que viven se puede comprender la exposición siempre inminente a grandes enfermedades, aquellas que por su falta de recursos, no observan ningún precepto de la higiene privada...”*<sup>8</sup>

No era mejor la situación en la campaña, donde algunos ingenios azucareros contaban, en tiempos de zafra, con más de 400 trabajadores, muchos de los cuales habitaban con sus familias en desordenados rancheríos, con deficiencias higiénicas y de salubridad, y que estuvieron expuestos, por sus carencias materiales, las extensas jornadas laborales y el escaso tiempo de descanso, a “enfermedades sin cuenta y a peligros de todo género”. Para prevenir enfermedades y enfrentar epidemias era necesario mejorar la higiene y cubrir otras necesidades esenciales; ya que en el ámbito específico de atención de la salud el hospital era todavía un proyecto; y de acuerdo al censo nacional de 1869 había sólo seis profesionales médicos y dos parteras para toda la provincia, mientras el número de curanderos llegaba a 55 (seis en la Capital y 49 en el resto del territorio).

Según los registros pre-estadísticos y estadísticos y otras fuentes de la época, Tucumán presentaba una gran diversidad de patologías que afectaban a la población e influían en los niveles de mortalidad, con una mayor incidencia de las enfermedades infectocontagiosas, en las que se destacaban el paludismo y la viruela; las enfermedades del aparato digestivo –disentería, diarrea-; el sarampión y el tétano; las del aparato respiratorio –neumonía, pulmonía- y las “mal definidas”, entre ellas la “inflamación”, posiblemente una manifestación del mal de chagas.

En términos generales, la preeminencia de enfermedades epidémicas y endémicas se vinculaban a una serie de factores relacionados con las carencias en las condiciones de vida y la situación sanitaria de la provincia -falta de agua potable y de servicios, hacinamiento de trabajadores en los alrededores de los

---

<sup>7</sup> *El Orden*, 16.1.1890.

<sup>8</sup> *El Orden*, 17.12.1894.

ingenios y en barrios urbanos-, además de la influencia del clima húmedo y caluroso en algunos tipos de enfermedades extendidas en la provincia. Como señalaba Pablo Mantegazza en su libro sobre los viajes por el Río de la Plata y el interior de la Confederación realizados en 1876:

*“La neumonía adinámica y las fiebres intermitentes son las enfermedades más comunes. La tenia es endémica. No faltan las disenterías, las afecciones al hígado y los trastornos variados del estómago y del intestino, comunes a los países tropicales. Casi todos los jóvenes son pálidos y extenuados. A lo largo del río Lules se observa endémico el bocio. Su existencia está completamente ligada a aquel arroyo y quien se sirve de sus aguas puede estar seguro de afearse con esta desagradable enfermedad”.* (Mantegazza; 1916: 193)

La referencia al rasgo de cansancio de los jóvenes “pálidos y extenuados”– que tal vez obedecía al exceso de trabajo- podría además tener relación con los efectos del paludismo, ya que según difundidas apreciaciones médicas, además de la elevada proporción de defunciones *“por cada individuo que muere, quedan lo menos nueve enfermos; y se trata de un flagelo que, minando incesantemente el organismo, debilita y agota las fuerzas físicas, destruyendo un factor indispensable para el engrandecimiento material de todo pueblo...”*<sup>9</sup>

Según datos correspondientes al año 1899, sobre 1.788 defunciones, 616, una tercera parte del total, correspondía a casos de paludismo; 209 a paludismo en sus diversas formas; 250 a neumonías de origen palúdico; 157 a gastroenteritis ocasionadas por el paludismo, destacándose el “chucho” como una de las enfermedades más extendidas y que más muertes provocaba. Numerosos estudios científicos habían demostrado que el agente patogénico de las fiebres palúdicas era un microorganismo que se transmitía por el agua y que se transfería a los humanos por las picaduras de ciertos tipos de mosquitos, lo que hacía imprescindible revertir la situación en Tucumán, donde -al igual que en Salta y Jujuy- el paludismo era endémico. Si bien se reconocían dos vías de entrada al organismo, la pulmonar y la gástrica, esta última era considerada la principal forma de acceso por la que se contraía la enfermedad en los centros de población, por el uso de agua contaminada.<sup>10</sup>

Asimismo, en un recuento realizado en el año 1897, sobre un total de 5.398 enfermos, 2.670 sufrían “fiebres palúdicas” –un 49%, indicativo de la magnitud de

---

<sup>9</sup> Informe presentado por Eliseo Cantón en el Congreso Nacional, 1895, *Compilación*; cit, V. XIX: 187-188. 8

<sup>10</sup> *Compilación*; cit, V. XIX, 1895: 189; 241-245. A la vía de contagio pulmonar debe el paludismo uno de sus nombres, malaria (por mal aire), que se da a través del ambiente, cuando se respiran los “miasmas palúdicos que pululan en la atmósfera”. Sin embargo el descubrimiento de Alphonse Laveran en 1880 del *plasmidium* como agente causal del paludismo, llevó a que este conocimiento médico reemplazara la vieja idea. (Watts; 2000: 291).

esta epidemia-, seguidos por 667 con quirúrgicas –por heridas varias, fracturas, hernias, quemaduras-; 532 venéreas; 381 respiratorias; 294 digestivas; 221 infecciosas y el resto de los asistidos presentaban patologías relacionadas con el sistema nervioso, corazón, piel, etc.<sup>11</sup>

Dentro de las enfermedades, las patologías digestivas -disenterías, afecciones al hígado, trastornos del estómago y del intestino-, asociadas a cuestiones climáticas de países tropicales, tenían además relación con la alimentación, señalada como “el remedio eficaz” para “fortalecer al pueblo”, pero que al ser deficiente o inadecuada podía provocar efectos negativos en la salud y favorecer la proliferación de algunas enfermedades.

En Tucumán, la calidad y abundancia de los alimentos que integraban la dieta básica dependían en principio de las distintas posibilidades económicas de subsistencia de los habitantes. Se consumían, además del maíz, el trigo, las harinas y el pan, productos de quintas y huertos y muchas familias pobres completaban su alimentación con naranjas y caña de azúcar, (Burmeister, 1916: 49-51) mientras en el caso de los trabajadores rurales estos recibían como componente del salario una ración alimenticia diaria -por lo general, carne, maíz, sal, calabaza- que era considerada insuficiente. Los sectores sociales más vulnerables eran entonces los de mayor propensión para contraer enfermedades infectocontagiosas, en tanto un organismo debilitado y mal nutrido no facilitaba los procesos de curación e incluso podía agudizarlos. (Bialet Massé; 1986:534; Rodríguez Marquina; 1899:17)

Una de las patologías que por sus efectos revistió mayor gravedad fue la viruela, cuya recurrencia permite inferir que se trataba de una epidemia que, periódicamente, se convertía en epidemia inducida por el empeoramiento de las condiciones de vida y salubridad del momento. Aunque desde 1721 se conocía la variolización y en 1871 la aplicación de la vacuna se hizo obligatoria en Tucumán, existieron diversos factores que obstaculizaron la eficacia de esta práctica científica, por las resistencias que su aplicación generaba en gran parte de la población. Esto dificultó hacer extensivo el uso de la vacuna, generando que la incidencia de la viruela se mantuviera y se manifestara en distintos brotes epidémicos: en 1878, cuando la prensa refería a los “estrágos” que causaba, provocando la emigración de muchas familias al campo; en 1879, adjudicado a la llegada de indios infectados a la provincia; y en 1890, cuando por la gravedad del flagelo y el peligro de contagio se concluía que toda la ciudad era “un foco de infección y cada casa un hospital”<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> *Memoria del Departamento Ejecutivo, Municipalidad de la ciudad de Tucumán*, 1897: 56-61.

<sup>12</sup> *El Orden*; 13.9.1878; 2.9.1890. En cuanto a los indios, derivados de las expediciones militares al desierto, y que fueron enviados para proveer de mano de obra a los ingenios azucareros, un

En cuanto a la existencia del bocio, aunque era una enfermedad endémica que se daba en regiones con bajo contenido de yodo, no incidía en la mortalidad y era de fácil identificación (por el aumento de la glándula tiroidea que produce la tumefacción de la parte frontal del cuello). Según las tendencias de la época, se consideraba al agua contaminada o carente de determinados minerales, y a su uso indebido como factores causantes del bocio, ideas que se vinculaban a la pobreza y a la falta de instrucción de ciertos sectores de la población, que como en Lules, “*era muy desidiosa, poco se cuidaba del bocio (...) se encuentran aún muchos enfermos pertenecientes todos a esa clase social que vive en el abandono y la miseria*”.<sup>13</sup>

Otra de las enfermedades corrientes de la época fue la tuberculosis, cuyo impacto no registraron todas las fuentes. De acuerdo a los datos de la Oficina de Registro Civil, entre 1897 y 1904 las víctimas causadas por la tuberculosis habían aumentado, aunque la falta de médicos que certificaran las causas de muerte imposibilitaba conocer la verdadera dimensión del avance de la enfermedad en el ámbito local. (Rodríguez Marquina; 1904: 411-412) Al respecto, y en consonancia con las campañas a nivel nacional, se iniciaba en esos años en Tucumán el debate sobre cómo enfrentar la tuberculosis: se reconocía su naturaleza pero sobre todo se apuntaba al determinismo orgánico y a ciertas condiciones sociales que facilitaban su desarrollo. En este sentido, las deficiencias en la alimentación, la higiene de las viviendas, la excesiva jornada laboral y la salubridad de las fábricas, eran los tópicos centrales en una línea que vinculaba estrechamente la salud con las condiciones de vida y de trabajo en un contexto más amplio de debates sobre la cuestión social (Vallejo; 1904: 405-406).

Respecto a la relación de las enfermedades y la mortalidad en la segunda mitad del siglo XIX, la estructura de las causas de muerte respondía a un perfil pre-transicional con predominio de enfermedades infecto-contagiosas de rápido contagio y propagación, vinculadas a carencias primarias y elementales en las condiciones de vida y que provocaron el 35% de las defunciones entre 1859 y 1891 en la ciudad Capital.<sup>14</sup>

---

informe denunciaba: “*dos indias estaban enfermas, recién convalecientes de viruela... el capataz las castigaba, mostrándoles una de ellas, la más anciana, las cicatrices de heridas producidas por el látigo en el brazo y en la cara...que le daban de comer una vez al día y su comida consistía en maíz con carne.*” Informe de los Defensores de pobres al gobernador Silvano Bores, 1879. Citado por García Soriano (1968: 26).

<sup>13</sup> Revista Médico Quirúrgica, 1877. (Citado por Di Liscia; 2005: 28)

<sup>14</sup> El concepto “pre-transicional” refiere al momento previo al de las etapas de la “transición epidemiológica”, en las que producirá un paulatino descenso de la mortalidad vinculado a las causas de muerte, de un patrón dominado por enfermedades infecciosas a uno dominado por enfermedades degenerativas o producidas por la acción del hombre. El descenso de la mortalidad se vincula a factores ligados al progreso económico, las mejoras en las condiciones de vida, los avances científicos y las medidas sanitarias.



Entre 1858 y 1892 hubo picos de mortalidad en los que predominaron los brotes de viruela, fiebre, neumonía, sarampión, disentería y tétano como responsables del incremento de muertes, que reflejaron los registros de defunciones de la parroquia de “La Victoria” (Iglesia de La Merced), cuya jurisdicción abarcaba la zona este y sur de San Miguel de Tucumán, así como gran parte de los suburbios y de la campaña circundante. Más del 50% de muertes correspondía a menores de 14 años, que constituían el segmento de la población más vulnerable y por lo tanto más propenso a contraer enfermedades infecciosas, y donde predominaban enfermedades propias de la infancia como el sarampión (mortal en la niñez, no así en la adultez), el tétano (por la falta de asepsia en el corte del cordón umbilical) y la viruela (que se convirtió en una enfermedad infantil ya que la población adulta que sobrevivía a un brote se encontraba inmunizada frente a un nuevo contagio). (Parolo, Campi y Fernández; 2010)

En la medida en que la falta de infraestructura y de servicios sanitarios acentuaban la virulencia de las enfermedades e impactaban en la problemática social en Tucumán, la salud fue cobrando nuevo sentido, en el marco de un proceso donde el Estado provincial fue definiendo nuevas funciones y áreas de influencia. La adopción de medidas aisladas y asistemáticas dará paso a un abordaje más consistente para enfrentar las enfermedades que con mayor o menor incidencia en la mortalidad, afectaban sobre todo a la población de menores recursos y expresaban un aspecto de la realidad que requería un tratamiento público.

## **II- 2- Tiempos de epidemias y desarrollo institucional**

En una etapa temprana de acciones dirigidas al tratamiento de la salud, los problemas de tipo sanitario fueron abordados desde el gobierno provincial, que en 1863 creó el Tribunal de Medicina; y desde la gestión municipal, a través de medidas vinculadas a cuestiones de higiene pública y al control de ciertas enfermedades infectocontagiosas.

Durante los años en que el Tribunal de Medicina -bajo dependencia del gobierno provincial entre 1863 y 1868, cuando pasó a la órbita del poder municipal- actuó como único organismo de salud en la provincia, no hubo avances significativos en cuestiones sanitarias que requerían un tratamiento específico; y sus funciones, que eran amplias y se enunciaban de modo general, se circunscribieron al ámbito de la Capital, quedando extensas zonas del territorio sin ningún tipo de asistencia.

Las preocupaciones por la higiene pública, condición esencial para evitar la transmisión de enfermedades, fueron prioritarias y abarcaron desde medidas de higienización e inspecciones de domicilios hasta la prohibición de la mendicidad

en las calles. Bajo el argumento de que era de interés público evitar los peligros de contagio y “el espectáculo repugnante que presentan”, un decreto determinaba que por motivos de moral e higiene los mendigos adultos fueran llevados al Asilo recién instalado por la Sociedad de Beneficencia, mientras los menores de edad debían quedar a disposición del Defensor de Menores.<sup>15</sup>

En situaciones de emergencia sanitaria, como fueron los brotes de viruela, las medidas profilácticas eran más puntuales y se complementaban con el cierre de escuelas, la suspensión de funciones religiosas y la instalación de lazaretos<sup>16</sup> para garantizar la asistencia gratuita a los “pobres desvalidos” mientras durara la epidemia. Además se extremaban las recomendaciones de limpieza de calles y casas, las desinfecciones y la destrucción de objetos que hubieran utilizado los enfermos -apelando a la caridad para compensarlos con frazadas y ropa-; y hasta se llegó a prohibir que subieran al “tramway” mujeres con atados de ropa que podrían haber sido de “virulentos”, por el peligro de contagio. Asimismo, se ordenó a los directores de escuelas municipales no aceptar ningún alumno en las aulas sin certificado de vacunación, porque si bien existía su obligatoriedad como método científico de prevención, su implementación seguía siendo dificultosa.<sup>17</sup> En gran medida ésta no llegaba a generalizarse por el rechazo de muchos sectores de la población que creían que sus efectos eran nocivos, y persistían problemas vinculados a las capacidades limitadas de la organización sanitaria provincial.

Con respecto al control del ejercicio profesional, incorporado a la reglamentación del Tribunal de Medicina, se evidenciaron las dificultades para hacer efectiva la obligatoriedad de un examen previo para ejercer a médicos, farmacéuticos, parteras, dentistas y flebotomos, así como los requisitos en la preparación de medicamentos y las penalidades previstas por incumplimiento. Las normativas resultaron de difícil aplicación por la escasez de profesionales, por la ineficacia de los controles en el marco de la incipiente estructura de la administración estatal; y porque la eficacia de la medicina científica quedaba más que nada en el discurso, en un momento previo a la era listeriana y pasteuriana.<sup>18</sup>

---

<sup>15</sup> *Compilación*, cit, V. VI; 1877: 348-349

<sup>16</sup> El lazareto era en principio la denominación del lugar para aislar a los enfermos que habían contraído el “mal de San Lázaro” (lepra), pero se usó indistintamente para hacer referencia al sitio donde se alojaban a los enfermos en casos de epidemia.

<sup>17</sup> *La Razón*; 11.9.1878; 16.8.1884; 12.11.1884; 12.12.1884.

<sup>18</sup> Tras la invención de la anestesia, J. Lister introdujo la antisepsia, con el tratamiento con ácido fénico de las heridas y el acondicionamiento del quirófano, con inmediata disminución de la mortalidad quirúrgica. L. Pasteur, junto a R. Koch –descubridor del germen patógeno de la tuberculosis y del vibrión colérico- tuvieron un papel central en las investigaciones que determinaron el origen microbiano de las enfermedades infecciosas. (Laín Entralgo; 2001: 525 y 483-484)

Si bien se apelaba a la colaboración policial para el control de curanderos que podían cometer errores y causar daños a los pobladores, cuando se trataba de “socorrer al enfermo desamparado” en la campaña se admitían excepciones, como registró una circular del año 1881 a los comisarios de policía donde se advertía que la ley no podía ser aplicada en todo su rigor cuando el médico se encontrara a más de dos leguas de distancia de la casa del enfermo.

El tránsito hacia una nueva instancia institucional y de definición de lineamientos respecto al tratamiento de la salud pública, con mayores posibilidades para establecer normas y aplicar medidas, se vinculó a la conformación y desarrollo del aparato estatal y a diferentes factores, donde se conjugaron la necesidad de crear la infraestructura para mejorar las condiciones de salubridad con coyunturas sanitarias que las evidenciaron y potenciaron y con la gravitación de las ideas del higienismo en el ámbito local.<sup>19</sup>

En Tucumán, los higienistas fueron en su mayoría médicos graduados de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, y junto a intelectuales, funcionarios y otros profesionales, se constituyeron en gestores de las políticas sanitarias en el ámbito municipal y provincial: médicos que trascendieron la escena local como Eliseo Cantón y Gregorio Aráoz Alfaro; gobernadores como Benjamín Aráoz y Lucas Córdoba; intendentes como el abogado Ángel Padilla; funcionarios como Paulino Rodríguez Marquina, entre otros.

Los exponentes de la corriente higienista apelaron a nuevas ideas provenientes del desarrollo científico tanto para sustentar como para legitimar las intervenciones en materia social y sanitaria y quienes desempeñaron un rol fundamental fueron los profesionales médicos, que estuvieron a cargo de la dirección de reparticiones, hospitales y organismos de salud, e incluso muchos llegaron a actuar en la esfera política como diputados, senadores, ministros y gobernadores. De las trayectorias más significativas se destacaron Benjamín Aráoz, que presidió la Comisión de Salud Pública durante la epidemia de cólera de 1886-87; que posteriormente se desempeñó como ministro de hacienda entre 1891 y 1893 y al año siguiente accedió a la gobernación de la provincia; Eliseo Cantón, que promovió sus ideas en la prensa y en el Congreso Nacional, actuó en la lucha contra el cólera, fue diputado provincial y nacional y autor de una vasta producción científica; Alberto de Soldati, que fue médico de la municipalidad, diputado provincial, ministro de hacienda, ministro de gobierno y diputado y

---

<sup>19</sup> El concepto de higienismo fue promulgado por médicos y científicos cuyo objetivo era acabar con las enfermedades epidémicas causadas por la insalubridad en los centros urbanos, e introdujo una visión de la salud entendida como un fenómeno social. A fines del siglo XIX se afirmó en Argentina el rol de la higiene como instrumento de intervención que incluía el saneamiento de las ciudades y el equipamiento sanitario; y se identificaba con los avances de la bacteriología moderna para evitar la infección y el contagio. (Armus; 2000)

senador nacional; Tiburcio Padilla, que fue presidente del Consejo de Higiene y director de la Asistencia Pública, alcanzó la gobernación de la provincia, y los cargos de senador y diputado nacional, entre otros.

En la medida en que las patologías, en particular las de carácter infeccioso, afectaban el orden social y se hacían más problemáticas en el contexto del crecimiento urbano, la higiene fue el principal instrumento de intervención y los higienistas los responsables de formular ideas, diseñar políticas, promover obras de salubridad y plantear formas de asistencia. Además de poner en debate la incidencia de las enfermedades y los altos niveles de mortalidad asociados a las malas condiciones de vida y a la falta de infraestructura sanitaria, coincidían en dos premisas fundamentales: el tratamiento de la salud como un problema público, y la necesidad de mayor intervención estatal.

En Tucumán estas ideas cobraron fuerza con la epidemia de cólera desencadenada en el verano de 1886-1887, que marcó un punto de inflexión en la percepción del Estado y de la sociedad respecto a las cuestiones de salud y dio una dimensión diferente a la enfermedad como problema social. La epidemia -que afectaba también a otras provincias del territorio nacional como Buenos Aires, Rosario y Córdoba- tuvo en Tucumán un impacto sin precedentes, al que aludía la prensa a fines de 1886:

*“... ¿qué nos deja como recuerdos este año más que pasa? El cólera en una extensión considerable en el país. Miles de seres humanos en el sepulcro, víctimas que el cólera arrebatara. El luto y la viudez, y la orfandad, y el llanto y la miseria esparcidos por cientos y cientos de hogares, quizá no ha mucho llenos de alegría, de contento, de hermosas esperanzas para el porvenir. Aún centenares de hermanos quedan sufriendo horribles torturas y por perspectiva sólo tiene una fosa abierta. Y aún se espera más muertos, más luto, más viudez, más orfandad...”<sup>1</sup>*

Las víctimas del cólera, según el Informe de la Comisión de Salud Pública de la Nación, se calcularon en alrededor de 6000 muertos, cifra que sería mayor debido, entre otros aspectos, a la resistencia de la población a denunciar casos -ocultamiento por temor al aislamiento y a la desinfección- y a que muchas causas de defunciones de coléricos eran catalogadas como “disentería”. Los datos provenían de los lazaretos que funcionaban en la Capital, por lo que no fueron registrados los enfermos que se atendían y morían en sus domicilios, ni aquellos que lo hacían en manos de curanderos en la ciudad y la campaña, ni los abandonados insepultos en los campos o inhumados sin conocimiento de las autoridades.

La enfermedad fue especialmente cruenta en virtud de las condiciones de vida de los sectores populares -vivienda, alimentación, estado físico- y de un sistema urbano precario (sin agua potable, escasa higiene, calles...) que carecía

de infraestructura sanitaria (faltaban hospitales y profesionales) y puso en evidencia que la salud era un problema público. Por un lado los poderes provinciales y municipales, con el apoyo del gobierno nacional, asumieron la tarea de controlar y combatir la enfermedad a través de medidas higiénicas de tipo preventivo -desinfecciones, prohibición de reuniones e inspección de alimentos-; controles de domicilios y aislamiento de coléricos, instalándose cuatro lazaretos u hospitales “circunstanciales” con servicio médico. Se planteó además el deber de *“socorrer a las personas menesterosas”* en vista del desarrollo del cólera y del *“estado de miseria en la gente del pueblo de esta capital”*, que aludía a la relación de la enfermedad con la pobreza, situación que llevó al gobierno a adoptar otro tipo de medidas como la distribución de carne a los pobres. Por otra parte la epidemia estimuló la acción de diferentes sectores de la sociedad civil - asociaciones mutuales, de voluntarios, organizaciones de beneficencia, la Iglesia y la prensa- que se movilizaron frente a un problema colectivo sobre todo desde un rol asistencial y de auxilio a los enfermos, consiguiendo recursos y brindando apoyo espiritual.

En un escenario signado por los efectos de la epidemia en la población tucumana, en los años siguientes se incrementaron las iniciativas de los poderes públicos en el área de la salud, dando lugar a una fase más avanzada en el desarrollo de las acciones sanitarias.

En el plano institucional, lo nuevo fue el reemplazo del antiguo Tribunal de Medicina por el Consejo de Higiene Pública en 1887, organismo bajo dependencia del Ejecutivo, que surgió con el objetivo de centralizar y extender las acciones a todo el territorio provincial y que fue definiendo sus competencias a través de un marco legal necesario para su funcionamiento; de la afirmación de los profesionales médicos que lo integraban; y del abordaje de problemas de carácter higiénico; del control de las patologías infecciosas y de la vigilancia del ejercicio profesional.

Fue durante la gestión del gobernador Lucas Córdoba, que expresó y concretó un programa más amplio de reformas, cuando se presentó un proyecto para reformular aspectos de la asistencia sanitaria en la provincia. Los argumentos centrales fueron las necesidades crecientes en el área, y las deficiencias y los inconvenientes vinculados a la “falta de atribuciones amplias” del Consejo de Higiene Pública. Convertido en ley, se estableció el aumento de sus miembros (a los dos médicos y el farmacéutico originales se agregan tres médicos más y el jefe de la Oficina Química como miembros adjuntos); la regulación de sus honorarios; la imposición de multas que serían destinadas a sostener el organismo y a la adquisición de instrumentos científicos. Asimismo, se avanzaba en un tema conflictivo que cruzaba la línea de lo público y significaba la intromisión en la

esfera privada, al autorizar el allanamiento de domicilios bajo la responsabilidad de los miembros del Consejo, cláusula vinculada a la necesidad de detectar y prevenir enfermedades infecciosas, en un contexto donde eran recurrentes los brotes epidémicos.<sup>20</sup>

Como en esos años las principales acciones para frenar o prevenir el contagio consistían en el aislamiento del enfermo y la desinfección de la casa, el municipio también introdujo, a tono con la legislación provincial, la obligación de desinfectar locales y domicilios donde se hubieran producido enfermedades infectocontagiosas. A través de un mecanismo que consistía en la exhibición de una papeleta expedida por la intendencia, los empleados estaban habilitados para entrar en los domicilios y en casos de resistencia de sus habitantes podían solicitar el auxilio de la policía. Por su parte, los médicos o jefes de familia debían denunciar las patologías infecciosas que observaran, y la exigencia de la desinfección abarcaba a la fiebre tifoidea, la fiebre puerperal, la viruela, la difteria, la escarlatina y el sarampión; mientras que la tuberculosis pulmonar era voluntaria y sólo se ordenaba actuar si se producía el fallecimiento del enfermo.<sup>21</sup>

Vinculado con la gravitación de las epidemias y la proliferación de enfermedades, el control de la práctica médica, que había sido una de las atribuciones de alcance incierto del Tribunal de Medicina, adquirió centralidad, en consonancia con la evolución que comenzaban a experimentar las políticas de salud en el marco de la afirmación del poder político y la extensión de las funciones del aparato estatal.

Como principal organismo sanitario de la provincia, el Consejo de Higiene logró la aprobación de una reglamentación del ejercicio de la medicina y demás ramos del “arte de curar” en 1895, que fue avalada por el gobernador Benjamín Aráoz (1894-1895), quien a la vez era un representante de la corporación médica y había tenido una destacada actuación durante la epidemia de cólera.

El reglamento establecía que nadie podría ejercer sin título expedido por las facultades nacionales de Ciencias Médicas, o revalidados por el Consejo de Higiene Pública, previo el correspondiente examen. En los casos de diplomas extranjeros se autorizaba la práctica por no más de cuatro meses sin previo examen y sólo en lugares donde no hubiera profesionales (de modo que se contemplaba la situación de mayores carencias de la campaña); y en relación al ejercicio profesional se unificaban criterios en cuestiones como la confección de recetas, las pautas a seguir para los diagnósticos y la obligación de dar aviso si detectaban patologías infectocontagiosas.

---

<sup>20</sup> *Compilación*, cit, V. XXIII: 288-289; 290-295.

<sup>21</sup> *Digesto Municipal*, T. IV, 1900: 145-146.

Las disposiciones abarcaban también a farmacéuticos, parteras y flebotomos. Las obligaciones para los farmacéuticos eran las más específicas, en tanto su actividad era esencial en el tratamiento de la enfermedad y no todas las boticas que existían –según los datos censales, en 1869, 15 en la ciudad Capital y en 1895, 18 en la Capital y 12 en el resto de la provincia- cumplían con las condiciones de preparación científica. Sobre todo a mediados de siglo era corriente que muchos comercios de ventas generales también suministraran medicamentos, por lo que era imprescindible el control de la conservación y provisión de los mismos a cargo de farmacéuticos que debían vigilar las provisiones y no realizar ventas sin receta médica.

En todos los casos los incumplimientos de estas medidas se correspondían con penalizaciones que contemplaban diferentes instancias: apercibimiento, audiencia verbal, multas escalonadas en caso de reincidencia y hasta publicación en los periódicos de los nombres de los infractores, datos que podían funcionar como un mecanismo de control y para alertar a la población.<sup>22</sup>

La reglamentación aludida fue, desde lo institucional, un intento de organizar y jerarquizar el quehacer y saber médico en un período de cambios más integrales en el ámbito de la salud. Los médicos acudían, a través del Consejo de Higiene –organismo que les daba entidad y legitimaba su poder dentro de la administración provincial-, al respaldo estatal para reglamentar su profesión y demás ramas del “arte de curar”, lo que suponía avanzar en la imposición de criterios científicos. En el caso de los farmacéuticos se intentaba controlar la provisión científica de medicamentos; en lo referido a las parteras la ley fue más ambigua porque no especificaba el alcance de sus intervenciones, rasgo que se modificaría con la creación de una Escuela de Parteras -impulsada al poco tiempo desde la intendencia municipal-. Sus discípulas obtendrían diplomas expedidos por el Consejo de Higiene, previo examen que certificaba su preparación para ejercer, cuestión que retomaremos en el capítulo dos.

En la nueva instancia de desarrollo de iniciativas sanitarias encauzadas por el Consejo de Higiene, también cobraron fuerza cuestiones que formaron parte de un proyecto más amplio de emprendimientos, como fue la provisión de aguas potables a la ciudad capital, que representó un caso de intervención estatal en el espacio urbano vinculado a la salud de la población y en un contexto más amplio destinado a mejorar sus condiciones de vida.

Impostergable en la medida en que los conocimientos científicos de la época corroboraban que numerosas enfermedades eran transmitidas o se originaban en aguas contaminadas y que el agua era un elemento esencial para

---

<sup>22</sup> *Compilación*, cit, V. XVIII: 382-389.

preservar la salud, la idea fue impulsada por el gobernador Benjamín Aráoz, secundado por Eliseo Cantón, entonces diputado nacional, que para concretarla consiguió la aprobación de un empréstito en el Congreso de la Nación. Bajo la premisa de que *“proveyendo de agua corriente y pura a la población, repartiremos la salud a domicilio”* aludía a los efectos del paludismo, que producía altos niveles de mortalidad y debilitaba a los organismos afectando la productividad en el trabajo, lo que para Cantón constituía *“un doble problema económico y social”*.<sup>23</sup> En su exposición sintetizó conceptos del higienismo y de las nuevas corrientes respecto a lo social e insistió en plantear las relaciones entre salud, trabajo y economía; agua y salud; y la necesidad de considerar los avances en la medicina y realizar obras públicas.

El proyecto, que comprendió instancias legales y administrativas y negociaciones que involucraron a los poderes del ámbito provincial y nacional, constituyó una iniciativa vinculada a la salud pública que expresaba los lineamientos de una política dirigida a toda la sociedad, aunque sus alcances en esta primera etapa se circunscribieron a un sector de la ciudad. Si bien el servicio de agua corriente resultaba esencial, no todas las viviendas tenían posibilidades de acceder automáticamente al mismo. Dentro del radio que comprendía la cañería conductora del agua potable los propietarios de casas estaban obligados a conectarse a la red, pero asumiendo el costo de la instalación, de lo que puede deducirse que fueron los hogares más acomodados los que tuvieron mayores posibilidades de beneficiarse con esta importante obra pública.

En el proceso de su realización se conjugaron elementos que reflejaron los avances en la construcción estatal, en la medida en que derivó de una decisión política del Ejecutivo provincial e intervinieron los poderes legislativos local y nacional; se adoptaron criterios científicos en las fundamentaciones; y se requirió de estudios previos de diferentes especialistas –contratación de ingenieros para el diseño de las formas de irrigación y la confección de planos topográficos; y de químicos para los análisis de las aguas-. La coordinación estuvo a cargo del gobierno provincial, quien mostró nuevas capacidades de gestión, actuó a través de sus representantes para conseguir apoyo económico, y se hizo cargo del financiamiento, la construcción y la administración de las obras; y aunque en los tramos de las conexiones intervinieron empresas particulares por licitación pública, predominó la concepción del servicio público como obligación y responsabilidad del Estado.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> *Compilación Ordenada*; cit., V. XIX: 186-188.

<sup>24</sup> No es casual que fuera durante los gobiernos de Benjamín Aráoz y de Lucas Córdoba cuando se definió una política sin dilaciones en la dotación de aguas corrientes a la ciudad. Aráoz formaba parte de la corriente de médicos higienistas y Córdoba fue uno de los gobernadores que más



Tanto la implementación de este sistema, como los organismos y las diversas reglamentaciones vinculadas a la preservación de la salud en las décadas del '80 y '90, se dieron en un marco de expansión de la administración estatal expresado en distintas reparticiones: la Oficina de Estadística creada en 1881 para recopilar y publicar los datos estadísticos, que proporcionaba información sistematizada acerca de campañas de vacunación, entradas a hospitales, enfermedades, inspecciones de higiene, servicios de primeros auxilios que podían servir para realizar diagnósticos o reajustes y programar acciones; el Departamento Topográfico, cuya función fue vigilar el estado y conservación de los caminos, y desde 1896 se convierte en Departamento de Ingenieros y Obras públicas, que incluía una Comisión de aguas potables para uso racional del agua; el Departamento de policía, para vigilancia y controles de normativas sanitarias y aplicación de multas; el Consejo de Educación, que proveía información para campañas de vacunación, y el Registro Civil, que proporcionaba datos de nacimientos y defunciones. No obstante el aumento de capacidades estatales que suponían estos organismos, el reclamo de los funcionarios a cargo por la falta de empleados competentes y de personal para controlar que se cumplieran las normas era constante y reflejaba las limitaciones inherentes al proceso de construcción estatal.

### **II-3- Estado y beneficencia en la construcción de acciones sanitarias: el caso de los hospitales**

La construcción de políticas de salud pública en Tucumán hacia fines del siglo XIX tuvo la particularidad de que el proceso institucional se expresó a través de la vía estatal propiamente dicha, representada por los organismos de salud bajo órbita del poder provincial o municipal; y de otra vía en la que confluyeron lo estatal y lo privado, expresada en la administración y sostenimiento de los hospitales en la provincia.

De modo similar a la enfermedad, que tiene el sello de su época y refleja sus patrones culturales y sociales; el concepto de hospital encierra también más de un significado vinculado a un tiempo y a una realidad determinados, siendo concebido primero como una institución que incluía, además del cuidado de los enfermos, funciones asistenciales ligadas al concepto de caridad cristiana.

Durante muchos años, tanto en lo conceptual como en las representaciones y en las prácticas, no se diferenciaron las funciones asistenciales y las de salud, y los vocablos “pobres” y “enfermos” muchas veces se confundían, en tanto la enfermedad era vista como una forma de pobreza o como una consecuencia de la

---

contribuyó a la modernización de la administración estatal que impulsó, como vimos, la reforma del Consejo de Higiene y otras importantes obras en Tucumán.

misma; y en la medida en que la pobreza era una realidad económica y una imagen social percibida por todos, hubo respuestas que iban desde la caridad hasta formas de protección estatal. El objetivo principal de la cura del enfermo a través de un personal y equipamiento técnico apropiado, al que se sumaron el aprendizaje e investigación para ampliar el conocimiento de las diferentes patologías, fue resultante una larga construcción en la que se forjó un nuevo concepto sanitario, político y hasta arquitectónico de los hospitales y de su funcionalidad.

Este proceso se observa en el desarrollo de la cuestión hospitalaria en Tucumán, que durante la primera mitad del siglo XIX, reflejaba -en un marco de inestabilidad política y económica-, la inexistencia de un tratamiento público de la salud y los hospitales eran circunstanciales; mientras la segunda mitad del siglo marca una instancia diferente, cuando el gobierno decide la “terminación y arreglo de la casa destinada a hospital” y entrega su dirección a la Sociedad de Beneficencia, creada en 1858.

Dirigida e integrada por mujeres de la élite tucumana y dedicada a la atención de mujeres, ancianos, niños y enfermos, la Sociedad de Beneficencia desarrollaba sus tareas benéficas con cierta autonomía en cuanto a la administración de las instituciones que tenía a su cargo, pero a la vez estaba sujeta, por el aporte económico oficial que recibía, al control y supervisión de los poderes públicos. De este modo se conformó un modelo donde el Estado asumía una parte de responsabilidad en cuestiones asistenciales pero a través de una organización privada, en un contexto donde se pretendía dotar a la caridad y a la filantropía de mayor alcance y eficiencia.<sup>25</sup> En cierta manera la beneficencia sería un instrumento de participación y una instancia que les permitiría a las mujeres intervenir activamente en la conformación del brazo asistencial del Estado y en el diseño de la comunidad política en ciernes. (Guy, 2011)

La relación Estado-Beneficencia se fue definiendo a través de pautas que implicaron, en el caso del hospital, la primacía de donaciones, legados, limosnas y otros fondos sobre la “*dotación que el gobierno le señalará si fuera necesario*” para su financiamiento. Predominó entonces en un primer momento la contribución particular y no oficial, pero hubo controles estatales sobre la recaudación e inversión de los fondos y las obras que se realizaban.<sup>26</sup> Luego

---

<sup>25</sup> “*Todo cambia y se transforma en la naturaleza, en la historia y en la sociedad (...) ni la caridad, ni la mendicidad son como eran. Ha poco tiempo, salían los leprosos a la calle y recorrían la ciudad mostrando sus llagas a los transeúntes (...) hoy no se ve cosa parecida. La caridad pública, que antes se ejercitaba aisladamente y que era por eso mismo menos eficaz, los ha recogido en asilos y hospitales (...) En vez de salir a pedir puerta en puerta, las damas se han organizado en sociedad...*” *La Razón*, 27.11.1878.

<sup>26</sup> *Digesto Municipal*, T. I: 409-410.

umentaría el aporte económico de los poderes provinciales, que muchas veces se conseguían por las gestiones de las socias, y de fondos provenientes de la Lotería Nacional. En cuanto a las normas de carácter médico-higiénico, la designación del médico y los asuntos de higiene fueron desde los comienzos atribuciones del gobierno municipal, que incluso podía reasumir la administración del establecimiento cuando lo creyera conveniente.

A comienzos de la década de 1870 el único hospital existente en la ciudad era el “Hospital de hombres” también llamado “Hospital de Caridad”, en el que se habilitó en forma provisoria, un salón con quince camas para enfermas mujeres, con una pared divisoria en el patio para separarlo del sector de hombres, hasta tanto se instalara un hospital de mujeres. La construcción del nosocomio fue proyectada por la Sociedad de Beneficencia, que para tal fin recibió un sitio de propiedad pública cedido por el gobierno, quien además ofreció una “pequeña suma” mensual para *“ayudar al sostenimiento de una casa destinada a servir de asilo a las infelices de toda la provincia, que vayan a ella en busca de asistencia y salud”*.<sup>27</sup> Este accionar manifestaba claramente una concepción caritativa, en tanto la “ayuda” era una contribución y no una obligación asumida como responsabilidad pública; mientras los conceptos de asilo y asistencia remiten a la idea de hospital donde la atención de enfermos no era el objetivo excluyente.

La inauguración del Hospital de mujeres en 1874 fue destacada en el diario “La Razón” el 27 de setiembre, como una obra concretada con limosnas, donaciones, bazares, rifas, y subvenciones estatales y aportes de las damas de la Sociedad de Beneficencia, y reflejó una concepción predominante en la época acerca de la necesidad de aislar la enfermedad y la miseria, incrementar la fuerza laboral y controlar la posible peligrosidad de los sectores más postergados. En ese sentido, la prensa sostuvo que:

*“Establecimientos de esta naturaleza honran a la ciudad (...) la libran de enfermedades que por no ser bien atendidas pueden hacerse endémicas, dan al trabajo y a la riqueza común todos aquellos brazos y todas aquellas inteligencias postradas por las enfermedades; evitan delitos que muchas veces por necesidad se perpetran; concentran la miseria en un sitio aislado, evitando así que sufra con su asqueroso aspecto una gran parte de la población...”*.

Desde fines de los ´70 y a comienzos de los ´80, se denunciaba que ambos hospitales, el de hombres y el de mujeres, no reunían las condiciones indispensables de higiene ni satisfacían las demandas de la población. En ese contexto se gestó la idea, propiciada por la Sociedad de Beneficencia, de construir un edificio más adecuado y moderno para la atención de la salud, que tuvo eco en

---

<sup>27</sup> *Compilación*; cit, V. V: 420-422.

el seno de la corporación municipal, donde gravitaban las ideas del higienismo. Fue el intendente Ángel Padilla quien impulsó el proyecto destinado a la construcción de un “Hospital Mixto”, inaugurado en 1883 frente a la actual plaza Belgrano (entre las calles Lavalle, Alberdi, La Rioja y Uruguay -hoy Lamadrid-, en el sitio de “La Ciudadela”, emblemático por el triunfo de Belgrano el 24 de setiembre de 1812), y aunque se hizo mediante el concurso oficial y privado, en este caso hubo mayor injerencia estatal en las distintas instancias de gestación, organización y evolución futura del establecimiento.

Las principales fuentes de financiamiento del nosocomio provenían de la recaudación de impuestos sobre carneo de animales, de la venta de los hospitales existentes y de donativos particulares; a los que se sumaron dos créditos otorgados por el Banco de la Nación y aportes del gobierno nacional.<sup>28</sup> Sin embargo, -con el argumento de que las rentas municipales eran insuficientes y se necesitaba extender las obras- se creó una Comisión Protectora del Hospital Mixto para obtener recursos a través de rifas, donaciones, conciertos, apelando a los “filantrópicos sentimientos” de la población. Hacia 1898, de los 76.494,04\$ de gastos del hospital, 47.0440,72\$ provenían de la Comisión y 29.453,32\$ del Tesoro Municipal, datos que reflejan la dimensión que las contribuciones particulares seguían teniendo varios años después de la instalación del Hospital Mixto.

Uno de los aspectos que hacían a una concepción más moderna del nuevo establecimiento -que difería del concepto de “casa-hospital”- era el plano arquitectónico, basado en un esquema de pabellones para las internaciones de los enfermos, con galerías en los extremos y un cuerpo equidistante y separado para los baños y la sala de operaciones. Aunque por sus posibilidades las prestaciones de salud todavía eran precarias, su diseño suponía un desarrollo respecto a los establecimientos anteriores y se inspiraba en el Hospital Laiboisiere de París -concluido en 1854 y que inauguró una nueva época en edificios hospitalarios-, cuya base era un gran patio central con la administración en uno de sus extremos, la capilla y otras habitaciones en el otro y tres salas paralelas. (Lecuona; 1973:41)

Con el transcurrir del tiempo, las modificaciones edilicias acompañaron los cambios destinados a mejorar los servicios sanitarios, debido a que era imprescindible ampliar las obras por el exceso de enfermos y la falta de camas. En ese sentido el poder municipal aceptó las reformas estudiadas por una comisión de médicos para que primaran los conceptos higiénicos, y paulatinamente se fueron construyendo nuevos pabellones, un departamento especial para baños – para tratamiento de ciertas enfermedades y para aseo de los enfermos-; y salas

---

<sup>28</sup>*Digesto Municipal*, T. II, 1883: 209; 212 y 217.

de cirugía, de desinfección y de maternidad; obras que se realizaron con fondos públicos y aportes particulares. La Comisión Protectora vehiculizaba los numerosos aportes para el Hospital Mixto, que se concretaron en subsidios del Banco Provincial; sumas del gobierno provincial; y recaudaciones provenientes de fiestas organizadas por las colectividades.

El funcionamiento de los hospitales comprendía diferentes aspectos: el material, que abarcaba el financiamiento y dirección del establecimiento; el sanitario, relativo a la higiene y a la atención médica; y el espiritual, en tanto la religión era vista como un medio para proporcionar alivio a los enfermos. Correspondía a una comisión de la Sociedad de Beneficencia examinar el servicio en las salas y oficinas; y al médico municipal cumplir con la atención de los enfermos. Por su parte, el capellán cubría el servicio religioso, como misas y fiestas en la capilla del hospital, administración de sacramentos y visita de moribundos, y las Hermanas de Caridad colaboraban en la administración interna y en mantener la disciplina para que “reine el orden y la moralidad”.<sup>29</sup>

Algunas de las prescripciones a que debían someterse los enfermos según el Reglamento del Hospital de Caridad o de hombres de 1870 eran: *“conservarse en la cama de una manera decente; no gritar ni armar disputas, ni jugar, y guardar silencio desde la 9 de la noche hasta las 6 de la mañana; observar fielmente las disposiciones del médico, tomando los remedios y guardando las dietas que les sean prescritas; tratar con respeto y deferencia al médico...; no salir de la cama, ni de la sala en que estén colocados ni pasearse en los patios sin permiso...”*.

Estas reglas para los enfermos pobres pueden asociarse a otras normas y pautas disciplinarias que en esa época se intentaban imponer en las instituciones educativas (por ejemplo a través de los contenidos en los reglamentos de escuelas); en el trabajo (a partir de la imposición de normativas sociolaborales); o las relativas a las costumbres (como los edictos para reprimir el alcoholismo y las fiestas); que reflejaron objetivos de los sectores dirigentes de “civilizar” ciertas conductas de los sectores populares.

El sentido religioso que impregnaba la institución se materializó en la construcción de la capilla del establecimiento, en las ceremonias que se realizaron, en los días especiales para comunión de los enfermos, en los nombres asignados a los pabellones que tuvo el Hospital Mixto -“La Samaritana”, “La Divina Pastora”, “San Roque”, “San José”-; y en el caso del futuro Hospital de niños, bajo los patrocinios sagrados del “Niño Jesús” y la administración a cargo de las Terciarias Franciscanas.

---

<sup>29</sup> *Digesto Municipal*, T.I: 41; Reglamento del Hospital de Mujeres, *La Razón*, 26.7.1878.

En cuanto a la recepción de los enfermos, no todos eran admitidos y había enfermos “excluidos”, porque si bien se establecía *“recibir y curar los enfermos pobres, sin distinción de nación, condición, ni religión”*, la aceptación se hacía con certificado que acreditaba la pobreza y no se aceptaban los enajenados mentales ni los atacados de enfermedades infectocontagiosas.<sup>30</sup> Como se priorizaba la necesidad del aislamiento para evitar la propagación de patologías infecciosas, fue una constante la existencia de “hospitales paralelos”, sobre todo en casos de epidemias, cuando se establecían lazaretos o casas para variolosos o coléricos.

En el hospital de mujeres se especificaban otros tipos de “excluidas”: *“las incurables a juicio de los médicos, las atacadas de enajenación mental, las presas incomunicadas y las parturientas”*, en razón de que no se contaba con las condiciones para asistirles. Hubo casos, como las que en la prensa fueron llamadas las “locas del asilo”, en que seis mujeres fueron asiladas en forma provisoria y luego remitidas a Buenos Aires con custodia; y en otra ocasión, de enfermos “alienados” que fueron enviados a la Capital del país pero no fueron recibidos, en razón del estado del Hospicio de las Mercedes (por el hacinamiento de enfermos y falta de fondos) y porque se adujo que para la admisión, las autoridades remitentes debían pagar las “hospitalidades” respectivas.<sup>31</sup> La situación, tanto de “excluidas” como de “excluidos”, fue revirtiéndose a medida que el hospital como institución adquirió mayor desarrollo y fue incorporando nuevos servicios.

Para la organización interna de los hospitales de la ciudad de Tucumán se aplicaban reglamentos que además de establecer normas de funcionamiento, ofrecían una visión de lo que se creía efectivo y adecuado para el cuidado de los enfermos. En este sentido, fue necesario reformularlos en la medida en que fue adquiriendo mayor presencia la corporación médica, que cuestionó, por ejemplo, la amplitud de atribuciones de la Superiora de las Hermanas de Caridad y de la Sociedad de Beneficencia. Por otra parte, la evolución de los servicios requirió actualizar el cuerpo médico: mientras el antiguo Hospital de Caridad tenía un médico; el servicio sanitario del Hospital Mixto contaba en 1886 con dos médicos, un boticario, una partera y ayudantes de sala; y hacia fines de siglo además del médico director, había tres médicos de sala y uno para la sala de maternidad, recientemente creada.

Al promediar el siglo distintas voces se expresaban acerca de la realidad hospitalaria. Una de ellas derivó de la prensa de carácter político, que responsabilizaba a los gobiernos de las deficiencias en las políticas de salud e insistía en la precariedad de los hospitales y en el problema del hacinamiento de

---

<sup>30</sup> *Digesto Municipal*, T. IV: 35; Reglamentos de 1870 y 1886; *El Argentino*, 8.8.1878.

<sup>31</sup> *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, 1893: 1-3.

enfermos. En reiterados artículos de 1894 el diario "El Orden" exponía acerca de pabellones con capacidad para 70 camas que llegaban a alojar 100 enfermos, lo que obligaba a *"aumentar y llenar las salas de lechos que se colocan por en medio, amontonadas casi. Produce náuseas, apena el ánimo y causa lástima la situación a que están reducidos los enfermos, haciendo pensar al que visita aquel asilo de los dolientes que la municipalidad no puede seguir más tiempo administrándolo."* Dos años después insistía en la falta de capacidad de los pabellones según el número de camas que en ellos se instalaban, con 25 o 30 enfermos donde debía haber sólo 10, hacinados y atacados de diversas dolencias, que además tenían que soportar los "quejidos lastimeros" de otros enfermos.

Las otras voces provenían de representantes del cuerpo médico y de las autoridades municipales, que si bien destacaban los progresos alcanzados, reconocían las necesidades de aumentar y mejorar los servicios; señalaban las faltas más graves; y proponían soluciones. Una de las posiciones más críticas fue la del director del Hospital Mixto en 1896, Benigno E. Vallejo, quien planteó el ideal de "hospital modelo", en lugar "de un sitio lúgubre y sombrío que se hace repelente para la vista y que infunde terror al enfermo". Aún con las nuevas obras realizadas (baños; sala de operaciones; ampliación de la farmacia) describía las salas como "deplorables", con poca luz, falta de ventilación e insuficientes, puesto que las cinco existentes -dos para mujeres y tres para varones, con 180 camas- no alcanzaban; advirtiendo la necesidad de construir un hospital sólo de mujeres, que se concretaría recién años más tarde.

La relación entre la Sociedad de Beneficencia y el gobierno no presentó demasiados roces hasta la década del '80, tal vez por la conformación social de la entidad (integrada por mujeres de la élite tucumana), con canales de comunicación fluidos con los sectores gobernantes; pero principalmente porque la corporación médica y el gobierno todavía no habían definido sus competencias en el ámbito de la salud.

Las tensiones se manifestaron a partir de la instalación del Hospital Mixto "Nuestra Señora de las Mercedes" en 1883, en torno a nuevos criterios esgrimidos desde la ciencia médica en cuestiones sanitarias. En el discurso inaugural del establecimiento, Padilla expresó que estaría *"bajo la dirección de las dignas matronas de la Sociedad de Beneficencia y al cuidado inmediato de las Hermanas de la Caridad,"* pero en esta nueva etapa hubo cruces por rendiciones de gastos y por cuestiones administrativas, y pocos años más tarde la designación de un médico director para el hospital decidió la preeminencia del poder municipal respecto de la asociación benéfical.

No obstante los avances desde la órbita estatal hacia fines del siglo XIX en el proceso de medicalización, las dos líneas -Estado-beneficencia- se

complementaron y se mantuvieron durante décadas en el siguiente siglo: la responsabilidad estatal en las prestaciones sanitarias a través de la atención médica gratuita en el hospital público, con acceso a los medicamentos en la botica municipal; y el rol preponderante de las organizaciones particulares por sus tareas de asistencia social vinculadas al cuidado de los enfermos pobres. En este esquema la Sociedad de Beneficencia fue la institución por excelencia, que concentrará sus esfuerzos en la administración de un establecimiento destinado exclusivamente a los niños a partir de 1899, al que nos referiremos en el capítulo dos.

### **III- La asistencia de la salud de la población tucumana: entre la medicina científica y el curanderismo**

La conformación de un sistema de atención de la salud con instituciones específicas y servicios diseñados desde una concepción más científica, coincidió con un momento de recepción a nivel nacional de avances en el conocimiento y etiología de las enfermedades y de algunas terapéuticas a seguir, derivados de la consolidación de la bacteriología y de la inmunología.

De este modo, los proyectos sanitarios implementados a fines del siglo XIX recurrieron a modelos en gran medida promovidos desde el exterior y adaptados en los principales centros urbanos del país, de la mano de médicos e higienistas que desarrollaban estrategias más precisas de higienización en las ciudades e intentaban aplicar y difundir saberes a través de las instituciones que integraban o dirigían.

Sin embargo, el tránsito en la afirmación de la práctica médica y el proceso de medicalización puesto en marcha en Tucumán suponía la coexistencia de dos sistemas de creencias y prácticas en lo que entonces se denominaba “arte de curar”: el proveniente del saber empírico -basado en la experiencia-, a cargo de curanderos o sanadores no titulados que carecían de educación formal y a los que acudían amplios sectores de la población; y el derivado del saber académico – sustentado en el conocimiento científico– representado por los médicos con formación y título profesional.

En este marco, la consolidación médica profesional desde el punto de vista legal se dio en dos instancias centrales, al formalizarse la prohibición del ejercicio de la medicina sin títulos en 1863, cuando se creó el Tribunal de Medicina; y en 1895 con una reglamentación más avanzada en sus objetivos e implementación diseñada por el Consejo de Higiene. En el primer caso, como ya vimos, fueron más las dificultades que los resultados positivos, y las denuncias reiteradas por falta de cumplimiento de las normas reflejaron la laxitud de los controles, porque faltaban o fallaban los instrumentos de los que se disponían, y por la escasez de



médicos. En el segundo caso, la reglamentación del ejercicio del “arte de curar” intentó la afirmación del saber médico y la práctica profesional, en un proceso donde los avances e influencia en la esfera estatal fueron posibles a través de diferentes vías y espacios de intervención que los profesionales ocuparon.

Una mayor legitimación provino sin duda de la epidemia de cólera, que les permitió mayor reconocimiento e inserción institucional y de alguna manera establecer las bases de una evolución futura de la profesión. Desde los inicios de la emergencia, fueron los médicos que integraban el Tribunal de Medicina y la Junta de Asistencia Pública –creada especialmente para actuar frente al avance del cólera-, los responsables de las principales medidas adoptadas; del mismo modo que la Comisión Nacional de Auxilios, integrada por profesionales que procedían de Buenos Aires y reforzaron la atención de los enfermos.

Aunque hubo reacciones a ciertas imposiciones y tratamientos, la epidemia contribuyó a la construcción de una dimensión diferente del quehacer médico y, según palabras de Aráoz, la resistencia “*tenaz e invencible en los primeros días cedió ante las curaciones hechas en los lazaretos y en el público. Desde entonces esas pobres gentes en vez de ocultar a sus enfermos los conducían ellas mismas para someterlos a la asistencia de los facultativos*”. Los datos de los enfermos atendidos en los lazaretos arrojaban resultados positivos en cuanto al número de asistidos, fallecidos, trasladados a otros hospitales en “estado favorable”, o que quedaban alojados en tratamiento, y corroboraban la tendencia de que los prejuicios iniciales se fueron venciendo y la asistencia médica fue aceptada a medida que transcurría la epidemia. Aún cuando sobre un total de 1355 enfermos asistidos en cuatro lazaretos se calculó un 37,93% de mortalidad, que era muy alta, en relación a la virulencia de la enfermedad se evaluaba que los tratamientos habían sido efectivos. (Aráoz; 1887:12)

Una mayor injerencia del saber médico se advierte también en el espacio conformado por los hospitales que existieron en la provincia, que desde una concepción de tipo asistencial y benéfica fueron evolucionando hasta constituirse en instituciones más modernas, acordes a al proceso de medicalización, con instancias centrales en la construcción del Hospital Mixto y en la creciente influencia de los médicos de la municipalidad en su funcionamiento en las décadas de 1880 y 1890.

En Tucumán el espacio casi exclusivo de inserción que tuvieron los médicos –y otros profesionales como farmacéuticos o químicos- lo constituyeron las instituciones sanitarias estatales, dado que no existieron otros ámbitos como en Buenos Aires –donde existían la Facultad de Medicina, la Academia de Medicina y el Círculo Médico-, necesarios para consolidar la institucionalización de los saberes médicos y su profesionalización. (González Leandri; 1997: 31-32).

Ante la ausencia de espacios académicos a nivel local, el proceso se circunscribió a ámbitos más restringidos de la administración estatal, y en tal sentido, integrar el Consejo de Higiene y la Asistencia Pública municipal o dirigir un hospital, eran medios que les permitían lograr el reconocimiento y la valoración de su actividad, la difusión de ideas y del conocimiento científico, la potencial obtención de una clientela y la posibilidad de establecer vínculos directos con el poder político.

De este modo podían negociar recursos, conseguir la aprobación de leyes y reglamentaciones, realizar reformas y adecuar las instituciones a la realidad cambiante, que eran logros derivados de su actuación en la esfera de la administración pública, y que a la vez les permitían en muchos casos formar parte de los gobiernos y acceder a cargos públicos de relevancia.

Fuera del ámbito de las instituciones estatales el diario "El Orden" daba cuenta de la creación en 1892 de una Sociedad Médica por iniciativa de los profesionales, definida como un centro de discusión y enseñanza que buscaba reunir con *"altos fines morales y científicos, no tan sólo a los médicos y farmacéuticos, sino a los de ciencias naturales, auxiliares de la medicina"*. La asociación buscaba proporcionar a los socios revistas extranjeras, libros y publicaciones científicas para una mayor actualización en el campo del conocimiento, reforzando el saber médico a través del intercambio y de la adquisición de instrumentos conceptuales que fortalecieran la práctica de la profesión.

Como defensores de la medicina científica, los médicos procuraron la circulación de saberes y en este sentido la prensa fue un espacio propicio para la difusión de diversas cuestiones referidas a la salud, con la publicación de artículos acerca de la etiología de las enfermedades, las investigaciones y nuevos avances científicos, las medidas y los tratamientos adecuados, que en su mayoría consistían en transcripciones de escritos de profesionales nacionales o extranjeros y en notas de médicos locales. También se publicaban sueros, tónicos, grageas y quinina, y se incluían recomendaciones en momentos de epidemias o cuando recrudecía alguna dolencia, y advertencias para mejorar la salubridad.

De modo que la medicina científica tuvo lugar en los diarios locales, que también sumaron sus voces a otros sectores cuando se trataba de manifestar críticas a los profesionales en relación al cumplimiento de sus obligaciones. Médicos que no concurrían a atender enfermos en horario nocturno; médicos de policía que habían dejado un herido 10 días sin atención; médicos que faltaban al pago del impuesto por las recetas que expedían; planteos de magistrados judiciales por médicos de policía que no habían respondido al pedido de

exámenes solicitados, con las consiguientes demoras en los oficios correspondientes.<sup>32</sup>

En aras de su “casi sagrado ministerio” y su “misión científica”, los médicos debían informar los casos de enfermedades contagiosas que detectaran o asistieran; y frente a denuncias de aquellos que no acudían “al llamado de un agonizante” invocando pretextos, la prensa insistía en la abnegación y el desinterés como atributos esenciales de la profesión, en tanto *“el médico no se pertenece a sí mismo: es de la Humanidad, es del que sufre, del pobre como del rico...”*.<sup>33</sup> De algún modo esto suponía la idea de responsabilidad social, tanto para prevenir el contagio a la población, como para compensar las desigualdades existentes entre los sectores acomodados, que podían costear la atención de sus enfermos, y los pobres, en situación de mayor desprotección. De ahí que los médicos municipales estaban obligados a concurrir a los domicilios ante cualquier llamamiento, sin considerar la hora ni la naturaleza de la enfermedad sometida a consulta.

Si bien la medicina científica y quienes la representaban contaron con apoyo estatal, a través de su inserción en el ámbito institucional, la obligatoriedad del título profesional y la normatización de sus prácticas; hubo problemas para avanzar en la atención de los enfermos desde una óptica científica. En tal sentido, las condiciones de asistencia distaban de ser favorables por la falta de médicos en relación al aumento de las demandas como consecuencia del incremento de la población; la inexistencia de un ámbito académico para los estudios de medicina en la provincia; la falta de recursos para cubrir servicios en las zonas del interior, y la extendida recurrencia popular a otros medios alternativos de curación.

Las formas curativas populares eran un tema de larga data y reflejaban una realidad más compleja, donde actuaban los que curaban o procuraban curar fuera del límite impuesto por el Estado y por los artífices de las leyes y reglamentos, y mostraban a limitada incidencia de las prácticas científicas en muchos sectores de la sociedad y cómo la ciencia médica se mostraba muchas veces ineficaz.

Hacia mediados de siglo, cuando los problemas sanitarios no eran todavía objeto de atención por parte de los poderes públicos, una presentación de tres médicos titulados denunciaba que asistían como médicos *“unos hombres sin títulos, sin prestar examen, y sin prueba alguna de estudios o suficiencia, poniendo así a merced de curanderos y charlatanes la vida de los ciudadanos y dejando que miserables aventureros viniesen a explotar los dolores y aflicciones de los enfermos, para hacerse de dinero, que no pueden ganar por ningún otro camino; pues que toda su vida la ocuparon en la disipación o en los vicios (...) el*

---

<sup>32</sup> *El Orden*, 20.1.1894; 4.2.1895; 6.8.1895; 2.1. y 4.1.1909.

<sup>33</sup> *El Orden*, 15.10.1890; 11.3.1902.

*mal mayor es que toda la población siga entregada a la charlatanería y descaro, de unos hombres despreciables que estafan y tal vez matan por el interés de la ganancia..”<sup>34</sup>*

En este registro aparecen algunas de las denominaciones que se utilizaban para aludir a los “empíricos” –curanderos, “charlatanes”, aventureros-, que junto a las adjetivaciones relativas a su falta de formación profesional, los colocaba en un rango asimilable a la delincuencia, condenándose sus prácticas asociadas al engaño y a objetivos económicos, con el costo de la salud de los enfermos.

A fines del siglo XIX, en un contexto de mayores intentos de control estatal de la profesión médica, la existencia de curanderos sin títulos habilitantes para ejercer pero a los que acudían grandes sectores de la población formaba parte indisoluble de las manifestaciones del “arte de curar”, que perduraría durante décadas.

Si por una parte los datos censales de 1895 mostraban un aumento de médicos diplomados y un descenso de curanderos a seis -en relación a la proporción de 55 curanderos y seis médicos que había en 1869-; otros aspectos daban cuenta de que los profesionales médicos seguían siendo insuficientes y se concentraban en la ciudad capital, quedando extensas zonas de la campaña aisladas y sin ningún tipo de atención. Asimismo, el escaso número de curanderos obedecería más a la falta de registro, porque tal vez muchos no declaraban su oficio para escapar de las penas que imponía el reciente reglamento sobre ejercicio de la medicina.

La continuidad de las prácticas del curanderismo se reflejó a través de las denuncias permanentes de la prensa y de las autoridades médicas del Consejo de Higiene, con posiciones de ambivalencia hacia los curanderos que actuaban en territorio tucumano. Según el lugar y la circunstancia, eran atacados y criticados o aceptados y tolerados; a veces considerados útiles y otras veces descartados; en ocasiones podían ser asociados a lo “profesional”, y al mismo tiempo eran objeto de penalidades por carecer de formación científica y de título para ejercer.

En un artículo de 1889 el diario “El Orden” se pronunciaba contra *“los curanderos y comadronas que aconsejan a su infeliz clientela los más absurdos disparates para curar un enfermo, librar felizmente un parto etc. Las “médicas” o las llamadas “inteligentes”, mujeres sin conciencia, de quienes puede servirse solo alguna desgraciada que quiere ocultar su deshonra, no abundan ya, pero una legislación apropiada y enérgica acabaría por completo con sus prácticas bárbaras y sus medicamentos inconcebibles.”*

---

<sup>34</sup> AHT; Sección Administrativa; Vol. 74, 1852: ff. 406-425.

Registros llamativos de la prensa local exponían acerca del mundo de los sanadores populares, diferenciando las formas de ejercicio de hombres curanderos y de mujeres comadronas o “inteligentes”, que asistían los partos. Se pronunciaban además por la necesidad de la fuerza de la ley para combatir sus prácticas “bárbaras” y descalificaban y subestimaban a los “pacientes”, presentándolos como ignorantes o como víctimas.

Los curanderos eran señalados como “verdaderos matasanos” que ocasionaban graves perjuicios al evadir la autoridad del Consejo de Higiene y aprovecharse de la ignorancia o credulidad de muchos habitantes. Que estos fueran nombrados como “ignorantes” o “inocentes”, presuponía que por la falta de conocimiento o el exceso de confianza eran presa de engaños, como ocurría cuando accedían a remedios que sólo eran “yuyos mascados” y agua “serenada” - agua que recibía el sereno por la noche y se creía buena para los enfermos del corazón y para algunos casos de diarreas-.

Los curadores no académicos en general recetaban plantas y remedios caseros pero a veces también acudían a drogas compradas en boticas y a algunos procedimientos de los médicos titulados, según su nivel de experiencia o algún tipo de saberes adquiridos. Además de abarcar “*los más variados productos de su endemoniada farmacia; yerbas, sebo de riñonada, cruces, huesos benditos, grasa de lagarto, etc*”, no sólo aseguraban curar “el daño” o la “paletilla caída” sino también afirmaban curar el “mal de amor”. El reclamo contra estos “hábilos vividores” no era optimista, cuando para muchos habitantes el curandero era “*una especie de dios chiquito, cuya palabra tiene algo de sobrehumano*”, o cuando el curador popular proclamaba que hacía sus curaciones “con auxilio divino”.<sup>35</sup>

En la provincia existían diferentes situaciones y categorías de curanderos, en tanto algunos se adjudicaban el título de médicos –siendo tal vez posibles casos de médicos extranjeros que no validaron sus títulos o falsos médicos-, y otros asumían su condición sin acreditar conocimientos valederos. A pocos se les reconocían ciertas habilidades -era “muy bueno como aprendiz”-; a otros simplemente se los descalificaba por sus prácticas y “desaciertos”; y siempre el reclamo apelaba a la intervención de las autoridades del Consejo de Higiene para que pusiera fin a los abusos: “*Si con prohibiciones y multas no se obtiene el resultado apetecido, a la cárcel con todos ellos, señor, a la cárcel!*”.<sup>36</sup>

No obstante esta sentencia, en los hechos existió cierta tolerancia y la reiteración de las condenas a los curanderos se hacía sobre todo a los que actuaban en la ciudad -donde había médicos y hospital para pobres- justificándose a los que ejercían en la campaña, considerados de “buena intención y caridad”,

---

<sup>35</sup> *El Orden*, 18.9.1909; 29.1.1907; 28.4.1896.

<sup>36</sup> *El Orden*, 20.11.1889.

que con experiencia y algunos estudios podían prestar servicios en pueblos alejados o lugares que no poseían recursos para afrontar servicio médico.

La afirmación de *“atacar el abuso, pero tolerar el razonable uso”*, sintetizaba la posición dual frente a un problema que resultaba de difícil resolución y aunque de parte de los médicos, que se erigían en defensores de las prácticas científicas, imperaba el criterio de hacer cumplir la reglamentación vigente, la distancia entre el discurso y el marco legal y los alcances de los controles llevaban a apercibimientos y condenas pero también aceptación y tolerancia respecto a expresiones del “arte de curar” no profesional. Junto a exhortaciones para el cumplimiento del examen y las negativas a solicitudes para el ejercicio sin título, a la vez se concedían autorizaciones a aquellos que hubieran realizado el examen de práctica y demostrado conocimientos elementales sobre las enfermedades más comunes, prestando “importantes y desinteresados servicios, tanto a las poblaciones de la campaña, como al Consejo”. De este modo, muchos curanderos “empíricos” fueron convalidados, mientras en otras ocasiones eran condenados.

La consideración de la salud como problema social y objeto de interés por parte de los poderes públicos fue el resultado de un largo proceso y de múltiples factores conjugados en distintos tiempos. De manera preliminar e irregular en la primera década del siglo XIX, en un marco de inestabilidad política y económica, las acciones de tipo sanitario no tuvieron soporte institucional y consistieron apenas en medidas aisladas que no fueron sostenidas ni pudieron ser incorporadas a la agenda de los gobiernos del período.

En contraste, la organización de un sistema sanitario en la segunda mitad del siglo, vinculada a un contexto de profundas transformaciones -consolidación del Estado provincial, expansión económica, cambios sociales- confluyó en la conformación de instituciones, normativas legales y medidas acordes a los avances en el conocimiento científico.

Ante la prevalencia de crisis epidémicas y enfermedades infecciosas, en una etapa formativa las políticas sanitarias se dirigieron primero a reforzar la higiene y a prevenir el contagio con medidas de tipo defensivo -aislamiento de enfermos, inspecciones, desinfecciones-; y luego se puso más énfasis en fortalecer las instituciones, mientras primaba la preocupación por la salud como problema social, aspectos que vincularon la formulación de acciones con los proyectos de desarrollo de las élites gobernantes.

Como muchas iniciativas tardaban en materializarse por la insuficiencia de recursos materiales y humanos y los servicios no alcanzaban a toda la población, Estado y beneficencia se combinaron para desarrollar prácticas de asistencia para

enfermos en situación de pobreza. Aún desde una perspectiva que reconocía la necesidad de intervención del Estado, los representantes de la corriente reformista en la provincia ponían en un mismo plano a las instituciones públicas, al gobierno, a la caridad y a las leyes sanitarias. Mejorar las condiciones de vida a través de la higiene, la instrucción, la vivienda y la alimentación adecuadas, eran, según palabras de Paulino Rodríguez Marquina, *“medios que a nuestro juicio podrían ponerse en práctica para oponer una barrera al mal, si bien esto no corresponde a nosotros, sino a los hombres de ciencia, a los poderes públicos, a la beneficencia”*. (Rodríguez Marquina; 1899:165).

La institucionalización de la medicina científica encontró escollos y limitaciones y presentó ciertas ambigüedades. Se aplicaron medidas sustentadas en la ciencia médica y se instrumentaron leyes para dar mayor consistencia a las acciones sanitarias; pero los tratamientos y estrategias utilizadas no siempre resultaron eficaces; los profesionales médicos lideraron la lucha contra las epidemias y difundieron las prácticas científicas; pero la línea divisoria con los curadores populares fue muchas veces imprecisa y dejó resquicios para la tolerancia junto al control y la penalización. Asimismo, en el caso de la intervención estatal con componentes filantrópicos, si bien el proceso de consolidación de lo público sobre lo privado tardaría décadas en resolverse, hubo avances estatales al promediar el siglo XIX, bajo la premisa de la salud pública como “suprema ley”.

## **CAPITULO II**

### **LA SALUD COMO CUESTIÓN PÚBLICA**

#### **La problemática sanitaria en Tucumán en las primeras décadas del siglo XX**

En los albores del siglo XX, la creciente preocupación de los sectores dirigentes por la cuestión social promovió una investigación en diversas localidades y centros de trabajo del país a cargo de Juan Bialeto Massé -médico y jurisconsulto catalán-, quien en la presentación de su “Informe” de 1904 señalaba: *“No se curan las llagas ocultándolas o velándolas a la vista del cirujano, por un pudor mal entendido. Es preciso, por el contrario, presentarlas en toda su desnudez, en su verdad, manifestando sus antecedentes, con toda sinceridad, para aplicarles el remedio conveniente”*. (Bialeto Massé; 1986: 14)

La necesidad de presentar “en su verdad” las condiciones de vida de los trabajadores para realizar un diagnóstico y encarar una legislación conveniente, eran objetivos que se extendían a los distintos aspectos de la problemática social, y que en el caso concreto de la cuestión sanitaria suponían sumar a las iniciativas de tipo defensivo otras con mayor sentido preventivo sustentadas en una idea más definida de la salud como cuestión pública.

En esa línea, las intervenciones estatales en Tucumán en las primeras décadas del siglo XX intentaron una política más integral, en un contexto político caracterizado por el fin de los gobiernos conservadores y el inicio de los gobiernos radicales a partir de las elecciones de 1916;<sup>37</sup> y en los años ‘30 -a diferencia de otras provincias donde se restauró el conservadurismo- a nivel local el poder político se caracterizó por la alternancia de un partido provincial y de una fracción del radicalismo.<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup>Juan Bascary (1917-1920), Octaviano Vera (1920-1922); Miguel Campero (1924-1928) y José Sorteix (1928-1930) tuvieron problemas vinculados a la división interna del partido y a la oposición conservadora. Los gobiernos de Bascary y Vera afrontaron conflictos vinculados a la cuestión azucarera y concluyeron con la intervención federal. El gobierno de Campero enfrentó una crisis de sobreproducción que desencadenó una huelga de cañeros y concluyó con un laudo del Ejecutivo Nacional; y el de Sorteix, fue interrumpido, en el marco de una crisis económica, por la intervención producto del golpe militar de 1930.

<sup>38</sup> Juan Luis Nougués (1932-1934) del partido Defensa Provincial Bandera Blanca, que concluyó con una intervención federal; y Miguel Campero (1935-1938) y Miguel Critto (1938-1943), de la



En estos tiempos de diferentes niveles de conflictividad política, social y económica, se abordaron aspectos de la problemática sanitaria que respondían a algunas preocupaciones nuevas y otras latentes desde años anteriores -cuando se había formado una red de instituciones y servicios para enfrentar las enfermedades y los ciclos epidémicos- y a la luz de nuevos debates y parámetros más científicos hubo novedades institucionales que concitaron a diferentes actores en el afán de ampliar la cobertura sanitaria para determinados sectores y espacios. Asimismo, se fueron perfilando cambios en el discurso higiénico orientados a acciones y esfuerzos que resultaran más efectivos en la órbita de los hospitales, las escuelas, el área materno infantil y las zonas rurales.

## **I- Instituciones y actores en el ámbito de la salud**

### **I-1-Nacen nuevas instituciones**

#### *La Asistencia Pública*

Entre fines del siglo XIX y comienzos del XX se definieron, con diferentes matices según las regiones, preocupaciones por el espacio urbano y la necesidad de reglamentar pautas para su funcionamiento. En ese marco, y como parte de las atribuciones inherentes al poder municipal, desde la órbita de la intendencia de San Miguel de Tucumán se dictaban ordenanzas y se ejercían funciones de tipo sanitario, pero el aumento de la población y las demandas que ésta generaba plantearon la necesidad de un organismo de salud específico para la ciudad capital. Así nació la Administración Sanitaria y Asistencia Pública en 1902, que de modo similar a otras “Asistencias” establecidas en distintas localidades del país como Buenos Aires, Rosario y Córdoba, se orientó a resolver, bajo la impronta del higienismo, diferentes cuestiones de salubridad vinculadas a los procesos de urbanización.

La idea de salubridad como base material, colectiva y ambiental para asegurar la salud de los individuos, y el valor de la higiene, emergente del contexto epidémico y la mortalidad del último cuarto del siglo XIX, eran indisociables de las funciones de la nueva institución, destinadas principalmente a preservar la limpieza pública; las inspecciones de mataderos, mercados, tambos, conventillos, casas de vecindad y establecimientos varios; la atención médica en consultorios y a domicilio; el despacho de medicamentos; y la dirección de hospitales.

Fundada para asistir a *“los indigentes que se hallen transitoria o definitivamente en la imposibilidad de atender a las necesidades de su existencia”*, la Asistencia Pública tenía como principal destinataria de sus servicios a los

---

Unión Cívica Radical, que en un contexto económico más favorable impulsaron adelantos en materia social y obras públicas.

sectores carenciados, y, para acceder a los mismos, era preciso ser “pobre de solemnidad”, disposición que se sostenía en antiguas concepciones y se hacía efectiva a través de un registro de personas que debían acreditar su pobreza por medio de autoridad competente. En tanto la “pobreza verdadera” se identificaba con las condiciones socioeconómicas de los que trabajaban y producían, aceptada socialmente; y la “falsa pobreza” con la vagancia y el vagabundaje asociados al peligro social, se advertía que sin certificación no se brindaría atención gratuita, salvo casos de urgencia o imprevistos que quedaban a criterio de los médicos.

Aunque la premisa primordial fue la asistencia a los más necesitados, los frecuentes reclamos publicados en la prensa llevaron a las autoridades a insistir en las obligaciones de los médicos encargados de brindar primeros auxilios de concurrir ante cualquier solicitud, y reiterar los deberes de los profesionales-cumplir los turnos y llamados-; de los practicantes –cumplir los turnos y secundarlos- y de los cocheros –tener lista la ambulancia para actuar con diligencia y rapidez-. Para frenar los “abusos” de personas con recursos que solicitaban el servicio, se abrió un nuevo registro para quienes “merecieran la caridad pública”, y los no incluidos en esta categoría debían pagar una tarifa diferenciada según el tipo de atención (si se hacía en consultorio, a domicilio, o si requería una operación).<sup>39</sup>

Los enfermos admitidos recibían auxilio médico en consultorios ubicados en el local de la Asistencia Pública y en los nosocomios y cuando la patología requería de internación el paciente ingresaba al hospital. Aunque uno de los requisitos estipulados era la residencia en el municipio, los procedimientos no fueron tan estrictos y se asistieron en forma corriente a pobladores provenientes del interior de la provincia e incluso de otras provincias de la región. Esto llevó a la consiguiente saturación de los establecimientos de la Capital, y muchas veces las autoridades se vieron en la disyuntiva de la aceptación o el rechazo de los enfermos. Al respecto, en su informe sobre el desempeño de la Asistencia Pública en 1916, el intendente se preguntaba “*debe o no la Municipalidad rehusar recibir enfermos cuando sus salas encuéntranse totalmente ocupadas?...*” Con el argumento de que los hospitales dependían del presupuesto municipal, sostenido por impuestos que recaían sobre los vecinos de la Capital, esgrimía la necesidad de la contribución del gobierno provincial para que las responsabilidades fuesen compartidas.

Como encargados de velar por la salud de la población tucumana, el Consejo de Higiene y la Asistencia Pública respondían a normativas preestablecidas y eran instituciones entrelazadas por atribuciones y objetivos

---

<sup>39</sup> *Boletín Municipal*, 1913: 4; *Digesto Municipal*, T. IX, 1914: 467-468; 473-474; 1915: 123.

comunes, aunque a veces las funciones se superponían y se suscitaban problemas de competencias entre ambos organismos. Las tensiones llegaron incluso en una ocasión a provocar renunciaciones de profesionales, una huelga del personal del hospital público y cruces entre médicos-funcionarios por la injerencia del Consejo de Higiene en asuntos de carácter municipal, que además tuvieron un fuerte componente político.<sup>40</sup>

Al esgrimir que las decisiones podían perder eficacia, el Dr Benigno Vallejo -que fue director del Hospital Mixto; director de la Asistencia Pública desde 1903 y que presidió el Consejo de Higiene entre 1902 y 1917- planteó la conveniencia de fusionar los servicios para optimizar los recursos e impedir demoras de tipo burocrático, dado que en una provincia como Tucumán: *“no tiene razón de ser la existencia de dos reparticiones sanitarias, que deben estar una y otra provistas de todos los elementos indispensables para atender las necesidades públicas, actuando dentro de órbitas de limitación muy difícil, y en ciertas circunstancias, imposible (.....)”* Su postura se apoyaba en la circunstancia de que él desempeñaba al mismo tiempo las funciones de Director de la Asistencia Pública y las de Presidente del Consejo, centralizando de hecho la dirección de los servicios sanitarios, con las ventajas que este régimen daba en beneficio público.<sup>41</sup>

La idea de centralización en la administración de la salud también gravitaba en el ámbito nacional, en particular desde que el Departamento Nacional de Higiene se nacionalizó e intentó ampliar en forma efectiva el sistema de control sanitario en el país a partir de la década de 1890. En este contexto, los integrantes del Consejo de Higiene provincial cuestionaron la aprobación de un nuevo Código Sanitario Nacional que se reservaba el derecho exclusivo de dictar medidas, coartando las facultades de las autoridades locales. Esta posición de defensa de la autonomía sanitaria contra lo que consideraban una intromisión en asuntos propios fue la tónica que caracterizó las vinculaciones con el organismo nacional, que en algunos casos significó apelar al respeto de su autoridad *“en forma absoluta, para evitar choques y recelos”*, obteniendo la potestad de dirigir acciones en algunos casos, como en la lucha inicial contra el paludismo, mientras los inspectores nacionales atenderían cuestiones de índole científica y administrativa.<sup>42</sup>

De modo similar a lo que ocurría en otras provincias, la autonomía aparecía como un obstáculo a los proyectos centralizadores nacionales y mientras las notas intercambiadas entre la repartición nacional y la local muestran que se proclamaban “relaciones cordiales”, no dejaban de filtrarse reclamos por falta de

---

<sup>40</sup> *El Orden*; 2, 14 y 17.1.1907

<sup>41</sup> *Libro Copiador de Notas, Consejo de Higiene*, 1905: ff. 148-151.

<sup>42</sup> *Libro Copiador de Notas*, cit; 1900: ff. 110.111; 1908: ff. 682-690.

respuesta a pedidos o por posiciones que requerían, en palabras de Vallejo, “reconocimiento y respeto” del Departamento Nacional de Higiene y que en definitiva expresaban tensiones relativas a las diferentes esferas de poder.

### *La Oficina Química y el Laboratorio de Bacteriología*

Los comienzos del siglo XX fueron testigos también del nacimiento y desarrollo de otros organismos, como la Oficina Química y el Laboratorio de Bacteriología, que como “ramificaciones institucionales” bajo dependencia del Consejo de Higiene, implicaron la incorporación de nuevas especialidades y acciones orientadas a fortalecer distintos aspectos del sistema de salud. Este requería, en consonancia con los avances en el conocimiento científico y las investigaciones que habían identificado el origen microbiano de las enfermedades, nuevas iniciativas y proyectos que contribuyeran a evitar y prevenir las patologías infecciosas.<sup>43</sup>

En esta línea, a las viejas preocupaciones por la higiene pública en el ámbito urbano se agregaron medidas relativas a las condiciones del agua y de los alimentos, en las que se inscribió la creación de una Oficina Química Municipal, que en 1899 fue reemplazada por un organismo de carácter provincial. Vinculada en sus objetivos con la preservación de la salud, sus principales funciones consistieron en controlar el expendio de sustancias alimenticias; la naturaleza y potabilidad de las aguas; realizar análisis toxicológicos; inspeccionar establecimientos industriales e informar sobre cuestiones que requirieran conocimientos químicos. Su origen se enmarcó además en ciertos avances en la observación y la experimentación científicas, que fueron introduciendo certezas acerca de la alimentación como una de las condiciones que favorecían un desarrollo sano, y sobre cómo las deficiencias alimentarias podían favorecer o agravar determinadas infecciones.

La repartición estaba a cargo de un director y un vicedirector, secundados por un ayudante de laboratorio, y luego se incorporarían peritos químicos o inspectores para la recolección de las muestras que debían ser analizadas. Los exámenes se hacían por requerimiento del público o por iniciativa de la Oficina y se cobraban derechos por los análisis y multas en casos de infracciones.<sup>44</sup>

---

<sup>43</sup> La bacteriología moderna trajo nuevas hipótesis diagnósticas y nuevas terapias (desplazando desde fines del siglo XIX a las ideas de los “miasmas” o emanaciones nocivas que favorecían las enfermedades infectocontagiosas) a partir de los descubrimientos de los microorganismos causantes del cólera, la fiebre tifoidea o la tuberculosis.

<sup>44</sup> De tipo cualitativo y cuantitativo, se definía una sustancia como “alterada” cuando su deterioro se debía a causas naturales; y “adulterada”, si el cambio de composición había sido producido por adición de ingredientes extraños, de modo que eran objeto de controles los productores y los comercializadores, así como los expendedores.

Junto a otras sustancias alimenticias, los análisis incluían la leche de vaca, principal alimento de reemplazo de la leche materna en los primeros meses de vida, puesta en cuestión por los efectos negativos que producía si no se encontraba en buen estado. Si las inspecciones certificaban que la leche se había adulterado o por otra razón no era apta para el consumo, la Oficina Química la inutilizaba para impedir su venta, procedimiento que provocaba resistencias y en una ocasión llevó a los lecheros a amenazar con una posible huelga. Ante el riesgo de la falta de leche para los niños, la prensa aceptaba que *“si es cierto que a veces algunos adulteran la leche, otras veces ese alimento es malo siendo genuino y al analizarlo se lo toma por adulterado, de modo que es muy probable que en más de una ocasión hayan sido multados injustamente”*, apuntando así a los dueños de tambos que usaban procedimientos que atentaban contra las condiciones nutritivas de la leche para aumentar el rendimiento de las vacas.<sup>45</sup>

La vigilancia de alimentos de la Oficina Química se completaba con otras iniciativas, sobre todo cuando el desarrollo de enfermedades infecciosas obligaba a extremar recomendaciones por la manifestación de trastornos intestinales atribuidos al consumo de fruta verde que había que decomisar; o cuidar la provisión de verduras, frutas y carne después de horas de recolección o carneo por el peligro de descomposición.

Los controles abarcaban también la calidad del agua, que además de su uso como bebida, era un elemento esencial para garantizar las condiciones de preparación de los alimentos, la higiene de las viviendas, el aseo de adultos y niños, el riego de calles y casas. En este sentido, la sentencia de que *“el agua es la higiene y la higiene es la vida”* (Rodríguez Marquina, 1899:67), sintetizaba la centralidad de la Oficina Química, que se encuadraba en un clima de ideas donde la introducción de la teoría microbiana ponía de relieve la necesidad de controlar el agua que utilizaban los habitantes y de proyectos como la dotación de aguas potables concretado a fines del siglo XIX.

Por su parte, el Laboratorio de Bacteriología, creado en 1906 como anexo del Consejo de Higiene y que tuvo como objetivo de estudiar *“todas las materias concernientes al ramo”*, fue otro de los organismos que, vinculado a la necesidad de ampliar y mejorar la administración sanitaria, introdujo una nueva especialidad que requería de formación específica. En ese sentido, quien sería su primer director, el Dr. Pedro J. García recibió una subvención para perfeccionar sus estudios de bacteriología en Europa (que ya había adquirido con anterioridad en

---

<sup>45</sup> *Compilación ordenada de leyes y decretos de la provincia de Tucumán*, V. XIV: 63-71. También se contemplaba la comercialización de helados, por la dudosa calidad de las materias primas utilizadas y las deficiencias de higiene de los vendedores y de los recipientes en que se colocaba el producto.

Francia); y hubo aportes del Ejecutivo provincial, para la adquisición de aparatos e instrumental; y del gobierno nacional, para los gastos de instalación y la asignación mensual del director.

En 1909 la prensa daba cuenta de los avances en materia de investigación, situación que se manifestaba en 403 trabajos gratuitos y 97 pagos realizados por el Laboratorio; y la impronta de la institución se reflejó en una publicación de la Revista del Círculo de Estudiantes de Medicina de Buenos Aires, que mencionaba a Tucumán como un centro de cultura e intelectualidad y al Laboratorio de Bacteriología como “*uno de sus mayores orgullos*”, aludiendo al método y orden que caracterizaba su funcionamiento; a sus varias secciones (parasitología, hematología, sueros), y a su biblioteca de 116 volúmenes.<sup>46</sup>

El Dr. Pedro García fue el primer profesional bacteriólogo que se radicó en la provincia y estuvo a cargo de la dirección del Laboratorio hasta 1910 cuando renunció por motivos personales y se trasladó a Buenos Aires. Desde la esfera sanitaria nacional se recomendó entonces para el cargo al Dr Guillermo Paterson, médico y químico que en Jujuy había realizado estudios sobre el paludismo y había encabezado la lucha contra la enfermedad en 1908. Durante su gestión el organismo experimentó un notable crecimiento en cuanto a la gama de análisis clínicos, cultivos microbianos, fabricación de diversas vacunas y anatomía patológica de los tumores. Asimismo, se iniciaron trabajos de investigación para la purificación de las vinazas de los ingenios, control bacteriológico de aguas potables, estudio de enfermedades del ganado, entre otros.

En 1922 el Laboratorio se transformó en Instituto de Microbiología – denominado también Escuela de Medicina Tropical- y se ampliaron sus funciones destinadas al estudio y tratamiento científico de enfermedades infecciosas endémicas y epidémicas de la región; al asesoramiento de la Asistencia Pública y del Consejo de Higiene; se ocupó de fomentar la educación y la conciencia sanitaria para enfrentar enfermedades autóctonas, y a buscar solución para el tracoma, patología que, como veremos en otro apartado del capítulo, en esos años fue incorporada a la agenda pública.

En la medida en que para crear y sostener las instituciones del área de la salud se requerían funcionarios, profesionales, empleados, materiales y equipos técnicos, fue indispensable la asignación de recursos económicos para su financiamiento. En tal sentido, el Consejo de Higiene contaba con una partida especial en el presupuesto provincial que preveía el pago de los miembros titulares, nombrados por el Ejecutivo y cuya remuneración se fijaba por ley; y de los demás empleados de la repartición, determinados anualmente al

---

<sup>46</sup> *El Orden*, 8.1. y 10.3.1909.

confeccionarse el presupuesto general, de modo que su número era variable. Asimismo, el organismo disponía de ingresos provenientes del cobro de multas impuestas a quienes contraviniesen las disposiciones y reglamentos sanitarios, destinándose lo recaudado para cubrir gastos varios y para adquirir material y aparatos de desinfección.

Por su parte, la Oficina Química recibía una partida que en algunos años fue equiparable a la del Consejo de Higiene, con ingresos que derivaban del cobro por los análisis realizados y las multas por incumplimientos a las normas; mientras el Laboratorio de Bacteriología tenía asignado un monto de 9.900\$ en 1907 cuando comenzó a funcionar. En ese año la partida del Consejo de Higiene había aumentado de 30.000\$ a 51.200\$; y la de la Oficina Química era de 23.940\$.

Además de los montos establecidos en los presupuestos provinciales, las cuestiones sanitarias muchas veces requerían aportes complementarios, sobre todo en ciertas coyunturas, donde, por solicitud de las autoridades médicas o por iniciativa del gobierno, se otorgaban sumas para reforzar la asistencia sanitaria. Estos fueron los casos de decretos o de leyes que establecían subsidios especiales para la higienización de la ciudad y la campaña; el establecimiento de lazaretos; la adquisición de medicamentos; el traslado de enfermos; la instalación de consultorios médicos; y de subvenciones para los hospitales y las organizaciones de beneficencia. Estas eran situaciones que implicaban montos variables y no figuraban en los gastos anuales, por lo cual resulta difícil determinar un cálculo preciso de todos los recursos que se destinaban a la salud pública en su conjunto.

## **I-2- El espacio de los hospitales: continuidades y cambios**

Los hospitales existentes en la provincia fueron espacios de atención de la salud que reflejaron las dificultades de las políticas públicas para extender la asistencia médica, asociadas en gran medida tanto a la insuficiencia de recursos materiales como humanos. En un proceso en el que se habían ido redefiniendo sus funciones como lugares de cura y de tratamiento y no de depósito de enfermos, pobres e indigentes, fueron esenciales los cambios introducidos respecto a su organización interna y a la introducción de la práctica de la asepsia, dado que con anterioridad las posibilidades de sobrevivir a una operación quirúrgica eran remotas. No obstante, la afirmación y desarrollo de los hospitales como centros de prácticas profesionales y científicas formó parte de un largo proceso con dificultades relativas a las deficiencias en las construcciones; la falta de capacidad en relación a las demandas; la escasez de personal capacitado y las condiciones de internación de los enfermos.

Durante las primeras décadas del nuevo siglo las transformaciones que experimentaron los establecimientos, que consistieron en reformas administrativas y edilicias de disímiles alcances y envergadura, se orientaron a mejorar y optimizar los servicios y la atención de los pacientes internados y de los ambulatorios.

Una de las novedades fue la inauguración del Hospital San Miguel en 1900 –luego denominado “Zenón Santillán”, por quien fue intendente de la Capital entre 1896-1901- para enfermas mujeres, ubicado en la actual calle Catamarca, entre San Martín y Mendoza. El Hospital Mixto “Nuestra Sra de las Mercedes” (inaugurado en 1883), -desde 1912 denominado “Ángel C. Padilla”- quedaría destinado sólo para hombres y como principal nosocomio de la provincia fue objeto de nuevas obras y servicios, con aumento de pabellones, sala de operaciones, departamento de autopsias, e inversiones en instrumental, farmacia, cuartos y agua corriente.

En cuanto a la ampliación de la capacidad para recibir enfermos, si en 1896 el total de camas del llamado “Hospital Mixto”, (con tres salas para hombres y dos salas para mujeres) era de 180; en 1915 el Hospital Padilla, tenía seis pabellones y 168 camas sólo para hombres. Además había siete camas de la Sala de la Cruz Roja, que junto a la Sala de voluntarios italianos funcionaban para miembros de colectividades extranjeras residentes en la provincia y para aquellos que podían pagar su internación y deseaban permanecer apartados de los demás enfermos. En 1926 el total de camas distribuidas en nueve salas era de 310; y en 1940 de 351, de modo que incluso entonces no se había llegado a las 400 camas previstas en uno de los proyectos originales del hospital, calculadas para alrededor de 100.000 habitantes, población que la Capital tenía en 1914 (llegó a 203.555 en 1947). Estos datos dan una idea aproximada de la relación entre las camas disponibles y la cantidad de habitantes, sin contar los pobladores de las localidades del interior que se sumaban a los pobladores de la Capital y requerían atención (por ejemplo, en 1914, Cruz Alta, el departamento más poblado, contaba con 43.253 habitantes).

En lo relativo a la gestión de los hospitales, hacia 1914 se concretó su descentralización -hasta entonces bajo supervisión del director de la Asistencia Pública y del administrador del Hospital Padilla- determinándose que cada establecimiento contaría con un Médico Director, quien debía controlar los servicios, elevar informes diarios y mensuales estadísticos, realizar pedidos y proponer reformas. El nuevo Reglamento General de Hospitales Municipales introdujo además cambios en la conformación del cuerpo médico, con deberes y atribuciones más explícitos; y un aumento del plantel de profesionales internos y



de sala (pasó de tres a seis en 1922), aunque también había casos de médicos que cumplían tareas como “agregados ad honorem”.<sup>47</sup>

En relación a las continuidades, seguía a cargo de las Hermanas de la Caridad el cuidado, la alimentación y la higienización de los pacientes; siendo la Superiora de la congregación la responsable del servicio económico y de mantener “el orden y la moralidad” en las salas, cuestión que remite a pautas disciplinarias contenidas en las primeras reglamentaciones de hospitales del siglo XIX. Las normativas para el servicio religioso –misa diaria, celebraciones, administración de sacramentos- mostraban la permanencia de criterios basados en la importancia y la necesidad del auxilio espiritual para los internados.

Se mantuvieron asimismo los requisitos para la admisión de los enfermos que debían justificar su situación de pobreza, y las restricciones para la aceptación de los atacados de enfermedades mentales, mientras los de patologías infectocontagiosas tenían, desde la década de 1910, la posibilidad de alojarse en el Hospital de Aislamiento. Este era, en palabras de las autoridades municipales, una precaria casa-hospital, con piso de tierra, techos de zinc, sin agua corriente, y con tales condiciones *“es fácil comprender cómo los enfermos difícilmente pueden mejorar. De ahí el espanto o terror involuntario, instintivo, que provoca en la gente.”* Aunque hacia 1918 se decidió construir otro edificio, con terreno suficiente y situado a distancia conveniente del núcleo urbano, años más tarde seguía considerándose inapropiado para brindar asistencia médica adecuada.

Tampoco el estado de conservación del Hospital Santillán –de mujeres y relativamente nuevo- era mucho más halagador, con *“techos y paredes en condiciones deficientes y la falta de cloacas hace que todos los días haya necesidad de perforar pozos negros que no tardan en llenarse, ofreciendo así serios peligros para la salud de esos vecindarios y del hospital principalmente (...) Actualmente resulta pequeño para las necesidades; sus dependencias son estrechas (....) Es pésimo el estado de los baños...”*<sup>48</sup>

De modo que algunos progresos no ocultaban los problemas que los mismos funcionarios reconocían y denunciaban y el saldo negativo en cuanto al deterioro en las condiciones materiales; la imposibilidad de recibir a la cantidad de enfermos que solicitaban ingreso; y la escasez de recursos para mantenerlos. A esto se sumaron las dificultades producidas por el impacto de la primera guerra mundial a partir de 1914, para la adquisición de medicamentos, drogas y desinfectantes, afrontadas por el Ejecutivo municipal a través de convenios con empresas nacionales y extranjeras, y de medidas para ordenar la administración y ajustar los gastos.

---

<sup>47</sup> *Boletín Municipal*, 1914: 127-128.

<sup>48</sup> *Digesto Municipal*, T. VII: 134-135.

En relación a las órbitas de dependencia de los nosocomios, mientras el Hospital Padilla y el Hospital Santillán se encontraban bajo jurisdicción del municipio de la Capital; los establecimientos que existían en la campaña, el de Concepción en Chicligasta, que empezó a funcionar en 1919, y los creados durante la gestión de Miguel Campero en la década de 1930 -Hospital El Bracho en Cruz Alta, Hospital Santa Rosa en Leales, Hospital Villa Alberdi en Río Chico y Hospital de Trancas en el Departamento homónimo de Trancas-, dependían de la esfera del gobierno provincial, que también tenía a su cargo el Hospital de Alienados y el Hospital Avellaneda –o de Aislamiento- ubicados en la Capital. Por su parte, la Sociedad de Beneficencia administraba el Hospital del Niño Jesús y el Hospital San José de Medinas -ubicado en el departamento de Chicligasta-; y la Municipalidad de Monteros sostenía el Hospital Lamadrid, que brindaba asistencia médica a los pobladores del sur tucumano.

La segmentación administrativa se imbricaba con la disímil infraestructura y servicios ofrecidos por las distintas administraciones. El Hospital Padilla, orientado a la atención masculina, y el Hospital Zenón Santillán y el Instituto de Maternidad -que funcionaba en sus dependencias-, destinados a la asistencia médica de las mujeres, brindaban atención más compleja al contar con especialidades como cardiología, traumatología, obstetricia, odontología, laboratorio para análisis clínicos, oftalmología y rayos X, afirmándose la tendencia hacia una mayor especialización, que comienza a adquirir un perfil más definido en estos años. Por su parte, el Hospital Avellaneda era el único referente en el norte para pacientes con enfermedades infecciosas como la tuberculosis, la sífilis y la lepra; y desde fines de los años 30 existía el Hospicio Nuestra Señora del Carmen, para la internación de alienados.<sup>49</sup>

Otro de los nosocomios fue el Hospital de Niños, que surgió por iniciativa de la Sociedad de Beneficencia en 1899, a partir de la triste evidencia de los gravísimos índices de mortalidad infantil en la provincia en la última década del siglo XIX. En 1906, el hospital contaba con una sala con dos pabellones de 30 camas cada uno que albergaba a niños y niñas; a la que se sumarían nuevas camas, consultorio externo, sala de cirugía, sala de infecciosas y pabellón de tuberculosos; además de un pabellón exclusivo para menores de dos años

---

<sup>49</sup> Antes de su existencia, la prensa había denunciado la práctica de llevar a los alienados o atacados de “enajenación mental” para ser alojados en la cárcel, en pésimas condiciones y en carácter de detenidos, donde hasta eran sometidos a burlas: “esto subleva...hemos presenciado escenas lastimosas, viendo a dementes medio desnudos, rodeados en medio de una turba bullanguera que los hostigaba...” *El Orden*, 2.1.1907.

destinado a la “niñez desvalida”, con un elevado número de muertos en esa franja, adjudicado a la ignorancia de los padres y a la mala alimentación.<sup>50</sup>

En general, los problemas de los hospitales municipales, que brindaban mayor complejidad de servicios, se potenciaban por la cantidad de pacientes provenientes del interior de la provincia, principalmente de departamentos azucareros con elevada concentración poblacional. Como en los hospitales de la campaña no había especialidades médicas y era más aguda la falta de recursos materiales y humanos, los trabajadores temporales que migraban de provincias vecinas se sumaban a los trabajadores permanentes aumentando las demandas de atención médica, principalmente en la época de la zafra.

Precisamente, la situación precaria del municipio de la Capital y la necesidad de aumentar fondos para realizar reformas fueron los objetivos del proyecto de centralización sanitaria que incluyó la provincialización de los hospitales municipales en la década del '20. La iniciativa contó con el apoyo del Ejecutivo y de la prensa, que en forma corriente denunciaba las condiciones críticas de los establecimientos; el rechazo de enfermos por falta de camas; el estado de las ambulancias -“*sucias, desvencijadas, impropias de una ciudad progresista y culta*”-; la falta de material y medicamentos y la alimentación deficiente de los internados.<sup>51</sup>

Además de reflejar diferentes criterios relativos a las competencias de cada esfera de gobierno en la dirección de la salud pública, las discusiones en la legislatura expresaron cuestionamientos al aumento de gastos que suponía el traspaso de los hospitales, en un contexto conflictivo al que se sumaban las críticas por el presupuesto de 1923, que contenía un impuesto a la molienda azucarera; y por las llamadas “leyes obreras”, para el salario mínimo y la jornada de ocho horas. Aunque la centralización no se concretó, los debates en torno a la cuestión de los hospitales municipales, que ya eran, según ciertas definiciones, hospitales provinciales, y más aún, “interprovinciales”, contribuyeron a alimentar un proceso que se traduciría en la futura reorganización del sistema en los años 40.

---

<sup>50</sup> Acerca del espacio para enfermos infecciosos, el diseño mostraba la preocupación por el cuidado del bienestar del niño y consistía en la separación de camas con tabiques de madera para evitar la comunicación directa entre enfermos pero con cristales para que el afectado pueda ver a sus compañeros y no quede en soledad. *El Orden*, 22.1.1908.

<sup>51</sup> La prensa registró además las contribuciones privadas a los hospitales por el estado que atravesaban: damas residentes en Buenos Aires que organizaron un festival a beneficio; colectas del Centro Gremial de almacenes mayoristas; donaciones de la Cía Azucarera Wenceslao Posse, Cía Azucarera La Corona; y otros particulares. Ante la solicitud de la intendencia de aportes para “aliviar y reparar la situación de miseria en nuestras casas de asistencia social”, recibió donaciones del ingenio San Juan; Cía Azucarera Santa Lucía; Azucarera Argentina y Concepción. *Boletín Municipal*, 1923: 10 y 11.

En cuanto a otras novedades referidas a los espacios de atención hospitalaria, Tucumán asiste al inicio de construcciones privadas como el Sanatorio Palacios, inaugurado en 1925 y el Sanatorio Pasquini, creado en 1927. Estos sanatorios fueron en realidad adaptaciones de casas particulares para funciones sanitarias y reflejaban una perspectiva distinta en cuanto a la responsabilidad -no sólo estatal- de brindar atención médica.<sup>52</sup> Por otra parte, la organización de la “Corporación de Médicos de Tucumán” implicó que por primera vez, bajo un concepto más integral de la medicina, se encare la construcción de un sanatorio Policlínico en Avenida Sarmiento y Junín en 1941, que años más tarde sería vendido para Policlínico Ferroviario.

### **I-3- Diferentes actores y espacios, un mismo escenario**

En la conformación del sistema sanitario provincial participaron diferentes actores que asumieron o se les asignó un papel significativo en la puesta en marcha de diversas iniciativas destinadas al cuidado de la salud pública. En un amplio escenario, de un lado estaban los profesionales o funcionarios que dirigían e integraban las instituciones, redactaban las leyes, diseñaban decretos y reglamentos; decidían e implementaban medidas, ocupando posiciones de poder. En otro lugar actuaban los vecinos y miembros de asociaciones civiles que participaban de modo coyuntural en casos de epidemias-; y aquellos ciudadanos que eran convocados por los poderes públicos para colaborar y participar en campañas sanitarias. Otro ámbito era el de los enfermos que recibían atención médica profesional o acudían a curanderos; optaban por algún tipo de asistencia a través de la concurrencia a los hospitales y los centros de atención médica; o eran receptores de disposiciones sanitarias en sus propios domicilios.

La aplicación de estrategias y medidas sanitarias concitó una conjunción de actores estatales y “extraestatales”, en tanto junto a los médicos, químicos, farmacéuticos y los empleados de los organismos sanitarios, hubo ciudadanos que cumplieron funciones “delegadas” desde el poder estatal ante la falta o escasez de personal capacitado y de profesionales. Esta fue, por otra parte, una de las falencias comunes no sólo del área de la salud, sino de muchas de las áreas de la administración pública en formación o recientemente creadas.

En el caso de las zonas de la campaña, a comienzos de siglo los únicos empleados con servicio permanente eran los vacunadores, a quienes sólo se les costaba el pasaje para los traslados, y que a través de sus demandas

---

<sup>52</sup> La clínica Palacios, primera en su género en el NOE, fue fundada por el Dr Gerado Palacios, primer cirujano con formación específica en la provincia y director del servicio de cirugía del Hospital Padilla y del Hospital de Niños. En 1926 “La Gaceta” se refería al nosocomio como un “magnífico sanatorio” que hacía honor a la ciencia médica, con moderno equipamiento, confort y excelentes servicios.

expresaban las dificultades económicas que afrontaban y que les ocasionaban demoras en el desempeño de sus tareas. Por esta razón eran corrientes las solicitudes de viáticos y de sumas para gastos de alojamiento y manutención y para “actuar con mayor celeridad”, que en general aludían al escaso sueldo que recibían y que requerían gestiones de las autoridades médicas para lograr la autorización de gastos inmediatos.

Como generalmente el personal designado para la vacunación resultaba insuficiente, el Consejo de Higiene encargaba esta tarea a empleados de otras reparticiones estatales -maestros, directores y personal de escuelas rurales; jueces de paz; empleados de policía-; y a vecinos “de buena voluntad”, que de ese modo cumplían el papel de agentes sanitarios. También acudía a los comisarios, propietarios y administradores de ingenios a fin de que indicaran personas que supieran practicar la “sencilla operación” de vacunar, y facilitaran los medios de movilidad para el traslado de vacunadores o personal de desinfección, lo que implicaba cierta intervención, en el caso de las empresas azucareras, en la esfera privada.

El desarrollo de nuevas instituciones, como la Oficina Química, conllevaba la necesidad de aumentar el personal por las nuevas tareas de control de establecimientos industriales y de comercio y la cantidad de sustancias para analizar. Su funcionamiento requería profesionales químicos especializados en la materia, que eran quienes dirigían el organismo, pero como eran escasos los inspectores y peritos, se autorizaba a los comisarios municipales a recoger las muestras que debían ser analizadas. Algo similar ocurría con los jueces de paz de la campaña, obligados a remitir solicitudes y muestras a la Oficina Química, con el agregado de que si no cumplían tal disposición podían ser multados.<sup>53</sup> En este caso la imposición de obligatoriedad y de sanción a funcionarios que incluso no pertenecían a la repartición sanitaria, expresó otra de las formas que utilizaron los poderes públicos cuando se trató de cumplir determinados objetivos y compensar o suplir la carencia de personal idóneo en la materia.

La proyección institucional presentaba una situación diferenciada entre la ciudad y las áreas rurales, de modo que las acciones y controles del Consejo de Higiene y de la Oficina Química en las localidades del interior fue menos efectiva por la extensión territorial que debían abarcar; la mala fe de ciertos expendedores; la red de relaciones y dependencias que abarcaba la dirección de los organismos, los empleados a cargo, los agentes municipales, los datos suministrados por los jefes de estaciones de ferrocarril, la participación de los jueces de paz. Al respecto, las denuncias permanentes por infracciones revelaban el dilema de las

---

<sup>53</sup> Informe de la Oficina Química; 1892; *Compilación*; cit, V. XVI: 475-476; T. XIV: 72 y 77.

autoridades y de la policía para resolver estos problemas y la falta de cumplimiento de normas relativas, entre otras, a las condiciones higiénicas de establecimientos; la apertura de pozos de ingenios; o la calidad de los alimentos.

La participación de otros actores o “agentes sanitarios” se dio también en la implementación de medidas para combatir el paludismo, donde el Consejo de Higiene se encargaba del acondicionamiento y distribución de las dosis de quinina y de establecer las instrucciones para su uso; mientras que los comisarios de policía, los jueces de paz y los directores de escuelas se encargaban de realizar inspecciones y garantizar el expendio de quinina registrando datos de las ventas, control de calidad y precio, y entrega gratuita a quien acreditara certificado de pobreza.

Sin embargo, en este caso se hizo más notoria la presencia del Estado en la campaña a través de aumentos de viáticos y de personal -inspectores, desinfectadores, vacunadores- situación que implicó la dotación de mayores recursos presupuestarios; y decisiones más racionales vinculadas con los nombramientos de médicos adscriptos para la lucha antipalúdica, que debían residir en el lugar. Estos contaron con empleados auxiliares que recorrían los poblados y caseríos y cuyas funciones no se limitaron al reparto de quinina sino también abarcaron la vigilancia terapéutica y profiláctica de los enfermos, en comunicación diaria con el médico, y además debían realizar inspecciones de escuelas y conseguir el apoyo de vecinos para las visitas a domicilio.

También hubo mayor preocupación de los poderes públicos por “profesionalizar” la asistencia en el interior de la provincia a través de la reglamentación del rol de los auxiliares sanitarios, que, bajo dependencia del Consejo de Higiene o del médico de la zona, debían rendir un examen para llevar a cabo las tareas de vacunación, distribución de quinina, y vigilancia y desinfecciones de locales públicos. De alguna manera esta iniciativa suponía un intento de avanzar en el reemplazo de personas comunes que realizaban tareas sanitarias por empleados capacitados designados por las autoridades médicas.<sup>54</sup>

Desde otro lugar y con otras motivaciones, en el ámbito de la salud hubo participación de ciudadanos comunes o asociaciones civiles que respondieron a diversas demandas. De los actores vinculados a la esfera gubernamental, un grupo significativo fue el constituido por la Sociedad de Beneficencia, que administraba hospitales y se encargaba de la atención de los enfermos pobres. En caso de crisis epidémicas la intervención revistió otro carácter, en tanto el Estado apeló a esfuerzos particulares que se expresaron, por ejemplo durante el desarrollo del cólera, a través de distintas asociaciones, algunas preexistentes y

---

<sup>54</sup> Reglamento de auxiliares sanitarios; *Leyes y Decretos vigentes*; 1929; T.I: 974-976.

permanentes –como las Sociedades de Socorros Mutuos-; otras –como la Cruz Roja y la Asociación de Voluntarios italianos constituidas al momento de la epidemia-; o temporales –como las comisiones de vecinos que luego se disolvían-; que actuaron asistiendo a los enfermos, colaborando con los médicos, gestionando recursos, ayudando a organizar lazaretos, consiguiendo drogas y desinfectantes y repartiendo alimentos.

En otro registro, intervinieron la Iglesia local, que buscaba reforzar la religiosidad, y la prensa, que publicaba medidas, consejos y artículos científicos, de modo que los distintos representantes de la sociedad civil actuaron según sus posibilidades y en consonancia con las características inherentes a los sectores o a las asociaciones –de ahí que la asistencia fuera material o de apoyo espiritual, de refuerzo a la tarea de los médicos, o de informar-. Mientras en el caso de los religiosos se trataba de brindar “socorro en la cama del enfermo para consuelo espiritual”, también hubo componentes que reflejaron la intención de la Iglesia de utilizar su prédica para contrarrestar el “castigo divino” asociado a la enfermedad y reforzar la religiosidad a través de prácticas como la oración y la penitencia. Por su parte la prensa no se limitaba a transmitir las disposiciones emanadas de las autoridades médicas sino que adoptaba una posición política activa frente a los sucesos y el desempeño del gobierno.

Como actores centrales en el escenario de la salud, en el marco del proceso de medicalización los enfermos fueron a la vez objeto de intervenciones y sujetos activos con capacidad de resistir, acomodarse, negociar y adoptar sus propias percepciones frente a sus dolencias y a ciertos tratamientos médicos.

En una etapa en la que, a pesar de los progresos científicos, los métodos utilizados y los resultados obtenidos por la medicina eran todavía inciertos, no resulta extraño que los sectores populares no aceptaran de manera pasiva ciertas normativas e imposiciones como la vacunación, las desinfecciones, los desalojos o el aislamiento, que implicaban someterse al poder y saber que detentaban los médicos. Asimismo, muchos de los procedimientos no eran tolerados porque en muchas ocasiones venían acompañados de pérdidas materiales –escasos bienes, ropa, vivienda-, violencia –por el ingreso de la policía o el cuerpo de desinfección a los domicilios, y porque significaban intromisiones en el ámbito privado.

Las percepciones de los enfermos frente a algunos aspectos de la atención que recibían en las instituciones públicas era señalada hacia fines del siglo XIX por las autoridades y la prensa, cuando apuntaban a que “*el pobre hombre del pueblo prefiere morirse a llamar al médico*”, por los supuestos temores de la población a concurrir al hospital, vinculados a sus malas condiciones y al

significado que le daban como la “antesala de la tumba”.<sup>55</sup> Con posterioridad a este momento formativo de las políticas de salud, continuaron las alusiones al rechazo que generaban algunos hospitales por sus deficiencias; como fue el caso del Hospital de Aislamiento. Además de la violencia que generaba el traslado de un enfermo con una patología infecciosa que se resistía, los efectos de permanecer en el mismo no debieron tener menos impacto, sumadas a reclamos de las mismas autoridades acerca de que *“allí nunca hay camas para dichos enfermos, teniendo que andar los mismos en la ambulancia, horas enteras sin encontrar destino...”*.<sup>56</sup>

Las tensiones se agudizaban en tiempos de epidemias, cuando se suscitaban reacciones de parte de los sectores afectados por la aplicación de medidas consideradas compulsivas, como los desalojos y la quema de ranchos y de fruta y el ocultamiento de enfermos, debido al estado de indefensión de los que quedaban sin vivienda y sin una parte importante de su alimento diario. Un caso que tuvo particular impacto durante la epidemia de cólera de 1886-87 fue el asesinato de tres miembros de comisiones de sanidad organizadas para asistir a los enfermos de la campaña, hecho que se vinculó al rechazo a las medidas implementadas -prohibición de ingerir frutas, desinfecciones y destrucción de viviendas-; y a la forma en que se aplicaban; sumado al recelo que los pobladores tenían frente a las autoridades sanitarias.

En general las formas de resistencia y los conflictos por algunas medidas y por cómo estas eran recibidas o asimiladas, recrudecían en coyunturas epidémicas, en las que aumentaban los temores y susceptibilidades de los enfermos y de la población en general. La prensa registraba y definía los casos de “enfermos desaparecidos”, que eran aquellos que, al tomar conocimiento de la orden de visita médica y de su posterior traslado al lazareto, abandonaban la casa con la connivencia de sus familiares, y daba cuenta de la estrategia de ocultar al enfermo como una forma de impedir la desinfección del domicilio y la quema de ropas y alimentos.

Un relato incluido en el diario El Orden el 25 de noviembre de 1909 que involucraba a tres criaturas de entre cinco meses y cinco años resulta en este sentido suficientemente revelador:

*“En un cuarto pequeño, sucio, miserable, se encontraban tendidos en el suelo los pobres variolosos, completamente abandonados... El cochero de la ambulancia, en lugar de cumplir con su deber, dando prueba de una cobardía y de una inhumanidad vergonzosa echó a correr con el vehículo que conducía... Mientras tanto las madres de los atacados los habían hecho desaparecer. Durante*

---

<sup>55</sup> La Razón, 13.11.1878.

<sup>56</sup> El Orden, 12.4.1910. Boletín Municipal, 1924: 7.



*varias horas se buscó a las criaturas hasta que al fin se dio con ellos en un conventillo donde se les curó y se tomaron medidas de precaución. Allí permanecen esos variolosos desde hace dos días, ante la protesta de todo el vecindario, que se ve amenazado con una enfermedad tan infecciosa, sin que las autoridades tengan el propósito de conducirlos a un punto apartado de la población”.*

La referencia aporta elementos de valor sobre los comportamientos y los significados dados a la enfermedad: la descripción de la habitación de los niños enfermos en la vivienda del pobre; la huida del empleado de la Asistencia Pública por el temor inmanejable al contagio; la desaparición y el ocultamiento de los menores -que podría suponer el rechazo al aislamiento, a la desinfección y destrucción de objetos en la vivienda-; la idea del apartamiento de los enfermos para preservar a los sanos de la infección.

Mientras desde los poderes públicos, que generalmente hacían a los sectores populares responsables de sus males, los objetivos apuntaron al control profesional para la asistencia de los enfermos; desde los sectores destinatarios de la atención médica algunos aspectos enunciados permiten mostrarlos en diferentes situaciones. Por un lado, aceptando los servicios que se les brindaban y solicitando atención gratuita -recordemos la inscripción en el registro de pobres y la concurrencia al hospital público-; y por otro ejerciendo formas de rechazo y resistencia a la imposición de ciertas medidas; y optando para su curación según sus posibilidades económicas, sus creencias, la disponibilidad de médicos en la localidad donde habitaban, y la percepción acerca de la urgencia o gravedad de su dolencia.

Algunos cuestionamientos al quehacer médico, que incluyeron no sólo la revisión del enfermo y la administración de medicamentos, fueron sintetizados en un poema publicado en la prensa -denominado “Coro de doctores”-. El texto puso en duda la autoridad profesional y expresó las disputas en torno a medidas que generaban rechazos y no eran aceptadas por el conjunto de la sociedad.<sup>57</sup> Más allá de la ironía que predomina en sus versos, las enunciaciones acerca de la quema de ropas y el despojo que esto significaba para un enfermo pobre y aislado; el suministro de medicaciones que se probaban -por “precaución científica”- sin constatación de que podían ser efectivas; la apelación a la representación de un dios -“Alá”- para el diagnóstico de la enfermedad; implicaron

---

<sup>57</sup>*“Doctores sapientísimos.../ en cuanto tiene un prójimo/ berrinche intestinal/ y el vientre se liquida/ sin freno y sin parar/ lo vemos, lo pulsamos/ con un miedo cerval/ y nos julepeamos/ de un modo colosal/ las ropas se queman/ al pobre le aislan/ pronto se le deja/ sin una camisa/ y engullir le hacemos/ toda una botica/ porque así lo manda/ precaución científica/ y si el hombre enfermo/ pudiese sanar/ del susto se muere/ sin vacilar/. Y de esta opinión/ nadie nos sacará/ si es cólera o no es cólera/ lo sabe Alá”. El Orden, 31.12.1894.*

críticas puntuales a los procedimientos que se empleaban y desacreditaron el poder otorgado por el conocimiento con que se intentaba revestir a los médicos.

## **II- Mujeres, niños y trabajadores en la agenda de la salud pública**

### **II.1-Maternidad y primera infancia**

Dentro de los grupos del conjunto social comprendidos en situaciones de precariedad económica y con dificultades para su subsistencia, mujeres y niños se encontraban más expuestos a contraer enfermedades, agudizadas por los problemas para acceder a la asistencia profesional y las limitaciones de los servicios sanitarios de la provincia. Desde el mismo acto del nacimiento -que entrañaba peligros de infecciones y muerte para madres e hijos- y sobre todo en los primeros años de vida, las dolencias que atacaban a la población infantil provocaban altos niveles de mortalidad y ponían al descubierto la vulnerabilidad de estos sectores y de sus progenitoras.

La necesidad de llevar el auxilio de la ciencia a mujeres y niños en situación de pobreza produjo intervenciones sustentadas en ciertas concepciones y en proyectos en los que fue determinante el problema de la mortalidad infantil, con un patrón de fuerte prevalencia de las enfermedades infecciosas y digestivas, como el tétano, las diarreas y disenterías a fines del siglo XIX, propias de una etapa pretransicional (que señalamos en el capítulo 1); y con enfermedades transmisibles como la diarrea, la influenza, las neumopatías y la tuberculosis que continuaban encabezando la lista de causales de muerte en las primeras décadas del siglo XX.

En una obra invaluable sobre la mortalidad infantil, Paulino Rodríguez Marquina,<sup>58</sup> además de aportar datos e información sobre sus posibles causas, propuso una gama de medidas y prácticas para contrarrestarla. Los factores que identificaba como decisivos en relación a la enfermedad y la muerte en el primer año de vida eran la alimentación, la vivienda y las costumbres inadecuadas, las carencias en materia sanitaria, la escasa instrucción de las madres, la falta de higiene, la herencia como vía de transmisión de “defectos y vicios anatómicos y fisiológicos”; asociados a las debilidades de la acción estatal en el campo social y sanitario. (Rodríguez Marquina, 1899:184)

Desde la esfera gubernamental se habían dado algunas iniciativas vinculadas, de modo directo o indirecto, a la cuestión de la mortalidad infantil -

---

<sup>58</sup> Rodríguez Marquina era un inmigrante español nacido en la región de Galicia. Como miembro de la Cruz Roja participó en la epidemia de cólera de 1886-87 y estuvo a cargo de la Oficina de Estadística –desde 1913 Oficina de Estadística y del Trabajo- entre 1887 y 1915, año de su muerte. Además de su actuación en la administración pública, ejerció el periodismo, fue colaborador en publicaciones culturales y escribió “La mortalidad infantil en Tucumán”, que le valió reconocimientos e invitaciones a Congresos de Medicina e Higiene.

normas de higiene de alimentos; provisión de agua potable a la Capital; atención profesional de los partos y asistencia hospitalaria- y en los casos concretos de enfermedades, estrategias que respondían al estado del desarrollo del conocimiento científico en esos años.

Aunque no se conocía el origen de dolencias como la gripe o “influenza”, se partía del supuesto de la difusión del germen causante por el aire, agua u objetos, y existía consenso en tomar “precauciones higiénicas” para evitar el enfriamiento y fortalecer la debilidad del organismo;<sup>59</sup> y ante enfermedades como el sarampión o la difteria, se recomendaba el aislamiento y el cuidado de la higiene y la alimentación.

Las muertes de niños por difteria, escarlatina, sarampión se adjudicaban al abandono de la higiene, la debilidad congénita, las afecciones del estómago y de los intestinos (niños hambrientos, indigestados, “empachados”). Para “El Orden”, *“El rancho, la morada del pobre, el conventillo, con su incubación permanente de microbios”*, constituía el principal problema social e higiénico, de modo que los niños, más que víctimas de la enfermedad, lo eran del ambiente en el que nacían, del tipo de alimento que consumían y de la falta de cuidado, factores también señalados como determinantes de la mortalidad.

Como la mortalidad neonatal requería medidas específicas y uno de los aspectos considerados esenciales para preservar la salud de la madre y del recién nacido era la atención profesional de los partos, hubo dos iniciativas en ese sentido, que se relacionaron en sus fundamentos y objetivos: la primera asociada a la creación de la Sala de Maternidad y segunda a la inauguración de la Escuela de Parteras en el ámbito del Hospital Mixto ubicado en la Capital provincial.

La Sala de Maternidad se instaló en 1885, respondiendo a la necesidad de brindar un cuidado a las parturientas que carecían de recursos, puesto que las mujeres de sectores medios y altos eran asistidas en sus propias casas. La atención estaba en manos de dos médicos, una partera y una ayudanta; pero a pesar de la importancia de este servicio, diez años después de su creación se señalaba que *“la Sala La Samaritana, destinada a Maternidad, es completamente deficiente en su instalación y no reúne ni siquiera aquellas condiciones más elementales de comodidad y de higiene como requiere un local destinado a un servicio tan importante como delicado”*.<sup>60</sup> Con su traslado al Hospital de Mujeres, inaugurado en 1900, se ampliaron los pabellones, aunque su capacidad seguía

---

<sup>59</sup> Estas expresiones coincidían con una publicación de la Academia de Medicina de París que daba datos de síntomas, profilaxia e influencia de las corrientes atmosféricas en la propagación del mal. Por otra parte, un “decálogo” contra la influenza, aconsejaba cuidar el enfriamiento, la digestión, la dentadura, la garganta, guardar cama, y concluía: “si a pesar de estos cuidados te sientes mal, llama al médico”. *El Orden*, 8.6.1892.

<sup>60</sup> *Digesto Municipal*, T. II: 269-270; *Digesto Municipal*, T. III: 50-51.

siendo limitada. En 1906, cuando el Hospital Mixto contaba con 180 camas y el Hospital de Niños con 60 camas; el de mujeres tenía sólo 40, de modo que la cifra de camas para la sala de maternidad, debió ser ínfima en relación al total; situación similar a la de otras provincias como Córdoba y Buenos Aires, donde las maternidades existentes distaban de reunir las condiciones de espacio, calidad y capacidad.

Respecto a la atención que brindaba la maternidad, el Reglamento General de Hospitales de 1914 establecía que serían asistidas sólo aquellas mujeres que hubieran cumplido el octavo mes de embarazo, las que presentaran signos de aborto y las que padecieran enfermedades originadas en la preñez. Los servicios estarían a cargo de personal médico, practicantas internas y alumnas de la Escuela de parteras u obstetricia, restringiéndose las operaciones quirúrgicas a la intervención exclusiva del médico, normativas que podrían ser indicadores de avances en la consideración de este espacio y en la medicalización de los partos.

La atención de los nacimientos presentaba múltiples dificultades y eran constantes las denuncias acerca de los peligros que acarrea la falta de asistencia idónea asociado a la mortalidad, porque si bien los únicos legitimados para atender los alumbramientos eran los médicos, la falta de parteras diplomadas y el ejercicio extendido de las “prácticas” –no profesionales– constituían una realidad frente a la cual el Estado tuvo que actuar con cierta flexibilidad, siendo las parteras sin título “toleradas” y autorizadas a ejercer por necesidad, sobre todo en áreas de la campaña.

En este contexto, la creación de la Escuela de Parteras en 1897 venía a cubrir un vacío al incorporar la enseñanza y el entrenamiento para la atención profesional de los nacimientos, con un ciclo de formación que finalizaba con un examen obligatorio que las alumnas debían rendir ante el Consejo de Higiene, de modo que eran las autoridades médicas las que decidían su habilitación y un requisito indispensable era certificar haber asistido por lo menos 25 partos.

El plan de estudios de dos años abarcaba conocimientos teóricos y prácticos en cuestiones relativas a la preñez, el feto, el embarazo, el parto y el puerperio y a sus posibles complicaciones; y operaciones obstétricas y cesáreas; como así también al cuidado del recién nacido, en aspectos como desinfección de ojos, limpieza, ligadura del cordón, alimentación, práctica de vacunación, la lactancia y destete.

Mientras el desarrollo de estos programas y la novedad del parto hospitalario en la sala de maternidad demuestran los esfuerzos de los poderes públicos por poner en práctica los conceptos de la obstetricia y la puericultura en las instituciones sanitarias existentes, la ausencia de asistencia social y hospitalaria del niño fue cubierta a través de dos instituciones de carácter privado,

la Sociedad de Beneficencia y la Conferencia de San Vicente de Paul, quienes fundaron el Hospital de niños y la Casa Cuna y Asilo Maternal, en 1899 y 1905 respectivamente.

En consonancia con el concepto de modelo benéfico asistencial, el Hospital de Niños pretendía *“proteger a la niñez indigente que carece de amparo y se debate en un medio ambiente viciado y enfermizo”*<sup>61</sup>, pero se introdujeron paulatinamente nuevos criterios que respondían a una orientación más científica. La mayor vulnerabilidad de los niños y los niveles de mortalidad con incidencia de patologías digestivas incidieron en la tarea de los profesionales, que enfatizaron la relación entre la falta de higiene y la enfermedad e impulsaron la implementación de la “Gota de leche”, servicio encargado de proveer de leche gratuita a niños enfermos y madres en período de lactancia y de dar a conocer instrucciones higiénicas y profilácticas para el mejor cuidado de los hijos.

En un informe de 1911, la Sociedad de Beneficencia subrayaba que la institución había ejercido una *“benéfica influencia sobre la salud de la infancia, y que, merced a ella, se han evitado a muchos hogares pérdidas dolorosas y a esta población la desaparición de fuerzas que le serán útiles y que contribuirán a su engrandecimiento futuro”*, conceptos que resumen los principios de combatir la mortalidad, atender la salud de los niños y contribuir a preservar futura mano de obra, tema recurrente en el contexto del desarrollo de la economía en la provincia.

Aunque no tuvieron objetivos específicos desde el punto de vista de la salud, hubo otras instituciones que se constituyeron en ámbitos de protección y cuidado de la niñez, como fue el caso del Asilo Maternal y la Sala Cuna, que funcionaban en terrenos donados por el industrial Alfredo Guzmán y su esposa Guillermina Leston.<sup>62</sup> Como en el caso del Hospital de niños, las cifras de mortalidad infantil fundamentaron un subsidio del gobierno, por el beneficio de salvar a “200 o 300 niños de la muerte al año y entregarlos aptos para la victoria del trabajo”; criarlos y educarlos “para entregarlos a la vida”; y contrarrestar la realidad de los hogares pobres, donde “las enfermedades reinan y los niños que se salvan de la muerte arrastran una vida anémica y raquítica”.<sup>63</sup>

En 1908 la Sala Cuna y el Asilo Maternal brindaban alimento, cuidado y enseñanza a 58 niños por día. En la Sala -bajo administración de las Hermanas de la Orden de Concepcionistas- se hallaban asilados siete niños de pecho con seis

---

<sup>61</sup> La prensa apoyó activamente la iniciativa de asistir a la “niñez desvalida” para evitar “elementos sociales perniciosos” y formar ciudadanos aptos para el trabajo. *El Orden*, 18.1.; 7.2.1896.

<sup>62</sup> Alfredo Guzmán (1855-1951) tuvo una extensa trayectoria vinculada a la actividad agroindustrial; fue propietario del ingenio Concepción e impulsó la creación de la Estación Experimental Agrícola. En 1908 donó un terreno para la construcción de la Sala Cuna, y en 1923 se inauguró un nuevo edificio con el nombre de Instituto de Puericultura Alfredo Guzmán en la calle Congreso, donde funciona actualmente.

<sup>63</sup> *Compilación*, cit; V. XXXII; 1906: 456-461.

amas de leche o de “crianza”, y en el Asilo permanecían los hijos de madres trabajadoras, dejados a la mañana -antes de dirigirse a sus respectivas ocupaciones como cocineras, mucamas, lavanderas- y retirados a la noche. Después de visitar el edificio, Gregorio Aráoz Alfaro destacaba sus condiciones, con salas amplias, iluminadas e higiénicas, y los excelentes cuidados que recibían los niños, tanto los más pequeños, alimentados por buenas amas bajo supervisión médica; como los hijos de madres obreras, “limpios, sanos, fuertes, con las cuatro reparadoras comidas que el Asilo les sirve diariamente”.<sup>64</sup>

Dentro del campo de las políticas sanitarias, la atención de la salud del niño –indisoluble de la salud de la madre-, registró un cambio cualitativo durante la década del '20, cuando se concretaron acciones de mayor alcance, en particular desde la esfera del poder municipal. Una de ellas fue la instalación de Estaciones Sanitarias, que desde 1923 funcionaron como centros de atención para cubrir demandas en zonas alejadas del radio céntrico, y que respondían a un programa de asistencia social, con consultorios gratuitos de atención, de primeros auxilios y de lactantes, destinados a la población de menores recursos. La partera a cargo desempeñaría *“el papel de verdadera visitadora de higiene, tal cual la prestigian los modernos adelantos de higiene social, por cuanto divulgaría entre las madres pobres, nociones prácticas que aseguren una gestación normal y la capaciten al mismo tiempo para la crianza de su futuro hijo”*.<sup>65</sup>

Estos criterios coincidían con la línea a nivel nacional, que desde el Departamento Nacional de Higiene y bajo la dirección de Gregorio Aráoz Alfaro creó en 1923 la Sección de Asistencia y Protección a la Maternidad y la Infancia, de la que derivan los Centros de Higiene Maternal e Infantil inaugurados en distintos puntos del territorio. En Tucumán, el proyecto de un Servicio de Protección a la Infancia fue iniciativa del intendente Juan Luis Nougués,<sup>66</sup> que en “defensa de la salud pública” adoptó importantes medidas, como el aumento de personal y equipos para la Asistencia Pública, la extensión de turnos de atención de 24 horas, la instalación de un consultorio para niños de la primera infancia, el reemplazo de las viejas ambulancias tiradas a caballo por furgones blancos, la creación del Instituto Antiluético, entre otras. En barrios alejados se establecieron además nuevas estaciones sanitarias, sobre las que el diario “El Orden” señalaba en diciembre de 1927: *“No son simples consultorios o salas de auxilio. Son*

---

<sup>64</sup> *El Orden*, 9.6. 1908; 13.7.1914.

<sup>65</sup> *Boletín Municipal*, 1923: 1-2.

<sup>66</sup> En 1927, frente a las elecciones municipales el Partido Liberal se dividió en dos fracciones: la “azul”, de antiguos dirigentes conservadores, y la “blanca”, que reunía a los sectores más jóvenes y llevó como candidato a Nougués. Su triunfo se repitió en 1929 con la agrupación “Defensa comunal”, más tarde Partido Provincial Bandera Blanca; pero en 1930, los conflictos con el Ejecutivo provincial desencadenaron la intervención del gobierno municipal. (Parra y Vignoli; 2005)

*pequeñas “asistencias públicas” donde se distribuye medicamentos, se reparte quinina, y se atiende a toda clase de enfermos. Cada una tiene su médico jefe, su partera con todo lo necesario para atender el consultorio ginecológico y su sala de primeros auxilios.”*

En este contexto, el Servicio de Protección a la Infancia se implementó con el objetivo de luchar contra la mortalidad infantil, cuya tasa ascendía en 1927 a 168,29 por mil. (Bolsi y D’Arterio; 2001: 108). Destinado al cuidado de la mujer embarazada y del niño por nacer, comprendía ocho dispensarios de lactantes; una oficina de “Inspección de nodrizas”; y un servicio urgente de obstetricia. En 1928 el personal contaba con dos médicos, uno director general y el otro especialista en niños, un secretario, dos parteras, 12 visitadoras de higiene, seis preparadoras de alimentos y seis ayudantes; y en 1929 se agregan un médico, tres preparadoras de alimentos, una visitadora, un ayudante y un peón.

En el Dispensario central funcionaba un laboratorio donde se elaboraba la leche y demás alimentos que eran distribuidos diariamente en las estaciones sanitarias; y se implementó la modalidad de impartir consejos a las madres para criar a sus hijos con la idea de que las prácticas se reprodujeran entre amigas e hijas. En este sentido adquiría relevancia la tarea de las visitadoras de higiene, que transmitían los preceptos de la puericultura y de la higiene en los hogares, así como recomendaciones a las madres para preservar a sus hijos de las enfermedades.

En una etapa en la que primaba la concepción de una higiene preventiva, el servicio se consideraba como *“un modelo en su género en nuestro país por su organización de carácter eminentemente educativo, pues al mismo tiempo lleva a los hogares el alimento, la medicina, y sobre todo, la educación en materia de crianza de niños por medio de personal competente buscando así con la profilaxis de enfermedades de la infancia, la formación de niños sanos”*.<sup>67</sup> Para el cuidado de la población infantil se conjugaban entonces factores como adecuada alimentación, atención médica profesional e instrucción a las madres.

Aunque el presupuesto de 1930 confirma el lugar prioritario de la salud en la agenda municipal, donde la suma destinada a la Asistencia Pública superaba ampliamente a los otros rubros, el aumento de personal y de gastos en la sección de Protección a la Infancia fue uno de los argumentos que la oposición utilizó para iniciar una investigación que concluyó con la intervención y desplazamiento de Nougés de la intendencia. Con el golpe militar, la nueva intervención reorganizaría el servicio bajo el concepto de hacer economía, con la paradoja de

---

<sup>67</sup>*El Orden*, 15.12.1930.

lograr “una mejora en los servicios” y a la vez una disminución “importante en concepto de sueldos y gastos generales”.

Lo cierto es que la protección a la infancia demandaba a la municipalidad una suma que en general excedía su capacidad financiera, y como la atención y suministro de alimentos se hacía a un porcentaje grande de niños procedentes de toda la provincia; se consideró que por su índole y alcances debía transformarse en una repartición de carácter provincial. Esto se concretó en 1933 cuando se transfirieron los servicios a la provincia y a partir de 1940 el Ejecutivo reglamentó su organización, centralizando las directivas de la asistencia de la madre y del niño en la Capital y la campaña; inaugurando el funcionamiento de consultorios obstétricos y sala de parto en los hospitales provinciales; los servicios de primera y segunda infancia (destinados a niños de 0 a 12 años); servicios de eugenesia y maternidad (con salas de parto y consultorios obstétricos para el embarazo, parto y puerperio y para prevenir la mortalidad precoz o nacimientos de niños con trastornos); y las secciones de estadística, profilaxis, educación higiénica y propaganda (para confeccionar cuadros demográficos, elevar las estadísticas y controlar personal).

## **II-2- La salud escolar**

A partir de la sanción de la Ley 1420 de Educación Común en 1884, que extendió la obligatoriedad de la enseñanza primaria, la educación pública penetró decididamente en la vida de los niños, y los centros educativos argentinos, que eran en su mayoría públicos, estuvieron bajo la mirada higiénica, porque se trataba de espacios compartidos durante largos períodos del año, donde podían hacer foco epidemias y propagarse el contagio de enfermedades crónicas. El máximo organismo de educación, el Consejo Nacional de Educación, estaba por entonces subordinado a las decisiones de abogados y médicos que incluyeron instrucciones sobre la limpieza, ventilación e iluminación de las aulas, las posturas y actividades de los pequeños y sobre obligaciones de los maestros entre las que se contaban detectar piojos, diagnosticar paperas, rubeolas, completar las cartillas sanitarias e incluso vacunar. (Di Liscia y Fernández; 2014)

En Tucumán, con el fin de garantizar la procreación y favorecer las condiciones de salud de futuras generaciones, la salud del niño en edad escolar fue uno de los aspectos incorporados a las políticas sanitarias, donde el discurso de las autoridades confluía en la necesidad de difusión de preceptos higiénicos, la vacunación preventiva, los controles en las escuelas, el rol de la alimentación y la mejora en las condiciones materiales.

La niñez como etapa crucial de la vida, vulnerable a las enfermedades y con menores posibilidades de sobrevivencia, constituía uno de los tópicos que



integraron la agenda de problemas sociales desde la doble vertiente privada y estatal. Asimismo, como era el momento para intervenir y formar nuevos ciudadanos que fueran también mano de obra apta para el trabajo productivo, se intentó el cuidado de la salud de los niños desde distintos espacios, incluidos los establecimientos educativos de la provincia.

En el marco de un proyecto nacional de mayores dimensiones que tendía a la expansión de la educación pública, en Tucumán se instalaron nuevas escuelas y se renovaron planes de estudio y las preocupaciones por la salud escolar se extendieron a reglamentos que estipulaban como condiciones de ingreso a las escuelas que los niños debían estar vacunados, no padecer de enfermedad contagiosa y probar su estado de salud con una certificación médica. Por su parte, la ley de educación común de 1914 incluía nociones sobre el “desarrollo moral, intelectual y físico del niño”, la inspección médica en las escuelas y la obligación de enseñar a “conservar y robustecer la salud corporal y mental; a recuperar la salud en los casos de enfermedad leve; y a prestar los primeros auxilios en los casos de accidente. En tal sentido, los planes de estudio incluían contenidos de higiene: de 1º a 3º grado, aseo personal, limpieza, alimentos, agua; de 4º a 6º grado, higiene de la digestión, órganos, profilaxia de enfermedades infectocontagiosas, higiene infantil. Un tema vinculado con la salud escolar fue el de la vacunación obligatoria, en tanto según la ley aprobada en 1911, los controles se harían con el Consejo de Educación, las normativas se incluirían en los programas de estudio, y no se aceptarían en los establecimientos alumnos que no estuvieran vacunados.

Proyectos como la Ley de enseñanza obligatoria de higiene infantil y la creación del Cuerpo Médico Escolar tuvieron como objetivos asesorar en asuntos de higiene y salud a niños y maestros, con funciones que comprendían la inspección de locales; la realización de exámenes médicos y conferencias sobre temas de higiene, primeros auxilios y síntomas de enfermedades infectocontagiosas; y asistencia gratuita a docentes y alumnos de probada pobreza.

Como se dio en el ámbito nacional, la problemática de la salud pública reflejó transformaciones y nuevas orientaciones a partir de la década del '20, que inauguró una etapa de mayor intervención del Estado en la provisión de servicios. En Tucumán, los nuevos conceptos vinculados a la asistencia social y a la consideración de nuevos problemas y enfermedades, podrían asociarse a algunos cambios en relación a la salud de los niños en edad escolar, que interpelaron a las instituciones sanitarias y educativas. Este fue el caso de las intervenciones para enfrentar el tracoma, donde la mirada puesta en los ojos de los niños implicó, de parte de las autoridades médicas, detectar la dimensión del problema, identificar el

peligro de contagio y programar acciones con el área de educación, que alcanzaron su máxima expresión con la creación de una Escuela para tracomatosos en 1920.

El antecedente de esta iniciativa derivó de una epidemia de conjuntivitis catarral en 1915, que se creía podía desencadenar en una conjuntivitis granulosa o “tracoma”, que atacaba especialmente a los niños. En este contexto se realizaron inspecciones en 19 escuelas del interior, que concluyeron que el tracoma era endémico y llegaba a proporciones alarmantes -el mayor porcentaje alcanzado era de 43,9% y el menor de 24,07%- , planteándose la necesidad de desinfecciones, admisión escolar con certificado médico y el “pronto alejamiento de las escuelas de todos los niños enfermos”. Se señalaba que la enfermedad “*se propaga con terrible genio destructor; de ojo a ojo, de persona a persona; haciendo el mayor número de víctimas entre las familias pobres, donde encuentra el mejor terreno de difusión a causa de la ignorancia, de la miseria, de las condiciones económicas individuales, del ambiente y del hábito de vida doméstica y social contraria a cualquier precepto de higiene*, otorgando un significado social a la enfermedad, vinculada a la “clase pobre” y a sus condiciones de existencia.<sup>68</sup>

En la Capital las inspecciones dieron un 25% de granulosos en las escuelas de los suburbios –la provincia fue por esto señalada como el “paraíso del tracoma”-, situación que motivó un censo escolar en 1919, y la posterior creación de una Escuela de Tracomatosos en 1920, que se fundó en los informes y en el tratamiento sugerido por especialistas, y requirió de la decisión política de otorgar un aporte económico, un local y recursos humanos.<sup>69</sup> Así Tucumán se constituía en la primera y única ciudad del país con una escuela de este tipo, bajo el concepto de separación de los enfermos.

En sus inicios la inscripción llegó a 165 alumnos, pero para que sus objetivos se cumplieran se buscaron estrategias para facilitar la asistencia de los

---

<sup>68</sup> *El tracoma en las escuelas*; 1915. En la campaña, las medidas de profilaxis deberían estar a cargo de “personas aptas”, denominación que incluía a médicos, maestros y sacerdotes. Como no era viable un plan de escuelas y dispensarios especiales se planteó el aislamiento en el aula y en los recreos, donde los enfermos podrían permanecer pero separados y con lavajes sistemáticos de bancos y paredes. Aunque no puede comprobarse si se cumplió, se aconsejaba que el aislamiento se hiciera sentando a los alumnos en bancos apartados con la leyenda: “bancos para tracomatosos”, cuestiones que inducen a pensar en el estigma del señalamiento y la separación y los efectos que pudieron tener en el aprendizaje y en algunas conductas de los niños.

<sup>69</sup> El autor de la iniciativa fue Raúl Colombres (1884-1920). Médico de niños; fue legislador provincial (1914-18 y 1918-22); presidente del Partido Liberal y candidato a gobernador al momento de su muerte en 1920. En sus exequias se resaltaron sus virtudes como “médico de los humildes” y su obra legislativa, en particular la ley de enseñanza obligatoria de higiene infantil en las escuelas y la Escuela de Tracomatosos.

niños, proveyendo pases gratuitos en los tranvías en casos que lo justificara la distancia; y haciendo llegar a los domicilios “sugestiones verbales y escritas” para conseguir que los padres envíen a sus hijos a la escuela y asistan al consultorio para las curaciones o para obtener medicamentos. Además se asistía con cursos especiales a las maestras, a fin de que adquirieran las herramientas para transmitir el tratamiento que debían seguir los alumnos, que provenían de familias pobres de las zonas de los suburbios. En cuanto al local de la escuela, ubicado en un área central de la ciudad, los testimonios y a las imágenes que hoy se conservan reflejan que pareció reunir las condiciones adecuadas por sus características edilicias y las reformas incorporadas.

Si bien la Escuela de Tracomatosos “Raúl Colombres” contó con financiamiento estatal, la constitución de una Sociedad Protectora para colaborar con su mantenimiento podría indicar dificultades económicas, además de la continuidad de las contribuciones particulares a instituciones vinculadas a lo social en los años ´20. En 1923, el establecimiento fue incluido en el presupuesto provincial, con aportes para el pago de las retribuciones, pero resulta llamativo que en ese año, y a casi tres años de su instalación, un informe del Consejo de Educación publicado en la prensa donde figuran las escuelas de la provincia – incluidas las especiales- no incorpora a la Escuela de tracomatosos. Hacia 1927, la partida destinada a la escuela aparece en los gastos de educación, y a mediados de los años ´30 la falta de datos lleva a pensar que el ensayo de separación de niños con tracoma pareció haber concluido, tal vez porque no impedía a otros niños, en otros colegios, tener la patología y contagiar a su núcleo familiar, y, a la vez, significaba una organización médico sanitaria difícil de sostener (por el traslado de los niños, la permanente revisión médica y a la vez la atención de su aprendizaje).

En la cuestión de las vinculaciones entre salud y educación, y en la medida en que la niñez era el primer estadio para incluir patrones sanitarios, no fueron ajenas al discurso de las autoridades la gravitación de ideas que apuntaban a la educación y a mejorar la salud para fortalecer a la población para el trabajo productivo; el convencimiento de que la escuela podía ser un foco de extinción y no de infección –esto era “combatir el mal en su fuente de origen”-; y de que los agentes del cambio debían ser los profesionales médicos a cargo de las inspecciones y tratamientos curativos.

### **II-3- La atención sanitaria en las áreas rurales**

En el marco de 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

apuntaban a una mayor intervención del Estado en materia social, hubo proyectos dirigidos a mejorar las condiciones sanitarias del mundo rural en la provincia, en un contexto de cambios políticos y de iniciativas sociales que reflejaban una concepción más avanzada del rol de las instituciones públicas.

En general las acciones sanitarias 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 y de medios económicos 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; y había importantes asentamientos de población rurales, localizados en la Capital y el llamado “pedemonte”, epicentros de la reconversión productiva que había significado la modernización de la economía basada en la expansión de las plantaciones de caña y de los ingenios azucareros.

Las condiciones sanitarias de las poblaciones del interior presentaban elevados índices de mortalidad asociados a la mala alimentación, a las bajas defensas, a la falta de atención médica y al hacinamiento en los alrededores de los ingenios. Además del paludismo, las enfermedades respiratorias, digestivas e infecciosas; primaba el rubro denominado “quirúrgicas”—efectuadas por heridas varias, fracturas, hernias, quemaduras- vinculado a la labor de los jornaleros atendidos en el hospital, que provenían de las áreas rurales de la provincia. Asimismo, 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, *“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”*; 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”*. (Bialet Massé; 1986: 803 y 811)

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 apuntaban 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 del Hospital Mixto, por la cantidad de peones *“mandados por grandes remesas, sin haber contribuido los patronos, con un centavo partido por la mitad”*, pintándose un panorama de camas improvisadas en el suelo, y con críticas a los industriales que enviaban a sus trabajadores enfermos y contribuían “generosamente” sólo con una bolsa de azúcar por año (que representaba el valor de 20\$).

La problemática del sistema de 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. Uno de los principales instrumentos que se utilizaron para compensarlos fue la creación por ley en 1900 de las Comisiones de Higiene y Fomento en los pueblos de campaña que carecían de municipalidad y con más de 500 habitantes, que se irán extendiendo en distintas localidades de acuerdo a su importancia. Su antecedente eran las Comisiones de Higiene y Caminos públicos encargadas del arreglo de caminos, saneamiento de terrenos y focos de infección y de algunas disposiciones de higiene. En el caso de las Comisiones de Higiene y Fomento las atribuciones adquirieron mayor especificidad en cuanto a medidas dictadas por el Consejo de Higiene relativas a la salud pública.<sup>70</sup>

La particularidad de las Comisiones residió en su composición ya que estaban integradas por vecinos de la localidad, convocados a colaborar en su organización y administración y en la provisión de fondos que provenían del cobro de impuestos a los habitantes y de contribuciones privadas. En cuestiones de tipo sanitario debían colaborar con los empleados responsables de la vacunación y distribución de quinina; realizar estas funciones cuando fuera necesario y comunicar casos detectados o sospechosos de enfermedades infecciosas. También debían presentar denuncias de ingenios que no cumplían con la apertura de pozos y de construcciones inadecuadas de saladeros o curtiembres; pedidos de medicamentos y ropas, y obras como arreglo de plazas, árboles y mantenimiento de mataderos.

En la lógica de mejorar la atención en las áreas rurales, se creó una nueva repartición, la Dirección General de Comisiones de Higiene y Fomento, con el fin de concentrar y unificar su acción, lo que requirió un aumento del presupuesto pero no se modificó el carácter de sus miembros, que seguirían ejerciendo sus funciones sin remuneración. Como los nombramientos eran hechos por el Ejecutivo, muchas veces los designados eran cuestionados por no cumplir con sus

---

<sup>70</sup> *Compilación*, cit; V. XXIV, 1900: 133.

funciones o por su vinculación política con el gobierno de turno. En este sentido el diario “El Orden” alertaba, en marzo de 1923, sobre la necesidad de mayores controles y de la reorganización de las Comisiones, afirmando que habían dejado de ser una institución con espíritu progresista para convertirse en comités partidarios y “centro de politiquería”: *“Lo que era antes un conjunto de vecinos caracterizados y honestos ahora son comités que exigen el pago de impuestos o los perdonan; reciben y dan prebendas y malversan fondos”*.

Precisamente, un cambio significativo en su funcionamiento se fundó en la necesidad de iniciar la transición hacia el gobierno municipal y contrarrestar el peligro de los abusos y del partidismo desmedido, a través de una ley que modificó la elección de los miembros de las Comisiones de seis localidades de la provincia (Tafí Viejo, Lules, Famaillá, Simoca, Villa Alberdi y La Cocha, centros poblados y desarrollados a través de diversas actividades agrícolas y comerciales) que se haría por el voto popular. Se mantenían los cargos gratuitos y obligatorios y las facultades de imponer multas autorizadas en leyes y reglamentos, de modo que seguían las normativas del Consejo de Higiene; y las inspecciones y supervisión del Poder Ejecutivo, que incluso podía resolver su disolución.<sup>71</sup>

Con el tiempo el rol de las Comisiones fue complejizándose, con el aumento de miembros y la creación de un Inspector para un mayor control y certificación de los procedimientos realizados, y muchos de los cambios introducidos se relacionaron en alguna medida con la necesidad de extender las acciones 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 la provisión a *“las clases trabajadoras del remedio más específico contra el paludismo que las debilita, empobrece y degenera”*, a través de la distribución gratuita de quinina, considerada la forma más eficaz de combatir esta enfermedad que afectaba principalmente a la población ocupada en las actividades rurales.<sup>72</sup> Los efectos funestos de la endemia palúdica se veían en las vidas que sustraía y en los casos de enfermos que sobrevivían pero con organismos debilitados y sin fuerzas físicas, lo que atentaba contra un factor indispensable para el engrandecimiento material, como era el de contar con brazos sanos para el trabajo.

Además de las acciones que suponían aumentos de viáticos y de personal y de envíos a los ingenios, el avance más significativo en la lucha contra el

---

<sup>71</sup> La constitución de comisiones cuyos integrantes eran vecinos de las localidades se dio también en la conformación de salas de primeros auxilios, a cargo de cinco damas y de miembros de las Comisiones de Higiene, cuya práctica común para obtener aportes era la organización de fiestas y kermeses de beneficencia.

<sup>72</sup> *Libro Copiador de Notas, Consejo de Higiene, 1898: ff. 426-431.*

paludismo lo constituyó en 1907 la ley nacional que lo declaraba enfermedad endémica transmisible e incluía estudios para determinar zonas palúdicas, realizar obras de saneamiento, destruir larvas y mosquitos, brindar asistencia médica, proveer quinina y llevar un registro de estadísticas. Lo nuevo era la centralización y dirección del plan antipalúdico en la repartición sanitaria nacional, con la que debían colaborar las autoridades provinciales y comunales, y la designación de un médico director en Tucumán, Salta, Catamarca y Jujuy, encargado de la vigilancia del servicio profiláctico.

La ley encontraría dificultades para su implementación por la complejidad de aspectos que abarcaba, por las características de las diferentes regiones palúdicas y por los límites que planteaban las autonomías provinciales, de modo que recién en el año 1912 el Departamento Nacional de Higiene pudo hacer efectiva la primera campaña antipalúdica implementada desde su órbita. Con resultados desiguales por los problemas presupuestarios que hubo para realizar obras de saneamiento, fue positivo el registro del aumento de consultas y de atención de enfermos, la expansión de la distribución de quinina y la instalación de laboratorios específicos en la región del Noroeste. (Álvarez; 2010: 59-63)

Fue durante las décadas de 1920 y 1930 cuando en el país se consolidó el paludismo como cuestión pública, al producirse una reformulación de los programas vinculada a los avances científicos, expuestos y difundidos en diferentes instancias, como fueron las reuniones de la Sociedad Argentina de Patología Regional del Norte, fundada en 1926 en la provincia de Jujuy; la creación de la Misión de Estudios de Patología Regional Argentina (MEPRA) en 1928; y la presencia de la Fundación Rockefeller, que aportó subvenciones económicas y experiencia en materia sanitaria.<sup>73</sup>

A partir de allí se produjo un giro en el rumbo de las campañas sanitarias contra el paludismo, y en Tucumán la colaboración de la Fundación Rockefeller se tradujo en fondos, métodos y acciones prácticas; que se sumaron a las obras de saneamiento, drenaje de focos infecciosos y asistencia médica. El territorio se dividía en zonas a cargo de uno o más médicos que se ocupaban de la atención de los infectados en los dispensarios o en sus domicilios, secundados por auxiliares sanitarios que los registraban, recorrían las localidades y distribuían la quinina. Las acciones se completaban con la labor desarrollada en los laboratorios que funcionaban, además de Tucumán, en las ciudades de Salta, Jujuy,

---

<sup>73</sup> Esta influencia coincidió con el período 1918 y 1940, en que América Latina se convirtió en un campo atractivo para EEUU en cuanto a pruebas de ideas y métodos para la erradicación de enfermedades, debido a factores que incluyeron no sólo los resultados favorables en Cuba y Panamá o el temor de que las infecciones se expandieran; sino la percepción de la necesidad de proteger a lugares que consideraban bajo su influencia económica. (Cueto; 1996:179)

Catamarca y La Rioja, a cargo de un profesional especializado, cuya finalidad era contribuir en las investigaciones de carácter clínico o anátomo-patológico.

En 1937 la novedad fue la creación de la Dirección General de Paludismo, cuya base de operaciones fue Tucumán como centro geográfico del área endémica, desde donde se implementó un plan asistencial-preventivo que comprendía la atención de enfermos y la distribución de medicamentos, que se hacía a través de las instituciones sanitarias locales y de las escuelas. El plan de saneamiento era financiado con fondos estatales, pero también particulares –hubo aportes de ingenios azucareros-, que eran bienvenidos pero mostraban las fallas de las instituciones regionales, según las autoridades nacionales. La instancia que profundiza la intervención del Estado en las campañas contra el paludismo tendrá un nuevo giro con la formulación de un plan quinquenal de lucha antipalúdica integral para el período 1947-1952 que se aplicará y tendrá resultados positivos durante los años del peronismo.

Desde las iniciativas particulares, y más centrado en la salud de los trabajadores del azúcar, un intento significativo en el mundo rural fue el que promovieron los propietarios del ingenio Santa Ana, para lo cual convocaron al Dr. Honorio Folquer, quien dirigió un “ensayo sanitario” concretado en varias etapas que incluyeron el asesoramiento de especialistas, los contratos de personal y la organización de las acciones. Bajo una concepción asistencial, sanitaria y social, planteó como objetivos la asistencia de los enfermos y la lucha contra las enfermedades endémicas, e incluso planteó la necesidad de modificar las condiciones económicas y sociales de los trabajadores.

En un cuadro de problemas en los que incluía el alcoholismo, la vivienda antihigiénica y la ignorancia de los pobladores, 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”*.(Folquer; 1958:200) Sus principales obras incluyeron un “hospitalito de campaña”, que se inició en un galpón acondicionado en forma provisoria y luego se instaló en un local construido que llegó a tener 30 camas; una “salita” de maternidad y una farmacia que suministraba recetas gratuitas; donde los diminutivos usados por el mismo profesional pueden considerarse indicadores de las dimensiones reducidas que tenían los servicios.

Según Folquer, los adelantos en materia de agua potable; la incorporación de higiene en las viviendas; la atención médica; y las nuevas normas alimenticias se reflejaron en una disminución de la mortalidad y en un mayor control de problemas como el alcoholismo y de patologías como la tuberculosis y las



venéreas, y si bien reconoce que las malogradas cosechas de 1918 impactan en la reducción de personal y en el proyecto, hace llegar su “relativo éxito” 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 el contexto de una epidemia de gripe que afectó gravemente el estado sanitario de la provincia. Mientras algunos legisladores destacaban la labor de los médicos; sin dejar de lado los problemas que existían; otros remitían a los informes para el departamento de Río Chico afirmando 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” [...] 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.*<sup>74</sup>

Más allá de las cuestiones que denotaban posicionamientos políticos, de los debates derivaron propuestas para la asistencia médica y la creación de hospitales en los ingenios, y después de varios años finalmente se aprobó el proyecto del diputado José Vera Hernández, sancionado en 1925 durante la gestión radical de Miguel Campero, caracterizado por sus preocupaciones de tipo social. Las principales fundamentaciones fueron las cifras de mortalidad infantil y la responsabilidad de los gobiernos de obligar a los ingenios a tener un médico que no debía limitarse a curar los enfermos sino que la acción debía ser preventiva y de divulgación científica.

Si bien todas las voces coincidían en la necesidad de mejorar las condiciones de salubridad de los establecimientos azucareros, existieron críticas a la obligación de que los médicos residieran allí, con posiciones harto exageradas que aludieron a la injusticia de “encarcelar a hombres que no tienen culpa”, a una “vida perdida”, y a que iban a tener “menos libertades que cualquier obrero”. Precisamente la residencia permanente de los profesionales en los ingenios se consideraba uno de los méritos del proyecto, que contradecía la “farsa” de servicios médicos una o dos veces por semana -en alusión a lo que existía en algunos ingenios-.

La ley establecía la obligación de los ingenios y establecimientos industriales cuyo personal no sea inferior a 200, de prestar asistencia médica permanente y gratuita a los empleados, obreros y familias; instalar una enfermería

---

<sup>74</sup> *Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados*, 1919: 112.

y una sala de primeros auxilios, contar con un médico y servicios de enfermeros y parteras y entregar leche a niños menores de tres años y a enfermos en forma gratuita. Los médicos debían llevar libros de historia clínica y a dar conferencias mensuales de divulgación sobre higiene infantil, paludismo, alcoholismo, tuberculosis, etc.

En relación a la aplicación de la ley, el Consejo de Higiene tendría un rol clave, determinando 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 elevar informes al gobierno. La primera lista de la mayoría de ingenios que pasado el plazo estipulado de seis meses no habían cumplido con las disposiciones de la ley -a excepción del Santa Ana, La Corona, Bella Vista, Mercedes y San Pablo-, promovió un decreto estableciendo que se 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*”.<sup>75</sup>

Ciertamente la legislación, que formó parte del debate asociado a la responsabilidad de los industriales frente al cuidado de la salud de sus obreros, generó resistencias, y aunque en principio existió la decisión política para su cumplimiento, en general hubo rechazos y no se acataron sus normativas, en años signados por la profundidad de una crisis azucarera que además del impacto económico produjo conflictos intersectoriales y debió influir en que falta de la aplicación de la ley. En este contexto, la precariedad o inexistencia de centros de atención en los ingenios implicó la continuidad del traslado de trabajadores hacia la ciudad y agravó la situación de los hospitales municipales. En tal sentido, la prensa afirmaba que los nosocomios debían hacer frente a la demanda de camas “*realizando ingentes sacrificios. [...] No existe ninguna sala en los Hospitales Padilla y Santillán que sea costeadada por los ingenios, a pesar de que a ellos acuden muchos enfermos del personal de empleados y obreros de esos establecimientos. [...] A la Municipalidad se le ha creado un grave problema con la atención de enfermos que no pertenecen al radio urbano.*”<sup>76</sup>

Durante las primeras décadas del siglo XX la dimensión social de la enfermedad se tradujo en el principio de que los programas intentaban unir la atención médica y la asistencia social, y las premisas de mejorar las condiciones

---

<sup>75</sup> *Compilación; cit.*, T. I, 1934: 957-958; *Boletín Oficial de la provincia de Tucumán*; 1926: 1009.

<sup>76</sup> *La Unión*, 4.2.1943.

de vida reflejaban una orientación donde el cuidado de la salud se consideraba indisoluble de la cuestión social. Esto se expresaría en estos años a través de la intención de optimizar la asistencia de los sectores carenciados que concurrían al hospital público y de intensificar las medidas preventivas, planteos coincidían con los enunciados en el ámbito nacional, con transformaciones que reflejaban una etapa de transición y de mayor intervención del Estado.

Las respuestas formaron parte de la lenta evolución de las políticas estatales, que presentaron limitaciones pero también avances en relación al concepto de salud pública; con un desarrollo institucional de mayor complejidad y diferenciación dentro de la administración pública, donde se requerían mayores recursos materiales y humanos y especialización vinculada al conocimiento científico (médicos, químicos, bacteriólogos).

Aunque persistieron las formas de intervención a través de distintos actores no estatales convocados para llevarlas a cabo, las nuevas instituciones reflejaron ciertos cambios en las concepciones de la salud y la enfermedad y las acciones sanitarias, vinculadas con la dinámica que le imprimen los distintos gobiernos, con los recursos disponibles y con las posibilidades de concretarlas. Los rasgos y particularidades que adoptó el tratamiento de mujeres y niños; el tema de la salud escolar; las iniciativas en las áreas rurales, de alguna manera expresan el tránsito en el proceso de desarrollo de las políticas de salud en la provincia, de una etapa inicial, con el sello de un modelo de tipo asistencial en la atención de los enfermos; a otra en la que se mantiene la doble vertiente estatal y benéfica pero con un mayor protagonismo de los poderes públicos en la provisión de los servicios.

**CAPÍTULO III**  
**LA SALUD COMO DERECHO CIUDADANO**  
**Las políticas de salud en Tucumán durante el primer peronismo (1943-1955)**

A nivel nacional, el año 1943 inauguró un proceso de transformación, a partir de la autodenominada “Revolución de Junio”, con prioridades en la agenda política que incluyeron a la cuestión sanitaria. Estos se profundizaron en 1946 con el ascenso del peronismo al poder, particularmente a través de un nuevo entramado institucional representado por la Secretaría de Salud Pública y las denominadas Delegaciones Regionales de Salud Pública, organismos cuya creación se vinculó al avance centralizador y al papel del Estado, que fue ganando en densidad e intervención en materia sanitaria.

Las modificaciones en la estructura administrativa se combinaron con el objetivo de la planificación, que se expresó en el diseño del Plan Quinquenal y del Plan Analítico de Salud Pública, que apuntaron a la modernización de los servicios y a la ampliación de la infraestructura médica-hospitalaria en todo el país.

En este contexto, con el gobierno surgido en 1943 y el posterior triunfo del peronismo en 1946, se produjo en Tucumán una resignificación de las cuestiones vinculadas a la salud, que se reflejó en la reorganización del sistema sanitario a través de la creación de nuevos espacios institucionales -la Dirección Provincial de Sanidad y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social-, y de un proceso de centralización que se tradujo en la provincialización de hospitales administrados por distintas entidades.

Las obras y diseños nacionales para la provincia fueron reforzados a partir del lanzamiento del Plan Trienal de Gobierno, cuyo propósito fue mejorar cualitativa y cuantitativamente el sistema sanitario tucumano; y en forma paralela se crearon nuevos espacios de profesionalización y de formación de recursos

humanos, con carreras impulsadas por el Estado provincial y la Universidad Nacional de Tucumán, que buscaron dotar a las instituciones de un personal médico y técnico que se adecuara a las necesidades de la región del NOA.

Entre 1943 y 1955 el sistema de salud pública de la provincia experimentó marchas y contramarchas, con particularidades locales y políticas emanadas del gobierno nacional que tuvieron impacto en la sanidad provincial.

## **I- El avance centralizador y los cambios en el sistema sanitario provincial entre 1943 y 1946**

### **a) El diagnóstico sanitario**

Como analizamos en capítulos anteriores, el reclamo por la centralización y reorganización de las instituciones sanitarias en Tucumán fue una constante desde principios del siglo XX. La discusión por la fragmentación del sistema de salud en términos de dependencia provincial y municipal y en manos de la Sociedad de Beneficencia se actualizaron en los tempranos años cuarenta a través de debates parlamentarios y propuestas impulsadas en diversos espacios académicos y políticos.

En efecto, el sistema sanitario tucumano se encontraba dividido en distintas administraciones. Los dos nosocomios más importantes, el Hospital Padilla, orientado a la atención masculina, y el Hospital Zenón Santillán destinado a las mujeres, dependían del municipio capitalino y contaban con diversas especialidades (como cardiología, traumatología, obstetricia, odontología, análisis clínicos y oftalmología). A pesar de que estos centros eran los de mayor complejidad, su calidad se veía afectada por el desborde y mal funcionamiento de los servicios de la campaña, (administrados por la provincia) que derivaba su población en los hospitales de la ciudad Capital.

A esta problemática se sumaron las cuestiones de orden financiero representadas en el escaso aporte económico que el Estado nacional brindaba a los nosocomios rurales y municipales y que impactaba negativamente en su funcionamiento.<sup>77</sup> Sostener los servicios gratuitos de los hospitales llevó a la municipalidad a enfrentarse con serias dificultades. Los recursos con los que contaba para hacer frente a estas prestaciones provenían, en su mayoría, de sus propias arcas y de las mencionadas subvenciones nacionales. Esta situación que aunaba escasos fondos y alta demanda de atención, hizo que los hospitales

---

<sup>77</sup> Las subvenciones nacionales a los hospitales municipales fueron de 150.000 pesos anuales para cada uno de los nosocomios y la municipalidad invertía un millón cien mil pesos anuales en la prestación de servicios. Los ingenios y los otros municipios no contribuían al funcionamiento de estas casas de salud, a pesar de que sus empleados y habitantes concurrían al mismo en busca de asistencia, *La Gaceta*, 19.11.1943

municipales colapsaran en términos edilicios, de insumos y de atención. En tal sentido, fueron frecuentes las denuncias que circulaban acerca de este tema: *“el punto fundamental de la organización sanitaria es el régimen hospitalario. El nuestro gira en torno de los hospitales municipales, cuya situación es deplorable. Mal de los hospitales tucumanos es la carencia de recursos para su mantenimiento; con esos establecimientos se ha cumplido el viejo refrán de que “el que mucho abarca, poco aprieta”. Se han establecido nuevas secciones, en tanto disminuían los recursos para atender los servicios”*.<sup>78</sup>

Se consideraba que el mal funcionamiento de los hospitales y su concentración en el principal centro urbano repercutían en los índices de defunciones sin asistencia médica en las áreas rurales; que también se adjudicaban a las prácticas socio-culturales de las poblaciones del interior. Particularmente la desconfianza y la falta de consulta a los profesionales médicos, con la negativa de recurrir a los centros especializados fue un tema recurrente que preocupó al gobierno y a los especialistas en el “arte de curar” desde el siglo XIX. Como persistían las prácticas de los denominados curanderos que atendían diversas dolencias, la prensa tucumana resaltaba que *“el curanderismo presupone ignorancia (...) significa también la única esperanza con la que cuenta el habitante de los puntos más remotos de la provincia, cuando la enfermedad ha clavado sus garras en su débil organismo. La ausencia del médico, observada en casi todos los lugares de la campaña inspira la presencia del curandero”*.<sup>79</sup>

Por otra parte, el elevado número de defunciones sin asistencia médica en los departamentos del interior contrastaba fuertemente con las cifras que presentaba la Capital, donde el índice era mucho menor, dato que reflejaba la disparidad existente con las zonas rurales en lo referente al acceso a la atención médica.<sup>80</sup>

La problemática sanitaria de la provincia fue tratada con particular énfasis por el diario “La Unión”, que en los primeros meses del año 1943 lanzó una campaña de denuncia en pro de una ayuda social hospitalaria.<sup>81</sup> El reclamo estuvo asociado al mayor protagonismo que el Estado provincial debía tener frente a la

---

<sup>78</sup> *La Gaceta*, 14.2.1943

<sup>79</sup> *La Gaceta*, 4.2.1943

<sup>80</sup> Las defunciones sin asistencia médica en los departamentos del interior tucumano fueron: Tafí del Valle 2.212, Trancas 1.292, Burruyacu 2.934, Leales 3.056, Graneros 2.024, Río Chico 3.821. Las defunciones sin asistencia médica fueron: en el Distrito Capital/ Municipio 3, Distrito Capital/Provincia 235. *Anuario Estadístico. Año 1943*, Dirección de Estadística de la Provincia de Tucumán, Ministerio de Gobierno, Justicia e Instrucción Pública.

<sup>81</sup> El diario *La Unión* circuló en la provincia de Tucumán hasta los primeros meses del año 1946. Su directorio estuvo compuesto por dirigentes del partido Bandera Blanca y del radicalismo, y se caracterizó por prestar atención a las problemáticas sociales que afectaban a los sectores más vulnerables.

cuestión sanitaria municipal, al señalar que “*el gobierno de la provincia se ha desentendido de este problema. No ha querido provincializar esos servicios. Y los hospitales, en vez de ser casas de la salud, se están transformando en establecimientos de la muerte*”.<sup>82</sup> Asimismo, planteó la necesidad de crear un organismo público que centralizara y coordinara los servicios, impulsando el surgimiento de “*un Ministerio de Salud Pública (...) con la concentración de todas las dependencias, controladas y fiscalizadas eficientemente*”, estrategia institucional capaz de mejorar la calidad de la atención médico-hospitalaria.<sup>83</sup>

Al unísono, desde otro sector de la prensa se impuso un reclamo orientado a impulsar una mayor presencia nacional, amparado en la demanda regional de los nosocomios municipales, saturados por la afluencia de pacientes provenientes de otras provincias. Se consideraba que el Estado nacional tenía la responsabilidad de mejorar sus condiciones coordinando los servicios médicos, y creando y financiando un hospital mixto, cuya administración y servicio quedarían en manos de la provincia y del municipio.<sup>84</sup>

Como ya señalamos, uno de los problemas que enfrentaba el sistema sanitario de la Capital era la gran cantidad de pacientes provenientes del interior de la provincia, principalmente de los departamentos de Famaillá y Cruz Alta, caracterizados por su fuerte impronta azucarera y la elevada concentración poblacional, producto de la mencionada actividad económica. Los obreros que llegaban para la zafra se sumaban al grupo de trabajadores permanentes que residían en los pueblos azucareros, hecho que agravaba la situación de los hospitales locales y salas de primeros auxilios existentes en algunas de las fábricas. La precariedad de los servicios de las áreas rurales y la inexistencia de centros de atención en la mayoría de los ingenios, implicó el traslado de trabajadores en busca de asistencia, situación que contribuyó al colapso de la estructura sanitaria municipal. En este contexto, se denunció el incumplimiento de la ley de asistencia médica sancionada en 1925 y la nula colaboración económica de los industriales para el sostenimiento de los centros pertenecientes a la Municipalidad.

En síntesis, el panorama mostraba la existencia servicios brindados en los hospitales tucumanos, únicos en el noroeste; la gran demanda de asistencia proveniente de las localidades del interior y de otras provincias; y un sistema caracterizado por la segmentación, la saturación hospitalaria y la precariedad de los nosocomios de la campaña, realidad sobre la que actuaría el gobierno emanado del golpe de Estado de 1943.

---

<sup>82</sup> *La Unión*, 2.2.1943

<sup>83</sup> *La Unión*, 26.2.1943

<sup>84</sup> *La Gaceta*, 13.11.1943

## b) La creación de la Dirección Provincial de Sanidad

La fragmentación a nivel sanitario era un problema que no sólo afectaba a Tucumán sino a distintas provincias y fue recuperado por el gobierno nacional a partir de 1943, que intentó la coordinación de las políticas sanitarias nacionales y provinciales. Esto se dio en el marco de una reorientación de la política social y de una mayor intervención del Estado, y se profundizó la tendencia hacia la centralización de los servicios sanitarios, presente en las décadas previas. (Mateo; 2005)

En el ámbito nacional el gobierno creó un nuevo espacio institucional a través del cual se buscó mejorar el funcionamiento de los organismos sanitarios y asistenciales existentes. En octubre de 1943 surgió la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social (DNSPAS),<sup>85</sup> que persiguió dos objetivos centrales: el primero se vinculó a la coordinación de los servicios asistenciales y sanitarios, poniendo fin a los subsidios estatales destinados a la Sociedad de Beneficencia; y el segundo se orientó a tratar de organizar bajo la administración nacional las dependencias y decisiones asociadas con la salud de la población. En efecto, la DNSPAS tuvo como finalidad la apertura de un espacio de cooperación y coordinación, que sin afectar la autonomía de las distintas entidades sanitarias (provinciales y municipales), garantizara “una defensa eficaz de la salud en la lucha contra las epidemias, las endemias y las enfermedades sociales” según las exigencias de cada zona del país, evitando la superposición y descentralización de los servicios.<sup>86</sup>

En Tucumán el golpe de junio de 1943 implicó la asunción de Alberto Baldrich y de Adolfo Silenzi de Stagni como interventores de la provincia,<sup>87</sup> cuyas gestiones se caracterizaron por una activa política de intervención en la esfera económica y sindical; reivindicando la justicia social como “mecanismo que permitiría reinstaurar la dignidad del ciudadano y la soberanía de la Nación”. En tal sentido, las nuevas autoridades buscaron resolver los problemas sociales a través de la ampliación y mejora de los servicios de higiene y profilaxis social y de la intervención orgánica y permanente en las relaciones de trabajo “con el fin de

---

<sup>85</sup> La DNSPAS controlaría todos los Hospitales de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales de la Nación, el Instituto Nacional de Nutrición, la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal, el Registro Nacional de Asistencia Social, la Dirección de Subsidios y todos los organismos médicos que dependieran de otros ministerios.

<sup>86</sup> *La Gaceta*, 10.11.1943

<sup>87</sup> Alberto Baldrich, abogado y doctor en jurisprudencia, se vinculó a los altos mandos del Ejército a partir de sus conferencias en el Círculo Militar. Ocupó el cargo de interventor en Tucumán desde agosto de 1943 hasta abril de 1944. Adolfo Silenzi de Stagni, abogado, escritor, funcionario público y docente universitario, destacado por el impulso a la producción nacional de petróleo. Ejerció brevemente como interventor federal *de facto* de la provincia de Tucumán entre abril y junio de 1944.



impedir la explotación de los asalariados y elevar su nivel de vida” (Baldrich y otros, 1943:10.17)

El proceso orientado a la centralización de los servicios de salud pública se concretó en 1943, a través del reemplazo del Consejo de Higiene por una Dirección Provincial de Sanidad (DPS), que buscó mejorar el funcionamiento y administración de los centros e instituciones sanitarias, tanto de la órbita municipal, como de la provincial. Los objetivos de la nueva institución fueron: la coordinación de los servicios sanitarios, mediante el control del presupuesto; la introducción de concursos para la designación de los profesionales y ayudantes técnicos con la intención de mejorar la calidad de la atención médica; y la provincialización de los Hospitales Padilla y Zenón Santillán dependientes del municipio capitalino.

En consecuencia, se pusieron en marcha una serie de reformas que buscaron terminar con la segmentación del sistema de salud tucumano, corrigiendo la precaria infraestructura hospitalaria y mejorando la calidad de los servicios a través de la profesionalización del personal que se desempeñaba en los diferentes centros médicos. Para la nueva gestión uno de los mayores defectos de los servicios sanitarios radicaba en su estructura, pues la mayoría “habían sido implantados sin ninguna base seria y científicamente aconsejada”.<sup>88</sup> Esta falta de planificación había repercutido en el aspecto económico al necesitar un abultado presupuesto que no tenía correlato con la calidad del servicio brindado. Mientras la provincia contribuía con la suma de un millón y medio de pesos anuales, la municipalidad capitalina invertía un millón cien mil pesos en servicios médicos; sin contar con los subsidios nacionales y los montos de la Sociedad de Beneficencia, datos por los cuales la prensa advertía que Tucumán era “una de las provincias que más gasta por habitante en atención de la salud pública y en la asistencia social”.<sup>89</sup>

En este contexto, se promulgó el decreto-acuerdo N° 127/194, que dispuso que todos organismos sanitarios quedaran bajo la dirección técnica y administrativa de la Dirección Provincial de Sanidad, que centralizaría la administración de las distintas dependencias con “el fin de establecer el debido contralor en la inversión de los fondos públicos”.<sup>90</sup> Se buscó así solucionar la problemática financiera, al reorganizarse las inversiones destinadas a los distintos

---

<sup>88</sup> *La Gaceta*, 27.9.1943

<sup>89</sup> *La Gaceta*, 27.9.1943. *La Gaceta*, 13.4.1943. En 1938 en la legislatura tucumana durante el debate sobre la creación de la Dirección General de Higiene y Asistencia Social el Senador Máximo Cossio Etchecopar señalaba que la provincia de Buenos Aires gasta en asistencia social un promedio de \$ 1.30 por habitante al año, mientras que en Tucumán, en el mismo período, se gasta la suma \$ 4 por cápita. Diario de Sesiones, Cámara de Senadores, Tucumán, 30.5.1938.

<sup>90</sup> *Boletín Oficial de la Provincia de Tucumán*, Tucumán, año XXXI, N° 10393, 26.11.1943.

centros de atención médica, a fin de mejorar la calidad de los servicios, tanto en el interior como en la Capital.<sup>91</sup>

Continuando con esta línea, el gobierno delegó en manos de la DPS la designación y los ascensos del personal técnico y profesional en las distintas reparticiones sanitarias a través de concursos. De esta forma se le otorgaba una prerrogativa, que antes poseía el Consejo de Higiene de la Provincia, “cercenada por el Poder Ejecutivo a través de los años”, cuando “las designaciones del personal se hacían en el despacho gubernativo, sin consultar antecedentes de los candidatos y sin atender a las necesidades de las instituciones”, denuncia que concluía que así se había afectado la calidad de la atención de los enfermos.<sup>92</sup>

En síntesis, las nuevas gestiones intentaron dar respuestas a problemas que históricamente habían afectado la salud pública provincial, aunque muchas formaron parte de las discusiones y proyectos debatidos en los espacios políticos y académicos en décadas pasadas. Se inauguró una nueva etapa a través de la apertura de un nuevo espacio institucional que buscó centralizar los organismos sanitarios con el objetivo de mejorar el acceso de la población a los servicios.

#### c) La provincialización de los Hospitales Padilla y Santillán

A partir de la creación de DPS el gobierno avanzó en el proceso de centralización a través de la provincialización de los hospitales dependientes de la Municipalidad capitalina. La necesidad de unificar la administración sanitaria llevó a la concreción de una de las medidas más importantes del gobierno de la Revolución de Junio: la promulgación del decreto-acuerdo N° 230/295 del 30 de diciembre de 1943 que autorizaba la venta a la provincia de los nosocomios municipales: Hospital Ángel C. Padilla, Hospital Zenón Santillán e Instituto de Maternidad. De ese modo, desde el 1 de enero de 1944, el Estado provincial se hizo cargo de las prestaciones médicas y asistenciales; del pago de los sueldos y salarios de los empleados; y de la provisión de productos alimenticios y farmacéuticos de los citados nosocomios.

Por su parte, la Municipalidad debía transferir a las arcas de la provincia los subsidios nacionales que percibía por la prestación de los servicios hospitalarios (que oscilaban en \$150.000 anuales por cada uno). Con el fin de salvar una normativa de tipo constitucional, que establecía que era prerrogativa municipal “el establecimiento y sostenimiento de hospitales y de otras obras de beneficencia” (Diaz Ricci, 2006), se comprometió al municipio a contribuir por un período de

---

<sup>91</sup> *La Gaceta*, 15.11.1943

<sup>92</sup> *La Gaceta*, 15.6.1943. En los exámenes que el Consejo de Higiene realizó al personal, en 1943, se destacó la falta de capacitación, la escasa instrucción y la inexistencia de títulos para las tareas que desempeñaban dentro del organismo: “*el 80% del personal no tiene títulos habilitantes (...) se comprobó además que más del 50% carece de instrucción y el resto posee mala ortografía y una capacidad técnica precaria a pesar de la responsabilidad de sus funciones*”. *La Gaceta*, 28.7.1943

cinco años con la suma anual de \$200.000 destinados a cubrir los gastos de los nosocomios.<sup>93</sup>

La provincialización de los hospitales municipales impactó en el presupuesto de la provincia, en tanto la demanda de servicios crecía constantemente producto de su impronta regional. Para sortear estos gastos, se modificó el presupuesto destinado a la DPS, que sumó los aportes provenientes del impuesto del 10% de lo recaudado de la venta de los billetes de lotería y boletos de carrera.<sup>94</sup> Si bien hubo mayores recursos, la necesidad de una inyección de dinero constante planteó como imperiosa la contribución y participación del gobierno nacional y se reflejó en los constantes viajes del Director de la DPS a Buenos Aires con el propósito de negociar el aumento de los subsidios que la nación otorgaba a la provincia en materia de salud.

El traspaso de los hospitales significó el avance de la centralización, pero no implicó la resolución definitiva de los problemas. Uno de ellos era el estado edilicio en el que se encontraban, respecto a la cual se sostenía que: *“Con la edificación actual, todo intento de implantar una organización hospitalaria moderna y eficiente estaría condenado al fracaso. Las mejoras más urgentes de los servicios (...) no tienen cabida en esos edificios estrechos y vetustos, donde con frecuencia hay que habilitar camas en pasillos y corredores para instalar a los enfermos que llegan en demanda de hospitalización”*.<sup>95</sup> Esta realidad condicionó financieramente al gobierno provincial para costear la reparación de los edificios y para su mantenimiento, y reclamó al poder central la construcción de obras aprobadas por ley en el Congreso de la Nación que no se habían materializado, como la edificación de un Hospital Regional, del Instituto Serológico (que cumpliría con las normativas de la ley de profilaxis social), y de un Preventorio Antipalúdico en Tafí Viejo.<sup>96</sup>

A diferencia de la provincia, el municipio experimentó un proceso de relajamiento financiero al desprenderse de la pesada carga que representaba el sostenimiento de los hospitales, disminuyendo cerca de \$800.000 los gastos en

---

<sup>93</sup> *Decreto-Acuerdo 230/295*, Municipalidad de San Miguel de Tucumán; 1943; *La Gaceta*, 20.11.1943.

<sup>94</sup> *La Unión*, 01.01.1944. “El nuevo presupuesto aumentó a un millón de pesos la suma destinada a la DPS, con el objetivo de asegurar un normal funcionamiento de los servicios.” *La Gaceta*, 8.1.1944.

<sup>95</sup> *La Gaceta*, 6.6.1944

<sup>96</sup> Se remarcaba que “en las provincias existen muchos problemas locales que los gobiernos no pueden resolver por diversos motivos. Unas veces lo impide la jurisdicción y otra la estrechez de las finanzas provinciales. Acude entonces el Gobierno central en ayuda de las provincias mediante las leyes que el Congreso vota. Mucho trabajo cuesta su sanción, pero son muchos mayores los esfuerzos que después exigen para conseguir su cumplimiento”. *La Gaceta*, 31.10.1943

salud, y en consecuencia pudo destinar un mayor presupuesto para mejorar los servicios que brindaba la Asistencia Pública.<sup>97</sup>

Las medidas adoptadas entre 1943-1946 permitieron subsanar, en parte, los problemas derivados de la segmentación del sistema sanitario, a través de la provincialización de los hospitales municipales. El Estado provincial asumió nuevas responsabilidades vinculadas a la administración de las prestaciones médicas de mayor complejidad, quedando en manos de las autoridades municipales los servicios de primeros auxilios y la faz preventiva. Si bien se avanzó en mejorar cualitativamente la atención médico hospitalaria, el accionar se concentró en la Capital de la provincia, mientras que en los departamentos del interior la situación prácticamente no se modificó; al igual que los servicios a cargo de la Sociedad de Beneficencia, que continuó administrando el único hospital destinado a la atención de menores en la provincia.

## **II- La política sanitaria del primer peronismo (1946-1955)**

Con la llegada del peronismo al poder las cuestiones vinculadas a la salud pública ocuparon un lugar central en la agenda política del gobierno. La reformulación del rol de Estado se profundizó y se proyectó en el sistema sanitario impulsando un proceso de reestructuración, tanto a nivel nacional como provincial. Una de las expresiones más nítidas de esta transformación fue la creación de nuevas estructuras institucionales y el diseño de una amplia planificación que, bajo el norte de la centralización, procuraron modificar la trama de la administración sanitaria en todo el país.

En Tucumán, las elecciones del 24 de febrero de 1946, dieron un triunfo abrumador al Partido Laborista, que permitió la llegada al Ejecutivo del mayor Carlos Domínguez. Su gestión se caracterizó por una política de redistribución del ingreso y un aumento del gasto público que se tradujo en obras de infraestructura y en el incremento de las políticas sociales. (Santos Lepera, 2013). En tal sentido, las iniciativas asociadas a la salud pública tuvieron un lugar privilegiado y el nuevo gobierno se abocó a la elaboración de un diagnóstico que diera cuenta del estado en el que se encontraba el sistema. Para ello, recurrieron a dos fuentes de información: la Memoria anual de la Dirección Provincial de Sanidad y los informes de la Comisión de Legislación Sanitaria.

Desde su creación la DPS había buscado la coordinación del aparato sanitario, pero centró su accionar en la resolución de las cuestiones económicas que entorpecían el funcionamiento de las dependencias, en monitorear la designación del personal médico y técnico, y en concretar la provincialización de

---

<sup>97</sup>La Gaceta, 21.12.1943

los hospitales municipales. A pesar de la importancia de este avance centralizador, los problemas de infraestructura y la fragmentación administrativa de las diferentes dependencias (laboratorios, farmacias, consultorios externos, nosocomios, etc.) repercutieron negativamente en su funcionamiento y en los servicios que prestaba.

En lo que respecta a la asistencia hospitalaria, la DPS sostenía que Tucumán requería la construcción de dos nosocomios con una capacidad de 500 camas destinadas a la atención de los enfermos agudos y la internación de los enfermos crónicos, y de un hospital orientado a la asistencia médica de los niños, que dependería directamente del Estado provincial.

Con las conclusiones emitidas por la DPS, se creó la Comisión de Legislación Sanitaria (CLS), encargada de dictaminar sobre todo asunto que se relacione con la salud pública. Sus informes mostraban un cuadro similar al exhibido por el gobierno de la intervención, donde “la falta de un accionar estatal constante en materia sanitaria” había repercutido el deteriorado estado edilicio en el que se encontraban los hospitales provinciales.<sup>98</sup>

Una de las cuestiones señaladas fue la mala distribución de los servicios médicos, concentrados en su mayoría en el área capitalina, y la insuficiente capacidad hospitalaria, representada en el bajo número de camas existentes. La desigual distribución afectaba fuertemente a la población de las zonas rurales, cuyos habitantes no tenían la posibilidad de recibir servicios de internación en las áreas próximas a su domicilio, y debían trasladarse a la Capital para recibir asistencia médica. Otro de los elementos del diagnóstico sanitario fueron los elevados índices de mortalidad general e infantil. Las cifras alcanzadas eran alarmantes, en tanto la provincia de Tucumán ocupaba el tercer lugar en el índice de mortalidad general del país, situación a la que se sumaba el alto porcentaje de mortalidad sin asistencia médica. El gobierno remarcaba que esto respondía no solamente al mal estado de los servicios de salud pública, sino a la falta de educación sanitaria de la población que se encontraba “descuidada de forma absoluta”.<sup>99</sup>

En definitiva, más allá de los esfuerzos realizados en los años previos, particularmente a través de la Dirección Nacional de Salud Pública y la Dirección Provincial de Sanidad, no se habían logrado revertir los principales problemas del sistema sanitario, y según los informes este se caracterizaba por la ausencia de

---

<sup>98</sup> *Diario de Sesiones, Cámara de Diputados de Tucumán*, 1.04.1947

<sup>99</sup> Tucumán presentaba un índice de mortalidad que oscilaba entre el 16.4 y 18.04 por mil dependiendo las épocas del año, ocupando el tercer lugar luego de Jujuy con un porcentaje de 29.2 por mil y Salta con un total de 20.7 por mil. *Primer Plan Trienal de Gobierno*, Tucumán, 1947, Tomo I.

una política sustentable; por una precaria infraestructura; por la carencia de elementos básicos y por la distribución inequitativa de los servicios.

## **II-1- La centralización sanitaria: la creación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**

A nivel nacional, con la llegada de Perón a la presidencia se verificó un proceso de reformulación en el área de la salud pública, cuya expresión más visible se manifestó en la esfera de los organismos sanitarios. En mayo de 1946 se creó la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, que funcionó bajo la jurisdicción directa del Ejecutivo -designándose como Secretario al Dr. Ramón Carrillo-<sup>100</sup> y marcó el inicio de una resignificación institucional que procuró concentrar mayores facultades y presupuesto destinado a la salud pública. (Ramacciotti, 2009:38)

Este proceso tuvo su correlato en la provincia de Tucumán, donde se modificó la organización de las instituciones de salud a través de la designación del Dr. Alberto Navarro como director de la Dirección Provincial de Sanidad en junio de 1946.<sup>101</sup> En este contexto, se presentaron dos proyectos legislativos orientados a la creación de un Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, uno de ellos propuesto por el bloque del partido radical, y el otro diseñado desde el Poder Ejecutivo. Ambos coincidían en una idea central que pretendía instalar *“una lucha eficaz, orgánica, centralizada y rápida contra los males físicos que aquejan a la sociedad, por lo tanto, se hace necesaria la unificación de todos los servicios sanitarios existentes, que actualmente se desenvuelven un tanto desconectados de directivas afines, e inciden en forma gravosa sobre el erario público sin que su labor se traduzca en un rendimiento adecuado y compatible con sus funciones”*.<sup>102</sup>

La legislatura aprobó el proyecto oficial, fundado en la situación sanitaria de la provincia que requería la acción ejecutiva de un “comando único con amplias facultades” a fin de mejorar los servicios de salud pública ajustándolos a “un plan orgánico y uniforme” que contemplara la estructura sanitaria de manera integral.<sup>103</sup>

---

<sup>100</sup> Carrillo nació en Santiago del Estero en 1906. Cursó sus estudios universitarios en la carrera de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, siendo becado en 1930 para perfeccionar sus estudios en Europa, especializándose en neurocirugía. A partir de 1939 se desempeñó como jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Militar, donde conoció a Perón y realizó una serie de investigaciones y planificaciones que serían los pilares de su política de salud.

<sup>101</sup> Alberto Navarro nació en la ciudad de Catamarca en el año 1892. Cursó sus estudios en la Universidad de Buenos Aires, en donde se graduó de médico. Su labor en el Instituto Antilúético de Tucumán desde 1930, le otorgó consideración pública al luchar de manera eficaz contra el flagelo de la sífilis. En 1946 fue designado director de la Dirección Provincial de Sanidad y más tarde fue nombrado Ministro de Salud Pública, siendo el primer funcionario en ocupar este cargo.

<sup>102</sup> *Diario de Sesiones, Cámara de Diputados de Tucumán*, 28.11.1946

<sup>103</sup> *Diario de Sesiones*, cit; 28.11.1946

En diciembre de 1946 se sancionó la ley N° 2.016 que instauró el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, (a cuyo frente fue designado el Dr. Alberto Navarro), que estipulaba que era competencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social lo relativo a la salud y a la asistencia social, así como el estudio y realización de toda iniciativa o cuestión que en forma directa o indirecta esté vinculada al estado sanitario de la provincia, o tienda a aumentar el índice vital o de protección a sus habitantes.

Con la creación del Ministerio se buscó ejercer un mayor control en las acciones destinadas a ofrecer soluciones a los problemas sanitarios de la población tucumana. Eran prerrogativas de la nueva institución todos los asuntos vinculados con la legislación sanitaria, los tratados con otras provincias y con la Nación sobre sanidad en general, y la organización de los servicios en los aspectos de la medicina social, preventiva y asistencial.<sup>104</sup> Asimismo, el MSPAS se encargaría de la organización y coordinación de las campañas de erradicación de enfermedades infectocontagiosas; de la concientización y educación sanitaria, y de la construcción y remodelación de los edificios hospitalarios a través de la Oficina de Arquitectura e Ingeniería Sanitaria.

El objetivo perseguido fue coordinar todos los asuntos relacionados con la salud pública, prestando atención no sólo a las enfermedades, sino también a los factores que incidían en la salud de los individuos. Con la centralización de las dependencias sanitarias se pretendía avanzar en la unificación de criterios y la racionalización de las acciones y reforzar la cuestión educativa, asociada a la faz preventiva, elemento importante para mejorar la calidad de vida. Estos planteos estuvieron en sintonía con las ideas desplegadas a nivel nacional por el Dr. Carrillo, quien entendía que la medicina debía ocuparse más de los sanos que de las enfermedades y los enfermos, y, en este sentido, la acción preventiva no sólo era sólo una cuestión médica, sino social.

## **II-2- El traspaso a la provincia de nuevos nosocomios: el Hospital Lamadrid y el Hospital del Niño Jesús**

En línea con la política de centralización inaugurada en 1943 y profundizada desde 1946 con la creación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el gobierno peronista promovió la provincialización de dos nosocomios: el Hospital Lamadrid, que se encontraba bajo la jurisdicción de la Municipalidad de Monteros; y el Hospital de Niños administrado por la Sociedad de Beneficencia de Tucumán.

Como vimos en capítulos anteriores, el Hospital Lamadrid había sido creado a fines del siglo XIX y cumplía una ardua labor de asistencia médica y hospitalaria

---

<sup>104</sup> *La Gaceta*, 23.11.1946

en la zona sur de la provincia. No sólo asistía a los habitantes del municipio, sino también a las poblaciones de las zonas aledañas, particularmente a los trabajadores azucareros provenientes de los ingenios Nueva Baviera, La Providencia, Nuñorco, Fronterita, San Rosa, Santa Lucía y San Ramón, de manera que la cantidad de pacientes complicaba el normal funcionamiento de la institución, que se veía colapsada tanto en su infraestructura como en su presupuesto.

Hasta ese momento, el hospital era financiado por los aportes anuales provenientes de las arcas de la municipalidad de Monteros que alcanzaban un total de \$25.000, a lo que se sumaban los subsidios otorgados por el gobierno nacional, que rondaban los \$18.000, y por el gobierno provincial que contribuía con una suma de \$13.500. En consecuencia, el nosocomio contaba para su funcionamiento con un total de \$58.000 anuales, pero los costos para brindar asistencia médica a un vasto sector de la población se volvían una tarea compleja.

Durante el transcurso del año 1946, las solicitudes de provincialización (presentes en años anteriores) se tornaron más agudas, y se apoyaron en las precarias condiciones económicas que afrontaba la comuna y en la vasta amplitud geográfica que abarcaban los servicios brindados por el hospital, otorgándole un carácter regional.<sup>105</sup>

El 13 de octubre de 1947, se aprobó el traspaso del Hospital General Lamadrid a la provincia, a través de un convenio firmado entre el Municipio de Monteros y el Ministro de Salud, el Dr. Navarro. Monteros se comprometía a transferir el inmueble donde estaba ubicado el Hospital, “con todo lo en él edificado, elevado y plantado”, y debía ceder los subsidios que percibía por los servicios hospitalarios. Por su parte, la Provincia tomaría a su cargo las prestaciones que brindaba el mencionado nosocomio y se comprometía a transferir a la comuna el edificio donde funcionaba el Dispensario de Lactantes, con el objeto de que en él se instalara una sala de primeros auxilios, cuyo mantenimiento estaría a cargo del municipio.<sup>106</sup> Se iniciaba de este modo un proceso de definición de funciones y obligaciones que cada una de las esferas de gobierno debían desempeñar para asegurar el bienestar social y sanitario de la población.

Otro avance notable en el proceso de centralización sanitaria iniciado por el Estado provincial se relacionó con la expropiación del Hospital de Niños. Este caso difiere notablemente de las provincializaciones de hospitales municipales realizadas anteriormente. Mientras fueron éstos quienes reclamaron al gobierno la provincialización de los servicios, acusando falta de presupuesto y carencia de

---

<sup>105</sup> *La Gaceta*, 1.07.1946

<sup>106</sup> Ley Provincial N° 2.098, Legislatura de la Provincia de Tucumán, año 1947



infraestructura; el traspaso del Hospital de Niños no fue solicitado por las autoridades de la Sociedad de Beneficencia, sino que el mismo fue resultado de una propuesta diseñada por el Ministro de Salud y refrendada por el Poder Ejecutivo.

Cabe destacar que la transferencia del nosocomio tuvo lugar en un contexto de cambios ideológicos donde se primó el concepto de salud entendido como un derecho ciudadano y un deber estatal, y en el marco de la política de centralización impulsada por el gobierno provincial. Con el peronismo se asistía a un novedoso reconocimiento de los derechos sociales -entre los cuales se encontraba la salud pública-, formulación que difería de la concepción con la que las organizaciones benéficas brindaban asistencia sanitaria y ayuda social entre los sectores más pobres y desprotegidos, articulada en términos de caridad (Andrenacci y otros, 2004:87).<sup>107</sup> En este sentido, la labor que las damas de la Sociedad de Beneficencia de Tucumán cumplían en el Hospital del Niño Jesús, fue cuestionada.

El hospital destinado a la asistencia médica de los niños estaba a cargo de la Sociedad de Beneficencia, que, a diferencia de su par en Buenos Aires, poseía personería jurídica; característica que le otorgaba mayor autonomía frente al control estatal, y a la vez era propietaria de todos los edificios y corporaciones que administraba. La Sociedad de Beneficencia estaba “facultada para adquirir derechos y contraer obligaciones pudiendo (...) adquirir bienes raíces, enajenarlos, preñarlos e hipotecarlos; solicitar créditos bancarios de instituciones públicas o privadas, colocar dinero a interés, (...)”.<sup>108</sup> Por lo tanto tenía el poder de decidir sobre cómo invertir los subsidios recibidos, cómo organizar la atención, qué profesionales nombrar, conjunto de acciones realizadas sin seguir las pautas diseñadas por Ministerio de Salud Pública de la Provincia.

En 1947, el presupuesto del Hospital de Niños se conformaba con los aportes anuales provenientes de un subsidio nacional de \$ 60.000 y otro provincial de \$45.399. A esto se sumaban los ingresos provenientes de los donativos particulares, las recaudaciones de festivales y colectas organizados por las mujeres de la Sociedad de Beneficencia, y los subsidios extraordinarios otorgados a la institución, tanto por el gobierno nacional como por el provincial.<sup>109</sup>

La falta de vinculación de las damas con las directivas emanadas del Ministerio de Salud provincial, sumado a un clima caracterizado por profundos cambios en el área sanitaria, motivó al Dr. Alberto Navarro a presentar un proyecto

---

<sup>107</sup> Como sostiene Luciano Andrenacci, la asistencia social fue planteada, por primera vez, en términos de derecho ciudadano y de deuda pública, poniendo en crisis la lógica de legitimación del dispositivo filantrópico caritativo y paraestatal.

<sup>108</sup> *Centenario de la Sociedad de Beneficencia de Tucumán*, 1958, p. 7.

<sup>109</sup> *La Gaceta*, 05.11.1947 y 15.11.1947.

de ley tendiente a concretar la expropiación del Hospital de Niños. Entre sus argumentos puso a consideración cuestiones de orden económico, de funcionamiento y de calidad de los servicios brindados por la institución, iniciativa *“de mérito indiscutible, que tuvo que ser realizada con el apoyo económico del Estado, financiando casi íntegramente su presupuesto, habiéndose reducido la acción de la Sociedad de Beneficencia, a un acto puramente administrativo. (...) Muy reciamente ha arreciado el pedido de ayuda hacia el Estado, no sólo para mantener los servicios, sino para conseguir la construcción y equipamiento de otros nuevos, en su afán de inusitada emulación con el propio donante, pero sin una idea clara, ni sincera de colaboración y de coordinación con la obra del mismo”*.<sup>110</sup>

Otro de los cuestionamientos giró en torno a los servicios brindados, sobre todo aquellos que eran arancelados, entre los que figuraron la atención en los consultorios externos y de especialidades; los análisis de todo tipo; el servicio de rayos x, etc; pagos que entraban en contradicción con la naturaleza de la asistencia hospitalaria pública, ya que se consideraba que marginaban a un importante sector de la población. Estos argumentos evidenciaban los enfrentamientos de Navarro con la Sociedad de Beneficencia, en tanto el ministro entendía que era necesario modernizar y centralizar la asistencia médica de los niños a cargo del Estado, desplazando a la Sociedad de Beneficencia de su administración (Guy, 2011; Gargiulo, 2012).

En octubre de 1947, la Cámara de Diputados sancionó la ley de expropiación del Hospital de Niños, que despertó una serie de debates y cuestionamientos. Los sectores a favor de la iniciativa plantearon que con la expropiación el gobierno solucionaba el grave problema económico que significaba la manutención del nosocomio cuyas erogaciones económicas para prestar un servicio eficiente muchas veces se veían trabadas por la escasez de fondos.<sup>111</sup> La idea refractaria a la impronta caritativa quedó reflejada en las palabras del diputado Julio Mirandou, quien señaló: *“El concepto social de la medicina no puede depender de la caridad, sino de la aplicación real de las necesidades sociales. El concepto caritativo ha pasado a cosa juzgada. No es posible que dentro de la acción social que desarrollan los gobiernos se pueda aceptar la dependencia de una sociedad particular para administrar un establecimiento hospitalario”*.<sup>112</sup>

---

<sup>110</sup> *Diario de Sesiones*, cit; 16.4.1948.

<sup>111</sup> *El Trópico*, 28.05.1948

<sup>112</sup> *Diario de Sesiones*, cit; 30.10.1947. A nivel nacional, las decisiones se enmarcaron en un contexto donde la labor de las entidades filantrópicas fueron cuestionadas y absorbidas, en un primer momento, por el Estado y más tarde por la Fundación Eva Perón (Moreno, 2009). Se

El traspaso del Hospital de Niños a la órbita provincial también generó reacciones en contra. Por un lado, la Sociedad de Beneficencia solicitó a la legislatura se tenga en cuenta su labor desarrollada a lo largo de 50 años, que posibilitó que el nosocomio se posicionara a la “altura de los mejores hospitales del país”. Subrayaron, además, que la institución recibía de la nación y de la provincia sólo el 50% de los recursos financieros para su sostenimiento y que muchas de las reformas en el hospital “fueron hechas con el mayor sacrificio, con escasos recursos y, sobre todo con la incomprensión de los poderes públicos”. Su objetivo fue evitar la expropiación, argumentando que si se invertía el presupuesto destinado al traspaso en la realización de obras en el hospital, “se solucionarían satisfactoriamente y permanentemente todos los problemas expuestos en los petitorios” que apoyaban el proyecto en cuestión.<sup>113</sup> Por otra parte, en el debate de la ley emergió con fuerza la postura de un sector del radicalismo, que adujo que la intención del gobierno de controlar toda la asistencia hospitalaria provocaría el colapso del sistema de salud pública, en tanto no podría administrar de manera eficiente tantos servicios. En tal sentido, hubo críticas al manejo de los hospitales y hasta se propuso la conveniencia de que todos dependieran de la Sociedad de Beneficencia para dar un servicio más eficiente a la población.

Finalmente, el 27 de mayo de 1948, se aprobó la ley que autorizaba la expropiación del Hospital de Niños (fijando una indemnización para la Sociedad de Beneficencia), que junto a la provincialización del Hospital Lamadrid implicó un sustancial avance en el proceso centralizador, que, sumado al fortalecimiento de la estructura sanitaria con la creación del Ministerio de Salud Pública, potenció el rol del Estado, con un mayor nivel de concentración en las cuestiones vinculadas con la salud pública.

### **II-3- La política centralizadora del Estado nacional: la Delegación Regional de Salud Pública**

A diferencia del activo rol que en el ámbito sanitario desarrolló el Estado Nacional en otros espacios provinciales, como el caso de Córdoba (Ortiz Bergia, 2012), en Tucumán su presencia se restringió históricamente al envío de subsidios destinados a colaborar con el funcionamiento de los centros hospitalarios, y a pesar de la sanción de leyes nacionales tendientes a construir obras sanitarias para la provincia, éstas no habían logrado materializarse.<sup>114</sup> Al apoyo económico

---

sostenía que ningún establecimiento privado se encontraba capacitado para desarrollar una acción eficiente, y era el Estado quien debía brindar a sus habitantes asistencia social y preventiva.

<sup>113</sup> *La Gaceta*, 5.11.1947; *Centenario de la Sociedad de Beneficencia de Tucumán*, 1958: 43.

<sup>114</sup> Las obras contemplaban la construcción de un preventorio antipalúdico en el cerro de Tafi Viejo, un Hospital de Enfermedades Tropicales, un Hospital Policlínico Nacional, un Hospital Regional, un Dispensario Polivalente y sala de primeros auxilios y la instalación del Instituto del Cáncer.

que el gobierno nacional brindaba a los nosocomios locales, se sumaba la labor que en la región del NOA desempeñaba la Dirección General de Paludismo, asentada en Tucumán desde 1937. En definitiva, los avances en el sistema sanitario en períodos previos al peronismo, surgieron principalmente de la iniciativa provincial, que a través del aumento progresivo del presupuesto y de las reformas introducidas intentaron afrontar los problemas locales.

El rol del Estado nacional en las provincias se modificó, en parte, con la creación de la Secretaría de Salud Pública de la Nación y la puesta en marcha de un proceso de reorganización a través de la unificación de los servicios médicos y sanitarios mediante la sanción de un código y de una ley orgánica de salud pública. Al asumir su gestión Carrillo se abocó a lograr la ansiada centralización de las políticas sanitarias y de los organismos médicos asistenciales existentes.

En el año 1947, luego de la consolidación de la SSP y el posterior lanzamiento de la planificación nacional, se dio paso al establecimiento de las denominadas Delegaciones Regionales de Salud Pública (DRSP), dependientes de la SSP, que se erigirían en los espacios provinciales y en los territorios nacionales. Estos nuevos organismos se asemejarían, en palabras de Carrillo, a “pequeñas Secretarías de Salud pública con funciones directivas y ejecutivas propias,”<sup>115</sup> y se transformarían en elementos claves para la coordinación de los organismos sanitarios. Las delegaciones tuvieron como finalidad representar a la Secretaría de Salud de la Nación en los diversos espacios, “sin perjuicio de las atribuciones de los gobiernos locales”, y posibilitarían la coordinación de las directivas sanitarias a lo largo y ancho del país, sobre todo en lo referente a la lucha contra las enfermedades infectocontagiosas y en las medidas destinadas a la protección de la madre y el niño.

Asimismo, las Delegaciones Regionales procuraron subsanar la falta de concreción de las acciones emanadas del Estado nacional y agilizar la resolución de las demandas de las provincias, cuyo tratamiento en la Capital Federal implicaba un alto nivel de burocratización y, por ende, generaba largas demoras. Para remediar esta situación, la SSP consideró necesario descentralizar las tareas que podían ser realizadas en cada provincia o territorio.<sup>116</sup> Otro de sus fue lograr la articulación de los proyectos sanitarios existentes y coordinar las obras sanitarias diseñadas para las provincias.

En Tucumán la DRSP comenzó a actuar en los primeros meses del año 1947, cuando iniciaron el trabajo de reconocimiento del estado sanitario en el que se encontraba la provincia, con el objetivo de conocer, de forma integral, los

---

<sup>115</sup> *Secretaría de Salud Pública de la Nación; Plan Analítico de Salud Pública; T. I; 1947: 78*

<sup>116</sup> *Secretaria de Salud Pública; cit, T. III;1947: 1945.*

lugares en donde se desarrollarían las obras contenidas en la planificación diseñada. Las primeras inspecciones tuvieron como premisa reconocer las condiciones en las que funcionaban los servicios hospitalarios, teniendo en cuenta la capacidad de camas de los distintos nosocomios. Finalmente, en el mes de mayo de 1948 se inauguró oficialmente en Tucumán la DRSP a cuyo frente se designó al Dr. Héctor Maidana.

La presencia del Estado nacional en la provincia se expresó también en el renovado impulso otorgado a la Dirección General de Paludismo y Endemias Regionales (en adelante DGP), que reflejó el interés por la creación de un entramado institucional para atender la problemática. La DGP a cuyo cargo se encontraba el mariólogo Dr. Carlos Alvarado tuvo como objetivo la realización en el noroeste argentino de una intensa campaña de lucha contra el mosquito, a través de la exterminación de los focos palúdicos, la atención médica de los afectados y la realización de constantes campañas de prevención; que se inició en 1946, con la puesta en marcha del Plan Quinquenal.

Las campañas encaradas por el organismo fueron exitosas, hecho que se reflejó en la disminución que sufrieron los índices de morbilidad por paludismo. La modificación más importante en las acciones fue el uso de un nuevo veneno conocido como DDT (dicloro-dofenil - trocloroetano), y a partir de su implementación se pasó de 40.772 casos palúdicos en 1947 a 639 casos en 1950 (Álvarez, 2010:170). Los resultados obtenidos motivaron la reorganización de los servicios, y el Ejecutivo Nacional dio por finalizados los servicios de la División de Paludismo y Enfermedades Tropicales, que fue reemplazada por la Dirección General de Sanidad del Norte.

En los primeros años del peronismo, los cambios en el marco institucional y el avance del Estado en materia sanitaria se expresaron en la creación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; y la provincialización de los servicios médicos municipales y de la Sociedad de Beneficencia tuvo como objetivo terminar con la fragmentación que históricamente había caracterizado al sistema de salud. Esta nueva impronta se completaría con la puesta en marcha de una profunda planificación sanitaria que tendría como idea central la democratización de las políticas de salud pública.

## **II- 4- La planificación sanitaria nacional y provincial: el Plan Trienal y el Plan Analítico de Salud Pública.**

### **a) El Plan Trienal de Gobierno (1947-1950)**

El afán de planificación formó parte de una concepción que lo concebía como un mecanismo de organización política y racionalización técnica, y fue un elemento característico del gobierno peronista “visualizado como herramienta

privilegiada para organizar e implementar acciones”. (Berrotarán; 2003) En sintonía con las ideas a nivel nacional, el gobernador Carlos Domínguez puso en marcha en Tucumán el Plan Trienal de Gobierno (en adelante PT), que se desarrollaría durante los años 1947-1950, cuando la salud pública ocupó un lugar destacado. Con el PT se perseguía la unificación de los servicios sanitarios a partir de directivas comunes emanadas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a la vez que se proponía optimizar las condiciones de higiene a través del desarrollo de la medicina preventiva y la lucha contra las enfermedades contagiosas. Estas medidas impactarían en mejoras en la calidad de vida de la población y en la disminución de los índices de mortalidad y morbilidad.

Centrándose en los datos derivados de los diagnósticos sanitarios, el plan contenía una extensa obra de ampliación y remodelación de la infraestructura hospitalaria, por el avanzado deterioro edilicio que presentaban los nosocomios públicos. De igual manera, con la creación de nuevos consultorios y pabellones en los diferentes hospitales, se pretendía aumentar la capacidad de asistencia, medida complementaria al fortalecimiento de la atención médica mediante la construcción de estaciones y unidades sanitarias en los departamentos del interior. El gobierno consideraba indispensable “dotar a la provincia de establecimientos adecuados que por su capacidad, construcción moderna y debidamente equipados puedan llenar cumplidamente las exigencias hospitalarias de la actualidad y del futuro.”<sup>117</sup>

La planificación sanitaria se organizó en base a los problemas médicos-sociales que afectaban a la provincia, especialmente, el tracoma, la sífilis, la tuberculosis, la lepra y las enfermedades mentales, patologías que incidían en la salud de la población y que se reflejaban en los alarmantes índices de morbilidad y mortalidad. En tal sentido, las mismas modelaron el diseño y crecimiento de la infraestructura sanitaria del Plan Trienal. Por otra parte, la planificación en términos de infraestructura y medicina preventiva tuvo como norte dos tópicos: la atención de la madre y del niño destinada a revertir los elevados índices de mortalidad infantil de la provincia, y la modernización de los organismos sanitarios a través de la inauguración de nuevos servicios y especialidades médicas. Se intentó también mejorar las condiciones de asepsia e higiene en los nosocomios tucumanos con la incorporación, por ejemplo, de lavaderos y obras de infraestructura, y construcción de pozos y cloacas.

Diversas patologías fueron utilizadas como disparadores para proyectar obras y para promover políticas de prevención y educación sanitaria, primando la remodelación, ampliación y, en menor medida, la construcción de nueva

---

<sup>117</sup> *Plan Trienal de Gobierno*, Tomo I: 233.

infraestructura hospitalaria. Esta particularidad obedeció al compromiso asumido por la Nación a fines de 1946 a través del Plan Quinquenal, y se vinculó a la creación de dos nuevos centros hospitalarios, uno para la ciudad Capital y otro para Concepción, que tuvieron como objetivo solucionar el problema del hacinamiento y la falta de camas que sufrían los viejos hospitales capitalinos por la afluencia de enfermos de los distintos departamentos del interior e incluso de las provincias vecinas.

#### b) Plan Quinquenal y Plan Analítico de Salud Pública

Con la reorganización del sistema sanitario el Estado nacional lanzó una fuerte acción planificadora representada a través de dos planes complementarios: el Plan Quinquenal (PQ), anunciado en el mes de octubre de 1946, y el Plan Analítico de Salud Pública (PASP), presentado en los primeros meses de 1947. Mientras que el primero representaba una versión sintética de lo que el Estado peronista se proponía realizar durante sus años de gestión en las diversas áreas de gobierno (educación, salud, economía, cultura, etc.), el Plan Analítico (1947-1952) constituía una versión ampliada de las directivas nacionales en materia sanitaria.

En tal sentido, el Plan Analítico de Salud Pública (en adelante PASP) contempló una serie de proyectos en los que primaron los vinculados a la ampliación de la infraestructura sanitaria mediante la construcción de hospitales generales de distinta complejidad en el interior del país; la ampliación, creación y modernización de los servicios de maternidad e infancia con un total de 15.000 camas a lo largo del país; la inauguración de nosocomios especializados (en salud mental, neurosiquiatría, toxicomanía, endocrinología, tuberculosis, etc.) para las provincias y territorios nacionales. De igual manera, la planificación otorgó un lugar destacado a la investigación médica, a través de la apertura de institutos y perfeccionamiento de los profesionales del arte de curar, a través de cursos y conferencias, para el tratamiento de diversas patologías.

El PASP exponía que el problema nodal del sistema sanitario era la falta de hospitales “estratégicamente ubicados de acuerdo a las necesidades regionales del país”, sumada al bajo número de camas para internación. Esto se agudizaba con la distancia que debía recorrer el enfermo para recibir asistencia médica, y que, muchas veces, una vez llegado al pueblo o ciudad, no podía ser atendido porque el hospital tenía colmada su capacidad, lo que afectaba al paciente y repercutía en los elevados índices de mortalidad sin atención médica que caracterizaban a diversas zonas del país.

Con el propósito de revertir esta situación, el plan proyectó la construcción de una “red de hospitales polivalentes” para las provincias y los territorios nacionales, que sumarían al sistema sanitario nacional un total de 25.000 camas

que se distribuirían según las necesidades de cada zona.<sup>118</sup> Asimismo, para fortalecer la modernización de la atención médica-hospitalaria cada uno de los centros que formaban parte de la red de hospitales polivalentes contarían con Servicios de Cirugía, Radiología y Fisioterapia, Farmacia y Laboratorio, consultorios externos, sala de emergencia y Servicios de Hemoplasмотerapia.

En lo que respecta a la provincia de Tucumán, el PASP contemplaba una política de construcciones sustentada en la creación de siete Estaciones Sanitarias con una capacidad de 14 camas cada una (en San Pedro de Colalao, Burruyacú, Los Puestos, El Naranjo, Colalao del Valle, Amaicha del Valle y Escaba), obras destinadas a complementar la edificación de Estaciones y Puestos Sanitarios diseñados por el Plan Trienal provincial. Asimismo, se preveía la inauguración de siete Hospitales Locales, con capacidad de 40 camas (en Simoca, Las Cejas, Lules, Lamadrid, Aguilares, Tafí Viejo y La Cocha); dos Hospitales de Zona con 160 camas (para Villa Alberdi y Monteros); un Hospital Regional con 320 camas en Concepción y un gran Hospital Urbano con capacidad de 1.000 camas en la capital provincial (siendo Tucumán la única provincia en la que se planificó un hospital de estas características).

Otra de las aristas del PASP se vinculó con la ampliación y modernización de los servicios de protección a la madre y el niño, que presentó cierta similitud con las ideas y tendencias propuestas en el Plan Trienal tucumano. En tal sentido, se sostenía que “no se concibe hoy proteger al niño, después del nacimiento, como algo separado de la madre, ni se concibe tampoco proteger la maternidad limitando esa protección al acto del parto”.<sup>119</sup> La formulación y el diseño de estas políticas sanitarias se sustentaron en el elevado porcentaje de mortalidad infantil existente en Argentina, que presentaba profundas variaciones en sus índices regionales y donde Tucumán ocupaba el tercer lugar, con un total de 180 por mil de menores fallecidos.<sup>120</sup>

Como consecuencia de los altos índices de mortalidad infantil que llegaban a superar los 100 por mil de fallecidos en los primeros meses de vida, la planificación nacional contempló la construcción de una amplia red de infraestructura hospitalaria, de diversa complejidad, proyectándose la

---

<sup>118</sup> La red de hospitales polivalentes se constituía de Unidades Sanitarias de distinta importancia que van desde el Puesto y la Estación Sanitaria con 14 camas, hasta el Gran Hospital de 1.000, pasando por el Hospital Local de 40 camas, el de Zona con una capacidad de entre 100 a 250 camas y el Regional de 500 camas o más. *Plan Analítico de Salud Pública*, cit., p. 294.

<sup>119</sup> *Plan Analítico de Salud Pública*, cit., Tomo III: 440

<sup>120</sup> “La mortalidad infantil durante los primeros doce meses de vida, acusa índices alarmantes entre nosotros. Considerando que un índice bajo es el que alcanza el 40 por mil; moderado entre 40 y 70 por mil; “alto” entre 70 y 100 por mil y muy alto, el superior al 100 por mil, impresionan nuestros índices que oscilan según las regiones del país, entre 54 por mil y 300 por mil.” *Plan Analítico de Salud Pública*, cit., Tomo III: 440



inauguración de dos Maternidades-Escuelas que se ubicarían, una en la ciudad de San Miguel de Tucumán y otra en la ciudad de Concepción. Para el interior de la provincia, la planificación incluyó ocho Maternidades para la zona de Colalao del Valle, San Pedro de Colalao, Amaicha del Valle, Burruyacú, El Naranjo, Monteros, Los Puestos y Villa Alberdi. Asimismo, se diseñó la creación de seis Hospitales Materno-Infantiles a ubicarse en Tafí Viejo, Lules, Simoca, Lamadrid, La Cocha y Aguilares. Por último, el plan incorporaba al servicio de atención materno-infantil los denominados Centros Ambulantes que funcionarían en Amaicha del Valle, San Pedro de Colalao, El Naranjo, Lamadrid y La Cocha.<sup>121</sup>

Dentro de la política de construcción sanitaria propuesta por el gobierno nacional, en noviembre de 1947, se creó una Red Hospitalaria para la creación de centros de salud, centros sanitarios y ciudades hospitales distribuidas en distintas provincias. Los Centros de Salud funcionarían como unidad elemental de asistencia y medicina preventiva constituida por tres o cuatro consultorios polivalentes, con un equipo completo de rayos destinado a la atención de enfermos en general y a la observación de los sanos. Por su parte, los Centros Sanitarios serían unidades de mayor complejidad pero sin servicio de internación, constituidos por diversos consultorios externos para la atención polivalente de sanos y enfermos y contarían con un servicio social y campos de deporte. Por su parte, las Ciudades Hospitalarias, o centros de internación, estarían situadas en zonas rurales o semiurbanas y contarían con una capacidad de 2.500 a 4.500 camas. En ellas, además de los monoblocks para internados, se proyectaba la construcción de un centro cívico, viviendas para el personal, iglesia, cine, teatro, parque, hogar y escuela de nurses. (Ramacciotti, 2009:93).

Para Tucumán, desde la Secretaría de Salud Pública de la Nación se proyectó una Ciudad Hospital y un Centro Sanitario (Rosales, 2011). Según lo expuesto, la provincia requería de un Centro Sanitario de tipo I para la zona tropical lluviosa, con una capacidad de atención de hasta 70.000 habitantes, con servicios de análisis clínicos, laboratorios odontológicos, vacunatorios, salas de primeros auxilios, farmacia, sala de rayos x, de fisioterapia, una sección de protección a la infancia y a la madre, entre otros.<sup>122</sup>

---

<sup>121</sup> Según lo establecido en el Plan Analítico de Salud Pública los Hospitales Materno-Infantiles eran aquellos que dotados de 40 camas, y distribuidos por todo el país, reproducirán en pequeño la acción médico-social de las maternidades; mientras que los Centros Ambulantes son aquellos dependientes de Maternidades o de centros materno-infantiles, propios de países de gran extensión y población poco densa. Montados en vehículos apropiados para la región correspondiente, estaban dotados de todos los elementos necesarios para diagnóstico y tratamiento de urgencia, llevaban un médico y una partera con recorrido de días y horas de salidas prefijadas. *Plan Analítico de Salud Pública*, op. cit., Tomo III, pp. 444-446.

<sup>122</sup> *El Trópico*, 8.5.1948

Además, este centro brindaría servicios de medicina preventiva, medicina asistencial y atención médica ambulatoria mediante la instalación de consultorios externos y la derivación de los pacientes que requerían internación se trasladarían a la Ciudad Hospital. La construcción de este mega centro hospitalario se proyectó mediante un convenio realizado por el Dr. Carrillo y el Rector de la Universidad Nacional de Tucumán, Dr. Horacio Descole, para lo cual la Universidad donó parte de las tierras que tenía en propiedad en la zona de Horco Molle.

Este nuevo complejo hospitalario contaría con una infraestructura de gran envergadura destinada, sobre todo, a la internación de pacientes con diversas patologías. La Ciudad Hospital de Tucumán se organizaría a partir de un hospital general, con capacidad para 500 camas, y en torno a él se localizarían la escuela de enfermería, la vivienda para los médicos, un área deportiva y las instalaciones anexas. Las obras comenzaron en 1953; de lo proyectado sólo se construyeron las treinta y seis viviendas y la escuela de enfermería, que se concluyó en 1958; y a pesar de la importancia del proyecto, los trabajos se paralizaron en el año 1959. En 1960 el Ministerio de Salud de la Nación cedió los inmuebles que formaban aparte de la ciudad hospital a las autoridades de la Universidad Nacional de Tucumán. (Villavicencio, 2004)

En síntesis, la planificación nacional se orientó a una política de construcciones hospitalarias polivalentes y de centros de atención médica destinados a la madre y al niño concentrados, en gran medida, en el interior de la provincia. Esta infraestructura se complementaría con las obras proyectadas por el gobierno provincial que también buscaban revertir la falta de hospitales en las localidades del interior, al tiempo que se preveía erigir un hospital mixto para la Capital y para Concepción, por los problemas que también afectaban a los grandes centros urbanos, inescindibles del movimiento de pacientes que llegaban para recibir la atención que no disponían en sus departamentos de origen. A esto se sumó la iniciativa de la ciudad hospital y del centro sanitario, cuyas construcciones, a diferencia de otras, mostraron avances significativos, pero se interrumpieron por problemas de orden económico –encarecimiento por la zona en que se hacían las obras- y político -derrocamiento del gobierno peronista por la denominada Revolución Libertadora en 1955-.

### **III- La salud en los ingenios azucareros: la ley de asistencia médica obligatoria**

Como vimos en capítulos anteriores, desde principios del siglo XX, la preocupación por la salud y las condiciones de vida de los obreros del azúcar fue un tema recurrente en los debates legislativos, en la prensa local y en la arena

política. Esta problemática disparó una serie de acciones que, provenientes de diferentes ámbitos, buscaron mejorar la calidad de los trabajadores.

El peronismo resignificó muchas de las tendencias y propuestas presentes en el período previo dotándolas de nuevos sentidos que, sumados al proceso de consolidación de un Estado social, posibilitaron su materialización. Esto implicó la ampliación de los contenidos de ciudadanía, a partir del reconocimiento de los derechos sociales e introdujo una renovación conceptual que apuntó a la idea de la salud como un derecho y a reforzarla como un deber del Estado. En la provincia el gobernador Carlos Domínguez<sup>123</sup>, que incluyó a la salud como una preocupación sustantiva de su agenda política, buscó recuperar la incumplida ley de asistencia médica obligatoria y gratuita en los ingenios azucareros promulgada en 1925.

Así, en noviembre de 1946, presentó a la Legislatura provincial un proyecto elaborado por el ministro Navarro que impulsaba la asistencia médica gratuita y obligatoria en todos los establecimientos industriales, comerciales, agrícolas, forestales y ganaderos, cuyo personal de empleados no sea menor a 200 personas. Se precisaba que el servicio debía brindarse a todos los “empleados y obreros permanentes o temporarios y familiares de los mismos”, delimitándose a los destinatarios: los ingenios azucareros, cuyos trabajadores se diferenciaban por su lugar de trabajo (fábrica o surco) y por su disímil vínculo contractual con los industriales (permanentes o temporarios).

La propuesta de ley hacía recaer en los industriales la totalidad del sostenimiento y funcionamiento de la asistencia médica. El primer aspecto que atendía el proyecto era la contratación de un médico jefe y un médico sub - jefe *full time*, quienes residirían en el pueblo azucarero y serían acompañados por un número variable de auxiliares (odontólogos y laboratoristas, parteras, enfermeros, visitadoras de higiene, visitadora de ojos y farmacéutica) para quienes no pesaba la obligación de vivir en el ingenio. El servicio hospitalario debía incluir consultorios, sala de curaciones, laboratorios de rayos X, farmacia, servicio de cirugía, de odontología y de obstetricia y disponer de todos los medios necesarios (medicamentos, alimentos, drogas, instrumental, etc.) para la completa atención de los enfermos. Los gastos de construcción y sostenimiento del hospital, así como los sueldos del personal, serían costeados por el propietario del inmueble donde se ubicara el establecimiento y se estipulaba la distribución gratuita de leche a los niños menores de seis años y a los obreros enfermos que por prescripción médica la necesitasen.

---

<sup>123</sup> Carlos Domínguez, nació en Buenos Aires en 1907. Egresado del Colegio Militar, fue designado secretario general de la Intervención Federal a la Provincia el 31 de diciembre de 1943 y luego Interventor administrativo de la Legislatura.

Se establecía un plazo de no más de seis meses para el cumplimiento de la ley, a partir de su reglamentación, y en caso de incumplimiento el Ejecutivo estaba facultado para imponer multas, y, en última instancia, podía mandar a construir “a cuenta de los industriales” las dependencias sanitarias.<sup>124</sup>

El 2 de enero de 1947 se aprobó por unanimidad la ley N° 2.018 que establecía la asistencia médica gratuita y obligatoria en los establecimientos industriales, y ante su promulgación y reglamentación, la respuesta de los empresarios no se hizo esperar. Su estrategia defensiva se articuló a través de dos instancias: por un lado, instalar la polémica en el espacio público a través de solicitudes dirigidas al gobernador y publicadas en “La Gaceta”, el principal diario de la provincia; y por otro, realizar presentaciones al Banco Central, la Secretaría de Trabajo y Previsión y la Secretaría de Salud Pública, tratando de institucionalizar y nacionalizar el conflicto involucrando a diversas agencias estatales.

Los argumentos apuntaron a la salud como una “obligación primordial del Estado” que el gobierno provincial procuraba transferir a las empresas privadas, idea que ya había atravesado el discurso de los industriales azucareros empresarios en el contexto de debate de la ley de asistencia médica en 1925. En la medida en que el concepto de la salud como derecho ciudadano se había incorporado a la Constitución de 1949, remarcaban que la Secretaría de Salud Pública debía asumir la coordinación y centralización de las políticas hospitalarias en todo el territorio nacional, y advertían a la Secretaría de Trabajo y Previsión “el semillero de desavenencias, roces, conflictos” que se desatarían entre los obreros y la administración del ingenio *“a causa de la atención que se preste en los hospitales dada la magnitud y extensión de las obligaciones que se les impone.”* (Schleh, 1950).

La nacionalización del conflicto redundó en beneficio de los industriales. En junio de 1947, la Secretaría de Salud Pública de la Nación, en consonancia con el reclamo empresarial, subrayó que la ley significaba “poner en manos de los particulares casi la totalidad de la población obrera de la provincia para que se le preste atención médica, derivando así una obligación esencial de las autoridades gubernativas, que sólo se quedan con la facultad de fiscalizar lo que en el terreno de la salud pública realicen los particulares”. Asimismo, sugería la “paralización” de la ley para que la Secretaría de Salud, junto con el gobierno provincial y los industriales, procurara alcanzar un acuerdo definitivo sobre la salud de los obreros azucareros (Gutiérrez y otros, 2015).

---

<sup>124</sup> *Diario de Sesiones*, Cámara de Diputados; 1946: 765-768

#### **IV- La afirmación del campo profesional en la salud: la Facultad de Medicina y la Escuela de Enfermería**

Como consecuencia de la creación de la Universidad Nacional de Tucumán en 1921, Tucumán se había convertido en el eje académico y científico del Noroeste, sobre todo con los cambios que la alta casa de estudios experimentó durante los rectorados de Julio Prebisch (1929-1932/1937-1940), con la apertura de nuevas carreras y de una serie de institutos de investigación, entre los que se destacó el Instituto de Medicina Regional. La afluencia de estudiantes que llegaron a la provincia para concretar sus estudios de grado se combinó con el prestigio médico asociado a la Universidad, particularmente el otorgado a los profesionales de la salud. (Bravo y otros, 2006) <sup>125</sup>

El inicio de la segunda gestión peronista coincide con la expansión de un vasto campo profesional, que desde el ámbito académico y las políticas públicas apuntó a la formación de recursos humanos, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y las capacidades de los médicos y auxiliares que se desempeñaban en los diferentes servicios públicos. En el período 1950-1955 tuvieron lugar los gobiernos de Fernando Riera (1950-1955), siendo ministros de salud Nalla Salim (1950-1951) y Federico Rossi (1951-1952); y de Luis Cruz (1952-1955), cuando el ministerio de salud estuvo a cargo de Marcelo Zelarayán.<sup>126</sup>

Como ya mencionamos, Tucumán tuvo un rol destacado en la región, producto de la visibilidad dada por la Universidad, que le permitió estar a la vanguardia de los adelantos técnicos y científicos. Esta particularidad se reflejaba, asimismo, en la importancia que los centros hospitalarios de la Capital adquirieron en materia de atención médica y su lugar en el área de la salud pública en el NOA, que motivaron una serie de propuestas tendientes a inaugurar la carrera de medicina. Uno de los primeros proyectos fue el presentado en el Congreso de la Nación por el diputado por Tucumán Albino Viscrí y que apuntaba a la creación de la Facultad de Medicina del Norte, con el objetivo de facilitar a los estudiantes norteños la “oportunidad de seguir la carrera de medicina en su zona, pues ahora deben de dirigirse a Córdoba, el Litoral o Buenos Aires” para realizar sus estudios.<sup>127</sup> Por su parte, destacados médicos radicados en Tucumán remarcaban

---

<sup>125</sup> El instituto de Medicina Regional concentró su interés en la investigación del campo clínico, la anatomía patológica, la bacteriología y la capacitación de profesionales de la salud, quienes asistirían a los cursos para adquirir formación sobre las enfermedades de la región; y se prepararía un equipo de enfermeros y guardias sanitarios.

<sup>126</sup> Fernando Riera, nació en Bella Vista (Tucumán) en 1915. Fue diputado provincial en 1946; desde 1948 ministro de gobierno de Carlos Domínguez y tres veces electo gobernador de la provincia en 1950, 1962 y 1983. Luis Cruz, nació en Purmamarca (Jujuy) en 1905; realizó actividad sindical; fue senador nacional entre 1946-1952 y gobernador entre 1952-1955.

<sup>127</sup> *La Gaceta*, 5.3.1949

la necesidad de formar profesionales, a fin de capacitarlos según las necesidades y patologías de la región, y de asegurar un número mayor para el desempeño de los distintos cargos sanitarios. (Aceñolaza, 1993)

En este clima de época y dada la impronta del peronismo en cuestiones sanitarias, se fortalecieron los proyectos destinados a crear una Escuela de medicina en la provincia. Según las palabras del Dr. Juan Dalma, el accionar del gobierno y las reformas inauguradas por el Ministro Alberto Navarro y sus sucesores, brindaron el espacio propicio para “la enseñanza clínica y para el funcionamiento de “los laboratorios y aparatos de investigación y terapia”, elementos esenciales para el desarrollo de la carrera. (Dalma, 1954)

Asimismo, el rectorado de Horacio Descole (1946-1951) introdujo cambios profundos a nivel organizativo e impulsó la creación de nuevos institutos de investigación que abonaron el desarrollo académico, contexto en el que tuvo lugar la fundación de la Escuela de Medicina. Su origen se vinculó a la impronta en las ciencias médicas de los diferentes institutos pertenecientes a la Universidad Nacional de Tucumán, entre los que sobresalieron el Instituto de Higiene y el Instituto de Medicina Regional (1937), el Instituto de Anatomía Patológica (1949), el Instituto de Microbiología (1948), el Instituto de Bioquímica (1947) y el Instituto de Fisiología (1949), a cuyo frente se encontraban prestigiosos profesionales como el Dr. Cecilio Romaña, el Dr. Juan Dalma y el Dr. Dacio Deza Cenget. Estos organismos abocados a la investigación y a la docencia a través del perfeccionamiento de los profesionales (mediante el dictado de diferentes cursos), fueron los precursores de la Facultad de Medicina de la UNT.

En 1948 el Rector Horacio Descole convocó a los directores de los mencionados institutos a efectos de constituir el Departamento de Medicina, cuya labor central sería la confección de los planes de estudio y la organización de la carrera. El 21 octubre de 1949 se inauguró la Escuela de Medicina, dependiente de la Facultad de Ciencias Biológicas, a cuyo frente se designó como director interino al Dr. Juan Dalma. Según lo dispuesto en el plan de estudios aprobado, la carrera, que concluía con el título de médico, comprendía siete años de cursado, con seis meses más de internado hospitalario.

En 1950 comenzó el primer ciclo lectivo de la Escuela de Medicina, para el cual se habían inscripto 207 alumnos regulares y 12 oyentes, cifra que documentaba su creación “llenaba una necesidad ineludible del Norte Argentino cuya trascendencia y alcance son evidentes”.<sup>128</sup>

El impulso dado a la profesionalización universitaria en el campo de las ciencias médicas se completó en el año 1952, cuando el curso de Visitadoras de

---

<sup>128</sup> *Memoria del Año del Libertador General San Martín 1950*, UNT, 1951.

Higiene Social, dictado por el Instituto de Higiene, se transformó en Carrera de Nurses y Visitadoras de Salud Pública (antecedente directo de la Escuela de Enfermería inaugurada en 1963), siendo la Universidad de Tucumán la única casa de altos estudios que entonces contaría con esta carrera. Para tal fin, la UNT, con la colaboración del Ministerio de Salud Pública de la Nación, inauguró un “Hogar Escuela” donde se formarían las aspirantes. La modalidad del cursado se adaptaba a las normas impuestas por la Liga Internacional de Nursing, que recomendaba el funcionamiento de un internado para las estudiantes, como condición indispensable para la formación de las nurses.

Según los conceptos de la época, los hogares escuelas para enfermeras favorecían el desarrollo de conductas apropiadas y correspondientes con la higiene física y mental de las alumnas, siendo el lugar donde modelarían la “personalidad obediente” que exigía la vida de la enfermera. En tal sentido, el director de la carrera, Dr. Carlos Alberto Alvarado, remarcaba que la idea de hogar remitía a un ideal de familia donde sus componentes estaban “vinculados entre sí por lazos biológicos, espirituales y morales”, razón por la cual las estudiantes debían luchar por no desnaturalizar esta vocación, “donde la mística es más importante que la técnica y la técnica es más importante que ciencia.”<sup>129</sup> Bajo estas premisas la formación de las enfermeras tuvo un sentido que, más que el conocimiento y los saberes aprendidos, se vinculó a la naturaleza de sus agentes, sus conductas y sus aptitudes. La actividad se veía más bien como una extensión de las labores domésticas y hogareñas que una tarea basada en procedimientos, conocimientos y técnicas que era necesario conocer y aprender, concepción que facilitó la exclusión de los varones de la actividad y la casi absoluta feminización de la tarea. (Martín; 2015)

Paralelamente a este proceso de profesionalización y de desarrollo académico a nivel universitario, el gobierno de la provincia buscó mejorar la atención médica hospitalaria brindada en los diferentes nosocomios a través de diversas reglamentaciones. Una de las primeras medidas tendientes a mejorar la capacidad técnica de los diferentes profesionales de la medicina, se relacionó con la creación en 1951 de la Escuela de Enfermería de Visitadoras de Ojos, a través de un decreto, que funcionaría bajo dependencia de la Dirección de Oftalmología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y sería costeadada con el presupuesto destinado a la mencionada repartición.

La carrera de enfermera-visitadora de ojos se circunscribía especialmente a las mujeres que hubieran completado sus estudios hasta el sexto grado de la primaria y tuvieran entre 16 y 25 años. Los estudios tenían una duración de dos

---

<sup>129</sup> *La Gaceta*, 6.5.1952

años en donde se complementarían materias teóricas con prácticas rotativas en las diferentes dependencias sanitarias, y el título obtenido las habilitaba para actuar solamente en el territorio provincial.

De manera similar, con el objetivo de formar personal técnico auxiliar idóneo y preparado para las necesidades de los hospitales provinciales y las patologías imperantes en la zona norte del país, en 1954, el gobierno creó por decreto la Escuela de Enfermería de Tucumán dependiente del Ministerio de Salud Pública.<sup>130</sup> Con este nuevo organismo de formación técnica, se pretendía cumplir con uno de los objetivos establecidos en el Segundo Plan Quinquenal (1952-1957) que fijaba como tarea de los organismos sanitarios “la formación del personal técnico indispensable”. El dictado de la carrera sería eminentemente práctico, razón por la cual su desarrollo debía efectuarse íntegramente en un servicio hospitalario, “que permita a las alumnas adquirir en forma completa los conocimientos necesarios, que aseguren su idoneidad y su correcta formación como colaboradoras del médico y cooperadoras en el cuidado de la salud pública.”<sup>131</sup> Los decretos mencionados mostraron la importancia que tuvo la formación de personal médico auxiliar, dada la escasez de enfermeras y la falta de medios de capacitación.

En este marco que apuntaba a acentuar y asegurar el profesionalismo de los distintos agentes médicos, la legislatura de la provincia aprobó, en 1953, la creación de la Carrera de Profesionales del Arte de Curar (médicos, odontólogos, bioquímicos y farmacéuticos), diseñada como un escalafón técnico. Su objetivo radicaba en la dificultad que históricamente tenían las autoridades sanitarias para asegurar la estancia permanente de los profesionales de la salud en las áreas del interior tucumano. Esta problemática se reflejaba en el catastro efectuado por el MSPyAS, del cual se desprendía que el 73% de los médicos inscriptos en la provincia estaban radicados en la Capital.<sup>132</sup> La negativa de los médicos de establecerse en hospitales o centros sanitarios de la campaña radicaba en la escasa remuneración que por estos servicios recibían, a lo que se sumaba la imposibilidad de recibir potencialmente mejores retribuciones, y las incomodidades en estas zonas en la vida cotidiana.

Con la reglamentación se buscaba que los distintos profesionales pudieran progresar a través de concursos y posicionarse en lugares de más prestigio según sus conocimientos y habilidades. Este incentivo los motivaría a perfeccionarse y

---

<sup>130</sup> Un antecedente en este tema fue la creación de una Escuela de enfermeras en 1909 por decreto municipal, que obedeció a la necesidad de capacitar a quienes trabajaban como auxiliares de los médicos; y en 1916 se introdujo la condición del diploma para ejercer en los hospitales municipales. *Digesto Municipal*; T. IX: 378; *Boletín Municipal*; 1916: 547.

<sup>131</sup> *Boletín Oficial de la Provincia de Tucumán*, 12.05.1954.

<sup>132</sup> *Diario de sesiones, Cámara de Senadores*; 23.10.1953



acercarse a los adelantos permanentes de la ciencia médica; y el sistema permitiría que los servicios sanitarios públicos de la provincia contaran con agentes más preparados, “beneficiando a la población que más necesita, que es la que en su mayoría concurre a los servicios oficiales.”<sup>133</sup> Se pretendía además asegurar que las vacantes existentes en los distintos centros de atención médica fueran ocupadas por un personal idóneo y comprometido con su cargo.

La tendencia hacia la profesionalización se combinó con un proceso de modernización técnica en 1953, con la creación del Instituto de Anestesiología y Oxigenoterapia y con la apertura de filiales en algunos de los nosocomios más importantes de la provincia. Dentro de los argumentos que motivaron el diseño del proyecto del ministro del área Marcelo Zelarayán, sobresalieron aquellos que sostenían que los mencionados servicios auxiliares eran imprescindibles para la técnica quirúrgica, sobre todo en un contexto donde el constante aumento de cirugías de alta y media complejidad, tornaron insuficientes y anticuados los servicios de anestesiología existentes. De igual manera, se remarcaba que el aumento de estas prácticas tenía su origen en el acrecentamiento de la población hospitalaria y el adelanto técnico-científico alcanzado por los profesionales y por centros de atención médica-hospitalaria de la provincia. El Instituto funcionaría en las dependencias del quirófano del Hospital Zenón Santillán y sus funciones serían asegurar la administración de los distintos tipos de anestesia a emplearse en las intervenciones quirúrgicas, como así también monitorear el desempeño de las distintas filiales que se ubicarían en el Hospital Padilla, en el Hospital de Niños, Hospital Avellaneda, Hospital de Monteros y en el Hospital de Concepción.

Como pudimos observar, uno de los objetivos centrales de la política sanitaria provincial entre los años 1950-1955 tendió al perfeccionamiento de los recursos humanos con los que contaba el servicio de salud pública, a la vez que incentivó la apertura de espacios propicios para la preparación de auxiliares médicos según las necesidades que los distintos hospitales requerían. Asimismo, se impulsó el perfeccionamiento y formación de los profesionales en la provincia, que con el apoyo nacional logró inaugurar en estos años dos carreras pilares de la Universidad Nacional de Tucumán: Medicina y Enfermería.

En definitiva, durante el primer peronismo, las modificaciones en el marco institucional y el avance del Estado en materia sanitaria significaron un cambio de orientación donde la salud fue entendida como un derecho ciudadano. La creación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, sumado al proceso de provincialización de los servicios médicos municipales y de los brindados por la

---

<sup>133</sup> *Diario de sesiones*, cit; 23.10.1953

Sociedad de Beneficencia, tuvieron como objetivo terminar con la fragmentación que históricamente había caracterizado al sistema de salud en la provincia. El rol asumido por el Estado a nivel nacional y provincial, cuyo eje central fue democratizar las políticas de salud pública, se completaría con la puesta en marcha de una importante planificación sanitaria; que si bien se materializó parcialmente, sentó las bases de un camino a seguir por futuras gestiones con la premisa de la salud pública como responsabilidad estatal.

## **CAPÍTULO IV**

### **LA SALUD PÚBLICA COMO LEGADO**

#### **La dinámica de las iniciativas sanitarias en Tucumán entre 1955 y 1976**

Con el fin del gobierno peronista en 1955, que en materia de salud pública se había caracterizado por la materialización de numerosos proyectos; la centralización del sistema sanitario a nivel nacional y local y la expansión de la red de hospitales y servicios; se abrió una etapa compleja, atravesada por la alternancia de gobiernos de diferente signo -unos derivados de golpes militares y otros civiles surgidos de elecciones pero bajo el sesgo de la ilegitimidad por la proscripción del peronismo-, y por una creciente inestabilidad política, económica, social e institucional. El país continuó un proceso de crecimiento y modernización pero atravesado por conflictos y logros efímeros en algunas áreas, donde se entrecruzaron problemas relativos a nuevas pautas de desarrollo económico; a las limitaciones de una democracia con proscripción; a la gravitación del poder militar; y a profundos cambios culturales.

A nivel nacional la situación presentó variados matices y aún cuando existió el reconocimiento de la necesidad de garantizar ciertos derechos sociales, hubo situaciones en las cuales las políticas sanitarias del peronismo sólo fueron objeto de críticas, dejadas en el abandono e invisibilizadas en los años 60, cuando se promocionaron los conceptos de descentralización y autogestión hospitalaria, en consonancia con los discursos provenientes de organismos internacionales.<sup>134</sup> Bajo su influencia, los esfuerzos por mejorar la salud de las poblaciones se sostenían en la idea de que la erradicación de enfermedades transmisibles era un prerrequisito para el bienestar económico y que las campañas sanitarias serían sus mejores instrumentos. (Hochman; 2012: 238)

---

<sup>134</sup> Los planes que se buscaban implementar, con cambios en la intervención del Estado, pretendían centralizar los resortes legales, financieros y administrativos y delegar la gestión en las comunidades o en iniciativas privadas con asesoramiento y control gubernamental. (Cerdá y Ramacciotti; 2015: 206 y 208). En 1957 el gobierno militar convocó a una Comisión de consultores de la Organización Panamericana de la Salud que propuso la reestructuración del sistema sanitario y comenzó el replanteo de la orientación centralizadora del peronismo y la transferencia de hospitales nacionales a las provincias.

Si bien en muchos aspectos hubo marcados contrastes entre legados, rupturas, avances y retrocesos, la concepción de la salud como un derecho al que toda la población debía acceder, resultado de un largo proceso de construcción previa e impronta del período anterior, se mantendrá en Tucumán, aunque con distintos matices según las gestiones; y comenzará a sufrir ciertas modificaciones respecto a su consideración plena como bien colectivo. Las políticas y el tratamiento de las distintas problemáticas sanitarias estarán además condicionadas por las dinámicas propias de cada momento, con cambios que no significaron el abandono del cuidado de la salud pública por parte del Estado pero fueron más acotados, y donde la agudización de la crisis económica desde fines de los años '60 repercutirá inevitablemente en el funcionamiento del sistema de salud.<sup>135</sup>

El período, que se inicia con el tremendo impacto de la epidemia de polio en la provincia, se caracterizó por la modificación de ciertos marcos institucionales y por cambios en el espacio hospitalario; por la planificación sanitaria bajo el influjo de nuevas perspectivas provenientes de organismos sanitarios internacionales; y por la expansión de nuevos servicios vinculados al desarrollo de especialidades y subespecialidades médicas.

### **I- Una situación de emergencia sanitaria: la epidemia de polio de 1956**

Como ocurría en el ámbito nacional, el gobierno de la intervención que asumió en Tucumán como consecuencia del golpe militar de 1955 tras el derrocamiento de Perón -a cargo del coronel retirado Antonio Vieyra Spangenberg-, significó un quiebre político radical respecto al anterior. Se adoptaron medidas que abarcaron cesantías en la administración pública, la anulación de denominaciones de calles y escuelas vinculadas al peronismo, el desplazamiento de funcionarios y elencos burocráticos de la administración saliente y la persecución a representantes de organizaciones de trabajadores.

A los pocos meses, las nuevas autoridades tuvieron que enfrentar una grave situación de emergencia, al desencadenarse una epidemia de polio en la que según las cifras oficiales se notificaron más de 600 casos de enfermos en la provincia, que en el país llegaron a la cifra de 6.490.

---

<sup>135</sup> Entre 1955 y 1958 el poder recayó en interventores federales que asumieron a partir del golpe militar que derrocó al peronismo. En 1958 triunfó en las elecciones Celestino Gelsi, de la UCRI, que en una situación crítica de la economía fue desplazado por el golpe militar de 1962. En 1963 las elecciones promovieron a Lázaro Barbieri al Ejecutivo; y un nuevo golpe militar en 1966 inauguró la etapa de la "Revolución Argentina" (1966-1973), caracterizada por el cierre de ingenios, la agudización de la crisis económica y social y los inicios de la guerrilla (gobiernos de interventores: F. Aliaga García (1966-68); R. Avellaneda (1968-69); A. Nanclares (1969-70); C. Imabud (1970-71) y O. Sarrulle (1971- 1973)) Entre 1973 (elecciones) y 1976 (golpe militar) gobernó Amado Juri, del Partido Justicialista.

En relación a la poliomeilitis, hubo reiterados brotes en Argentina, en los que se contabilizaron 2.680 afectados entre 1906 y 1932; 2.425 entre 1932 y 1942; y 2.280 entre 1942 y 1943, tiempos en que las respuestas estuvieron signadas por la imprevisión, puesto que no existían establecimientos, ni aparatología, ni personal especializado para los tratamientos.

Aunque la enfermedad fue incluida y considerada en el plan de salud de Carrillo en 1947, no se pudieron evitar las consecuencias del brote de 1952-53, el más alto registrado hasta el momento, que afectó principalmente a Buenos Aires y a otras provincias como Santa Fe, Córdoba y Tucumán. La preocupación médica y política respecto a los efectos de la polio no radicaba tanto en los índices de mortalidad (179 fallecidos), sino en la incapacidad permanente (1.316 inválidos) para las poblaciones de menor edad, ya que el 71% de los enfermos tenían entre cero y cuatro años, y presentaban defectos físicos en sus extremidades y en su cuerpo debido a las lesiones irreparables que había sufrido su sistema neuromuscular.

A nivel nacional, la epidemia de 1953 se justificó como parte de la “ola epidémica mundial” y según algunos estudios no fue reconocida desde las autoridades con suficiente responsabilidad. Para evitar su expansión se apeló a medidas como cuarentenas, vigilancias, desinfecciones de ferrocarriles y autos, cordones sanitarios en plazas y escuelas, exterminio de insectos, limpieza de espacios públicos, ingesta de pastillas de clorato de potasio. (Ramacciotti; 2015: 150) En Tucumán se aplicaron medidas similares, ya que entonces no se conocían los medios de contagio ni existía un diagnóstico certero o reacciones biológicas específicas para enfrentar la enfermedad, que se detectaba sólo cuando aparecía la parálisis, que atacaba sobre todo a la población infantil.

Acerca de este momento, el testimonio de Patricia Doz Costas resulta particularmente revelador,<sup>136</sup> al referir a su propia experiencia como enferma, que sin duda difiere de la percepción y la posición que adoptaban o lo que pudieron -y pueden- expresar los profesionales médicos frente a una patología. Damos lugar entonces a este relato que permite escuchar la voz de otros actores, muchas veces olvidados o abandonados, según sus propias palabras “sobrevivientes de polio que aún estamos en este planeta”: *“Tengo 64 años y enfermé de poliomeilitis en diciembre de 1952 con sólo 14 meses de edad, apenas había empezado a caminar. Mis recuerdos del propio ataque de mi enfermedad son nulos. Los relatos de mis padres e incluso respuestas a mis preguntas dan una idea: comencé con un cuadro parecido a uno gripal, fiebre, dolores generales que desembocaron en*

---

<sup>136</sup> Al residir en España, la entrevista fue realizada vía e-mail el 2 de setiembre de 2016.

*un par de días, en una parálisis bastante generalizada; intentaron levantarme y parecía "una muñeca de trapo".*

En su caso fue asistida al comienzo en su propia casa por su padre médico y otros colegas; pendientes del tema respiratorio especialmente, y el tratamiento posterior lo hizo los primeros cuatro años en Buenos Aires (donde había más medios y vivían sus abuelos maternos), alternando sus estadías con Tucumán. Las secuelas que tuvo fueron importantes, una cuadriparexia con acentuación en miembros inferiores, escoliosis, hasta hace más o menos 10 años tuvo que movilizarse con una ortesis y dos muletas axilares.<sup>137</sup> Fue sometida a varias cirugías en Buenos Aires y también pudo hacer rehabilitación en Tucumán, donde a partir de la epidemia de 1956 habría un centro especializado.

En relación a su experiencia de vivir con polio reflexiona: *"Siempre mi idea fue ante el conocido ¿por qué a mí?, yo casi siempre pensaba ¿por qué no a mí?... El fastidio por lo traumático de los tratamientos, cirugías, yesos, los NO, eso no puedo, etc, etc, configuraron vivencias negativas de frustraciones, pérdidas".* Sin embargo, en un balance que excede las limitaciones físicas por los efectos de la enfermedad, valora lo que pudo realizar con el apoyo de su familia y de sus amigos, a pesar de todo -*"la vida mucho me quitó pero siempre es más lo que me dio y permitió"*- y disfrutar su niñez, su adolescencia, su profesión de psicóloga.

En cuanto a la irrupción de la epidemia de 1956, que fue la más cruenta que se dio en la provincia y en el país, marcó un punto de inflexión en la historia de la enfermedad como problema científico, político y sanitario, en tanto desde ese momento tendría un lugar central en las preocupaciones gubernamentales y en la vida pública. (Zabala y Romero; 2008). En relación a la misma, se implementaron acciones con la participación de diferentes actores involucrados desde el poder político, las instituciones sanitarias, la comunidad científica, las asociaciones y ciudadanos comunes en los meses signados por la enfermedad.

#### *El tiempo de la prevención: "La tranquilidad debe reinar"*

A raíz del inicio del brote epidémico en Buenos Aires en diciembre de 1955, que desde esa fecha mostraba un aumento progresivo de casos, se crearon, para coordinar la campaña, la Dirección de la lucha contra la poliomeilitis y la Comisión de rehabilitación de los lisiados para el tratamiento de los enfermos en marzo de 1956. Para entonces en Tucumán los casos se presentaban como normales en relación a años anteriores y las autoridades del Ministerio de Salud Pública y

---

<sup>137</sup> La cuadriparexia se refiere a la disminución de la fuerza motora o parálisis parcial que afecta a los cuatro miembros.

Asistencia Social, bajo la dirección del Dr. Raúl Noble Aráoz, señalaban, en un comunicado dirigido a la población, que de acuerdo a los índices estadísticos y a la opinión de los facultativos, la situación no justificaba la alarma y debía reinar la tranquilidad.

En esta instancia, el gobierno de la intervención federal, que transmitía la gravedad de la evolución de la enfermedad en Buenos Aires, era contundente al afirmar que a nivel local no había epidemia y que las medidas se adoptaban para evitar el peligro epidémico. Así, se inició un ciclo de conferencias en las radios locales acerca de las formas de prevención, características y sintomatología de la poliomeilitis –por los casos que se podían clasificar como gripe o catarro bronquial–; se aconsejó evitar reuniones de niños en lugares de hacinamiento; y se ordenó desagotar y clausurar los natatorios, en un plan de “carácter pura y exclusivamente preventivo”.

Con anterioridad, la única medida oficial vinculada a una “posible epidemia” había sido la solicitud de una licitación privada para adquirir dos pulmotores, en tanto los estudios determinaban brotes epidémicos con una tendencia cíclica ascendente y cada vez más intensos. Asimismo, ante la constatación de que las formas bulbo-protuberanciales eran las más graves y provocaban parálisis respiratoria con muertes por asfixia, se consideraba indispensable que la provincia contara con más pulmotores, datos que muestran que la preocupación estaba latente y las autoridades no eran ajenas al problema.<sup>138</sup>

Aunque la posición de los funcionarios del Ministerio de Salud era reiterar que los casos registrados no evidenciaban una evolución epidémica, relativizándolos para no generar inquietud en la población, el anuncio de crear un Instituto de Rehabilitación de poliomelíticos indicaría que evaluaban la tendencia ascendente y los posibles efectos futuros de la enfermedad. En ese sentido también actuaba el Comité Mixto de lucha contra la parálisis infantil, que desde su formación estableció contactos con organismos sanitarios de otras provincias con el fin de actuar en forma coordinada y de realizar un seguimiento y un control estadístico.<sup>139</sup>

Mientras los informes diarios señalaban que el estado sanitario era “normal dentro de la endemia tucumana”, continuaban las medidas de higienización en los barrios y se recomendaba extremar el cuidado de los niños, evitar aglomeraciones en lugares cerrados y consultar a los profesionales del Hospital de niños ante cualquier duda. Estas acciones se complementaban con las que provenían de la

---

<sup>138</sup> El gobierno consiguió la autorización para adquirir un pulmomotor, mientras el otro sería donado por la Dirección Nacional de Sanidad del Norte. *Boletín Oficial de la provincia de Tucumán*; 27.1.1956: 422-423.

<sup>139</sup> *La Gaceta*; 30.3 y 1.4. 1956

esfera municipal, que consistían principalmente en tareas permanentes de desinfección y en disertaciones sobre cuestiones científicas referidas a la polio.

Un rasgo significativo de la campaña preventiva fue la dimensión de la participación de sectores de la sociedad civil, que adoptó diversas modalidades. Solicitudes de vecinos para que las autoridades intensifiquen las tareas de higiene pública; denuncias e información acerca de posibles focos infecciosos; trabajos voluntarios de blanqueo y limpieza a cargo de adultos y niños en distintos barrios de la ciudad. Se destacaba la participación espontánea de pequeños “buenos vecinos”, que colaboraban en el blanqueo de troncos de árboles y cordones de veredas, barrido, etc; de colectas que realizaban comisiones infantiles de distintos sectores sociales; de brigadas juveniles que se organizaban en los barrios para tareas de desinfección.<sup>140</sup> Además hubo contribuciones de instituciones como la Federación Económica de Tucumán (FET), Unión Cañeros Independientes (UCI), la Caja Popular de Ahorros y asociaciones de colectividades como la Sociedad Siriolibanesa, entre otras; y colectas públicas para evitar la propagación de la epidemia que en principio afectaba a Buenos Aires. La prensa daba cuenta, en lo que denominaba la “cadena de la fraternidad”, de las respuestas solidarias de la población, de los aportes diarios que se realizaban, y de la colaboración de vecinos comunes, comerciantes, grupos profesionales, sindicatos y escuelas.

Desde organismos oficiales como la Universidad Nacional de Tucumán, ofrecieron su apoyo la Facultad de Medicina y el Centro de estudiantes de Bioquímica, Química y Farmacia; y de las instituciones privadas vinculadas a objetivos de tipo sanitario, tuvieron un rol destacado la Cruz Roja, que aportó diez brigadas con tres enfermeros cada una y distribuyó cartillas con consejos y normas de prevención; y ALPI, fundada en octubre de 1955.

Esta última entidad, que tenía filiales en todo el país y surgió con la finalidad de encarar el problema de la parálisis infantil sobre bases científicas, actuaba a través de una Comisión de mujeres que promovían y recibían donaciones para la institución. Por su carácter filantrópico recurría a aportes de la comunidad para cumplir su finalidad de procurar el tratamiento de los enfermos afectados y conseguir su recuperación física, obra que según un articulista del diario local requería “vocación de ternura, que sólo las madres pueden tener”. De este modo resaltaba el papel de las mujeres que la dirigían y el trabajo que realizaban, asociado a virtudes consideradas naturalmente femeninas. ALPI inauguró en estos días su sede propia, y como uno de sus objetivos era la formación de profesionales y el desarrollo del conocimiento en el área, se organizaron y dictaron cursos a cargo de una delegación de especialistas -médicas kinesiólogas y

---

<sup>140</sup> *La Gaceta*; 16.3; 19.3; 30.3. 1956.



enfermeras-; que contaron con la presidenta de ALPI y con la jefa del Centro de Reeducción Marcelo Fitte de Capital Federal.<sup>141</sup>

*“El brote que afecta y aflige a nuestra población”*

Mientras a nivel nacional la epidemia tendía a decaer; en Tucumán se produjo un giro en la comunicación de las autoridades y de la prensa en los primeros días de abril, que daba cuenta del aumento de casos y de un estado de “alerta”, a raíz del cual recomendaba extremar los cuidados. Como se determinó que en su mayoría estos se debían a contagios directos, de “criaturas cuyos padres o guardadores no han observado debidamente los consejos difundidos”, se tendió a poner en la mira la responsabilidad de la población, exhortándola a acatar las prevenciones y asumir el peligro de la difusión de la enfermedad.

El reconocimiento del brote epidémico se manifestó en medidas “policiales” para evitar la presencia de niños en lugares de aglomeraciones; las concurrencias a cines, bailes o espectáculos; el funcionamiento del servicio de trencitos infantiles en las plazas principales y el parque de la ciudad, entre otras.<sup>142</sup> Las autoridades educativas suspendieron los exámenes libres y se postergó el inicio del período lectivo; y el gobierno creó por decreto el proyectado Instituto oficial para la rehabilitación y reeducación de los enfermos afectados, designándose una comisión especial ad honorem para este fin y para la administración de los fondos recaudados.

Con pleno reconocimiento de la epidemia de poliomeilitis “que afecta y aflige a nuestra población”, la iniciativa de dotar a la provincia de una institución especializada contó con la participación de distintos sectores que integraban la Comisión organizadora: delegados del Ministerio de Salud, del Hospital de Niños, de la administración municipal, del Colegio Médico, de ALPI, de la FET, de la CGT, del Círculo de profesionales de Ciencias Económicas y del Centro de Ingenieros. Sus primeras decisiones consistieron en otorgar becas de perfeccionamiento para dos facultativos y para diez enfermeras, nurses y masajistas en centros especializados de la Capital Federal; realizar encuestas para conocer el número probable de enfermos que podrían llegar a concurrir al Instituto; y enviar una delegación local de la Sociedad Argentina de Pediatría a Córdoba a una reunión científica sobre la patología.<sup>143</sup>

---

<sup>141</sup> En 1959 la Comisión Directiva solicitó la designación de un maestro para niños internados con largo tratamiento; y de esta iniciativa surgirá una Escuela Especial, única en la provincia, que todavía existe y brinda educación a niños con discapacidad motora.

<sup>142</sup> Se preveía la intervención de las fuerzas policiales para impedir, por ejemplo, el ingreso de menores a los cines, donde los propietarios debían colocar letreros visibles con la prohibición, y si esto no se cumplía se precedía a la clausura del local.

<sup>143</sup> *Boletín Oficial de la Provincia de Tucumán*; 1956: 2170, *La Gaceta*; 14.4. 1956

El Instituto de Rehabilitación funcionaría en el edificio del Hogar Escuela – creado en la etapa peronista-, bajo dependencia del Instituto Nacional de Acción Social, y los gastos correrían por cuenta de la provincia, con colaboración de la nación, y de aportes particulares, esgrimiéndose que debía “ser el pueblo el encargado de su sostenimiento”. Se antepone de algún modo la solidaridad social a la responsabilidad estatal, al menos en lo discursivo y al dar sus primeros pasos, cuando una dificultad importante era la carencia de personal especializado - médicos, reeducadores, enfermeros y terapeutas- para su funcionamiento.

En pocos meses el organismo, elogiado en la reunión de la Convención Nacional de Rehabilitación realizada en Córdoba, por ser el primero y único en su tipo en el país, llegó a contar con 348 niños inscriptos y 27 internados; e incluso para facilitar el traslado de los enfermos externos se implementó un pase gratuito para ellos y para un acompañante, disponiendo un ómnibus que salía de la plaza Independencia y los llevaba hasta el sitio de rehabilitación.

El espacio que centralizaba la atención y tratamiento de los afectados por la epidemia era el Hospital de Niños, donde permanecían las madres con sus hijos, como refería Esther de la Zerda al describir el momento en que su hijo contrajo la poliomelitis con el peligro de parálisis: *“Durante más de 20 días, por razones médicas, no tuve contacto con nadie. Sólo debía cuidar a mi hijo que estaba internado en el Hospital de Niños, que por entonces ocupaba el edificio de Avenida Sarmiento al 800”*; y agregaba que *“a las madres solían darnos una silla de lona, esas que hoy se conocen como reposeras, y una colcha para envolvernos”*.<sup>144</sup>

El testimonio refleja la necesidad de aislamiento de los familiares por un período y la internación en el establecimiento, cuya asistencia fue destacada por especialistas de Buenos Aires que lo visitaron. Contaba con nueve pulmotores en el pico del brote (luego se incorporaron siete más) y un grupo electrógeno propio, y pasada la epidemia continuaron incorporándose reformas (como la construcción de jardines con juegos infantiles para convalecientes diseñados y realizados por estudiantes de arquitectura y empleados de la Dirección de parques); y remodelaciones en los pabellones y en las distintas salas.

En relación al tremendo impacto social que provocó la epidemia, no sólo por los efectos en los enfermos y sus familias, sino también por las reacciones – rechazo, compromiso, solidaridad- que generó, Esther recordaba que *“por entonces la parálisis infantil hacía estragos y su sola mención causaba temor”*. El miedo se había manifestado en la decisión de algunas familias de sacar los niños de la ciudad para aislarlos del foco epidémico, que las autoridades trataban de

---

<sup>144</sup> A 50 años de la epidemia de polio; *La Gaceta*; 3.5.2006.

impedir con el argumento de que podían ser portadores del virus y por el extenuamiento físico que sufrirían a causa del viaje.<sup>145</sup> Para Esther *“Esos días de abril de 1956 fueron atroces. Parecía que estábamos en guerra en Tucumán y en el país. La muerte acechaba por todas partes a causa de esa maldita enfermedad”*, palabras que provienen de su vivencia personal pero también se entrelazan con la experiencia colectiva y los temores y percepciones sociales respecto a la enfermedad, que al afectar principalmente a los niños e incluso provocarles la muerte, aparecía como una patología implacable.

De las acciones encaminadas a contener o atenuar los efectos del brote epidémico una novedad importante fue la vacunación con gama globulina, procedimiento de inmunización ya implementado en Buenos Aires<sup>146</sup>; que se aplicó primero en forma selectiva a los niños que habían tenido contacto con enfermos; luego se extendió a los convivientes y vecinos; y finalmente se hizo obligatoria para menores de hasta tres años. En procura de la vacuna se planteó el problema de la intensa afluencia popular que provocaba aglomeraciones, y como precisamente se había determinado que estas eran peligrosas y había que evitarlas, hubo que adoptar medidas para organizar la vacunación, conteniendo a las madres y padres que “denotaban honda ansiedad” y a la vez esperanza frente a lo que ofrecía la ciencia.

Las situaciones de alta concurrencia a los puestos de vacunación contrastaban con los casos de resistencias de algunos sectores de la población, que según la prensa no se justificaban y remitían a épocas pasadas cuando existían procedimientos compulsivos para aplicar medidas preventivas. Los avances científicos no podían ser efectivos por el “estado mental” de personas escépticas sobre las bondades de la medicina –que seguían acudiendo a curanderos-; o que adoptaban una conducta pasiva frente a la epidemia y permanecían “insensibles y sordas frente al llamado persuasivo de las autoridades”. La nota de “La Gaceta” del 24 de abril, vinculada al informe oficial que había definido una zona del radio urbano como la más afectada, Villa 9 de Julio, “barriada” de población de menores recursos y a la que se adjudicaba reticencia a la aplicación de la gama globulina, se preguntaba: *“Es que acaso en Villa 9 de julio no hay niños, que como todos los niños de la ciudad, deben merecer esa consagración a su salud que es uno de los supremos deberes de los padres?..”*.

---

<sup>145</sup> *La Gaceta*; 9 y 20.3.1956

<sup>146</sup> Para conocimiento de la población y por las resistencias que podía causar la vacunación, se publicaron conceptos que explicaban que la gama globulina era un extracto de sangre humana que contenía elementos para combatir enfermedades infecciosas. La inmunización se debía a que la sangre de la mayoría de los adultos contenía anticuerpos protectores contra las cepas del virus de la polio –de efectiva prevención cuando se usaba al comienzo de la epidemia-.

Sin embargo, como a diferencia de la mayoría de las patologías infecto-contagiosas, no eran las condiciones de vida material ni las falencias de los sistemas sanitarios los factores propagadores sino que afectaba a países avanzados y a clases acomodadas -hecho que le dio a esta dolencia una identidad particular con respecto a otras enfermedades-, se apuntaba más a cuestiones culturales y a la falta de conciencia de los padres. En esta línea, que reflejaba las percepciones sobre sectores sociales más vulnerables, se señalaba a los habitantes que por su “pobre cultura sanitaria”, temían a la gama globulina más que a los estragos de la parálisis infantil, atribuyéndole efectos y resultados desagradables.<sup>147</sup>

Frente al avance indiscutible de la epidemia, también hubo discursos con más intencionalidad política, como fue la alocución del ministro de salud Noble Aráoz en la que acusó al gobierno anterior de “tiranía” y de “prédica destructora”, a la vez que agradecía a la gestión de la intervención por la recuperación moral, espiritual y material del pueblo de la provincia.<sup>148</sup>

En los “días atroces” del brote epidémico, que cedió hacia fines de junio, se emprendieron acciones compartidas de los poderes públicos y de la sociedad civil, en un contexto en el que a pesar del corte político, primaba el concepto de la salud como prerrogativa estatal, que provenía de un proceso de construcción de décadas previas. En un primer momento la posición del gobierno fue la de resaltar la “normalidad”, adoptando disposiciones preventivas, tal vez en el afán de relativizar los casos que se producían para no alarmar a la población; para pasar a dar cuenta del incuestionable aumento de la morbilidad y asumir el pleno reconocimiento de la epidemia. Se utilizaron criterios comunes a los que se daban a nivel nacional, que respondían a lo que se conocía y aplicaba entonces, que provenían a su vez de avances científicos del entorno internacional, que se vieron en las normativas que se exigían; en el funcionamiento de instituciones existentes, como el Hospital de Niños y ALPI; y en la creación de organismos especiales. Este fue el caso del Instituto de Rehabilitación, de vanguardia en el país, que muestra la preocupación y la decisión gubernamental de enfrentar la enfermedad y sus implicancias sociales; así como el tema de la reasignación de edificios del

---

<sup>147</sup> Se denunciaba además la negligencia colectiva que “va poco a poco dejando de lado los consejos médicos preventivos”, poniendo como ejemplos el aumento de población infantil en lugares públicos; las madres que llevaban a sus niños en sus “quehaceres callejeros”; y la falta de cuidado en hacer esfuerzos físicos. *La Gaceta*; 7, 16 y 30.4.1956

<sup>148</sup> También al asumir el nuevo director del Hospital de Niños, este expresó el honor de colaborar con el gobierno para “ver reconstruida la gran nación sobre las cenizas humeantes de la más inicua dictadura, soportada estoicamente durante tantos años” y agregaba que era necesario “volver a una época en que el ejercicio de nuestra profesión era un verdadero apostolado”. *La Gaceta*; 31.5; 26.4; 6.9. 1956

peronismo para otros fines (como fue el Hogar Escuela dependiente de la esfera nacional para el nuevo Instituto).

Los distintos espacios de acción muestran así la trama de relaciones locales y nacionales, que se dio a través de la llegada de especialistas y de representantes de organismos nacionales para colaborar; de la participación de profesionales tucumanos en reuniones científicas o para acordar acciones conjuntas; y del papel de las asociaciones civiles y la población en general a través de aportes materiales y humanos.

Aunque en 1956 ya se conocía la etiología y el modo de transmisión de la enfermedad que, a pesar de los avances de la medicina y las prevenciones higiénicas afectaba a grupos sociales diversos; la prensa y las autoridades apuntaron a la ignorancia y a la falta de responsabilidad de padres y madres en cumplir las normativas. No podía asociarse el concepto de enfermedad con la cuestión social como en épocas pasadas, pero igualmente eran reiteradas las apreciaciones vinculadas a la realidad socioeconómica y cultural de ciertos grupos de habitantes que no acataban las medidas preventivas ni la vacunación con gama globulina.

Al concluir la epidemia -que algunos adjudicaron a la falta de planificación y previsión frente a brotes cíclicos desde hacía décadas, sin pensar que podían convertirse en graves epidemias como la del '56-, uno de los problemas a enfrentar fue el de las secuelas de la polio, que requería prolongados tratamientos de recuperación posterior con aparatos especiales, bastones, sillas de ruedas y respiradores de alto costo económico. En 1957 se produjeron nuevos casos de parálisis infantil, año de la primera experiencia de inmunización masiva con la vacuna Salk, con resultado variado y no siempre positivo; y a partir de 1963, el advenimiento de la vacuna Sabin (de administración oral, en forma de gotas y dada por personal no especializado) significó un descenso importante de la enfermedad. La falta de continuidad de los programas de prevención se reflejó en un aumento desde 1968, pero los operativos masivos de vacunación a partir de 1971 permitieron el control de la poliomeilitis, superada totalmente en 1977. En 1978 y 1984 hubo brotes aislados y desde entonces no se registraron casos en el país ni en Tucumán.<sup>149</sup>

---

<sup>149</sup> En abril de 1971, el ex ministro de salud pública de la gestión de Gelsi, el doctor Napoleón Baaclini, planteó que su hijo Pablo L., de 4 años, había contraído la polio aún cuando había recibido todas las dosis de Sabin oral indicadas, denunciando que se habían aplicado vacunas vencidas o en mal estado (a eso se adjudicaban los 62 casos de enfermos en la provincia). Esta situación convocó al entonces ministro de Bienestar Social, Francisco Manrique y se inició una investigación, mientras la prensa atribuía el "estallido virulento" a "*la burocracia y la ignorancia de cierto sector de la población que se niega a vacunar a sus hijos*". *La Gaceta*; 19.4.1971.

## **II- La impronta institucional y las acciones sanitarias entre 1958 y 1976**

A nivel nacional, el diseño de la política de salud durante la presidencia de Frondizi (1958-1962) estuvo relacionado conceptualmente con la necesidad de que hubiera condiciones previas de progreso y modernización. En el marco de la planificación como instrumento de la concepción desarrollista promovida por la CEPAL<sup>150</sup>, desde el Ministerio de Salud el objetivo fue construir la “gran empresa de salud”, en un programa que priorizaba la capacitación, la formación y la especialización de médicos, técnicos y administrativos en el sistema sanitario según las recomendaciones de consultores de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Como legado de años anteriores, se seguían los lineamientos de Carrillo en cuanto a los establecimientos hospitalarios, concebidos como construcciones modernas y con adecuado equipamiento.

Las principales novedades institucionales consistieron en la creación de la Escuela de Salud Pública, destinada a la formación profesional de sanitaristas y técnicos (en radiología, laboratorio, hemoterapia) y a otorgar becas en el extranjero; y de Institutos como el del Trabajador Social, el de Salud Mental y el de Pediatría Social. Este último, con sede en la provincia de Santiago del Estero, era un centro destinado a la investigación, docencia y asistencia materno-infantil, en tanto esta era una problemática prioritaria y la mortalidad infantil era vista como una manifestación del subdesarrollo. También en estos años se organizaron programas en materia de medicina preventiva para grupos vulnerables en el interior; campañas de vacunación (triple, BCG, antipoliomelítica, viruela, tuberculosis); y contra el mal de chagas en 19 provincias. (Gómez Paz; 2008)

En los años 60 y en diferentes contextos políticos, se intentó una ley de medicamentos, a los que se otorgaba el carácter de “bien social” que reglamentaba los precios y el control técnico de las drogas, que provocó la oposición de los laboratorios (durante la presidencia de Arturo Illia; 1963-1966); y en el período de facto de la denominada “Revolución Argentina” (1966-1973) se creó un Ministerio de Bienestar Social que incluía a la Secretaría de Salud, con un programa de reorganización del sector en base a pautas técnico administrativas elaboradas por organismos internacionales: Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). Los postulados tecnocráticos y modernizantes vigentes permitieron la designación de profesionales que apoyaron la formación de recursos humanos, la designación de

---

<sup>150</sup> Entendido como “clima de ideas” y no como una ideología determinada, el desarrollismo se implantó en Argentina desde fines de los años 50 y se presentó como una alternativa reformista y progresista frente a los problemas que aquejaban a América Latina, promovida desde la CEPAL (Comisión Económica para América Latina)

técnicos sanitarios en la administración y la formación de un Consejo Federal de Salud.

En Tucumán, también se introdujo el concepto de la planificación en las políticas sanitarias, y a partir de 1966 hubo cambios en la faz administrativa, con el reemplazo del Ministerio por una Secretaría de Salud Pública que dependía del Ministerio de Bienestar Social Provincial. Se contempló la problemática de las instituciones hospitalarias; y programas con diferentes alcances orientados a servicios preventivos y de atención médica, vinculados al desarrollo del conocimiento y a una mayor especialización en el campo de las ciencias.

### **II-1- Las instituciones hospitalarias como prioridades y las dificultades en coyunturas de crisis**

Luego de las elecciones de 1958 asumió en Tucumán Celestino Gelsi, gestión que se caracterizó por importantes realizaciones, que se hicieron en gran medida a través del funcionamiento y los beneficios del casino provincial que se destinaban a obras públicas (como el dique el Cadillal, iniciada a comienzos del siglo XX por el gobernador Lucas Córdoba), sanidad y cultura.

Bajo la premisa de que “nada es más importante que la salud del pueblo”, implementó, de la mano de su ministro, el Dr. Napoleón Baaclini<sup>151</sup>, un programa de salud pública enmarcado en la idea de fortalecer las instituciones y mejorar los servicios de la provincia. En ese sentido se sancionaron leyes que abarcaron distintos aspectos sanitarios, algunas vinculadas al impacto que había tenido la epidemia de polio de 1956, como la de vacunación y revacunación antipoliomelítica obligatoria, y el convenio entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con ALPI para la coordinación de funciones para la atención del lisiado. En este caso hubo un mayor compromiso estatal con el tema, al ceder el gobierno un local para Centro de Rehabilitación, dotarlo de los servicios necesarios y otorgarle un subsidio; mientras ALPI se comprometía a la recuperación de los pacientes y a la organización, dirección y administración del Centro, con la asistencia técnica de la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado y de ALPI Buenos Aires. Además se asignaría a los servicios de cirugía del Hospital de Niños y del Hospital Padilla a dos cirujanos de ALPI, en carácter ad honorem, para las intervenciones quirúrgicas.<sup>152</sup>

Una ley significativa, a tono con las corrientes de la época en cuanto a incorporar a la comunidad en la administración sanitaria, fue la que determinó la creación de Consejos Mixtos de Salud Pública de distrito, de departamento y de la

---

<sup>151</sup> Napoleón Baaclini era médico, amigo personal de Gelsi y además de la cartera de salud, llegó a cubrir cubrió la de hacienda y la de gobierno.

<sup>152</sup> Ley N° 3040; *Digesto Jurídico de la Provincia de Tucumán*; 1961.

provincia, con el objetivo de promover la participación activa de la población en los problemas de salud; controlar y coordinar organismos sanitarios; obtener cooperación financiera y laboral; difundir programas de educación sanitaria; y asesorar en cuestiones de higiene pública. Los Consejos Mixtos de Salud Pública estarían integrados, según su especificidad, por representantes de las instituciones sanitarias y del Ministerio de Salud Pública; de los municipios; de organismos vecinales; de gremios obreros y agrarios; de la UNT; del Colegio Médico; del Consejo de Educación; de la CGT; de la FET; de la prensa; y de las mutualidades.<sup>153</sup>

Pero el ámbito por excelencia donde el gobierno de Gelsi dirigió los mayores esfuerzos e inversiones fue el de los hospitales, con la decisión de continuar las obras iniciadas durante los años del peronismo y que habían quedado inconclusas, pero a través de la reasignación de los espacios. Así, el edificio previsto para Instituto Antilúético se convirtió en el nuevo Hospital de Niños; el edificio erigido para sede del Instituto de Higiene en Instituto de Maternidad; y el lugar destinado al Centro Sanitario Regional en Hospital Centro de Salud. De modo que no hubo un abandono de las construcciones y remodelaciones emprendidas con anterioridad sino continuidades y cambios, manteniéndose en general el diseño original, introduciéndose algunos nuevos parámetros arquitectónicos y dándoles a las obras otro destino. Un aspecto importante fue el tema del financiamiento, que provino principalmente de los fondos del Casino de Tucumán, pero también de donaciones en las que se destacaron establecimientos comerciales (como Gath y Chaves y Lutz Ferrando, emblemáticos en la provincia) o asociaciones muy activas de la comunidad tucumana como la Sociedad Sirio Libanesa.

La nueva sede del Hospital de Niños fue inaugurada en setiembre de 1959, ocasión en la que el ministro de salud resaltó su importancia, sobre todo para afrontar el problema de la mortalidad infantil, en el que influían factores sociales que había que buscar “en el hogar, en la escuela, en el campo, y en todos los ámbitos donde el niño crece y se desarrolla”. Por su parte, el gobernador expresó que “nada puede anteponerse al deber de velar por los niños que sufren”; y destacó la gestión del ex ministro de salud, Alberto Navarro al decir que “*no sería justo ni honrado pasar por alto en esta oportunidad a quien inició esta obra y que otros abandonaron. El honor que me ha tocado de terminarla y librarla al servicio público, aunque con diferente destino debido a la evolución de la ciencia, corresponde también a él y por ello estimo un ineludible deber de nobleza humana reconocerlo*”.<sup>154</sup>

---

<sup>153</sup> Ley 2704; *Digesto Jurídico*; cit.; 1958.

<sup>154</sup> *La Gaceta*; 30.9.1959



El Instituto de Maternidad “Nuestra Señora de las Mercedes” comenzó a funcionar en abril de 1960, cuando fueron trasladadas las futuras madres del viejo hospital al nuevo local de Avenida Mate de Luna al 1400, tarea que en ese momento fue dirigida por el ministro de salud y realizada en varias etapas en ambulancias y ómnibus, con la colaboración de empleados, médicos y enfermeras.

Considerada un establecimiento modelo, la Maternidad fue incorporando con los años diferentes servicios, como el de ginecología, que de acuerdo a los objetivos del plan de integración hospitalaria abarcaba aspectos vinculados a la investigación, el diagnóstico y tratamiento del cáncer genital; de anatomía patológica y odontología; consultorios externos de patología cervical y mamaria para la población femenina (embarazada o no); servicio de neonatología y sala de terapia intensiva.<sup>155</sup>

En cuanto al Hospital Centro de Salud, cuyas obras se habían iniciado mediante un convenio con la nación, con reformas y ampliaciones que permitirían adecuar la distribución para constituir un centro hospitalario para enfermos agudos, Gelsi expresaba que sería *“un modelo en su género, pues además de la importante función asistencial y preventiva que desarrollará, tendrá a su cargo la especialización y capacitación de todas las ramas auxiliares de la medicina, como ser enfermería, hemoterapia, anesestesiología, radiología, etc.”*<sup>156</sup>

Faltando detalles para su habilitación definitiva, se abrió en marzo de 1962, con moderno instrumental y capacidad para 420 internadas, ya que en principio era destinado a enfermas mujeres (derivadas del Hospital Santillán). En esta ocasión el gobernador, en un mensaje por radio dirigido a la población femenina recordó lo que se había planteado como objetivos centrales de su política de salud: *“A poco de asumir la gobernación comprendí que el problema más grave que afectaba a mi provincia era el atraso de las instituciones hospitalarias en más de 50 años, era vergonzoso el espectáculo que presentaban el Hospital de Niños, la Maternidad y el Hospital de Mujeres. Ante tanto dolor humano, especialmente del sector humilde, hice el firme propósito de no dejar mi gobierno sin haber subsanado estos males”*. Continuaba resaltando la importancia de la defensa materno-infantil *“porque la mujer y el niño representan el futuro de todo el pueblo”*, y a pesar de las dificultades que atravesaba su gobierno *“envuelto en la crisis económica más grande que haya sufrido la provincia, volteando todos los obstáculos”* había podido vencerlos y cumplir con su promesa: *“ Entregué a Tucumán el Hospital de Niños, la Maternidad y ahora le toca el turno al Hospital*

---

<sup>155</sup> *La Gaceta*; 10.9. y 19.12.1970; 12.9. y 22.9.1973; 20.3.1974.

<sup>156</sup> Mensaje del gobernador, *Diario de Sesiones*, 1961: 45

*de Mujeres, que será el más completo y lujoso de la República Argentina y de Sud América”*.<sup>157</sup>

En agosto del mismo año -ya desplazado Gelsi del Ejecutivo por efectos del golpe militar que a nivel nacional terminaba con la presidencia de Frondizi-, fue el interventor federal quien realizó la apertura definitiva, con la clausura simbólica del Hospital Santillán tras 64 años de actividad ininterrumpida.<sup>158</sup> Entonces la prensa daba cuenta del “moderno y funcional edificio” proyectado para solucionar los problemas de salud de Tucumán y el NOE, con una circulación a través de galerías que cruzaban el edificio con total independencia de las salas de internación. Contaba con capacidad para 423 internados, con salas de dos, cuatro, seis y diez camas; seis salas de cirugía con aire acondicionado; central de oxígeno; 18 consultorios externos; farmacia; laboratorios; hemoterapia; esterilización central; equipos de rayos; bomba de cobalto; y circuito cerrado entre las salas de cirugía y el salón de actos para seguir las operaciones que se realizaran.

Las nuevas autoridades anunciaban que el Centro de Salud (que más tarde recibiría el nombre de Zenón Santillán) se orientaría a la protección, recuperación y promoción de la salud, conceptos en los que se basaba el plan sanitario integral que se proponían poner en marcha, con servicios especializados y un programa de coordinación de consultorios externos y visitas domiciliarias, educación sanitaria, servicio social, estudio de factores socioeconómicos, higiene materno infantil, control de enfermedades transmisibles, vacunación, etc.

En el Centro de Salud funcionaba en 1962 un Instituto de Oncología (con servicio de radioscopia, endoscopia y cobalto con tres consultorios y una sala de internación). Se incorporaron en 1969 una Unidad Coronaria (Tucumán era la segunda ciudad en el país con contar, a nivel hospitalario, con un servicio de este tipo; en EEUU la primera unidad databa de 1963) con 6 médicos internos y 6 enfermeras especializadas; y una Unidad de Terapia Intensiva en 1971 que se había conseguido tras largos 10 años entre proyectos y gestiones.

No obstante los avances registrados y los discursos respecto de los establecimientos sanitarios como piedras angulares del sistema sanitario, los hospitales fueron uno de los espacios que reflejaron particularmente los momentos de crisis económica desde fines de los años 60, con problemas presupuestarios y dificultades derivadas del aumento de las demandas de atención de la población. Eran tiempos muy difíciles en la provincia, atravesados por las dramáticas

---

<sup>157</sup> *La Gaceta*; 8.3.1962

<sup>158</sup> Según recuerda un facultativo el traslado fue tortuoso y complicado y llevó aproximadamente quince días, con gran despliegue de ambulancias y vehículos particulares de médicos y familiares de los enfermos, quedando habilitadas las guardias en ambos hospitales hasta el traslado definitivo. (Cuezco; 2000: 28)

consecuencias económicas y sociales del cierre de once ingenios azucareros decretados durante la presidencia de Onganía.<sup>159</sup> Como consecuencia, la radicalización política de esos años (movimientos de estudiantes y obreros, sacerdotes “del Tercer mundo”, etc) se manifestó también en agrupaciones de izquierda que optaron por la “vía armada”, como el Ejército Revolucionario del Pueblo (ERP), que en uno de sus actos hasta incursionó en el Centro de Salud para repartir ropas y alimentos a los enfermos.<sup>160</sup>

En ese contexto, la prensa denunciaba retrocesos en la situación del Hospital de Niños, al destacar por ejemplo la falta de funcionamiento de la caldera esterilizadora desde hacía meses (obligando a usar instalaciones rudimentarias o al traslado del instrumental quirúrgico a otros centros para su esterilización). La crítica apuntaba además a la falta de personal y a la insuficiencia de baños, tanto que los enfermos debían caminar 80 metros para concurrir al más cercano, existiendo dos baños clausurados que nunca habían funcionado. Mientras la inauguración de una sala de terapia intensiva, con modernos aparatos y equipamiento, era destacada por las autoridades como otro paso y un nuevo esfuerzo para alcanzar un hospital más acorde con los dictados de la práctica médica; al poco tiempo desde el Ministerio de Bienestar de la Nación se otorgaban fondos especiales para la reparación del edificio, argumentándose que el mal estado del nosocomio “atentaba contra las normas de salubridad y mínimas exigencias hospitalarias”.<sup>161</sup>

A comienzos de 1976 un informe de la Secretaría de Salud Pública daba cuenta del número de siete lactantes muertos por septicemia en el Hospital de Niños y de las urgentes medidas adoptadas, con el aislamiento de la sala donde había surgido el problema y la desinfección del establecimiento con brigadas de saneamiento ambiental. La constitución de una Comisión para investigar e informar sobre el funcionamiento del servicio de esterilización, y un Comité de infecciones para supervisar los controles, completaron las acciones llevadas a

---

<sup>159</sup> Su plan de racionalización, que apuntó a cañeros e ingenios, eliminó subsidios y fortaleció a los productores más eficientes y concentrados; derivó en el cierre definitivo de once de los 27 ingenios azucareros de la provincia, con el consiguiente aumento de la tasa de desempleo y el éxodo de miles de trabajadores a otras regiones del país, y cientos de pequeños comerciantes tuvieron que cerrar sus negocios a causa de la recesión. (Healey, 2003)

<sup>160</sup> En un comunicado al diario “La Gaceta”, publicado el 19 de julio de 1971, la organización denunciaba las carencias de las personas internadas, los pagos por radiografías que debían hacer muchos pacientes, y el “abandono” de algunos enfermos por parte de sus patrones.

<sup>161</sup> Una nota saliente, aunque no vinculada a las carencias del Hospital, fue la denuncia de una operación por error (en zona inguinal en vez de un absceso en el hombro de un niño de 3 años), con una investigación que determinó la negligencia del médico al no constatar la patología y la identidad del niño; pero puso el peso de la responsabilidad en la enfermera, “que cometió el grave error al no identificar al enfermo, induciendo al médico cirujano, que confía en su pericia, a cometer el error de operar”. *La Gaceta*; 30.1.1969

cabo. Por la repercusión social que había tenido el hecho, las autoridades advirtieron que las infecciones intrahospitalarias se producían en diversas circunstancias, y que no estaban exentos ni aún hospitales muy avanzados de EEUU.

En una posición defensiva frente a las críticas recibidas, el documento oficial, que refería al Hospital de Niños como “un orgullo para la provincia”, reseñaba las mejoras realizadas entre 1973 y 1976, contabilizando un aumento de casi un 200% de personal especializado, la habilitación de consultorios vespertinos, un nuevo equipo de odontología (con servicio de fisura paladina, único en el NOA), la remodelación de la Unidad Respiratoria, la mayor entrega de remedios de la farmacia del hospital, entre otras. Asimismo, se presentaba el resultado de la investigación que constataba que en las infecciones seguidas de muertes no había delito; y retrotraía algunos problemas edilicios a la estructura que databa del gobierno de Gelsi, quien había destinado para Hospital de Niños un edificio construido con otra finalidad.<sup>162</sup>

También en el Instituto de Maternidad se hicieron sentir los problemas presupuestarios, que se tradujeron en situaciones de protestas de trabajadores por falta de pago y por quejas de malos tratos del director. En este caso los delegados presentaron el reclamo de los empleados administrativos, de las enfermeras y de treinta obreros del “Operativo Tucumán” afectados al servicio de maestranza y consiguieron la adhesión de los médicos a la medida de fuerza. Esta se levantó al efectivizarse el pago pero la huelga anunciaba futuros conflictos que se repetirían en años posteriores.

Mientras las dificultades por fondos adeudados por la Nación para financiar distintos programas como el de Salud Rural y Materno Infantil obligaban a las autoridades a realizar gestiones en Buenos Aires; se preveían cambios en la conducción de los hospitales (con un Consejo de Administración con representación de los profesionales, de los trabajadores y de la comunidad) y se avanzaba en proyectos de envergadura que imprimirían un sello significativo a la Maternidad y al Hospital de Niños en su perfil como instituciones especializadas y en su funcionamiento a comienzos de los años 70.

## **II- 2- La salud materno infantil: el acento en la planificación**

En consonancia con objetivos de larga data en la provincia –que examinamos en el capítulo II-, con décadas de existencia de los servicios de Protección a la Infancia (creado en 1927 en la órbita municipal y luego provincializado) y de Maternidad (cuya primera sala databa de fines del siglo XIX),

---

<sup>162</sup> *La Gaceta*; 17.2.1976

la problemática de la salud materno infantil fue asumida como prioridad desde la órbita de salud de la provincia a comienzos de los años ´70. En este sentido se elaboró un programa integral orientado al fortalecimiento de los servicios pediátricos y del área materno infantil, cuya implementación fue posible por el respaldo de las autoridades nacionales y provinciales y el aval de la OPS -cuyos acuerdos cobraron más importancia en el diseño normativo de las políticas sanitarias de ese tiempo-, que tendrá particular impacto en el Instituto de Maternidad y en el Hospital de Niños.

La planificación no fue ajena a las nuevas formas de pensar la salud y la medicina a partir de la segunda posguerra, cuando por un lado primaba la idea de un mayor involucramiento estatal en función de prevenir y curar dolencias, y por otra parte se empezaba a plantear un retiro del Estado, con formas de autogestión y un diálogo más fluido entre la medicina y las ciencias sociales como la sociología o la economía. En este marco, hubo acuerdos internacionales, como el Acta de Bogotá (1960), que ofreció un panorama de la realidad sanitaria de la región y se propusieron iniciativas dirigidas a reducir la mortalidad infantil; extender servicios; fortalecer campañas para el control de enfermedades transmisibles; y capacitar profesionales y auxiliares de salud. Por otra parte, la conferencia de la OEA en Uruguay (1961) -que dio forma a la llamada Alianza para el Progreso- contempló el apoyo financiero para que los países impulsaran planes de salud pública, como medios para lograr el desarrollo económico. (Cerdá y Ramacciotti; 2015: 207-208)

En la medida en que la planificación era vista como el instrumento de racionalidad científica más adecuado para establecer metas y prioridades, el Programa de Apoyo a los Servicios Pediátricos en Tucumán, resultante de un convenio entre la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina y las Secretarías de Salud Pública de la Nación y de la provincia, tuvo como finalidad organizar centros de atención pediátrica de alta complejidad, a fin de satisfacer la demanda de alto riesgo y de especialidades de toda la región del NOA. Con objetivos orientados a la capacitación del personal médico y paramédico, la reorganización de servicios existentes y la provisión de equipos y materiales, el programa se inició en octubre de 1970 en el Servicio de Neonatología de la Maternidad, encarándose las acciones de capacitación y de equipamiento; y proyectándose la continuidad de las tareas de organización y de construcción de un local propio.

Una evaluación realizada para los años 1970 y 1971 ilustra acerca de los alcances del programa en cuanto a la capacitación de personal en neonatología, pediatría, radiología, bacteriología etc., a través de un sistema de becas para médicos, enfermeras, bioquímicos, y para el director y un técnico en estadística. En total fueron 26 becarios, con una estadía de entre dos semanas y un año en

institutos y hospitales de Córdoba y Buenos Aires con la finalidad de adquirir formación intensiva.

Para el entrenamiento inicial de enfermeras en pediatría para el Instituto de Maternidad resultó fundamental la contratación de una enfermera inglesa, Grace Thompson, que había desempeñado un papel importante en Chile y que se radicó un tiempo en Tucumán. Comenzó su trabajo realizando un llamado a inscripción de mujeres que sólo reunieran como condiciones tener el secundario completo y a quienes les gustaran los niños, requisito que suponía priorizar y valorar nociones y aptitudes de cuidado, extensivas de la “naturaleza” femenina y que también se asociaban a una mayor feminización de la actividad. Se impartieron conocimientos que abarcaban, por un lado, el orden y las normas de higiene para garantizar la asepsia y realizar curaciones e intervenciones –que se conocía como “arte de la enfermería”-; y por otra parte las señales que una enfermera debía reconocer para anticipar complicaciones y facilitar la tarea del médico, para lo cual se incluyeron conceptos de fisiología, anatomía, enfermedades infecciosas, etc.<sup>163</sup>

Las decisiones adoptadas, junto con el adiestramiento en seminarios en neonatología, cursos de enfermería pediátrica y jornadas de actualización en urgencias, resultaban indispensables para obtener el máximo rendimiento y lograr un servicio de primer nivel, que será el tercero en importancia después de los de Buenos Aires y Córdoba y uno de los primeros con una concepción moderna en América Latina.

Como la planificación incluía la evaluación y el relevamiento cuantitativo, respecto a los resultados se pudo verificar una disminución de la tasas de mortalidad general en el establecimiento, de un 4,1% a un 2,8%, a pesar de los problemas en la recolección de los datos, la falta de un archivo centralizado y un índice de diagnósticos, y la necesidad de una auditoría médica para estudiar los casos más complicados. (Viñas; 1971)

La puesta en marcha y el seguimiento del Programa de Apoyo a los servicios pediátricos fueron acompañados por estudios, como fue el análisis de los certificados de defunción facilitados por la Dirección de Estadística, de casos de 1970 niños de menos de 28 días de vida para los años 1971-73.<sup>164</sup> En vista de las

---

<sup>163</sup> El proceso de desarrollo de la enfermería en Argentina fue lento y complejo y durante muchos años –cuando los hospitales no estaban a cargo de personal especializado- muchas veces se confundían las tareas de una enfermera o enfermero de las que realizaba una mucama, una cocinera o un camillero, cuyas funciones podían superponerse. En las décadas de 1940 y 1950 la enfermería se expandió por el incremento de hospitales y de campañas sanitarias y por la modernización en las técnicas médicas.(Martin; 2015)

<sup>164</sup> El período de edad neonatal comprende los primeros 28 días de vida; por lo tanto la etapa posnatal (primeros siete días de vida) del período perinatal (desde la 28 semana de gestación hasta la primera semana después del nacimiento inclusive), por lo que el contexto de morbilidad y

elevadas tasas de morbilidad neonatal en la provincia, la investigación buscó conocer las distintas variables que intervenían en su determinación, que obedecían a factores como el estado de salud de la madre antes y durante el embarazo; los riesgos del proceso del parto; las infecciones, entre otras, que podían evitarse mejorando la calidad de la atención médica durante el embarazo, en el parto, el puerperio y la asistencia del recién nacido; implementando además servicios auxiliares de diagnóstico. (Viñas; 1973)

El testimonio de la Dra Viñas,<sup>165</sup> quien fue la responsable de la elaboración e implementación del proyecto para la organización del Servicio de Neonatología tanto en lo que respecta a necesidades de infraestructura como a recursos humanos y tecnología, destaca la importancia del asesoramiento y el aval de un representante de la OMS (designado para la región del norte del país) además del apoyo político de las autoridades. Al respecto, el gobernador de la provincia, en uso de facultades que le confería el “Estatuto de la Revolución Argentina”, sancionó una ley en 1972 que estableció una partida especial para ese año, fundada en la presentación de la documentación técnica por parte de la Dirección de Arquitectura y Urbanismo dependiente de la Secretaría de Obras Públicas. En esa ocasión se resaltó la relevancia de la construcción (que no había sido incluida en los cálculos de obras públicas) y de los recursos para ejecutarla, además de su incorporación en el presupuesto del año 1973.<sup>166</sup>

La necesidad de la obra del Instituto de Neonatología entroncaba con las estadísticas provinciales que informaban que cuatro de cada mil niños nacían muertos, ocho eran prematuros y quince presentaban riesgos, y que un alto porcentaje de los 21 a 28.000 nacimientos anuales registrados en la provincia se producían en la Maternidad.<sup>167</sup> Como reflexiona la Dra Viñas, “*en ese entonces primaba la concepción del niño como subproducto del parto, y no había un especialista para atenderlo*”–sólo se atendía a la mujer en el momento del alumbramiento-, por lo que “el recién nacido era tierra de nadie”.

El Servicio de Neonatología en el Instituto de Maternidad “Nuestra Señora de las Mercedes” demandaría considerables y sostenidos esfuerzos. En 1973 (todavía sin local propio), la prensa informaba que contaba con quince enfermeras, se preveía incorporar quince más, y se trabajaba “a ritmo acelerado para concluir las obras de construcción del Servicio” (para las que se había contratado a una

---

mortalidad es sumamente complejo e implica múltiples factores que pueden remontarse hasta antes de la gestación y prolongarse después del período neonatal. (Viñas; 1973)

<sup>165</sup> *La Gaceta*, 7.10.2006. La Dra Marta Viñas es especialista en Salud Pública y en Pediatría, especializaciones a las que accedió en Chile, Brasilia y Lille (Francia). Profesora consulta de la UNT y miembro del Sociedad Argentina de Pediatría filial Tucumán. Fue Directora del Departamento de Maternidad e Infancia del SIPROSA.

<sup>166</sup> Ley 3847; *Digesto Jurídico de Tucumán*; 1972.

<sup>167</sup> *La Gaceta*; 22.9.73 y 30.9.73

conocida arquitecta del medio, "Chula" Saad), que recibía aportes oficiales pero también complementarios de CARENA (Comisión de Ayuda al recién nacido).

Preventivamente se examinaba allí a los recién nacidos normales y luego se asistía a los patológicos y prematuros, con modernas incubadoras y aparatos de electromedicina, ambientes con asepsia y personal especializado. Se preparaban alrededor de 200 biberones diarios y al comienzo no se recibían niños de otros establecimientos, por falta de disponibilidades, pero esto sería factible cuando concluyera la construcción de un pabellón propio. Su relevancia para el futuro de la población infantil reclamaba organización y respaldo de las autoridades y de la comunidad, en tanto sería un centro de investigación y de capacitación para médicos, enfermeras, psicólogas, asistentes sociales y otros profesionales en materia de recién nacidos.

La obra del edificio del Servicio de Neonatología fue concluida en marzo de 1975, con un diseño y construcción que respondían a los elementos técnicos más avanzados en materia de arquitectura e ingeniería sanitaria, abarcando una superficie de 600 m<sup>2</sup>, y con condiciones térmicas y acústicas para conseguir el aislamiento y la temperatura adecuados para los recién nacidos. Contaba con 34 locales que incluían una sala de espera, consultorios, salas de servicios sociales, laboratorio, lavaderos, dormitorios etc.

Con respecto a la influencia del Programa de Apoyo a los Servicios Pediátricos en el Hospital de Niños, a partir de un diagnóstico sobre las condiciones de eficiencia y los niveles de complejidad que presentaba, las reformas se orientaron a optimizar su funcionamiento, coordinando las tareas del personal y de los profesionales médicos y vinculando los distintos sectores: finales (de relación con el público, referidos a la internación y las consultas); intermedios (abarcaban laboratorios, rayos, farmacias, etc) y generales (referidos al área administrativa).

Como una de las principales preocupaciones de las autoridades del sector sanitario era el tema de la capacitación profesional, una novedad fue la escritura y difusión de un Manual de procedimientos en enfermería pediátrica, que resultó de gran utilidad puesto que a pesar de los avances que supuso la formación en la Escuela de enfermería de la UNT desde la década del 50, no siempre las diplomadas cubrían las expectativas de las instituciones y, en este caso, de las exigencias de un trabajo más especializado, como era la atención de niños con patologías.

Otros cambios registrados como parte del proyecto de apoyo a los servicios pediátricos en el Hospital de Niños fueron la instalación de un lactario con aparato de esterilización; indispensable para garantizar la administración de leche; y el inicio de la diferenciación de subespecialidades en pediatría, que resultaron del



trabajo conjunto del área de la Secretaría de Salud Pública (apoyo y recursos); la Universidad Nacional de Tucumán; y las Sociedades Científicas, que hasta entonces generalmente funcionaban como sectores estancos donde primaban concepciones diferenciadas según la pertenencia de los médicos y de acuerdo a su vinculación con la función pública; su actividad académica; o su dedicación a la investigación.<sup>168</sup>

### **III- El desarrollo de nuevos servicios y especialidades médicas**

En particular a partir de la década del 40, la conformación del campo profesional vinculado a la salud se afianzó en la provincia con la creación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán, que posibilitó la elección de estudios que antes sólo se podían realizar en Córdoba o Buenos Aires, con las limitaciones de la distancia y los altos costos. Desde entonces, la estructuración de la carrera en institutos (de anatomía, fisiología, higiene, medicina regional, radiología, entre otros) y en cátedras, significó el inicio del desarrollo de especialidades en el ámbito académico que se trasladaron al ejercicio práctico y a la esfera de las instituciones sanitarias.

Durante las décadas del 40 y 50, el principal establecimiento hospitalario de la provincia, el Hospital Padilla, incorporó importantes servicios médicos -de odontología; traumatología; gastroenterología; hemoterapia; anestesiología; neurocirugía; entre otros-; a la vez que se intentó una mayor profesionalización de los servicios de enfermería, realizándose pruebas de competencia a quienes no poseían títulos habilitantes y no contaban con diez años de servicios en las reparticiones oficiales.

Al respecto, como vimos, un avance importante fue la fundación de la Escuela de enfermería de la UNT en la década de 1950, en la medida en que fue permitiendo el paulatino reemplazo de las enfermeras empíricas por las profesionales universitarias. Sin embargo, el proceso de profesionalización fue lento y presentó dificultades tanto a nivel local como nacional, como se demostró en 1956 al formarse una Comisión Asesora de la Enseñanza de la enfermería que hizo un estudio acerca de la situación en que se encontraban las escuelas de enfermería existentes en el país. El informe final mostraba que la mayoría de los establecimientos no cubrían los requisitos ni las normas de reglamentación de los planes de estudio vigentes, y además existía el problema de la distribución de las profesionales, que se concentraban en las zonas urbanas y grandes capitales en

---

<sup>168</sup> Entrevista a la Dra Marta Viñas realizada el 30.8.2016.

detrimento de los espacios rurales, donde seguían actuando mayoritariamente las no tituladas. (Faccia; 2015:317)

En los años siguientes, el campo de la enfermería recibió la influencia de las ideas provenientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) –impronta que se vio en otros aspectos sanitarios- cuyas recomendaciones apuntaban a la formación y capacitación de recursos humanos, indispensables para el desarrollo sanitario de los países. Las consultoras de dichos organismos aportaron conocimiento y soporte técnico no sólo para jerarquizar los servicios de enfermería sino también para mejorar los niveles de conducción hospitalaria, que se concretaron a través de las delegaciones sanitarias federales y de la departamentalización de los hospitales.

En esa línea Tucumán adhirió al convenio firmado entre nuestro país y la OMS para instrumentar la creación de servicios de enfermería dependientes de las Secretarías de Salud Pública, y se instalaron en el Hospital Padilla un Departamento de Enfermería (1967), para asistir al personal a cargo de las tareas de internación, emergencia, guardias y consultorios; y un Servicio Social que incorporó visitadores y asistentes sociales, para trabajar con los enfermos internados y sus familiares, realizar visitas domiciliarias y resolver problemas relativos a traslados, provisión de medicamentos, y trámites legales y administrativos. También hubo cambios orientados a mejorar la atención de los pacientes, con el aumento de consultorios externos (aumentan de cuatro a nueve en 1965); la asistencia en forma individual (con anterioridad esta se hacía en presencia de otros enfermos); la obligatoriedad de un fichero central con datos de cada paciente que ingresaba al hospital; y la entrega de una tarjeta identificatoria para que pudiera ser atendido en cualquiera de las especialidades toda vez que concurriera al establecimiento. (Garrido de Biazzo y Barbieri de Guardia; 1983:138 y 146)

Aunque con mayores dificultades presupuestarias, la tónica en las décadas del 60 y 70 fue la continuidad de la expansión de servicios especializados en el espacio hospitalario, como fueron el Servicio de Dermatología y Laboratorio en 1960; el Servicio de Alergia en 1962; el de Anatomía Patológica en 1964; de Radiología en 1970; de Psiquiatría y de Terapia intensiva en 1977. A medida que los avances en la tecnología médica llevaban a los hospitales a un proceso de adaptación para lograr mayor capacidad para afrontar distintos tipos de patologías y sus derivaciones, fueron adoptando perfiles más complejos, con resultados disímiles que no siempre tuvieron como correlato altos niveles de eficiencia.

En sintonía con las corrientes de esos años, que en la concepción desarrollista suponía aplicar a las políticas públicas un enfoque interdisciplinario

(el desarrollo no visto sólo como crecimiento económico sino como una categoría más amplia e inclusiva), dentro de las especialidades médicas se conformó el campo de la salud mental, bajo la premisa de la salud no sólo como mera ausencia de enfermedad, sino como una situación general de bienestar que abarcaba variables sociales, económicas y culturales.

Estos postulados se vincularon en Tucumán al desarrollo de la psiquiatría, que tenía sus antecedentes institucionales en el Hospital de Alienados u Hospicio Nuestra Señora del Carmen (desde fines de la década de 1930); el Hospital Nacional Juan M. Obarrio (1958); y el Sanatorio Frenopático del Norte (primera clínica psiquiátrica privada) asociados al nombre del Dr. Joaquín Corbalán.

En sus comienzos, la concepción predominante en la actividad era la de la enfermedad mental según predisposición hereditaria, coincidente con la etapa del manicomio o la locura asilar expresada en la provincia en el Hospicio del Carmen (asilo cerrado); y en el Hospital Obarrio como establecimiento “open door”, basado en un sistema terapéutico de “puertas abiertas”, con la modalidad de colonias de laborterapia. Los cambios producidos a nivel mundial, con críticas a las instituciones manicomiales por su ineficacia terapéutica y sus efectos, se adoptaron desde los años 60 en nuevas secciones para terapia ocupacional en el Hospicio del Carmen; un plan de salud mental con relevamiento sociodemográfico, estudio bio-psicosocial y saneamiento ambiental, entre otros aspectos. Asimismo se introdujeron actividades de enseñanza, en base a una concepción policausal de la enfermedad que incluía aspectos biológicos, psicológicos y sociales.<sup>169</sup>

Las especialidades médicas, vinculadas a nuevos métodos de investigación, avances científicos y novedades terapéuticas, también adquirieron impulso en Tucumán a través de la constitución de Asociaciones Profesionales, vinculadas a la especialización en una rama de la medicina que requería y suponía formación, entrenamiento y habilidades muy precisas de quienes las cultivaban. En esta línea, surgieron organizaciones de carácter científico como las Sociedades Oftalmológica del Norte (1941); de Cirujanos y de Radiología (1949); de Gastroenterología (1956), de Ortopedia y Traumatología (1958), entre otras, que reflejaron la necesidad de los profesionales de agruparse y constituían espacios de intersección entre el conocimiento y la producción del mundo académico y el ejercicio práctico.<sup>170</sup>

---

<sup>169</sup> En el desarrollo del campo de la psiquiatría convivieron dos líneas: la academicista (se inicia en el ámbito de la enseñanza, en la entonces Escuela de Medicina de la UNT, con el Dr. Juan Dalma); y la hospitalaria (impulsada por médicos con formación y experiencias en prácticas institucionales que trabajaban en hospitales generales). (Llapur; 2004: 174-177)

<sup>170</sup> Respecto a las actividades de la Sociedad de Cirujanos, estas abarcaban la presentación y exposición de trabajos; la publicación de los “Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirujanos de Tucumán”; la organización del Primer Congreso de Cirugía del Norte; la participación en

Se generaban de algún modo circuitos de circulación y vínculos entre la universidad, los organismos sanitarios oficiales y privados y el área de la gestión pública, donde por un lado se adquirían y ofrecían instrumentos obtenidos en el ámbito académico que servían para sustentar las acciones estatales y por otra parte se organizaban cursos, jornadas y congresos que permitían la difusión de saberes y su posterior arraigo en los centros de atención de la salud y que a la vez incidían en la formación futura de profesionales.

Estas actividades tuvieron reconocimiento y apoyo desde el ámbito estatal, a veces con utilización política, como cuando se otorgaron fondos solicitados por la Sociedad de Cirujanos de Tucumán para la organización del Primer Congreso de Cirugía del Norte argentino en 1956. Al dar el subsidio, la intervención federal advertía que aunque los recursos fiscales se encontraban comprometidos para realizar obras postergadas por “la imperdonable inercia” de la gestión anterior, las autoridades estaban dispuestas a promover iniciativas científicas donde el objetivo era la salud del pueblo, “deber ineludible de un Estado democrático”. Esta autodefinición era a todas luces contraria al carácter de un gobierno surgido tras un golpe militar y el derrocamiento de un gobierno constitucional en 1955.<sup>171</sup>

En relación a las dificultades y los avances que se manifestaban en el campo de las especialidades médicas, uno de los representantes de la rama de la cirugía señalaba que hacia 1940 no había médicos anesthesiólogos, ni servicio de guardia de cirugía, ni contaban con libros y revistas científicas sobre clínica quirúrgica infantil. Estos problemas se fueron subsanando durante las décadas siguientes, cuando se incorporaron jefes y ayudantes de anesestesiología; se crearon guardias activas; se formó el Instituto de Cardiología del Hospital de Niños, y la cirugía infantil experimentó una importante evolución -en 1964 se realizó la primera operación con corazón artificial del NOA con equipo tucumano-, a la vez que comenzaba a dividirse en especialidades y subespecialidades alrededor de 1970.<sup>172</sup>

Desde mediados de siglo, cuando todavía la ginecología era vista como una rama de la cirugía -se consideraba necesario “primero, ser un buen anatomista”

---

intervenciones quirúrgicas de envergadura. Muchos tocoginecólogos y traumatólogos integraban la Sociedad de cirujanos, al no existir asociaciones de sus especialidades. (López Avellaneda; 2003: 216-218) Por su parte, la Sociedad de Radiología realizaba reuniones, jornadas, congresos y cursos, con vinculación interdisciplinaria e intersocietaria tanto para el perfeccionamiento científico como para la mejora de las condiciones de trabajo. (Stordeur; 2004:205)

<sup>171</sup> *Boletín Oficial de la provincia de Tucumán*; 1956: 2.660. También entonces se esgrimió como un hecho que mostraba la “firme voluntad del gobierno surgido de la revolución libertadora” la creación de una Escuela de Anesestesiología y Oxinoterapia con sede en el Instituto del ramo que funcionaba en el Hospital Santillán.

<sup>172</sup> Testimonio del Dr R. Boscarino, quien fue Jefe de cirugía del Hospital de Niños y del Hospital Padilla (López Avellaneda; 2003: 131-133)

(De Marco; 2004:219)-; la atención primaria en obstetricia (control preparto de la embarazada) casi no se realizaba y el alumbramiento era de alto riesgo; la especialidad fue creciendo, acorde a los nuevos conocimientos en la materia. A este desarrollo contribuyeron la introducción de Clínica Ginecológica en el plan de estudios de la Facultad de Medicina; y la actividad de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia, que posibilitó la conexión con otras sociedades de la especialidad, y promovió intercambios con especialistas nacionales y extranjeros que permitieron incorporar modernos métodos de diagnóstico y de tratamiento.

El proceso de especialización en la profesión médica, derivado de los progresos en la ciencia y de una concepción de la enfermedad que permite una aplicación intensiva en áreas determinadas, obedeció también a otros factores como la relación entre la cirugía y la práctica en la formación e investigación médica; a los objetivos de los mismos profesionales de ampliar el campo de la ciencia médica; y a la observación de un gran número de casos, posible en el ámbito de las especialidades y necesaria para generar mayor rigurosidad empírica. (Di Liscia; 2014) En general, fueron los fundamentos científicos y los nuevos recursos terapéuticos -farmacológicos, dietéticos, quirúrgicos- para enfrentar las enfermedades según la índole de sus causas y de su realización que contribuyeron en Tucumán, como en otras regiones del país y del mundo, a la diversificación de las especialidades médicas, con saberes que se fueron configurando según pautas propias y diferenciadas.

También la actividad de los médicos en los hospitales públicos se fue pautando y diferenciando a través de distintas reglamentaciones, como el decreto de 1956, que en sus considerandos aludía a la necesidad de concluir con la influencia política “generalmente perniciosa, que ha permitido el inexplicable acumulamiento de cargos en un solo profesional”. Esta era una irregularidad adjudicada al gobierno anterior, que la intervención federal se proponía extirpar “para el mejoramiento de la salud del pueblo”, con garantías de estabilidad y de ascensos según los méritos y el perfeccionamiento; y a través de concursos donde se evaluarían títulos, antigüedad, disertaciones, publicaciones y práctica médicas.<sup>173</sup> De acuerdo a la estructura administrativa sanitaria existente se harían las designaciones correspondientes para hospitales, estaciones sanitarias, salas de primeros auxilios, consultorios, dispensarios de campaña, etc; y para servicios especiales que se brindaban, por ejemplo, en la Dirección de Profilaxis Social, el Servicio de Protección a la Infancia, o las Secciones de lucha antituberculosa y antileprosa.

---

<sup>173</sup> *Boletín Oficial de la provincia de Tucumán*; 1956: 2496-2500.

En 1963 el decreto fue derogado y se aprobó un decreto ley para la Carrera Médica Hospitalaria de quienes se desempeñaban en la órbita del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que determinaba el concurso para los cargos de director y subdirector, considerado un estímulo en el ejercicio de una profesión definida como “noble y humanitaria”, y acorde con la responsabilidad que implicaba el cuidado de la salud y la asistencia médico social de la población. (Garrido de Biazzo y Barbieri de Guardia; 1983:142) Otro cambio se produjo en 1971, cuando se reemplazó el decreto anterior por una ley sobre la Carrera Médica profesional de la Sanidad de la Secretaría de Salud Pública (bajo la órbita del Ministerio de Bienestar Social), para la reestructuración del cuerpo sanitario y las condiciones de ingreso y progreso, sin que se pretenda regular el ejercicio de la profesión.

Una cuestión relevante en el período fue la vinculación de la formación profesional con el hospital público, que en épocas tempranas ya había dado lugar a la Escuela de parteras y a una Escuela de enfermeras a fines del siglo XIX y comienzos del XX respectivamente; pero el carácter educativo de la institución se acentuó y consolidó a partir, primero, de la creación de la Escuela de Medicina en 1949 y, luego, de la Facultad de Medicina en 1951. Este último acontecimiento será un factor fundamental para el desarrollo de la medicina en general y de las distintas especialidades, en la medida en que la carrera suponía un plan racional de estudios, y el acceso de los docentes por concurso a las cátedras requería actualización y capacitación permanentes en las distintas disciplinas.

La confluencia de espacios institucionales de distinta dependencia se manifestó formalmente en convenios entre la Universidad Nacional de Tucumán y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la provincia. El primero, determinó en 1959 la colaboración en las funciones de investigación y docencia de las disciplinas médicas que se cumplían en la Facultad de Medicina y los diversos servicios que daba el Ministerio; y años más tarde otro convenio estableció las bases para la coordinación de los servicios de los hospitales y de las cátedras de la Facultad de Medicina con asiento en los mismos: Clínica Médica, Semiología, Clínica Quirúrgica, Neurología, Dermatología, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolingalología, Psicología Médica, Urología. Entonces incluso se construyó un aula en el Hospital Padilla para el dictado de las clases para los estudiantes de la carrera de medicina de la UNT.<sup>174</sup>

---

<sup>174</sup> Según el relato de un profesional médico, el Dr. Antonio Ahualli, en el Hospital Santillán los exámenes a los estudiantes de medicina se solían tomar hasta altas horas de la madrugada para no interferir la esfera asistencial; práctica que se modificó cuando se inauguró el Centro de Salud, donde los exámenes se realizaban sólo a la mañana, con la consiguiente superposición entre la docencia y la atención de los enfermos. (Cuezco; 2000:23)

Fundado en los objetivos de enseñanza e investigación científica, el acuerdo de 1969 ponía a disposición de la Facultad los servicios asistenciales, laboratorios e instalaciones hospitalarias de la provincia; y se creaban un Departamento de Medicina y un Departamento de Cirugía en los establecimientos que fueran asiento de cátedras, bajo la coordinación de los profesores titulares. Por su parte, la Facultad de Medicina debía planificar cursos de actualización sobre temas médicos en hospitales de localidades del interior, dentro de un plan de extensión universitaria; y podía designar colaboradores docentes técnicos haciéndose cargo de la remuneración, de modo que se delimitaban los recursos, las funciones y las áreas de competencia de cada institución.

La relación entre la administración sanitaria provincial y el organismo universitario nacional se reflejó además en otras reglamentaciones, como las diseñadas para aquellos alumnos aspirantes a cargos de practicantes hospitalarios, que eran definidos como “agentes auxiliares técnicos”. Estos podían ser estudiantes de los últimos tres años de la carrera de Medicina, que procuraban adquirir en el lapso de tiempo de un año conocimientos prácticos que complementaran los que ya poseían, y, como auxiliares inmediatos de los médicos, estarían bajo su dirección, fiscalización y responsabilidad. (Biazzo y Barbieri de Guardia; 1983:158)

De modo que hubo una retroalimentación entre las actividades realizadas en los hospitales –con servicios activos y prácticas de las materias de la carrera de medicina- y las cátedras, generadoras de producción científica y formadoras de recursos humanos y que en algunos casos encaraban tareas de postgrado y organizaban cursos y jornadas con destacados profesionales nacionales e internacionales. El ámbito hospitalario reflejaba, además, el aumento del número de cátedras y los cambios en planes de estudio y hubo gestiones que impulsaron becas de actualización en la Universidad de Buenos Aires; asistencia a cursos con el fin de aumentar la capacitación profesional y hasta ediciones como la Revista “Práctica Médica”, órgano científico que apareció en 1968.<sup>175</sup>

También la UNT, a través de una resolución del Consejo Directivo en 1958, aprobó y promovió la publicación de la “Revista de la Facultad de Medicina de Tucumán”, con un comité de redacción integrado por los Dres Juan Seggiaro, Juan Dalma y Jacobo Schujman. Los artículos eran escritos por profesionales del ámbito académico y versaban sobre temas relativos a las distintas especialidades, presentando novedades y consideraciones sobre estudios, tratamientos, e

---

<sup>175</sup> Esto se hizo en la gestión del Dr. Yapur, quien fue becado por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública para realizar un curso de directores de Hospitales en Buenos Aires; promovió transformaciones edilicias para asegurar condiciones adecuadas; y escribió el libro “Conozca el Hospital” (1883-1971).

intervenciones que demostraban por un lado el avance de los conocimientos y el grado de actualización de los equipos médicos en la materia en cuestión; y por otra parte lo concerniente a la docencia y al ejercicio práctico de la profesión en la provincia.<sup>176</sup>

Los cambios señalados, que se manifestaron en los diferentes perfiles profesionales relacionados con el aumento de la especialización y las nuevas terapéuticas, comenzaron además a influir en el modelo médico, que bajo la influencia de los avances científicos y el impacto de la tecnología, señalaban lo que sería la primacía de la técnica sobre la clínica en años posteriores. También se producían transformaciones en los espacios de atención médica, y a los hospitales públicos y los pocos centros privados que existían hasta entonces (Sanatorio Olmos y Cossio; Clínica Palacios y Sanatorio Pasquini), se sumaron en la década del 60 nuevas clínicas como el Sanatorio Rivadavia en 1966; el Sanatorio del Norte en 1968; y más tarde otros como los Sanatorios Regional; Central; Galeno; y Ciudadela.

#### **IV- Panorama sanitario y planificación en años del tercer peronismo**

Bajo la denominación de “Plan Trienal 1974-1976 para la reconstrucción de Tucumán”, el gobierno a cargo de Amado Juri elaboró un programa integral, que, más allá de su verdadero alcance, revistió particular importancia porque implicó, por un lado, un diagnóstico destinado a detectar problemas y encarar posibles soluciones, y, por otro, delineó un conjunto de acciones orientadas a mejorar diferentes aspectos de la realidad local.

En lo concerniente al sistema sanitario, los índices que se tuvieron en cuenta dieron un panorama de la situación en esos años, calificada como “muy grave” por los responsables de los estudios que se realizaron, basados en datos suministrados por la Dirección de Estadística de la provincia.

Los análisis de los indicadores del nivel de salud determinaron que la probabilidad de enfermar o morir de un habitante de Tucumán, que dependía del grado de exposición al riesgo evitable, era superior en un 300% al de uno de Buenos Aires; con una situación intermedia en relación a otras provincias (similar a Río Negro, San Juan, La Pampa y Chubut); y dentro del NOA era la de menor exposición junto con Salta. La mortalidad infantil alcanzaba al 67 por mil, con una

---

<sup>176</sup> Un caso curioso descrito en uno de los primeros números fue el de una malformación sexual congénita femenina, que había llevado al marido a pedir la nulidad del matrimonio ante la falta de consumación del mismo. Luego del examen médico, que determinó “agenesia de vagina” (falta de desarrollo), la mujer fue sometida a una operación quirúrgica (que consistió en la creación de una vagina artificial con injertos de piel del muslo) cuyo resultado positivo determinó la suspensión del juicio iniciado. (Daniel, A. y De Marco, L. S.; 1958)



variación que abarcaba desde 50 por mil en Capital hasta 91 por mil en Graneros, que reflejaba la gran desigualdad existente en el nivel sanitario entre distintas zonas de la provincia, con departamentos que tenían más accesibilidad a los servicios, y de marcadas diferencias entre áreas rurales y urbanas, donde estas últimas manifestaban una menor tasa de mortalidad.

La estructura de la morbilidad mostraba en primer lugar las enfermedades vinculadas al rubro materno infantil (33%) que a pesar de los recientes avances logrados en el área se consideraba deficiente, sobre todo por el promedio de 2,5 consultas por embarazo frente a un nivel óptimo de 9 y un mínimo de 7. Luego estaban las enfermedades infecciosas (10%), atribuidas al déficit en saneamiento, como diarreas y bronquitis; las afecciones quirúrgicas (11%), y otras (46%). En cuanto a la mortalidad general predominaban las enfermedades “mal definidas”, que reflejaban problemas relativos al nivel de atención médica; seguidas por las cardiovasculares, las infecciosas, las respiratorias, las digestivas y los tumores; cuadro en el que coexistían enfermedades de tipo degenerativo, clásicas de países desarrollados, junto a patologías infecciosas, propias de áreas subdesarrolladas. Estos rasgos, según el informe, remitían a los signos de la dualidad económico-social característica de la provincia.

La distribución de los recursos humanos era desigual, en tanto casi el 83% de los médicos residía y actuaba en el Departamento Capital; el 15% lo hacía en otros núcleos urbanos de menor importancia; y sólo un 2% en zonas rurales. La situación más grave era la de los puestos sanitarios de las áreas rurales (alrededor de 80), que sólo contaban con médico dos o tres veces por semana y por el escaso tiempo de tres horas. Asimismo, el déficit de personal técnico, auxiliares, parteras y enfermeras, mostraba la falta de apoyo con que se desarrollaba la tarea médica profesional. El número de camas por habitante era de 5,3 por 1000, con un déficit de 800 camas (siendo el normal de 6,2).

A comienzos de los años 70 las acciones sanitarias, prioritariamente a cargo del gobierno provincial, con participación del Estado nacional, los municipios, las obras sociales, las mutuales y el sector privado, comprendían dos grandes rubros: las acciones sobre el individuo y las acciones sobre el medio ambiente. De las primeras, la prevención estaba destinada a evitar, dentro de lo posible, la aparición de enfermedades evitables y que consistían principalmente en tareas de vacunación en hospitales y puestos sanitarios -consideradas de nivel satisfactorio-; la recuperación se dirigía a la atención de pacientes internados en los hospitales y ambulatorios asistidos en consultorios externos; la promoción comprendía la educación sanitaria; mientras que la rehabilitación, de escaso desarrollo a nivel oficial, dependía de ALPI, institución subsidiada con fondos nacionales, provinciales, de la comunidad y de los usuarios. De las segundas, las

acciones de saneamiento (control bacteriológico de alimentos, agua potable, contaminación de ríos por residuos industriales etc), presentaban el problema de la falta de recursos, que además era notoria en la provisión de alimentos, leche, medicamentos, y la renovación de equipos. Esto se agravaba por problemas presupuestarios, trámites burocráticos y reglamentaciones inadecuadas.

En general el déficit sanitario respondía a causas inherentes al sistema y también a factores externos como el nivel de vida, la educación y la vivienda, y en ambos casos el rol del Estado en los programas y proyectos se consideraba indispensable. La planificación como instrumento para “desarrollar, proteger y mejorar la salud del pueblo”, remite a una concepción social de la salud orientada en particular a facilitar el acceso y la prestación de servicios a sectores de población rural y de menores ingresos en forma prioritaria.

La idea entroncaba con la necesidad de un sistema acorde a la estructura del Sistema Nacional Integrado de Salud -al cual adhiere la provincia en 1975-, que preveía la participación de organizaciones de trabajadores, obras sociales y sector privado para aumentar la capacidad del sector público, en sintonía con los cambios que se venían produciendo desde la década del 60 en la administración sanitaria.<sup>177</sup>

El Plan Trienal abarcaba todas las áreas (atención materno infantil, educación sanitaria, salud mental, capacitación, residencias médicas, información, difusión, entre otras), y proyectaba construcciones y reestructuraciones de los distintos tipos de establecimientos sanitarios existentes y otros por crearse, en plazos de uno a tres años. Algunos en licitación, otros en estudio y pocos en ejecución, lo cierto es que el ambicioso programa de obras a cargo de la Dirección de Arquitectura y Urbanismo fue viable sobre todo en cuanto a las tareas de mantenimiento de establecimientos de la Capital y el inicio de construcciones de 40 puestos sanitarios en las zonas rurales y 60 en las zonas urbanas; pero la mayoría de los proyectos de hospitales concebidos para las localidades del interior no llegaron a iniciarse o quedaron inconclusos.

Como no podía ser de otro modo, los logros, de difícil evaluación, fueron escasos y efímeros, en un contexto atravesado por la profundización de la crisis económica en 1975, el aumento de la conflictividad social y los cuestionamientos al poder político, con tensiones y luchas entre las facciones del peronismo y el inicio del llamado “Operativo Independencia” y la acción represiva.<sup>178</sup> Sin embargo,

---

<sup>177</sup>Tuvieron fuerza de ley la adhesión al sistema nacional y la autorización para suscribir convenios con el gobierno nacional sobre transferencias de inmuebles, establecimientos, personal y documentación necesaria para implementarlo en la provincia. Leyes 4230 y 4264, *Digesto Jurídico de la provincia de Tucumán*; 1975.

<sup>178</sup> En febrero de 1975 la presidenta María E. Martínez de Perón ordenó a las Fuerzas Armadas intervenir para “aniquilar a la subversión” en Tucumán junto con efectivos provinciales, de la

la elaboración del plan y sus objetivos reflejaban el estado sanitario en que se encontraba la provincia; los intentos y las dificultades de construcción institucional en el área de salud, y la continuidad de la impronta de la planificación en el período.

En suma, los aspectos reseñados muestran que la etapa que se abre a partir del golpe militar de 1955 no significó un desmantelamiento de los mecanismos de intervención estatal, y de algún modo el legado y la consideración de la salud pública como responsabilidad estatal se mantuvo, entre márgenes de alternancia y coexistencia de avances y retrocesos. Resultó indudable que la inestabilidad política y económica debilitaron las capacidades estatales en la definición e implementación de acciones, que muchas veces pudieron concretarse y otras veces fueron más erráticas.

La irrupción de la epidemia de poliomeilitis puso al descubierto los problemas en materia de prevención, tratamiento y posterior recuperación para afrontar ese tipo de enfermedad, pero a la vez evidenció, una vez más, la amplia y activa participación de diversos actores de la sociedad civil en situaciones de emergencia sanitaria. Asimismo, se ampliaron desde entonces los instrumentos para combatir la patología, acordes a los avances de la ciencia en cuanto a la rehabilitación y a la vacunación (Salk y Sabin).

Respecto a las instituciones, hubo importantes inversiones y se destinaron fondos públicos para obras iniciadas por la administración peronista (Hospital de Niños, Centro de Salud, Instituto de Maternidad) y para nuevas construcciones (Servicio de Neonatología); en un proceso donde se incorporaron nuevos servicios y hubo proyectos de envergadura -como los del área de salud materno infantil- que le imprimieron un sello particular a algunos establecimientos. Sin embargo, estos comenzaron a manifestar síntomas del deterioro físico y la falta de recursos, en años de contrastes entre gobiernos militares y civiles, crisis e intentos de recuperación, logros y fracasos. La planificación concebida para los últimos años, con un minucioso diagnóstico y un programa integral, devuelve un panorama de la realidad sanitaria tucumana en momentos de crisis previos al golpe militar del 76, que impidieron su normal desarrollo.

Uno de los datos más significativos del período 1955-1976 fue la diversificación de la ciencia médica en especialidades y subespecialidades, vinculadas al mundo académico y a la recepción y adaptación de descubrimientos y avances en el conocimiento, que formarán parte del proceso de

---

Gendarmería y del Ejército, con acciones represivas e ilegales (allanamientos, secuestros, torturas, desapariciones) que incluyeron a sindicalistas, dirigentes estudiantiles, políticos, funcionarios del gobierno, legisladores etc.

institucionalización de saberes en la universidad, en las asociaciones profesionales y en el sistema de salud de la provincia. Cada especialización, cuya historia es una tarea pendiente, tuvo que ver con momentos y problemas del desarrollo científico a nivel internacional, de modo que fueron esenciales la participación de los profesionales en congresos en el exterior y dentro del país para la renovación de las disciplinas y de sus paradigmas científicos.

**CAPÍTULO V**  
**EL RETROCESO DE LA SALUD COMO BIEN COLECTIVO**  
**Las políticas sanitarias en Tucumán durante las últimas décadas del siglo XX**

Desde los años 70, y en el marco de la crisis del llamado “Estado de Bienestar” en el mundo <sup>179</sup>, aumentó el proceso de fragmentación del sistema de salud en Argentina, y, en particular bajo el discurso hegemónico de restringir la intervención del Estado, durante la década del 90 las políticas implementadas significaron el recorte de funciones vinculadas a la salud colectiva. Entre 1976 y 2001 se fue imponiendo un modelo de desarrollo centrado en la apertura económica, con cambios que impactaron en la caída del salario, el incremento de la pobreza, la precariedad laboral y el desempleo; y las frecuentes crisis económicas provocaron recortes graduales en la financiación de los servicios públicos, una reducción de la universalidad y el incremento de la exclusión social al debilitarse las capacidades estatales de garantizar a todos los ciudadanos un nivel mínimo de derechos sociales.

La redefinición de las políticas económicas y sociales y las reformas estructurales en la administración del Estado que abarcaron, entre otras, la privatización de la seguridad social y la descentralización de los servicios educativos, también afectaron el sistema sanitario, aumentando las diferencias sectoriales. Con los nuevos lineamientos del programa de corte neoliberal, que significaron la disminución presupuestaria y la focalización en programas asistenciales, predominó la crítica a la universalidad y gratuidad con el argumento de la ineficiencia y de los altos costos; y se tendió a favorecer la iniciativa privada y la libre competencia entre sistemas, mientras disminuían las inversiones en promoción y prevención de la salud. (Cerdá y Ramacciotti; 2015)

En las últimas décadas del siglo XX la estructura sanitaria del país descansaba en tres subsistemas: el sector público; el sistema de obras sociales; y

---

<sup>179</sup> Entendido como programas y políticas sociales orientadas a la promoción del bienestar general a través de instituciones estatales que debían garantizar la distribución de los recursos disponibles (ingresos, bienes, servicios públicos) para proteger a los ciudadanos de contingencias sociales, desempleo, enfermedades, etc. En Argentina esto significó la presencia de importantes servicios universales de educación y sanidad y mientras prevaleció el trabajo asalariado formal el sistema llegó a cubrir a la mayoría de la población. (Messina, 2012: 67)

el sector privado. El sector público (nacional, provincial y municipal) estaba integrado por una red de hospitales y centros que proveían cobertura gratuita y universal y era financiado por fondos estatales, dirigido a la asistencia de la población pobre, que no tenía cobertura o era insuficiente. El sistema de obras sociales (provinciales y sindicales), cuyos beneficiarios eran trabajadores formales en relación de dependencia del sector público y privado, se constituyeron en los años 50 y 60 a través de convenios colectivos que creaban fondos de asistencia médica y social controlados por los sindicatos y se sostenía con aportes de trabajadores y empresarios. El sector privado se conformaba con mutualidades sin fines de lucro y empresas de medicina prepagas financiadas con el aporte de sus usuarios, que en general tenían medianos y altos ingresos y también a veces contaban con cobertura social (con doble afiliación). Su crecimiento estuvo asociado al debilitamiento del sector público y al aumento de la privatización en el área sanitaria, consolidándose como prestador del sistema de obras sociales por el avance de la tecnología y la incorporación de los sistemas de diagnóstico por imagen. (Belmartino; 2005)

En Tucumán, en lo relativo al sector público, hubo una reestructuración del sistema de salud y si bien desde la órbita nacional uno de los objetivos fue la descentralización y el traspaso de hospitales a las provincias (iniciada en décadas anteriores), esta estrategia no tuvo los mismos efectos que en otras jurisdicciones donde constituyó una mayor carga financiera, porque la mayoría de los hospitales eran provinciales y existía una mayor impronta local en el manejo de los asuntos sanitarios. Sin embargo, los hospitales públicos sufrieron fuertes recortes en sus ingresos, tanto los provenientes del gobierno provincial como los subsidios que recibían del gobierno nacional, y fueron espacios emblemáticos donde se expresó particularmente el declive del sistema de salud relacionado con los momentos de crisis económica y el desfinanciamiento en distintas coyunturas políticas.<sup>180</sup>

En cuanto al sistema de obras sociales, bajo el marco de proyectos de reformas con apoyo del Banco Mundial que tendieron a incorporar a la salud a las reglas del mercado, los avatares por los intentos de desregulación, las dificultades financieras y los conflictos sectoriales marcaron el derrotero de las obras sociales, en particular la de empleados estatales y la más numerosa de la provincia, el Subsidio de Salud, que consideraremos en nuestro análisis.

La última década del siglo XX significó un punto de inflexión en relación al deterioro del sistema de salud, a la lógica mercantil y al avance de la medicina

---

<sup>180</sup> En la etapa de la dictadura militar (1976-1983) gobernaron Antonio D. Bussi (1976); Lino Montiel Forzano (1977-1981); Antonio L. Merlo (1981); y Mario Fattor (1983). Desde la recuperación de la democracia accedieron al Ejecutivo: Fernando Riera (1983-1989); José Domato (1990-1991); Julio C. Aráoz (interventor; 1991); Ramón Ortega (1991-1995); Antonio Bussi; (1995-1999); Miguel Miranda (1999-2003)

privada, que contradecían la construcción y la concepción de la salud como derecho. En ese sentido, los índices de enfermedades, mortalidad y desnutrición revelan los efectos de las políticas de los 90 en la salud y su retroceso como bien colectivo; aunque también en estos años se pudieron poner en marcha algunos nuevos servicios y se consiguieron aprobar proyectos de avanzada, como el que garantizó las prestaciones a personas discapacitadas y consideró su acceso a las mismas como un derecho.

## **I- El sector público**

### **I-I- La reestructuración y los avatares del sistema de salud provincial**

Si bien constitucionalmente el Estado Nacional era el garante último del derecho a la salud de los ciudadanos argentinos, la organización de los sistemas sanitarios a nivel provincial se hallaba entre los poderes no delegados a la nación. Como el resto de las provincias, Tucumán tenía la potestad de fijar un rumbo en materia de legislación y administración de la salud -como vimos en los capítulos anteriores- y de reformular aspectos según las exigencias o necesidades de las diferentes coyunturas y de los lineamientos u objetivos que perseguían los distintos gobiernos.

Mientras las políticas de la etapa de la dictadura militar (1976-1983) derivaron en la pérdida de capacidades de gestión estatal en distintas áreas de la administración pública;<sup>181</sup> con el retorno a la democracia hubo intentos para revertir la situación, en un plano de ideas favorables a recuperar funciones del Estado, pero los graves problemas –derivados de la herencia de la dictadura- que tuvo que afrontar el gobierno constitucional de Raúl Alfonsín (1983-1989) impidieron avanzar eficazmente en ese sentido.<sup>182</sup>

En el caso del sistema sanitario de la provincia, el propósito de recuperación se dio en cierto modo a través de la reforma implementada con la aprobación de la ley 5652, destinada a darle un nuevo marco organizativo.<sup>183</sup> En tanto la salud se consideraba un derecho básico e inalienable del hombre y el Estado era quien debía garantizar su pleno ejercicio, la legislación lo erigía en

---

<sup>181</sup> Además de la represión ejercida sobre la sociedad, y de haber conducido al país a la guerra y la derrota en Malvinas, la dictadura cuestionó el rol del Estado y significó el reemplazo de un modelo económico de desarrollo productivo por uno basado en la especulación financiera, con consecuencias no sólo en el retroceso del sector industrial sino en la presencia y las inversiones estatales en esferas como la salud o la educación. (Bellini y Korol; 2012)

<sup>182</sup> El desafío de recuperar la producción y el empleo chocó con las restricciones impuestas por el peso de la deuda externa (que condicionó la política económica) y la escalada inflacionaria; a la vez que aumentaba la conflictividad social. El estallido de la hiperinflación en 1989 y el triunfo electoral de Menem llevaron a la salida anticipada de Alfonsín del gobierno. (Bellini y Korol; 2012)

<sup>183</sup> *Digesto Jurídico de la Provincia de Tucumán*; 1984. La ley se aprobó durante la gestión de Fernando Riera (1983-1987). Luego de caducar (por objeto vencido y plazo cumplido) fue sancionada nuevamente en el 2004 y es la que rige actualmente.

responsable económico de la organización, planificación y dirección de un sistema definido como “igualitario, de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud pública y mental de la población”, fundado en el principio de equidad y en el rol central de los poderes públicos.

En base a estos postulados se creó el SIPROSA, ente de carácter autárquico destinado a la promoción y la asistencia integral de la salud para todos los habitantes del territorio, enraizada en la idea de una “medicina humanizada”. En tal sentido, se consideraban las necesidades de sus destinatarios desterrando todo tipo de privilegio social y económico, en sintonía con la línea del programa del partido que asumió el gobierno de la provincia en 1983.

Desde el punto de vista administrativo, el SIPROSA -anexo al Instituto de Previsión y Seguridad Social de la Provincia (IPSS)- estaría a cargo de un presidente, secundado por dos secretarios -uno médico y otro administrativo-; y por directores y consejos de administración de las denominadas áreas programáticas y operativas. La máxima autoridad era el Ministro de Salud Pública de la Provincia -sin perjuicio y con independencia de las competencias que le eran propias al frente del Ministerio-, responsable de elaborar programas de salud e impartir directivas; aprobar el anteproyecto del presupuesto anual del organismo; dictar normas de funcionamiento; y programar acciones para el tratamiento de las enfermedades orgánicas y degenerativas.

Sus funciones abarcaban el reconocimiento médico y pediátrico de la población y el diagnóstico oportuno de las enfermedades; la organización de registros bioestadísticos; el control de los servicios de abastecimiento de agua potable; la fiscalización del ejercicio de la medicina, odontología, farmacia, bioquímica y demás ramas de las ciencias médicas; la adopción de medidas para evitar la introducción de enfermedades transmisibles. Las problemáticas inherentes a la maternidad, la niñez, la adolescencia y la tercera edad; la higiene; la medicina escolar y del trabajo; las enfermedades psíquicas; las condiciones sanitarias de los alimentos, entre otras, formaban parte de las competencias del organismo, que para sus fines consideraba esencial promover la formación y el perfeccionamiento de médicos sanitaristas, epidemiólogos, laboratoristas, enfermeras, asistentes sociales y otros auxiliares sanitarios. Además se contemplaban normas relacionadas al medio ambiente; las condiciones de los establecimientos penales, de readaptación social y otros similares; el compromiso de prestar atención médica a detenidos, reclusos o internados, y proveer para la construcción, ampliación y reforma de los establecimientos públicos destinados a fines sanitarios y asistenciales.

Como se puede observar, el nuevo Sistema Provincial de Salud abarcaba un amplio espectro de cuestiones de carácter sanitario y sus objetivos se



orientaban al cuidado integral de la salud de la población, contando para su financiamiento con aportes fijados en el Presupuesto General de la Provincia y con recursos provenientes de un "Fondo Financiero Sanitario Provincial". Este último se conformaba con partidas destinadas a obras de infraestructura sanitaria; contribuciones del Estado nacional; empréstitos; aportes de fundaciones y de las municipalidades que ingresaban al sistema; y de montos provenientes de multas y del cobro de aranceles hospitalarios.

La legislación incluía disposiciones acerca de esta modalidad introducida en los hospitales públicos, cuyos responsables serían personas jurídicas -obras sociales, mutuales, o compañías de seguro- que estaban obligadas a proporcionar atención médica a sus beneficiarios. Los aranceles serían exigibles siempre que el servicio se hubiera realizado, aunque las entidades no hubieran autorizado a los hospitales y establecimientos sanitarios dependientes de la administración pública a realizar dichas prestaciones. También pasaron al SIPROSA, a una cuenta especial para su distribución, los bonos de ayuda solidaria, que se habían implementado para paliar necesidades en los establecimientos y que hasta entonces eran manejados por los jefes de servicios y por la cooperadora.

En cuanto a su vinculación con otros sectores, el SIPROSA firmaba convenios con las obras sociales, las mutualidades y el sector privado relacionado con la salud y el medio ambiente que decidían integrarse al sistema, con el fin de coordinar la planificación y las acciones dentro del área correspondiente. También actuó como el organismo de aplicación de leyes provinciales sancionadas en adhesión a leyes nacionales, que comprendieron a enfermedades como la diabetes y el sida y la protección de personas discapacitadas. Estas medidas demostraron la decisión del poder local de incluir estas problemáticas en su agenda a tono con lineamientos sanitarios del poder central y que formaron parte de nuevas preocupaciones relativas a la salud de los habitantes en las últimas décadas del siglo.

Las leyes sobre patología diabética establecieron que el SIPROSA era el encargado de planificar un programa provincial, que consistía en realizar un censo anual y análisis a las personas que acudieran a los hospitales y centros de atención; en organizar una base de datos y en la creación de un Banco de insulina para la provisión gratuita de ese insumo a pacientes sin cobertura social de acuerdo a la demanda y el stock existente.<sup>184</sup>

En cuanto al sida, que cobró mayor visibilidad y generó la atención de los poderes públicos en esos años, la lucha contra la enfermedad se declaró de interés provincial, lo que suponía encarar no sólo la investigación de sus agentes

---

<sup>184</sup> Leyes 6003 y 7085; *Digesto Jurídico*; cit. 1989 y 2000.

causales; su diagnóstico y tratamiento y la asistencia y rehabilitación de los pacientes, sino también la adopción de medidas para frenar su propagación. En razón de los significados y prejuicios que existían respecto a la patología, la ley incluyó enunciados acerca de la necesidad de no estigmatizar ni marginar, no incursionar en la privacidad ni atentar contra la libertad sexual en cualquier situación, atendiendo cuestiones sensibles para las personas afectadas. Asimismo, se adoptaron las propuestas del Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para garantizar el derecho al trabajo y evitar todo tipo de discriminación; y se implementó la capacitación obligatoria para el personal del sistema de salud oficial y del sistema privado en cuanto a prevención de infecciones y normas de bioseguridad; cursos para docentes y padres, y campañas preventivas en los medios de comunicación. En adhesión a la ley nacional 22431 sobre el Sistema de Protección Integral de personas discapacitadas, el SIPROSA organizó programas especiales y talleres terapéuticos; mientras la Secretaría de Estado de Educación y Cultura se enfocaría en la formación del personal docente y profesionales especializados para los distintos grados de discapacidad.<sup>185</sup>

Desde su creación, la red de centros de atención dependientes del SIPROSA, que incluyeron desde 1992 a los Centros de Asistencia Primaria de la Salud (CAPS), estaban organizados en cuatro áreas programáticas: centro, este, oeste y sur, divididas a la vez en áreas operativas a las que se asociaba una población de referencia a partir de un criterio de accesibilidad. Sin embargo, existieron problemas en su funcionamiento, y los hospitales de la Capital continuaron atendiendo, además de la población del área que les correspondía, las derivaciones de las patologías de mayor complejidad de las restantes áreas programáticas, de modo que persistió la estructura donde el principal centro urbano de la provincia era la fuente de atención por excelencia para la mayoría de los habitantes. En ese sentido, si bien los CAPS habían sido concebidos como eslabones de la descentralización sanitaria, estuvo latente hasta años recientes la necesidad de su reestructuración en cuanto a personal, equipos y provisión de medicamentos, y de buscar los mecanismos para que los pacientes acudieran primero a estos centros de atención y si resultaba indispensable recién fueran derivados al hospital según la patología. (Yedlin; 2007)

A pocos años de su inicio, el SIPROSA, inmerso en la lógica de la política y las dificultades económicas, tuvo que afrontar la falta de presupuesto y el déficit en materia de infraestructura, mientras las autoridades trataban de suplir las dificultades y sostener la adquisición de elementos indispensables; la continuidad

---

<sup>185</sup> Leyes 6388 y 6504; *Digesto Jurídico*; cit. 1992

de diálisis y cirugías complejas que se realizaban en sanatorios privados y que pagaba el Estado; y la atención médica que brindaban los hospitales de la Capital y del interior. Para compensar los problemas una de las medidas que se adoptaron fue la creación de un Fondo para el funcionamiento de los servicios asistenciales, con recursos que provenían de un aporte mensual de la Caja Popular de Ahorros de la provincia, equivalente al 45% de las utilidades del casino de dicha institución y que debía depositarse en una cuenta bancaria.<sup>186</sup>

La declaración de la situación de emergencia sanitaria llegó de la mano de la amenaza del cólera en febrero de 1992, cuando se decidió constituir por ley un órgano de prevención y lucha contra la posible epidemia, a fin de que garantizar la unidad de acción y la centralización operativa. También se solicitó la intervención del Ejecutivo nacional para que extendiera la emergencia a todo el territorio del NOE argentino y enviara recursos para el control y erradicación de la enfermedad.

En 1997 se volvió a decretar el estado de emergencia sanitaria, esta vez no vinculado a un peligro de tipo epidémico sino a la situación de crisis financiera que atravesaba el sistema de salud de la provincia, en el marco de la crisis de la economía provincial. En esta ocasión se decidió que la Caja Popular de Ahorros transfiriera al SIPROSA una suma fija mensual de 400.000\$ (además del porcentaje que ya aportaba desde 1990) durante el período de un año, que en principio era el tiempo de duración de la emergencia sanitaria, que sería prorrogada en años sucesivos. Los fondos se destinaban para la provisión de medicamentos e insumos para los hospitales y otros centros de atención; para adquirir y reparar equipos; para la capacitación de recursos humanos; y para realizar campañas preventivas relativas a la salud materno infantil, la ancianidad y la discapacidad.<sup>187</sup> Estos nuevos recursos se complementarían, como veremos en el próximo apartado, con contribuciones particulares que buscaron paliar las urgencias que tenían que afrontar los centros de asistencia médica en esos años.

Mientras la agudización del deterioro de la economía repercutía en el sobredimensionamiento del sistema público, en el 2001 arreciaron los reclamos del personal, los enfermos y los familiares por el desabastecimiento de insumos y material en los distintos nosocomios. Los factores que habían llevado a la situación de emergencia, vinculados a las sucesivas crisis y al recorte de fondos para la salud en el presupuesto (que pasó de un 15% a comienzos de los años 70 a un 8%), produjeron el consiguiente achicamiento en un 50% de la planta funcional, agravada con la reducción de 1.500 agentes entre jubilaciones por ley, jubilaciones anticipadas y retiros voluntarios durante el gobierno anterior de A. Bussi, según señalaba el entonces presidente del SIPROSA. Los Bonos de Ayuda

---

<sup>186</sup> Ley 5997; *Digesto Jurídico*; cit. 1989.

<sup>187</sup> Ley 6804; *Digesto Jurídico*; cit. 1997.

Comunitaria (BAC), concebidos para realizar mejoras y adquirir material, se terminaban usando para contratar parte del personal; y a la vez aumentaban los pacientes que concurrían al hospital público; tanto los afectados por la desocupación y que carecían de seguro médico; como los que tenían obra social pero no contaban con el dinero para el coseguro ni para los remedios. De este modo el sector público prácticamente financiaba las obras sociales, y el SIPROSA, concebido para una población de 350000 personas, atendía en ese momento prácticamente al doble con los mismos recursos económicos y humanos.<sup>188</sup>

### **I-II- Los hospitales en tiempos de crisis**

En el marco de las vicisitudes de la política nacional y su proyección en la realidad local, durante los años 80 y 90 se profundizó el proceso de deterioro del sistema de salud, que, como otros ámbitos de la administración estatal, desembocó en su peor crisis al comenzar el siglo XXI. Si bien con el retorno a la democracia se intentó recuperar el sentido social de la política sanitaria en la provincia con cambios en la estructura institucional y cierta reformulación de objetivos y programas, como vimos anteriormente las acciones no pudieron escapar a las limitaciones presupuestarias y al rumbo posterior que marcaron las políticas de corte neoliberal. Distintos actores que expresaron diversidad de intereses y expectativas disputaron al interior y fuera del sistema, y aumentaron las denuncias y protestas por la situación que atravesaban los establecimientos hospitalarios, que a veces pudieron ampliar ciertas coberturas, pero donde aumentaban las dificultades de financiamiento y las demandas de nuevos sectores de la población.

Una nota del diario “La Gaceta” del 1 de agosto de 1983 titulada “Hospitales tucumanos: los datos y los rostros de la impotencia”, aludía a la salud pública como “factor controvertido” en la vida nacional y en especial en Tucumán, donde la crisis se mostraba en sus contornos más crudos. En relación a los problemas más acuciantes de los nosocomios, como la falta de capacidad en relación a la cantidad de pacientes que requerían ingreso, la hija de Ramona E. Fernández, de 90 años, quien no poseía cobertura sanitaria, relataba: *“Mi madre pasó toda la noche en la guardia, acostada en un banco de madera. Vinimos a las 4 de la tarde, porque se había deshidratado, y a las 2 de la mañana tuve que alzar la voz para que se le diera un colchón. Recién a las 10 de la mañana fue internada...Nos decían que no había camas”*.

---

<sup>188</sup> La Gaceta; 31.10.1998; 5.9.2001.

Al mismo tiempo, representantes del personal que pedían no identificarse (puesto que la mayoría eran interinos), señalaban las carencias de servicios como el de otorrinolaringología, donde los médicos aportaban instrumental y hasta sumas de dinero para mantenerlo; y del Instituto de Oncología, único en el NOE, cuya bomba de cobalto funcionaba con menos unidades de radiación y donde faltaban drogas muy costosas.

Por esos años, en el marco de la difícil situación que atravesaba el hospital, uno de los profesionales del Hospital Centro de Salud resaltaba el “esmero y dedicación” de los médicos que realizaban tareas científicas cuando las huelgas de trabajadores impedían las actividades hospitalarias; como así también la creación de dos comités, uno científico y otro de historia clínica y un consejo asesor de la dirección. Por su parte, la prensa informaba que “entre el esfuerzo y la indigencia”, el hospital sostenía importantes servicios, como los de la Sala de infecciosas, con biblioteca de consulta; se realizaban trabajos de investigación; se impartían clases a alumnos de la carrera de medicina, y se lograba instalar otra bomba de cobalto para el Servicio de Oncología.<sup>189</sup> En este caso hubo un convenio con la UNT, que proveería equipos; mientras el hospital posibilitaría la infraestructura y los recursos humanos serían compartidos, datos que, junto con el funcionamiento de las cátedras en el establecimiento, muestran la continuidad del vínculo del hospital público con la universidad.

En una entrevista publicada en la prensa bajo el título “El hospital que queremos”, su director informaba acerca de las obras que se realizaban para optimizar las prestaciones, tanto en infraestructura edilicia como en el aspecto médico asistencial: *“Acá se trabaja silenciosamente. Durante los períodos de huelgas salieron a relucir algunas deficiencias, las que estuvieron a nuestro alcance ya fueron subsanadas...en este momento estamos en vías de lograr un muy buen nivel en todo el servicio”*. La puesta en funcionamiento del quirófano central; un nuevo sistema de esterilización; el servicio de hemodiálisis (único en la provincia y al que todos podían acceder); la reparación en el servicio de oncología, con más boxes para internación y de aplicación, eran algunos de los logros que el profesional enumeraba.<sup>190</sup>

En cuanto a los espacios de atención vinculados a la salud materno infantil, los problemas del sistema se manifestaron también en la Maternidad y el Hospital de Niños, donde se expresaron y se acentuaron las disputas de distintos actores involucrados: los profesionales, los empleados, los enfermos y los representantes del poder político.

---

<sup>189</sup> *La Gaceta*; 2.9.1986; *La Tarde*; 27.7.1988.

<sup>190</sup> El director era el Dr Jaime Man; *La Gaceta*; 24.9.1989.

Mientras en 1977, al inaugurar mejoras en el servicio de terapia intensiva de la Maternidad, un funcionario anunciaba que se habían “acabado los tiempos de la ficción” y que el gobierno tendría una firme política sanitaria para elevar el nivel asistencial; en 1981, las malas condiciones de lo que había sido un instituto modelo obligaron al traslado provisorio a otro edificio (del ex Instituto de Rehabilitación de lisiados entre las calles Méjico y Catamarca) hasta que se realizaran las reparaciones necesarias. Según el entonces secretario de salud los pacientes convivían en estado de hacinamiento, con camas en los pasillos (había 123 camas para una población promedio de 236 parturientas); y el Servicio de Neonatología, uno de los mejores servicios con los que había contado la provincia, funcionaba con el 50% de su capacidad.<sup>191</sup>

Al volver la Maternidad a su sitio original, se buscó ajustar la programación en la atención de la madre y del niño a través de tres etapas: la protección primaria, con control del embarazo y nutrición materna; la protección secundaria, con diagnóstico precoz y tratamiento de patologías; y la protección terciaria, de rehabilitación por posibles secuelas de enfermedades del niño y la madre, y la atención integral de patologías de la mujer. Aunque estos objetivos no eran nuevos, se buscaba un mayor grado de eficiencia y recuperar el prestigio del Instituto de Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes en la atención de la salud materno infantil, propuestas que chocaron con las restricciones presupuestarias durante las décadas del 80 y 90, cuando aumentaron el déficit y las tensiones que atravesaron a los distintos sectores vinculados a la institución.

Con respecto a los gremios, estos respondieron a ciertas críticas deslindando responsabilidades, argumentando que los empleados carecían de elementos indispensables para cumplir con eficiencia su trabajo y que estaban encuadrados en las categorías más bajas del escalafón de la administración pública de la provincia. En consecuencia, el tema salarial fue una de las principales demandas que motivaron las asambleas y los paros de los trabajadores de la sanidad, con conflictos que se agudizaron al adherir la provincia al decreto que reglamentaba el derecho de huelga.<sup>192</sup> Los reclamos se extendieron a pedidos de retribuciones por las particularidades de su actividad y las

---

<sup>191</sup> El Secretario de salud era el Dr Antonio Yapur; *La Gaceta*, 14.5.1981. En los dos años que duró el traslado, y como las instalaciones eran inapropiadas, la calidad de la atención se vio afectada, en “largos y helados corredores donde faltan estufas, sábanas, medicamentos; las camas agrupadas de tres en tres, separadas por tabiques, por lo que la revista médica carece de la intimidad más elemental”. *La Gaceta*, 1.8.1983.

<sup>192</sup> Este se intentó aplicar por primera vez en el país con los trabajadores tucumanos de la sanidad. El director de la Maternidad (Dr Riarte) anunciaba que no se dude “que si el paro vuelve a ser elemento de presión en donde se pierden vidas, esta dirección no vacilará en enviar listas con los responsables del abandono de los pacientes”. El conflicto terminó con su renuncia. *La Gaceta*; 10.11.1990.

condiciones de insalubridad en que trabajaban -con riesgos de contraer virus intrahospitalarios-; con protestas que adoptaron la práctica de la quema de cubiertas, que en una ocasión había provocado que padres con hijos en brazos “huyeran” del edificio por síntomas de ahogo, según el relato de la prensa.<sup>193</sup>

Por su parte, los profesionales médicos, frente a los cuestionamientos (en general notas aparecidas en los diarios locales) que se hacían a la institución, asumieron la defensa de las tareas que realizaban y resaltaron la eficiencia y capacidad con que cubrían los servicios en las salas de parto, la internación y los consultorios externos, aún cuando las condiciones distaban de ser ideales y la demanda excedía los recursos con que contaban.

Además hubo testimonios de pacientes internadas que contribuyeron a enrarecer el panorama al involucrar a empleados, enfermeras y profesionales. Sofía Barrionuevo, que llevaba internada cuatro semanas, con una beba de tres semanas que pesaba poco más de dos kilos expresaba que por una dificultad física no tenía leche para darle, *“la chiquita necesita alimento, por lo que pedimos permiso para llevarla a la casa, donde sería bien alimentada, pero lo negaron, qué puedo hacer! Estoy aquí porque no tengo recursos para estar internada en otra parte”*. Isabel Ponce y Susana Sánchez, relataban que *“en la jornada de ayer los médicos no las habían asistido y el miércoles habían venido a las apuradas”*, agregando que una enfermera les había negado el pedido de comida; mientras otra paciente resaltaba la muy buena atención del médico que había realizado su operación cesárea. Con las reservas que suponen las denuncias y desmentidas que se sucedieron a nivel interno y público, estos hechos mostraban las dificultades y afectaban el funcionamiento y el nombre de la institución.<sup>194</sup>

También se pronunciaron sobre el estado de la Maternidad representantes de la comunidad científica, como un profesor extranjero que en un detallado informe incluyó datos acerca de la cantidad de partos que se producían (12.000 por año sobre un total de 26.000 en la provincia); de la elevada mortalidad materna; de los problemas de infraestructura y de equipamiento; de la falta de control de las parturientas antes del alumbramiento (un 70%); y de la insuficiencia de enfermeras especializadas en el local de neonatología.<sup>195</sup> En este caso la dirección corroboró los datos comunicando los problemas relativos a la cantidad

---

<sup>193</sup> *La Gaceta*; 7.10.1993

<sup>194</sup> Las autoridades aclararon que la atención había sido normal los días 24 y 25 de diciembre y que las denunciadas habían sido presionadas; de las cuales una ratificó sus dichos, mientras las otras dejaron el hospital sin corroborarlos. *La Gaceta*; 22 y 26.12.1986.

<sup>195</sup> El informe de Pierre Lequien, en misión de estudio por un convenio entre la Universidad de Lille y la UNT, concluía señalando la falta de política perinatal en el país y en la provincia, e incluía un estudio de la Dra M. Viñas –gestora del Servicio de Neonatología a comienzos de los 70- con conclusiones que deducían que la mitad de las muertes eran evitables y que el 26% sería reducible con una buena vigilancia del embarazo. *La Gaceta*; 3.4.1991.

de parturientas, 40 para un solo médico y dos residentes; de nacimientos, de 10 a 12.000 por año (la cifra más alta del país y segunda en América Latina); a la falta de personal (15 años atrás era tres veces superior con la mitad de partos); y a la elevada tasa de mortalidad materna.

Frente a la realidad que atravesaba el nosocomio las distintas autoridades que estuvieron a cargo intentaron introducir mejoras en cuanto a la cobertura perinatal, con el asesoramiento de organismos y profesionales de Buenos Aires; y frente al tema de la sobrecarga de pacientes buscaron aumentar la participación de los centros de atención del interior, implementando cursos de actualización para el personal en el área materno infantil. Con esta estrategia de regionalización se pretendía descomprimir la Maternidad y optimizar la asistencia, ya que si funcionaba la red periférica, podrían ser derivados sólo los casos de alto riesgo. Por otra parte, en estos años se creó un Departamento de adolescencia, con una psicóloga y una obstetra que trabajaban con madres de entre 12 y 19 años, y se incorporó un equipo moderno de endoscopia, que posibilitaba resolver una patología quirúrgica en muy poco tiempo, y con el cual se aseguraba que la Maternidad recuperaba 20 años de atraso tecnológico.<sup>196</sup>

Aunque la situación fue compleja en todos los hospitales, la institución que quizás reflejó en forma más dramática el proceso de crisis sanitaria fue el Hospital de Niños, que no solo se vinculaba a la cuestión médico asistencial afectada por la agudización de las variables políticas y socioeconómicas, sino a un tema particularmente sensible como era el cuidado y el tratamiento específico de la salud de la infancia.

Entre los avances al comienzo del período que analizamos se contaron la habilitación en 1977 de la Unidad Coronaria para el Instituto de Investigaciones Cardiovasculares;<sup>197</sup> y en 1980 la instalación de dos nuevas salas para lactantes y el aumento de cunas para casos de diarrea infantil. Además se elaboró un plan para los casos de enfermedades intranosocomiales; y actuó un equipo de psicólogos que realizaban entrevistas a las madres y entregaban una cartilla adjunta de consejos junto a los recetarios para promover una adecuada protección familiar a los niños.

La prensa fue prolífica en artículos y notas de investigación sobre el panorama en el Hospital de Niños durante la década del 80, que reflejaron datos

---

<sup>196</sup> *La Gaceta*; 14.11.1992; 6.2.1998; 31.7.1999

<sup>197</sup> En esta ocasión, a tono con el reciente giro político introducido por el golpe militar de 1976, el director, el Dr R. Boscarino, agradeció “que deben regir en todos los actos los principios de Dios, Patria y Familia”; y destacó el gesto de un oficial del ejército de ofrecer su sangre para una operación, actitud “que es un símbolo de la actual tarea de las FFAA, que también ofrendan su sangre a la patria”. *La Gaceta*; 8.6.1977



de casos graves de desnutrición (en 1983 se contabilizaba el 70% de los internados: “niños que parecen viejos”); y de enfermedades; junto a testimonios y apreciaciones de los actores involucrados. En general se ponía en cuestión la recuperación de los menores por la falta de medicamentos y de material sanitario para su tratamiento, carencias que determinaban que un caso de diarrea y desnutrición pudiera llegar a ser mortal; mientras los laboratorios habían restringido al máximo sus entregas gratuitas ante el avance incontrolable de los costos de los medicamentos en el marco hiperinflacionario generalizado.<sup>198</sup>

A la hora de las explicaciones, se evidenciaron conflictos con el poder central, al cual el gobernador Antonio Merlo (general retirado, casi al final del período de facto) responsabilizaba por la modificación de la ley de coparticipación federal en 1980, que impedía mejorar los servicios de salud con los recursos impositivos con que contaba la provincia. De este modo apuntaba al gobierno nacional, advirtiendo que si no había respuesta recurriría ante la justicia, pero además, en expresiones que reflejaban la estigmatización de la pobreza y su influencia en la salud de los niños, aludía al *“estado general de ignorancia que lleva al desamparo de los niños, a la desatención de las madres, todo lo cual coincide con un bajo nivel cultural”*.<sup>199</sup> Por su parte, el director del nosocomio puso el foco en el problema global, en tanto los niños que ingresaban al hospital dejaban al descubierto la situación que atravesaba la provincia: *“No se trata sólo de los que ocurre dentro de las paredes del hospital. Hemos sacado a la luz una triste realidad originada por una situación socioeconómica que nos afecta a todos y no debemos perder la serenidad para comprenderla sin pasionismo y encontrar el máximo de soluciones. Los niños que agonizan en el hospital no se desnutren allí. Cuando se internan ya llegan subalimentados, con sus organismos debilitados y susceptibles a toda infección.”*<sup>200</sup>

Las reacciones políticas y sindicales no estuvieron ausentes, a través de expresiones y acciones de sus representantes que mostraron distintos

---

<sup>198</sup> De los relatos sobresalen por su gravedad el de tres niños y tres niñas internados (todos hermanos) con tuberculosis -“En un rincón, la madre, embarazada y también con tuberculosis, atiende como puede a sus hijos. El padre, con sus pulmones estragados por la misma causa, vive sus días en el Hospital Avellaneda”-; y el de 47 criaturas con cáncer que según el informe periodístico esperaban sus remedios hacia meses. *La Tarde*; 14 y 15.4.1983.

<sup>199</sup> *La Gaceta*; 20.4.1983. De la situación se hicieron eco funcionarios nacionales como el ministro de Asuntos Sociales, para quien el problema de la desnutrición se debía a la falta de educación antes que a la escasez de recursos, porque los niños “estaban mal alimentados por negligencia y por ignorancia”; o el de Salud Pública que aseguraba que el problema no era en el país sino regional (NOE, NE y Patagonia), que había existido siempre, y “afortunadamente”, “siempre localizado”. *Tiempo Argentino*; 21.4.1983.

<sup>200</sup> *La Tarde*; 21 y 22. 4. 1983

posicionamientos, no sólo frente a la particularidad del problema sanitario local sino ante los graves problemas estructurales del país en los finales del gobierno de la dictadura militar. Mientras el MID (Movimiento de Integración y Desarrollo) manifestaba que la desnutrición y mortalidad infantil evidenciaba el manejo irresponsable de la salud por las autoridades de la provincia; y el partido Democracia Cristiana vinculaba las carencias a la quiebra del régimen federal y a la brecha entre la Capital y el interior; el MAS (Movimiento al Socialismo) iba más lejos con su planteo de no pagar la deuda externa, reducir el presupuesto militar y racionalizar los grandes monopolios de la salud que eran los laboratorios. La CGT por su parte denunciaba que el centralismo porteño profundizaba las desigualdades económicas regionales, y que los efectos de la política monetarista de Martínez de Hoz se traducían cada vez más en miseria.

Otras voces que se hicieron sentir en esos días fueron la del decano de la Facultad de Medicina, Gerardo Palacios, para quien el drama del Hospital de Niños era sólo un reflejo de los demás hospitales, destacando el esfuerzo de los médicos pediatras; la del ex ministro de salud Napoleón Baaclini, que consideraba necesario declarar el estado de emergencia hospitalaria y que se destinaran fondos del Casino para su mantenimiento; la del presidente de la Sociedad de Pediatría Alberto Galíndez, que matizaba las posiciones más duras argumentando que la falta de medicamentos e higiene no alcanzaba niveles alarmantes y los problemas eran comunes a otros nosocomios.

En contraste con las dificultades señaladas se pudo mostrar el éxito de un programa epidemiológico que había permitido el descenso de las infecciones intrahospitalarias del 15% en 1983, a un porcentaje del 1 al 2,5% en 1986, mérito del trabajo científico de la Dra Aída Torres, quien dirigía el Departamento de Epidemiología del Hospital de Niños.<sup>201</sup> Otro avance fue la instalación de un Ecocardiógrafo, en este caso mérito de la Facultad de Medicina para uso de las cátedras, pero que implicaba un trabajo conjunto con las autoridades del sistema provincial de salud. Sin embargo, en otros aspectos el estado del hospital se agravó, y si bien se aseguraba que no morían chicos por falta de atención ni de medicamentos, había problemas en servicios esenciales (como el lactario y la esterilización central) por el escaso presupuesto.<sup>202</sup>

La situación que atravesaba el hospital se vio también en el aumento de las protestas de trabajadores en los años 80 y 90, cuando se organizaron planes de lucha por mejoras en las condiciones salariales y laborales y también por las

---

<sup>201</sup> El trabajo había sido premiado por la Sociedad de Pediatría. Frente a un brote infeccioso en 1987 la Dra Torres explicó que el riesgo estaba afuera, en los barrios carenciados y no adentro del hospital, donde se realizaban estudios de la incidencia de la bacteria intrahospitalaria desde hacía cinco años. *La Gaceta*; 13.3.1986; 19.12 y 22.12. 1987.

<sup>202</sup> *La Gaceta*; 22.7.1988; 3.4.1989.

carencias de los hospitales públicos. En el contexto de la inminencia del cólera en la provincia en 1991, una importante movilización –la “Marcha blanca del silencio”–, reclamó por la “irritante desigualdad de salarios” (los sueldos de los empleados de la legislatura triplicaban el de un médico de guardia) acusando al gobierno de la intervención (Aráoz, desde comienzos de ese año) de ejecutar los ajustes económicos de “una política de hambre y falsa justicia que no llega a nuestros sueldos”.

A la cuestión salarial se sumaron tensiones entre el Ejecutivo y los médicos, que tuvieron uno de sus puntos más álgidos en 1996, a causa de los sumarios a tres profesionales que habían denunciado la situación del Hospital de Niños, desbordado en su capacidad operativa de internación; con riesgo de infecciones intrahospitalarias; niños graves internados en camillas de guardia al cuidado de los padres; falta de enfermeros; realización sólo de operaciones de urgencia y suspensión de otras programadas. En palabras de los pediatras, el médico tenía que cumplir “el rol de juez y hasta casi el de dios”, porque debía decidir cuál es el niño que tenía prioridad en las salas de terapia intensiva, y el porcentaje de desnutridos había aumentado de 64% del año anterior al 68,7%.

Los médicos cuestionados recibieron la adhesión del gremio ATSA y de la Sociedad de Pediatría, que en respuesta al gobernador Bussi, para quien la desnutrición no era un problema del gobierno sino de las familias carenciadas, reafirmaron la necesidad del rol del Estado como garante en el cumplimiento de los derechos del niño.<sup>203</sup> La posición del gobierno fue ver la crisis como algo irreversible –“crisis hay en todo el mundo”– con una función de tipo asistencial y no de compromiso político. La realidad mostraba que si en la etapa del gobernador Gelsi la población era de 400.000 habitantes, de los cuales 100.000 eran niños; en 1996 había 1.200.000 habitantes, con 400 mil niños, con un hospital con igual capacidad.

En general, en estos años se intensificaron las campañas de ayuda a los hospitales Centro de Salud, Padilla, Maternidad y del Niño, a través de contribuciones de la Caja Popular de Ahorros, de entidades privadas y de la acción de las cooperadoras, destinadas a realizar refacciones e incorporar distintos materiales y equipos. En el Centro de Salud los fondos oficiales con la suma de donaciones particulares habían permitido instalar un nuevo sistema de esterilización, un servicio de hemodiálisis (único público en la provincia, al que todos podían acceder), y reparaciones en el servicio de oncología en 1989. Hasta se enunció en forma explícita que el objetivo de modernización del edificio –con nuevos servicios en las salas de cirugía; el aumento de camas en el pabellón de

---

<sup>203</sup> *La Gaceta*; 18.4. y 24.5.1991; 5.6. y 8.6.1996.

clínica médica, las obras del área quirúrgica y de terapia intensiva- sería posible con aportes solidarios; y a cuatro años de la creación de FUNDACSA (Fundación de ayuda al Hospital Centro de Salud) en 1991, sus dirigentes hicieron un llamamiento a la comunidad aludiendo a la recesión que agudizaba la crisis y las necesidades crecientes del hospital, al cual gran parte de la clase media, pese a que poseía cobertura, se había volcado.<sup>204</sup> En el caso de la Maternidad actuaban la Asociación de Ayuda a la madre desamparada (desde la década de 1960); la cooperadora, y también un grupo de voluntarias que realizaban tareas de apoyo a las familias y organizaban cursos de lactancia materna. Para cooperar con el Hospital de Niños existía la Asociación Protectora para ayuda de niños enfermos; y en el Hospital Padilla el Centro de Ayuda al enfermo del hospital, que también eran organizaciones que canalizaban aportes particulares al sistema estatal. La idea era que este, por su magnitud y complejidad, no podía atender todos los servicios, pero además el mayor peso de este tipo de entidades se enmarcaba en que habían quedado relegadas la equidad y la universalidad como políticas de Estado (asociadas al gasto excesivo de recursos públicos) reemplazadas tanto por una perspectiva focalizada en programas asistenciales como por la apelación a la sociedad civil para la solución de los problemas. (Cerdá y Ramacciotti; 2015: 235)

La situación de los hospitales públicos en Tucumán no fue ajena a la estrategia oficial a nivel nacional, que se canalizó en el Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL) a través de un convenio con el Banco Mundial realizado en 1996, que buscaba cambiar el perfil del hospital público y propició la modernización con gerenciamiento hospitalario. En esa línea se impulsó el sistema de autogestión para la recaudación de fondos, por el cual los hospitales públicos estaban habilitados para cobrar a personas con capacidad de pago o a las obras sociales por la atención de sus afiliados; realizar contratos, adquirir insumos, recibir aportes y manejar recursos en forma independiente. Para la inscripción de las jurisdicciones que adhirieran al sistema se creó un registro nacional, donde Tucumán aparecía con un total de 33 hospitales con una capacidad instalada de 2239 camas.<sup>205</sup>

Bajo la figura de la autogestión se manifestaron dos perspectivas diferentes: por un lado la del Estado Nacional, en el marco de una reforma del sistema de salud en su conjunto, que debía dar capacitación y asistencia e incluía la desregulación de las obras sociales; y por otro la de los Estados provinciales, para

---

<sup>204</sup> *La Gaceta*; 14.7 y 21.10.1992; 15.6.1995. FUNDACSA funcionaba en forma paralela a la cooperadora del hospital; y los objetivos de la entidad eran “contribuir a la difusión de las prácticas hospitalarias para despertar sentimientos de solidaridad en la población, atender la salud física, mental y espiritual de los pacientes internados y ambulatorios y cooperar con el hospital y sus directivos”.

<sup>205</sup> *Registro Nacional de Hospitales de autogestión*; 1999.

quienes era una posibilidad de una fuente alternativa de beneficios por el pago de terceros pagadores. Sin embargo, en general este modelo no prosperó porque no promovió cambios sustantivos en la administración de los hospitales ni captó recursos significativos, debido a una conjunción de factores como la tradición de gratuidad del hospital público; la falta de pago de las obras sociales por el uso de servicios que hacían sus asociados; el aumento de la demanda por el crecimiento del desempleo. Asimismo, las posiciones acerca de las implicancias de la autogestión difirieron, ya que los gremios la asociaron al desfinanciamiento, la privatización y el arancelamiento, -resultados de la bajada de línea de los organismos internacionales de crédito-; mientras los responsables de la salud la vieron como una vía de recuperación de ingresos en contextos de déficit provincial.

Las argumentaciones oficiales enfatizaron los beneficios de la descentralización y autogestión en consonancia con el funcionamiento de la lógica del mercado, procurando delegar servicios en las provincias y comunidades pero sin financiamiento del Estado, que sólo tendió a responsabilizarse de ciertos programas focalizados en un contexto marcado por fuertes restricciones presupuestarias. Al no poder financiar los servicios, estos se tercerizaron hacia instituciones privadas y la posibilidad de ciertos sectores sociales de acceder a ellos se redujo cada vez más. El sistema de salud profundizó así su segmentación y diferenciación en términos de acceso a las prestaciones, y generó aún mayores desigualdades en los niveles de salud para grupos con diferentes niveles de ingreso.

En Tucumán, una de las posiciones más críticas a ese tipo de funcionamiento del sistema de salud provino de un grupo de profesionales del Hospital de Niños que refrendaron un documento en el que expusieron el déficit institucional y de servicios, y alertaron sobre los riesgos de una posible privatización, con la que *“se discriminará la atención sanitaria que el sistema apunta a brindar servicio a la gente que tiene obra social o dinero en perjuicio de los pobres. Los indigentes, que no tienen otra alternativa que el hospital público, se encontrarán con centros asistenciales -hospitales y CAPS- desmantelados, sin personal capacitado y suficiente, sin planes de salud, sin presupuesto, sobrecargados de trabajo y sólo con los servicios que no les interesó al privatizador”*.<sup>206</sup>

En el caso de la Maternidad, a las tensiones por el estado crítico de la institución se sumaron en 1997 los conflictos internos -desplazamiento de su

---

<sup>206</sup> Firman tres médicos (Assa, Leguizamón y González), que también refieren a la falta de vacunación desde 1995 contra el virus tipo A influenza, que había producido el 80% de los casos de meningitis. *La Gaceta*; 2.8.1996

director y nombramiento de un interventor- que llevaron al pronunciamiento del Colegio Médico, en desacuerdo con la política de salud del Ejecutivo y del ministro responsable, que con “resabios fácticos de conducción” había pasado por alto la autoridad del SIPROSA. De manera similar se manifestó la Asociación de Profesionales de la Salud (APSA) en un documento que reflejó el posicionamiento político de la entidad frente a la casi inminente privatización del sistema, cuestionando el modelo económico imperante a nivel nacional.

En forma particular acusaba al gobierno local de pretender *“transformar a las víctimas en victimarios, mientras los verdaderos culpables viajan al exterior a negociar la entrega”*, abogando por un trabajo estable y bien remunerado, alimentación adecuada, vivienda digna, acceso a la educación, protección a la niñez, a la ancianidad y la familia como pilares básicos para el bienestar de la comunidad; como así mismo por la necesidad de un sistema de salud integrado, donde los problemas de desnutrición, mortalidad infantil y materna y el tratamiento de enfermedades como la tuberculosis y el sida debían ser garantizados por el Estado, siendo la salud y la enfermedad absolutamente dependientes de las condiciones de vida. Más allá de la problemática sanitaria el pronunciamiento sostenía -en el contexto de profundización de la crisis que afectaba al país- la postura de *“desobedecer las imposiciones de ajuste y privatización de los organismos internacionales. También hay que oponerse a los mecanismos perversos de la globalización que marginan y acentúan las desigualdades... Con el modelo bancario vigente en el país, no habrá solución para nadie: ni para los enfermos, ni para los trabajadores de la salud, profesionales y no profesionales, ni para el resto del pueblo, salvo para un puñado de “fundamentalistas” del mercado, casi siempre ligados a los actos de corrupción”*.<sup>207</sup>

Como se puede observar, los distintos sectores de profesionales de la salud tuvieron posiciones dinámicas frente al poder político, al que se dirigieron como interlocutor a través de la exposición de distintos reclamos; de la presentación de informes; y también de propuestas para afrontar los problemas vinculados a la crisis del sistema que repercutía en los hospitales. Asimismo, hubo protestas activas en las calles de la ciudad y muchas posturas se endurecieron a medida que el peligro de la privatización aumentaba, consiguiendo el aval y la participación de organismos nacionales y provinciales como la Sociedad Argentina de Obstetricia, el PROMUN, el SIPROSA y la UNT. Este fue el caso del documento que la Sociedad de Pediatría hizo entrega al Ministro de Asuntos Sociales en el año 2000 sobre el estado de la Maternidad -con su capacidad operativa superada y un mayor deterioro edilicio- en el intento de generar

---

<sup>207</sup> *La Gaceta*; 28.7. 1997

respuestas del gobierno en momentos particularmente críticos.<sup>208</sup> Al poco tiempo, los centros sanitarios sufrían otro golpe, con el corte subsidio del Plan de políticas sociales comunitarias (POSOCO) para instituciones de bien público, que era otro ejemplo de la crisis de financiamiento para proyectos institucionales provinciales.

Al promediar el siglo XX, la crítica situación de los hospitales se manifestó en la insuficiencia de elementos básicos y de personal, que llevó a la suspensión de operaciones programadas por la falta de anestesistas (en el Padilla había 70 pacientes en espera y en el Centro de Salud se programaban 250 cirugías al mes, que tampoco podían cubrirse) y a las protestas del personal, los médicos y las enfermeras por el desabastecimiento de remedios y material, que arreciaron en setiembre de 2001.

Desde el lugar que ocupaban los distintos actores se expresaban respecto a la realidad del hospital público, espacio donde confluían y actuaban profesionales, enfermeras, empleados, familiares y enfermos. Ante la situación de crisis, los médicos se focalizaron en su trabajo (optando muchos por la actividad privada) en medio de incertidumbres por no poder brindar ciertos servicios; y los que estuvieron a cargo de la dirección de un nosocomio o fueron funcionarios del área tuvieron que afrontar críticas y conflictos internos. Según el momento, algunos denunciaron la gravedad de la falta de fondos y se enfrentaron al poder político; con pronunciamientos extremos acerca de que el Hospital de Niños “podría desaparecer”; o que ninguno llevaría sus hijos allí por los peligros de infección. Otros médicos asumieron posiciones más moderadas y optaron por defender los esfuerzos del personal; asumiendo los problemas con la posibilidad de mejoras y enfatizando la tarea, a veces “heroica”, que realizaban.

Por su parte, los pacientes y sus familiares compartían experiencias cotidianas entre ellos y con otros pacientes en las largas esperas; algunos resaltando la buena atención de los médicos y las enfermeras y otros con quejas dirigidas principalmente al sistema. Los reclamos de quienes no llegaban a ser asistidos en la consulta médica eran corrientes; como el de una vecina de Lastenia en febrero de 2001 cuyo esposo tenía cáncer: *“en el Padilla muchas veces nos hemos amanecido esperando un turno, y estando en la cola, nos tuvimos que volver porque se terminaron los números...”*; testimonio revelador de las profundas desigualdades sociales y las desventajas de los sectores más pobres de la población que acudían al hospital público. Si bien el hecho remitía al problema casi estructural de la sobrepoblación en los establecimientos de la provincia, era indudable su mayor visibilización y agudización en un momento en que la estructura sanitaria se encontraba erosionada por la crisis.

---

<sup>208</sup> Llevaba la firma de reconocidos profesionales del medio como las Dras Marta Viñas y Elsa Moreno, y el Dr Miguel Leguizamón, entre otros. *La Gaceta*; 13.5.2000.

## **II- El sistema de Obras Sociales: el caso del Subsidio de Salud**

Los antecedentes históricos del sistema de obras sociales en nuestro país se remontan a las sociedades de ayuda y socorros mutuos organizadas por inmigrantes europeos hacia fines del siglo XIX; siendo una forma de organización de los servicios médicos que tuvo un fuerte impulso durante los años del peronismo, que avaló el desarrollo de las obras sociales sindicales. Entre 1955 y 1970 los aportes para la cobertura de atención médica de las obras sociales se establecían en convenciones colectivas que determinaban la creación de fondos de asistencia, lo que implicaba una evidente diferenciación por el poder que detentaba cada sindicato y que a su vez determinaba el funcionamiento de su respectiva obra social. De ese modo las organizaciones formaban un conjunto heterogéneo, con regímenes variados de prestaciones, y el Estado no tenía información ni control sobre sus fondos ni servicios.

A comienzos de los 60 el sindicalismo, principalmente la CGT, que se consolida como organización y se constituye en interlocutor obligado de los factores de poder, funcionarios, políticos, militares, incorporó a su agenda de demandas la defensa de las obras sociales, hasta entonces un conjunto disperso de organizaciones que no lograba definir pautas frente a las entidades médicas para la atención de sus afiliados. (Belmartino; 2007:398)

Fue en el año 1970 (durante la presidencia de facto de Onganía), cuando se sancionó la ley nacional 18610, que fue el primer intento destinado a regular de manera global el funcionamiento del sistema de obras sociales (de la administración y de empresas públicas y sindicales), estableciendo la cobertura de atención médica para todos los habitantes en relación de dependencia mediante la afiliación obligatoria y el aporte, también de carácter obligatorio, de empresarios y trabajadores para su financiamiento. El manejo de los recursos transfirió un significativo poder a los sindicatos, que desde entonces defenderían celosamente su control de las obras sociales; que de su perfil inicial de prestadoras directas pasarían más bien a ser financiadoras, privilegiando a los prestadores privados (organizaciones profesionales y sanatorios) para la contratación de los servicios, que se constituirían en otros actores centrales del sistema.<sup>209</sup>

Para su coordinación y supervisión se creó un nuevo ente, el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), que debía llevar el control sobre los aspectos técnicos, administrativos, financieros y contables; y se estableció un Fondo de Redistribución para mejorar la capacidad o para asistir financieramente a las obras

---

<sup>209</sup> La aprobación de la ley se explicaría en un contexto signado por la protesta y la radicalización a partir del "Cordobazo", que habría llevado a hacer concesiones a los sindicatos por parte de un gobierno debilitado que buscaba desactivar el conflicto político y social. (Alonso; 2004: 199)



sociales más débiles. Como resultaba fundamental el número de beneficiarios para solventar la atención, y en general los recursos con que contaban dependían del nivel salarial promedio de los trabajadores, las ocupaciones de bajos ingresos no siempre tenían garantía de cobertura, situación que modificó las relaciones de poder entre las organizaciones y se consolidaron las divisiones por obra social en cuanto al financiamiento y a la condición laboral. Lo cierto es que existía un amplio abanico de obras sociales, que abarcaba desde el PAMI (Programa de Asistencia Médica Integral) para adultos mayores con tres millones de afiliados, a otras pequeñas con sólo cientos o miles de afiliados.

En 1977, con la reforma del nomenclador nacional de prácticas y aranceles se introdujeron nuevos elementos que favorecían tecnologías y prácticas de complejidad en detrimento de prácticas médicas más intensivas, con un sesgo que redundó en el aumento del gasto en salud; mientras el gobierno de la dictadura buscaba debilitar a los sindicatos en el control de las obras sociales, agravadas por la crisis estructural a comienzos de los 80. En 1983, durante la presidencia de Raúl Alfonsín, se intentó la integración del sistema a través del Seguro Nacional de Salud, fortaleciendo la coordinación estatal y evitando restablecer el control de los sindicatos sobre las obras sociales, pero el proyecto generó rechazo y agregó otra fuente de conflicto para el gobierno. En los 90 las obras sociales constituirían la “moneda de cambio” que permitiría canjear el apoyo del sindicalismo o neutralizar su oposición a las políticas del menemismo, mientras el Fondo de Redistribución no pudo compensar las desigualdades del sistema, donde el acceso a los servicios dependía cada vez más del poder, de la capacidad de presión o negociación, y de los recursos de las organizaciones sindicales que los administraban. (Alonso; 2004: 206-208)

En general y con algunos matices, estos rasgos se manifestaron en las obras sociales existentes en la provincia, donde los afiliados aportaban en forma proporcional al salario mediante un porcentual establecido, pero al momento de utilización de los servicios también debían pagar un coseguro fijo. Como no todos podían hacerlo, se daba la paradoja de que los más pobres contribuían a financiar servicios utilizados por los mejor remunerados y con frecuencia los afiliados de menores recursos terminaban asistiendo al hospital público (que en principio era para población sin obra social), como vimos en el aumento de la demanda hospitalaria y los graves problemas que atravesaron los nosocomios.

En Tucumán, la obra social para los empleados de la provincia y la más importante en cuanto al número de afiliados (llegaba a 120.000) al momento de su creación en 1971, se basó en una reglamentación que establecía la afiliación forzosa de todo el personal en actividad de la administración pública; jubilados y pensionados del Instituto de Seguridad Social; y personal de municipios y

comunas rurales (quedaban excluidos los empleados del Banco Provincia y de la Caja Popular de Ahorros). Los beneficios del Subsidio de Salud abarcaban atención médica, cirugía, especialidades, internación en sanatorios y tratamiento odontológico, y el pago de honorarios a médicos y laboratorios se acordaba de acuerdo a aranceles convenidos.

Distintas voces se pronunciaron respecto al nuevo sistema; algunas opositoras, como la de ATEP (Agremiación de Trabajadores de Educación de la Provincia), que solicitó se excluya de la obligatoriedad al personal del Consejo de Educación (argumentando que ya tenía servicios más amplios que el Subsidio de Salud); la de las mutualidades (policial, antituberculosa), también en contra de la afiliación forzosa y que defendían sus entidades de ayuda mutua; la de empleados de vialidad, que cuestionaban el aporte excesivo que tendrían que realizar; o el sindicato de empleados públicos, que reclamaba no haber participado en la organización y pedían ser parte de su dirección.<sup>210</sup>

De los sectores de los que hubo consenso, el Colegio Médico, que seguía las pautas de la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) resaltó los principios de universalidad (cubría a todos los empleados y a sus familias); obligatoriedad (afiliación masiva para que el sistema pueda tener éxito); solidaridad (cada uno aporta una cuota mensual según su ingreso para la asistencia médica de aquellos del grupo que la necesiten); y libre elección del médico. Además en especial destacaba la actitud de los profesionales, que aceptaban cobrar un honorario inferior al privado para permitir la subsistencia del sistema, por la diferencia entre los honorarios del sector privado (una consulta de 3000 a 4000\$) contra una de obras sociales (de 1.100\$).

Desde el gobierno se argumentó que el Subsidio de Salud significaba un cambio de estructuras en Tucumán, que permitiría el acceso a las prestaciones para los empleados estatales y daba mayores posibilidades de trabajo a los profesionales médicos. Se defendió el aporte del 3,5 %, que según estudios realizados a nivel nacional era el mínimo considerado para lograr una atención satisfactoria; y se argumentó que la nueva obra social sería un medio para superar la precaria asistencia de los hospitales. Según palabras de un ex funcionario de salud, el Subsidio de Salud seguía la línea de los países socialmente desarrollados “que aplican una política revolucionaria dirigida a atender las

---

<sup>210</sup> El gremio de ATEP fue activo en su posición, con presentaciones al gobierno provincial, al Ministerio de Bienestar Social de la Nación y recursos de amparo a la justicia; que tardaron en resolverse. En 1972 sólo 295 maestros de los 4.801 habían iniciado acciones judiciales para que no se les descuente el aporte para el Subsidio de Salud, y en 1974 ATEP recién logró el derecho de opción de los docentes en la aplicación de la ley.

grandes masas de la población”, considerando la salud como la “piedra angular de la vida del hombre”.<sup>211</sup>

El derrotero de la obra social de empleados públicos estuvo vinculado a los contextos de crisis que vivió la provincia (y el país) en las últimas décadas del siglo XX, y desde sus orígenes afrontó problemas relativos al manejo de los fondos y a las prestaciones, que en reiteradas ocasiones tuvieron como consecuencia la suspensión de los servicios por atrasos de pagos y deudas acumuladas a los prestadores.

Sobre todo a fines de los años 80 y durante los 90 los conflictos entre la obra social y los profesionales de la salud se agudizaron, pronunciándose el Colegio Médico a través de protestas y “llamados de atención” a las autoridades porque el trabajo médico no era retribuido y por el riesgo de que la población quedara sin cobertura. La tónica oscilaba entre acordar prórrogas en sus demandas de pago; cortes temporales y reanudación de prestaciones -que también abarcaban a los Colegios de Bioquímicos, Farmacéuticos y Odontólogos y los servicios de clínicas y sanatorios-; y como una forma de compensar las demoras o lo que consideraban montos actualizados los profesionales comenzaron a utilizar como mecanismo el cobro del denominado “plus médico”.<sup>212</sup> Este fue otro punto de tensión con el gobierno, que procuraba ponerle fin a través de convenios e intentaba mejorar los aranceles, pero también con las asociaciones gremiales de personal activo y de jubilados, que apoyaban parte de los reclamos de los médicos pero se pronunciaban en contra de ese cobro que consideraban injusto para los trabajadores.

Incluso en 1990 (y en otras ocasiones posteriores) el tema del “plus” fue objeto de una ley (6061) por la cual los prestadores de servicios a beneficiarios de obras sociales deberían observar los valores del nomenclador nacional; se prohibía la exigencia del plus o “aranceles éticos”; y las infracciones serían castigadas con apercibimiento, multa y suspensión de inscripción en el Registro Nacional de prestadores. Si bien el Consejo Provincial de Salud sería el órgano de aplicación de la ley, y aquellos que no querían quedar sujetos a la misma debían renunciar y colocar un cartel con la leyenda: “No se atiende por obras sociales”, la cuestión del cobro del plus no se resolvió y continuó como parte de la práctica médica.

En distintos gobiernos, mientras desde el poder político se ponía el acento en la falta de recursos asociada a prestaciones que habían provocado desequilibrios y en las deudas de los municipios y comunas; tratando de negociar pagos con cheques diferidos; las organizaciones profesionales comenzaron a

---

<sup>211</sup> *La Gaceta*; 4.10.1971

<sup>212</sup> *La Gaceta*; 4.1.1973; 3.3.1988, 18.4.1991; 12.7.1 y 9.8. 1992; 21.9.1995.

manifestarse en las calles de la ciudad y a realizar movilizaciones, que tuvieron uno de sus picos más altos en diciembre de 1998. En esa ocasión, la protesta de las “chaquetas blancas” se concentró en la plaza Independencia frente a la casa de gobierno, con pancartas que denunciaban intenciones privatizadoras y sospechas de malversación de fondos por parte del Ejecutivo -acusado de atentar “contra un derecho constitucional, que es la salud”-, en un contexto de incertidumbre por un proyecto de reestructuración y reformulación del Subsidio de Salud que era resistido también por los trabajadores estatales.<sup>213</sup>

El proyecto había arrancado en 1996 a través de un convenio con el gobierno nacional que determinaba brindar asistencia técnica y financiera para la desregulación de obras sociales, y por el cual la provincia recibía un monto para adecuar la obra social estatal al nuevo esquema y dejarla en condiciones de competir con otras prestadoras sin perder sus afiliados. También el acuerdo implicaba la llegada de una misión con los objetivos de estudiar la implementación de hospitales de autogestión y la reorganización del sistema de salud en la provincia.

En esa línea, el gobierno contrató una consultora española con apoyo del Banco Mundial, cuyos técnicos, en el marco del proceso de desregulación nacional, debían recabar informes a fin de aumentar los controles, disminuir los aportes de afiliados y patronales y aconsejar la cantidad de empleados que debían continuar. Frente a este cuadro, los sindicatos reclamaron una política de defensa del Subsidio de Salud y de sus trabajadores, y sectores de la oposición sostuvieron la necesidad de preservar su carácter solidario, advirtiendo que sin garantías de financiamiento del Estado continuarían las “penurias de hoy” en referencia al plus médico y la suspensión de servicios.<sup>214</sup>

La situación de Tucumán se enmarcaba en los cambios que había introducido el decreto 9/93 de libre elección de obras sociales, que constituyó el paso inicial para el abandono del esquema solidario que había predominado hasta entonces. Desde su perspectiva, la suerte de una obra social dependía de su eficiencia y capacidad para financiarse; de lo contrario debía fusionarse, asociarse o integrarse en otras entidades. La migración de afiliados de ingresos elevados hacia sistemas de medicina privada o prepaga o hacia obras sociales prestigiosas, o la situación inversa de afiliados de bajos aportes solicitando ingreso en procura de cobertura, desvirtuó en buena medida la libertad de elección. La autorización

---

<sup>213</sup> A las quejas de los profesionales -“Bussi, cumplí lo prometido, pagá”; “la salud no es una mercancía, no se vende como la luz”- ; se sumaban las críticas de dirigentes opositores -“parece al final de su mandato un general en retirada desprolija”- *La Gaceta*; 2, 13, 15 y 16.12.1998 y 15.7.1999.

<sup>214</sup> *La Gaceta*; 26.1 y 4.12.1998.

para crear planes diferenciados dentro de las obras sociales y el establecimiento del Programa Médico Obligatorio (PMO) de prestaciones mínimas que toda institución aseguradora debía brindar a sus afiliados, completaron la fragmentación y la inequidad dentro del sistema de seguridad social. Por otra parte, en 1998, la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), que absorbía las funciones de la Administración Nacional del Sistema de Salud (ANSSAL, a su vez heredera del INOS), promulgó un nuevo marco regulatorio que le dio al sindicalismo mayor cuota de poder al permitirle aprobar o rechazar los pedidos de traspaso de las obras sociales. Los mecanismos y criterios informales con que se distribuían los subsidios oficiales respondían además a los alineamientos político-sindicales o partidarios y a la mayor o menor cercanía con el poder de turno o la conducción del organismo. (Alonso; 2004: 208)

En la provincia, el tema no resuelto de la normalización del Subsidio de Salud llevó al sindicato de empleados públicos a solicitar al gobernador Miranda una urgente audiencia en abril del 2001, y a denunciar su posible privatización y su quiebra, en un año de profundización de la crisis económica y social. En esta ocasión aludieron a la falta de respuestas de los sucesivos gobiernos que habían descapitalizado la obra social, con interventores que no rindieron cuentas ni justificaron su labor, en “un grosero abuso del poder” y reclamaron la investigación de los culpables del “vaciamiento económico”.

A 30 años de vida de la obra social, el objetivo y el camino del ajuste -que según las autoridades no significaba reducción de personal sino redistribución de los recursos humanos mediante un sistema de transferencia o de retiro con auditorías internas- producía la movilización de los trabajadores en rechazo a un proyecto de ley que planteaba un modelo que suponía disminuir los gastos mensuales administrativos y la conversión del Instituto de Previsión Social en un ente residual sólo para los jubilados provinciales. Como novedades se anunciaban la inauguración de dos filiales del Subsidio de Salud en las localidades de La Cocha y Tafí del Valle y la reapertura de la delegación de Ranchillos (que había cerrado en 1997), que como en otras delegaciones instaladas en pueblos alejados y en casas de vecinos del lugar, únicamente se vendían chequeras y órdenes de consulta.

En general, como el resto de las obras sociales, el Subsidio de Salud atravesó un proceso de reordenamiento financiero vinculado a la estrategia de desregulación que promovió la libertad de afiliación de los beneficiarios centrada en un modelo competitivo donde también participaban las empresas de medicina prepaga. Esto originó negociaciones complejas con los gremios en esos años pero la necesidad política del gobierno de Menem de contar con el respaldo de

organizaciones sindicales por cuestiones electorales o por reformas ligadas al mercado laboral hizo que la desregulación quedara a mitad de camino.

El siglo XX se cierra con la crisis en el sistema de salud, con obras sociales desfinanciadas por la disminución de aportes; los hospitales públicos con mayores demandas de atención y restricciones presupuestarias; y el sector privado con aumento de costos fijos y de insumos. En general, si bien las obras sociales se vieron afectadas por el desempleo y el trabajo en negro e informal, disminuyendo sus afiliados, continuaron siendo un factor clave en la conformación del sistema, por la magnitud de la población involucrada, los fondos movilizados y el fuerte papel del sindicalismo.

En síntesis, los principales problemas respondían por un lado a la disminución de la población en relación de dependencia; la caída de sus remuneraciones y por consiguiente de sus aportes al sistema de obras sociales (resultados de las políticas impuestas desde 1976); y por otra parte al sostenido incremento de los costos de atención médica, que se vinculaba al proceso de especialización creciente de los profesionales y la utilización de la tecnología diagnóstica. El desarrollo de subespecialidades, vinculadas al uso de aparatología y su importancia en la práctica prescriptiva de los médicos, tuvo como consecuencia el aumento de costos y los consiguientes desequilibrios financieros de las obras sociales. También incidieron los crecientes precios y las condiciones de la oferta de medicamentos, respecto a las cuales faltaban controles del Estado en la producción y comercialización referidos a la industria farmacéutica; mientras las corporaciones profesionales rechazaban la incorporación de un vademécum y el profesional se relacionaba con el visitador médico, que en parte suplía su débil formación en farmacología. (Belmartino; 2007: 403)

Las dificultades financieras de las entidades llevaron a introducir co-seguros o co-pagos, que los beneficiarios de menores ingresos tenían problemas para afrontar; sumados a actitudes de médicos que para compensar la falta de actualización en los aranceles que pagaban las obras sociales, introdujeron la práctica de exigir al paciente un cobro adicional que se fue generalizando. Las limitaciones llevaron a que el sector con mayor capacidad de pago optara por contratar una cobertura alternativa, la empresa de medicina prepaga; y los que no estaban en condiciones pasaban a engrosar las filas de los que acudían al empobrecido sistema público.

### **III- El impacto de la crisis en la salud de la población tucumana: entre luces y sombras**

Entre 1976 y 2001 los gobiernos tuvieron en general una agenda limitada en materia de intervención social, con lineamientos que marcaron el retroceso de

las políticas y los programas sociales. Los argumentos oficiales suponían que los poderes provinciales y municipales debían hacerse cargo de las instituciones y de su financiamiento; que quienes tenían poder adquisitivo suficiente debían pagar por su salud, educación y seguridad social; y que los más pobres recibirían apoyo estatal a través de programas focalizados de diferente alcance.

Esto se tradujo en la exclusión de un parte considerable de la población del acceso a los servicios de salud más básicos, situación que empeoró particularmente durante los años 90 y adquirió el carácter de emergencia sanitaria en la crisis del 2001. Las reformas implementadas bajo la presidencia de Menem modificaron radicalmente la estructura socioeconómica del país, agudizando algunas tendencias que venían produciéndose desde el golpe militar de 1976; y con la caída y precarización del empleo muchas personas perdieron su afiliación a las obras sociales o se vio afectada su capacidad para hacer frente a gastos vinculados a su salud.

Tucumán no fue ajeno a las redefiniciones que caracterizaron las acciones a nivel nacional que transformaron el papel del Estado y modificaron los criterios de la política económica afectando áreas sensibles vinculadas a la problemática social, a la vez que se sustituía la concepción de un Estado benefactor por uno subsidiario con mayor espacio para la acción privada. La administración de la salud, que requería –y requiere- del rol estatal para garantizar el derecho de asistencia a todas las personas se vio afectada; y los cambios (descentralización, autogestión, desregulación, menor presupuesto) incidieron en situaciones de mayores desigualdades tanto regionales como entre sectores sociales.

Al disminuir los aportes nacionales a la salud pública -entre 1990 y 2004 la contribución nacional fue del 14%, mientras el gasto provincial en salud representó un promedio del 70%-<sup>215</sup> y recaer la provisión de servicios sanitarios principalmente en las provincias, se profundizaron las diferencias por los recursos que manejaban, por sus estructuras económicas y de empleo y por sus particulares condiciones sanitarias. La única forma de servicio médico a la que podían acceder todos los habitantes, en especial los que carecían de seguro médico, era el sistema público; lo cual, como ya señalamos, no significaba que no lo hicieran también los que tuvieran obra social, a veces en casos de emergencia y otras veces a causa de dolencias de tratamiento complejo. Asimismo, como la cobertura de seguros de salud decreció a lo largo de la década del 90 -en 1991 la población sin cobertura era el 37%, mientras en 2001 llegó al 48%- (Messina; 2012: 77) se incrementó la demanda de atención en los hospitales públicos, que

---

<sup>215</sup> Después de la crisis se registró un incremento del gasto nacional -vinculado a los programas de emergencia implementados por el gobierno central-, que pasó del 15 al 18% entre 2003 y 2004. (Centrángolo et al; 2011: 39)

ofrecían prestaciones gratuitas de forma universal pero se manejaban con la misma, e incluso menor, cantidad de recursos, como vimos en apartados anteriores.

De modo que las desigualdades afectaron a casi todos los estratos de la población tucumana y el impacto que produjeron algunas políticas en el deterioro de la salud pública se visibilizó, en los centros de atención, en la presencia de enfermedades que se consideraban controladas (infecciosas, respiratorias); en los altos índices de mortalidad infantil; en la evolución desfavorable de las tasas de mortalidad materna; en los casos de desnutrición infantil; en el resurgimiento de enfermedades como el paludismo y el mal de chagas; y en situaciones como la epidemia de cólera de comienzos de los 90, que recibieron respuestas disímiles de las autoridades. En otros aspectos, se consideraron problemáticas como el sida y la discapacidad, que, aún con diferente alcance, constituyeron significativas intervenciones en el campo de la salud pública.

*La mortalidad infantil:* Respecto de los indicadores de la tasa de mortalidad infantil, que en parte se vinculaban a la disponibilidad de medios sanitarios (como podían ser el número de médicos cada 10 mil habitantes o el número de camas de hospital) presentaron una tendencia en ascenso entre 1997 y 2002, cuando se llegó a casi 25 defunciones de menores de un año por mil niños nacidos vivos. (Yedlin; 2007: 11) En 2001, mientras la tasa de mortalidad general era de 6,3% y la mortalidad materna de 5,8%; la mortalidad infantil llegaba al 24,5% (cifra sólo superada por Formosa, con 28,9; Corrientes, con 23,5 y Chaco, con 24,6), y se consideraba que la mortalidad de menores de un año constituía un indicador indiscutible de la situación económica, social y cultural y de la calidad de los sistemas de salud de una región.<sup>216</sup>

En 1997, según datos aportados por el Departamento de Maternidad e Infancia del SIPROSA, Tucumán ostentaba la tasa de mortalidad neonatal más elevada del país. De las características más notorias de la salud neonatal de la provincia se destacaron 30.000 nacimientos de niños por año, el 60% de los cuales se producían en el Instituto de Maternidad, donde además se registraba un 76% de defunciones infantiles; un 70% de mortalidad materna; y un 72% de mortalidad infantil en el período neonatal. Las elevadas tasas de mortalidad materna se vinculaban en su mayoría a factores evitables, de modo que podían revertirse con acciones de control prenatal y correcta atención frente a situaciones de aborto, sepsis, hipertensión gestacional o hemorragias. (Viñas; 2001:1) En general, muchas de las causas de mortalidad respondían tanto a cuestiones asociadas al control del embarazo y a la atención del parto y del recién nacido,

---

<sup>216</sup> Ministerio de Salud Pública, Provincia de Tucumán; Situación de la mortalidad materno infantil; 2001.



como a la eficiencia de los servicios brindados por el sistema de salud de la provincia, que entonces manifestaba insuficiente disponibilidad de recursos materiales y humanos.

Una de las respuestas a esta problemática fue la constitución de un equipo a nivel interinstitucional con representantes de la UNT, el SIPROSA, las Sociedades de Pediatría y Obstetricia, el Programa Materno Infantil y de Nutrición (PROMIN), las municipalidades y el sector privado, refrendado por un decreto del Ejecutivo. (Nº 1875, 7.8.1997) Su objetivo fue organizar un programa de salud perinatal que abarcaba el diagnóstico, la definición de prioridades, y las estrategias adecuadas para llevarlas a cabo. Un aspecto central fue la realización de estudios epidemiológicos, a partir de los cuales las instituciones intervinientes consensuaron líneas de acción con propuestas de distinto alcance. Estas se orientaban a crear conciencia colectiva sobre el valor de la salud de la madre y el niño; mejorar la calidad de los servicios; desarrollar recursos humanos; unificar registros estadísticos; crear residencias para madres; propiciar leyes que ratifiquen los derechos del niño y la mujer; y desarrollar y apoyar investigaciones.

Como la aplicación de guías de evaluación de la OPS y la OMS demostraron científicamente que los servicios locales del área se encontraban en condiciones críticas, se dio prioridad en 1998 a la remodelación y provisión de equipos e instrumental para la Sala de partos y el Servicio de Neonatología de la Maternidad, con aportes de la Caja Popular de Ahorros. Sin embargo, el impacto de estas mejoras en la calidad de atención de las madres y los niños se vería limitada por el excesivo número de partos que no favorecían un control más efectivo de la morbimortalidad intrahospitalaria en poco tiempo. (Viñas; b) 2001: 4)

En cuanto al desarrollo de recursos humanos se realizaron convenios con la Maternidad Sardá de Buenos Aires para tareas de capacitación; y entre la Facultad de Medicina y el SIPROSA para la creación de una Residencia Universitaria en Neonatología, que fue la primera de nivel universitario en el país. Contaba con un programa para la formación y entrenamiento en enfermería neonatal y se capacitaba en atención primaria a los residentes, que eran aspectos innovadores en tanto permitían a los neonatólogos tener una mirada ampliada de la salud pública. Asimismo, se organizó un seminario para capacitar tanto al personal de estadística provincial y nacional, como a los empleados del sistema de salud y de las oficinas del Registro Civil, a fin de contar con datos de calidad y unificar los registros de salud materno infantiles para una adecuada programación.

También se puso en marcha la construcción de una residencia para albergar a 48 madres en el predio de la Maternidad con el financiamiento de la Fundación Bemberg, destinada a alojar a embarazadas de riesgo o madres de prematuros o de recién nacidos patológicos. La Dra Marta Viñas relata que se

elaboró el proyecto considerando la realidad de *“muchos niños prematuros que tienen que estar mucho tiempo internados; generalmente son de bajos recursos y viven en el interior de la provincia”* frente a lo cual *“surgió la idea de construir un espacio donde pudieran alojarse las madres cerca de sus hijos y además se las educara para tratarlos en el alta y para que mantuvieran la lactancia materna.”* La Residencia, que fue una de las primeras de este tipo construidas en el país, contaba con habitaciones para las madres, baños adecuados, cocina y comedor, que se usaban también como espacios de capacitación, y su habilitación se concretó al poco tiempo. El proyecto mostró una concepción avanzada en el tema de parte de los profesionales que lo impulsaron, en la medida en que concibieron un ámbito que permitiría hacer un uso más eficiente de las camas del establecimiento; contemplar el embarazo de riesgo con cuidados y controles para llegar a buen término; y considerar que los niños prematuros o enfermos evolucionarían mejor al ser estimulados y alimentados por sus madres.

El programa de salud perinatal, vinculado a aspectos complejos como la estructura de la población, las pautas reproductivas, el nivel socioeconómico y cultural, y la accesibilidad a los servicios; se desarrolló en dos años durante los cuales pudieron realizarse algunos trabajos e iniciarse otros, en un contexto de graves dificultades políticas y económicas. Según palabras de una de las médicas involucradas, el proyecto debió adaptarse a la realidad y sus cambios, pero posibilitó *“un espacio de articulación interinstitucional, que favoreció la circulación de información, evitando la superposición de acciones, y buscando el consenso, en una ambiente de absoluta democracia... se estimuló el debate, la reflexión y la generación de ideas, orientando y potenciando la utilización de recursos”*. (Viñas; 2001:6) En medio de la crisis y con datos más que preocupantes de la realidad sanitaria local, su importancia radicó en que se coordinaron ideas y esfuerzos de exponentes del sector público y privado, en particular la Facultad de Medicina de la UNT y las instituciones sanitarias provinciales, para confluir en la necesidad de promover investigaciones y de revertir, en alguna medida, el panorama desolador que presentaba el área de salud neonatal en la provincia.<sup>217</sup>

Además de las falencias propias de los servicios sanitarios, existían otros factores, como la pobreza y las condiciones de vida de la población, que incidían en las altas tasas de mortalidad general e infantil, y sobre los cuales era mucho más difícil influir desde las iniciativas de los profesionales y de las autoridades sanitarias, en tanto dependían de políticas de Estado de mayor alcance. En tal

---

<sup>217</sup> El 8 marzo del 2000, como homenaje al Día internacional de la mujer, fue presentado un proyecto de salud integral de la mujer, que jerarquizaba aspectos de salud reproductiva, pero este fue totalmente modificado y se le dio otro enfoque, más de anticoncepción que de salud integral. (Entrevista a la Dra M.Viñas, autora del proyecto original; diciembre de 2016)

sentido, cobraba centralidad el concepto de las denominadas “enfermedades de la pobreza”, que describe las dolencias predominantes durante la mayor parte de existencia de la humanidad y las distingue de otras asociadas con la riqueza relativa que produjo la industrialización, considerando la pobreza no como causa directa de muerte sino como la principal razón por la cual existen condiciones que desembocan en la enfermedad. (McKeown; 1988). Las patologías sobresalientes en este rubro son las de origen infeccioso, las respiratorias agudas y las diarreas; y otras como el sarampión, la tuberculosis y las intestinales, vinculadas al estado nutricional.

En Tucumán, la relación entre el aumento de la pobreza y la mortalidad infantil fue más marcada en los años 90, y los riesgos de enfermar y morir durante el primer año de vida se vieron condicionados por la estructura socioeconómica de la región; las deficiencias alimentarias; la falta de accesibilidad y de eficiencia de los servicios sanitarios; las condiciones y atención de las madres, entre otros. (Longhi; 2010) Estos elementos incidían en la mayor vulnerabilidad de los niños a las enfermedades infectocontagiosas, por lo cual resultaban fundamentales las políticas de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno orientadas al control del embarazo, del parto y del recién nacido, y que existieran programas de inmunización y atención adecuadas que podrían haber evitado o reducido las defunciones infantiles. Esto fue lo que planteó e intentó el proyecto institucional que antes señalamos, condicionado por la crisis económica en la provincia.

*La desnutrición:* De las causas que incidían en la mortalidad de los niños, además de las patologías infecciosas y respiratorias, un tema que cobró particular importancia a través de la difusión de casos graves en medios periodísticos y su repercusión tanto a nivel nacional como internacional fue el de la desnutrición infantil. Con titulares como “Los chicos del país del hambre” o “Detectan unos 11790 chicos desnutridos en Tucumán”, se visibilizaba el problema de la cuestión alimentaria -que se centró primero en nuestra provincia pero cuya magnitud luego se trasladó a todo el país-; y aunque los informes que salían a la luz no siempre eran totalmente fiables, era innegable que la desnutrición se vinculaba a la pobreza y que la situación de muchas familias determinaba no sólo su imposibilidad de acceder a determinados bienes y servicios sino que influía en el estado de salud de su hijos.

Aunque Tucumán fue conocida como “cuna de la desnutrición” en 2002; en términos espaciales no se encontraba entre los llamados núcleos duros en relación a las provincias del país con mayor número de muertes por desnutrición, que entre 1999 y 2008 fueron Chaco, Salta, Formosa, Misiones, Buenos Aires y Corrientes, con el 75,6% sobre un total de 1981 defunciones. Sin embargo, fue un grave problema en la provincia y otras regiones, y, aunque no llevaba

necesariamente a la muerte, dejaba secuelas en la población infantil que podían afectar sus niveles físicos, cognitivos, psíquicos y afectivos. (Longhi; 2014)

Al respecto, en los 80 se habían implementado, a nivel nacional, dos programas asistenciales: el Programa de Promoción Social Nutricional, a fin de mejorar el nivel nutricional de los niños de edad escolar y preescolar; y el Plan Alimentario Nacional (PAN), destinado a la población con deficiencias alimentarias agudas. Este último consistía en la distribución de cajas con alimentos no perecederos y disminuyó su cobertura y calidad con la hiperinflación de 1989. En los 90 hubo intentos como el Programa Federal de Solidaridad (PROSOL), a cargo del Ministerio de Salud y Acción Social, con recursos insuficientes y concentrados en las provincias más ricas; y el Plan Social, que, entre otros, cubrió un plan de nutrición para grupos vulnerables, pero tuvo efectividad reducida por el bajo presupuesto y la dispersión de recursos en múltiples programas focalizados y de acciones aisladas en el área social. (Belmartino; 2005: 263-265)

*Las enfermedades:* En relación a la preocupación por el aumento de algunas enfermedades en el período, a nivel nacional cobraron importancia las llamadas enfermedades reemergentes, denominación aplicada a patologías que se consideraban superadas, como por ejemplo la tuberculosis, con un incremento a partir de 1991 sobre todo en provincias del NOA, en particular Jujuy y Salta. También se dio la reaparición del cólera, cuyos primeros casos fueron notificados en enero de 1992, se multiplicaron al año siguiente en más de cuatro veces y a partir de entonces se mantuvieron en cifras relativamente bajas. En cuanto al dengue, la Argentina fue declarada libre del mosquito asociado con su transmisión en 1965 y veinte años más tarde se verificó su presencia en Misiones; y en 1995 se notificaron los primeros casos en el sur del país del síndrome pulmonar por hantavirus, enfermedad transmitida por roedores, y más tarde se registraron casos en el norte y en la región centro. (Belmartino; 2009: 321-322)

Los brotes de cólera se produjeron en los meses de verano de los años 1992 y 1993, particularmente en la región del NOE (Salta fue la zona más afectada). En Tucumán se declaró la emergencia sanitaria, y para enfrentar la epidemia se procedió a la limpieza de los canales norte y sur de la ciudad; se habilitaron secciones en hospitales como el Centro de Salud (con espacios para la internación de los pacientes enfermos y para los servicios de hidratación); se difundieron consejos y se adoptaron medidas preventivas -a tono con las acciones coordinadas por la Comisión Nacional de Prevención y Control del cólera-. Como el cólera era el caso de una enfermedad ya controlada, desde círculos políticos y académicos su reaparición se asoció en gran medida a la falta de servicios y a las condiciones ambientales, sobre todo de ciertos núcleos sociales de las provincias más pobres.

Una nota aparecida en el diario “La Nación” el 11 de octubre de 2002 bajo el título “Tucumán: aumentan las enfermedades de la pobreza”, daba cuenta de aquellas enfermedades que acechaban a la población tucumana e iban a la cabeza del “vergonzoso ranking”: las respiratorias, de la piel, la gastroenteritis y la parasitosis, vinculadas con la falta de agua potable y de cloacas, la alimentación deficiente, la contaminación, la dificultad para acceder a centros de salud y la falta de información. La tuberculosis se encontraba entre los males con mayor incremento, y aunque los especialistas señalaban que el sida y la mayor resistencia a las drogas eran dos de los factores de mayor incidencia; desde la cátedra de infecciosas de la Facultad de Medicina de la UNT, se afirmaba que no se podía subestimar el peso de las carencias y de la pobreza de muchos sectores en el aumento de la tuberculosis.

En Tucumán hubo iniciativas frente a patologías específicas como por ejemplo el mal de chagas, con una ley que declaró de carácter prioritario la política sanitaria de prevención, protección, recuperación y rehabilitación de enfermos, a través de un programa que buscaba centralizar la lucha; normatizar comprobaciones clínicas y de laboratorio; colaborar con instituciones científicas que desarrollen tareas de investigación; coordinar acciones con comunas y municipios; y realizar acuerdos con provincias limítrofes. Al contemplar aspectos particulares asociados a la enfermedad, la ley promovía un plan de educación sanitaria y de construcción de viviendas higiénicas; y contemplaba la autorización judicial o el auxilio de la fuerza pública cuando fuera necesario para cumplir las normativas. Serían obligatorios los análisis para determinar infecciones en mujeres gestantes, recién nacidos de madres chagásicas, alumnos de establecimientos educativos, y aspirantes a empleos en la administración pública (sin que sea causa restrictiva de ingreso si no había disminución de capacidad laboral). Se preveía crear comisiones vecinales para vigilancia y para colaborar en la campaña contra el chagas, y acciones para evitar el ingreso de transmisores a la provincia; y los servicios de asistencia médica, farmacia, exámenes, rehabilitación y subsidios para los enfermos. No obstante las normas preventivas, su efectividad debió ser limitada o de medición a largo plazo, si se consideran los datos del área de estadística del SIPROSA, que registró el aumento de casos de chagásicos, de 51 enfermos en 1991 a 288 en 1998, con un descenso a 157 en 2001, variaciones en las que influirían diversos factores de índole socioeconómica.<sup>218</sup>

---

<sup>218</sup> Ley 6349; *Digesto Jurídico*, cit. 1992. Otras enfermedades que registraron aumentos significativos fueron las infecciosas respiratorias agudas, de 114.784 casos en 1998 a 200.043; la neumonía, de 909 casos en 1991 a 2.277 en 1998 y 3.175 en 2001, y la hepatitis, de 567 casos en 1991 a 1660 en 2001. *Anuario Estadístico 2004-2005*. Principales enfermedades epidemiológicas notificadas entre 1991-2005.

De las patologías emergentes se destaca el SIDA, donde los primeros casos notificados se dieron en 1982 y alcanzaron el pico más alto en 1996; y cuya presencia implicó en la provincia, como ya señalamos anteriormente, una ley para prevenir y enfrentar la enfermedad. Sin embargo, aunque desde 1997 la terapia antirretroviral demostró su alta eficacia y disminuyeron los afectados, de acuerdo a datos del Boletín sobre el sida en la Argentina del Ministerio de Salud de la Nación (año 2003), Tucumán se encontraba en el 2001 entre las provincias con tasa de mayor incidencia junto con Buenos Aires, Tierra del Fuego y CABA, situación que podría vincularse a los diferentes mecanismos de transmisión y al dispar grado de desarrollo de las estrategias de prevención.

*Niñez; discapacidad:* Si en muchos de los aspectos de la administración sanitaria hubo marcados retrocesos, también hubo avances en materia legislativa que se concretaron en proyectos como los vinculados a la prevención de enfermedades de los niños y a la problemática de la discapacidad; cuyas proyecciones y alcances resultan difíciles de medir (algunos sujetos a evaluación futura, a medida que se fueron recuperando las capacidades estatales), pero que sin duda constituyeron importantes iniciativas en el ámbito de la salud pública.

En cuanto a la salud los niños, se organizó en 1986 un programa de detección masiva de enfermedades del sistema nervioso, que establecía la obligatoriedad de la detección con la finalidad de un diagnóstico precoz de todo tipo de anomalía del sistema nervioso y metabólico de los recién nacidos y su consecuente tratamiento (se incluían el hipotiroidismo congénito, la fenilcetonuria y la enfermedad fibroquística). Quedaban sujetos a las disposiciones legales los servicios hospitalarios públicos, obras sociales estatales o privadas, clínicas y sanatorios privados, y los médicos, obstetras y parteras que asistieran al nacimiento o atendieran a los recién nacidos; y se acordaba con la UNT su asesoramiento para aprovechar los recursos humanos, ambientes físicos, material e instrumental con que contaban los entes oficiales.<sup>219</sup> Esta legislación tuvo su correlato con otra más amplia del año 1993, que estableció el diagnóstico precoz integral para recién nacidos, sin considerar solamente las posibles patologías del sistema nervioso.

Un hecho trascendente en los años 80 fue el lanzamiento de la “leche bio” (leche fermentada bioterapéutica), resultado de una investigación que, en palabras de su creador, el doctor Guillermo Oliver, nació como un desafío de los médicos del Hospital del Niño Jesús, cuando la desnutrición era una endemia y la mortandad era superior al 20 por mil: *“Después de cinco años en el laboratorio pusimos a punto un alimento que podía curar la diarrea y al mismo tiempo curar la*

---

<sup>219</sup> Ley N° 5769; *Digesto Jurídico*; cit. 1986.

*desnutrición. Así, diarreas que tenían más de un años de duración, se curaban en 15 días”.*<sup>220</sup>

Por otra parte, en plena crisis se creó en el año 2000 el Programa alimentario “Copa de leche” con el objetivo de mejorar la calidad de la alimentación de la niñez y asistir a los sectores más desprotegidos, iniciativa que además tuvo un fin económico, al buscar proteger la actividad lechera de la provincia y a sus productores, promoviendo lo que se llamó el “Compre tucumano”. (ley 7002) También se creó el Consejo de vigilancia de acciones en salud materno infantil (CONVIDAS) en 2002, que estaría integrado por representantes del SIPROSA, el Consejo Provincial de la Mujer, el Ministerio de Educación; la Sociedad de Pediatría, la Sociedad de Ginecología y Obstetricia y la Facultad de Medicina de la UNT, cuyas funciones eran identificar las necesidades y coordinar las acciones para la atención de la salud de la población materno infantil.

El tema de la discapacidad se abordó en 1994 a través de la creación de un Centro de estimulación temprana para niños con riesgos de discapacidad de cero a cuatro años, que dependería del Consejo de Educación de la Provincia en coordinación con las áreas de salud y bienestar social; y de la Escuela especial “Elena Adams Keller” (escritora estadounidense, que había quedado ciega y sorda a causa de una enfermedad) en Ranchillos, Departamento Cruz Alta, destinada a niños discapacitados físicos y mentales, también dependiente de la esfera de educación. En ambos casos, los gastos que demandaron se cubrieron con partidas específicas fijadas en el presupuesto general de gastos para la administración provincial.<sup>221</sup>

Otro hito importante en relación a la problemática fue la adhesión en 1993 a la ley nacional (sancionada en 1981), de Sistema de Protección Integral de las personas discapacitadas, que supuso el establecimiento de programas especiales, la creación de talleres terapéuticos, y normas de ingreso y formación del personal docente y de profesionales especializados, a través del área de educación. (Ley 6504; 1993) A nivel nacional en 1997 se actualizó la ley que reglamentó el Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a personas con discapacidad (ley 24901), y Tucumán en el mismo año aprobó su

---

<sup>220</sup> El Dr en Química Guillermo Oliver (1927-2013) fundó el Centro de Referencia de Lactobacilos (CERELA) de la UNT y después de muchos años de investigación logró aislar un lactobacilo que, como “leche bio”, el CONICET y Sancor lanzaron al mercado y trascendió las fronteras del país. (www.Ciencia Argentina en la vidriera; 2013)

<sup>221</sup> Leyes N° 6318 (año 1991); N° 6560 (año 1994); y N° 6358 (año 1992). *Digesto Jurídico*; cit.

propia legislación con criterios más precisos en cuanto a las acciones de prevención, asistencia, promoción y protección de las mismas. (ley 6830)

La nueva ley estableció el régimen de protección integral en favor de las personas con discapacidad, a través del carácter obligatorio de la cobertura por parte de las obras sociales y del Estado para quienes padecieran una alteración funcional permanente o prolongada; motora, sensorial o mental que en relación a su edad y medio social implicara desventajas en su integración social, educacional y laboral. El organismo de aplicación sería un Consejo Provincial para la Integración de Persona con Capacidades Diferentes, quien coordinaría las acciones y certificaría en cada caso el grado de discapacidad y las posibilidades de rehabilitación. Se diferenciaban las prestaciones de tipo preventivo (desde el momento de la concepción, con controles y tratamientos); de rehabilitación (con el uso de metodologías y técnicas específicas en los hospitales y la creación de talleres terapéuticos); educativas (facilitar ingreso en establecimientos, promover formación de personal especializado); asistenciales (referidas al hábitat, a la alimentación); y complementarias (régimen diferencial en el transporte público, subsidios).

Acerca de la problemática de la discapacidad, la Organización Mundial de la Salud señalaba entonces que tanto en Argentina como en el mundo, entre un 7 y un 10% de la población poseía alguna forma de discapacidad, y la tasa de desocupación en esa franja de habitantes era cuatro veces mayor al promedio general. El país no contaba con estadísticas oficiales sobre discapacidad desde la realización del censo de 1960 y a pesar de las normas introducidas eran pocos los prestadores que tenían planes de atención; muchos planteaban resistencias a la hora de cubrir las prestaciones; e incluso a veces ni siquiera eran percibidas por los beneficiarios como un derecho a reclamar. La legislación en este tema constituyó entonces un significativo avance y un aporte en relación a un amplio colectivo de ciudadanos que eran prácticamente ignorados por el sistema de seguridad social y más aún por las empresas de medicina privada.

En suma, en el contexto analizado, donde predominó el deterioro del sistema sanitario, resulta importante recordar que hasta la década del 40 las defensas ante enfermedades y epidemias eran poco consistentes; y que desde esos años el descenso de la incidencia de enfermedades infecciosas y parasitarias estuvo asociado no sólo al uso de antibióticos y de vacunas eficaces, sino que fue posible por los planes sanitarios implementados y por las mejoras asociadas al desarrollo económico. Esta tendencia se revirtió desde mediados de los años 70 y tuvo su pico más alto en los 90, cuando se incrementaron las



muertes ocasionadas por deficiencias en la nutrición y las anomalías congénitas, relacionadas con las variables socioeconómicas y la crisis del sector público, con su estructura sanitaria en muchos casos desbordada.

No puede soslayarse que un elemento clave en este proceso fue el retroceso de los indicadores de redistribución del ingreso y la evolución del mercado de trabajo; en una tendencia regresiva que generó un aumento de la pobreza y que determinó que muchos sectores acudieran a los servicios oficiales de salud. En Tucumán, en el período enmarcado entre el golpe militar de 1976 y la crisis del año 2001, caracterizado por los años de la dictadura y la recuperación de la democracia; el sistema público de salud –reformado a través de la creación del SIPROSA- sufrió los efectos de las contingencias políticas y económicas, y tuvo que afrontar graves dificultades relativas, entre otras, al funcionamiento de los hospitales; los conflictos entre los diferentes actores involucrados; el papel de las obras sociales; y el aumento de ciertas enfermedades.

## CONSIDERACIONES FINALES

A lo largo de las páginas de este libro intentamos reconstruir las políticas de salud en la provincia de Tucumán a lo largo de dos siglos en sus diferentes contextos políticos, económicos y sociales.

La conformación del Estado a partir de la segunda mitad del siglo XIX fue el momento donde las preocupaciones por las cuestiones de salud ocuparon un lugar diferente en la agenda pública, vinculadas a los brotes epidémicos, el peligro de contagio, el clima de ideas y a otros problemas sociales de amplios sectores de la población. Los primeros pasos en materia sanitaria confluyeron en la creación de instituciones (administrativas y para la atención de los enfermos) y a partir del “descubrimiento” de la salud como problema social se fue forjando la idea de la salud como cuestión pública y como responsabilidad del Estado, pasaje que presentó fronteras a veces difusas entre el rol de los poderes públicos y la beneficencia, como se vio en el caso de los hospitales y en situaciones de emergencia cuando participaban también sectores de la sociedad civil.

Las nuevas instituciones y el abordaje de nuevas problemáticas en las primeras décadas del siglo XX significaron una mayor asignación de recursos y de personal para aplicar métodos, más o menos eficaces, para el cuidado de la salud, aunque los avances estuvieron condicionados porque el presupuesto era insuficiente y por la falta de un aparato estatal sólido y eficiente. Con la premisa de combinar la asistencia sanitaria y social, las iniciativas contemplaron a sectores vulnerables, mujeres, niños y trabajadores; y, si bien en muchos aspectos no hubo cambios sustanciales, se perfilaron lineamientos que darán paso a modificaciones más profundas respecto al rol del Estado en la salud en las décadas siguientes.

En la etapa del primer peronismo, y en el marco de una política de ampliación de derechos y “democratización del bienestar”, la concepción de la salud como un derecho ciudadano significó la expansión de la oferta de servicios para el conjunto de habitantes. A través del objetivo de centralización en la administración sanitaria hubo importantes cambios institucionales, se construyeron nuevos centros de asistencia médica y se dieron importantes avances en materia de prevención y promoción de la salud, aunque con limitaciones relacionadas a los problemas de coordinación nacional y local y a la complejidad misma inherente al sistema.

Más allá de las rupturas y cambios respecto a los años peronistas, en las décadas del 50 y 60 primó el legado de la salud pública como responsabilidad estatal, y las políticas tendieron a mantener y extender, con distinta impronta según los gobiernos, los diferentes servicios sanitarios. Estos no pudieron sin embargo escapar a los efectos de la crisis económica que azotó la provincia a

fin del 60 por el cierre de ingenios azucareros, en tiempos de inestabilidad política y conflictos sociales, y el deterioro del sector público se fue potenciando. No obstante, hubo avances institucionales y preocupaciones, como la salud materno infantil, que encontraron eco en los poderes públicos; a la vez que veían la luz y se expandían nuevas especialidades médicas, en consonancia con la afirmación del campo profesional, en particular afianzado a partir de la creación de la Facultad de Medicina en el ámbito de la UNT.

La irrupción de la dictadura en 1976 marca el comienzo del desmantelamiento de las políticas de intervención estatal en la economía y su traslado a la esfera social, donde la salud se vio afectada; y aunque en los 80 se trató de sostener y de recuperar el sistema, se agudizaron los déficits en un contexto de profundas dificultades económicas. Esta realidad propició las posteriores reformas estructurales de los años 90, cuando la salud fue vista como un costo que había que reducir y las inversiones nacionales disminuyeron, apelándose a acciones compensatorias.

Las últimas décadas del siglo XX fueron entonces particularmente complejas. Tanto la esfera de la administración sanitaria como los hospitales y las obras sociales reflejaron el retroceso de la salud como bien colectivo, vinculado al impacto de las políticas neoliberales en el sistema público. Se registró la reaparición de patologías que sufrieron muchos pobladores (como la tuberculosis o el mal de chagas, que remiten a épocas lejanas), que en gran medida se relacionaron con la pobreza y con las condiciones materiales de vida. A pesar de todo, en la misma contingencia, se sostuvieron servicios esenciales y junto a proyectos trunco hubo otros que prosperaron, como los relativos a enfermedades emergentes como el sida, y avances como la ley de discapacidad, que sí implicaron la ampliación de los derechos de los enfermos.

Al constituir la salud pública un campo que posee una doble dimensión (científica, en tanto espacio de producción y transmisión de conocimiento; y política, en la medida en que requiere del accionar de los poderes públicos), a través del recorrido por las distintas etapas observamos los cambios en las concepciones sobre la salud-enfermedad y la gravitación de los actores. No pueden soslayarse las trayectorias de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares, trabajadores sanitarios en general (que hicieron posible el funcionamiento de los servicios en cada establecimiento); funcionarios (que apoyaron y consiguieron el financiamiento); miembros de instituciones oficiales y asociaciones particulares. En una diversidad de espacios se entrecruzaron sus itinerarios personales; sus experiencias en el ejercicio público y privado; sus conexiones políticas, y fueron quienes intentaron -aún en épocas críticas-, dar respuesta a los problemas de

salud como gestores de campañas sanitarias; asumiendo funciones en los centros de atención; o realizando contribuciones en el campo profesional.

Asimismo, fue constante la complementación de prácticas y demandas y de disputas intrínsecas a cada espacio, como se vio en los casos de recurrencia del curanderismo y afirmación de los médicos; en los debates y proyectos legislativos y en las resistencias que a veces generaron; o en los pedidos de mayor presupuesto y los reclamos de los trabajadores, entre otros.

Aunque nuestro estudio da cuenta de las políticas sanitarias hasta los inicios del siglo XXI, consideramos necesario extender la mirada -a modo de cierre- a los años posteriores, cuando el tránsito de la crisis a la recuperación económica en Argentina, permitió también la recuperación de un acceso más equitativo a la salud. Los signos positivos de la evolución del empleo y la disminución de la tasa de desocupación, en un contexto de mejoras macroeconómicas, posibilitaron un aumento de las inversiones en salud pública, que, junto a otras preocupaciones sociales, se asociaron a las “viejas bondades del Estado benefactor” (Suriano; 2007:93)

A partir de una nueva reformulación del rol del Estado hubo acciones orientadas a reconstruir el sistema sanitario, con mayor presupuesto nacional destinado a programas que se implementaron en la provincia, como el Programa Remediar (desde 2002, que contuvo medicamentos genéricos que alcanzaron a más de 15 millones de usuarios en el país); el Plan Nacer, encuadrado en el Plan Federal de Salud (luego ampliado con el Plan Sumar para controles y atención de la salud de la niñez en etapa escolar y en la adolescencia y de salud integral de la mujer); los planes de vacunación; o los aportes de recursos para enfermedades graves (como el sida o la tuberculosis). Algunas de las iniciativas locales contemplaron la prevención de patologías y las mejoras en la gestión hospitalaria, además de obras como el nuevo Servicio de Neonatología del Instituto de Maternidad; el equipamiento del Servicio de Cardiología del Centro de Salud; y las reformas en los hospitales Padilla y de Niños; financiados con fondos nacionales y provinciales. En relación a los resultados, autoridades del área destacaron el apoyo económico nacional para apuntalar la estructura sanitaria, que registró mejoras en sus indicadores y prestaciones.<sup>222</sup> Sin embargo, las desigualdades en la atención médica, más visibles tal vez entre la Capital y las localidades del interior –hay hospitales en Concepción, Aguilares o Tafí del Valle pero la mayoría

---

<sup>222</sup> Los datos aportados reflejaron, por ejemplo: una disminución de la mortalidad infantil de un 25 por mil a un 13 por mil; la certificación de la OMS de Tucumán como provincia libre de Chagas; el aumento de los Centros de Atención Primaria; el crecimiento de personal (de 6000 a 17.800 empleados); la concreción de obras de infraestructura y la incorporación de tecnología; la construcción de cuatro nuevos hospitales; etc. (Yedlin; 2015: 6-10). *Memorias Anuales; Ministerio de Salud Pública de Tucumán; 2004; 2010, 2012 y 2013.*

sólo cuenta con un Centro de Atención Primaria de la Salud- obligan a reflexionar acerca de los problemas de distribución de servicios, las situaciones de postergación de muchos habitantes y los beneficios y las obras que faltan.

En tal sentido, como sabemos que las políticas públicas están en permanente construcción y nunca el recorrido está terminado, para concluir queremos destacar el significado y la importancia de explicar y entender procesos del pasado que posibilitan un desplazamiento hacia el presente, y permiten develar indicios y elementos necesarios para encarar nuevas acciones y desafíos y saldar deudas pendientes en el cuidado de la salud de la población tucumana.



## ANEXO

### INSTITUCIONES SANITARIAS EN TUCUMÁN. SIGLOS XIX-XX

Año	Administración Sanitaria	Organismos anexos	Dependencia
1863	Tribunal de Medicina (1° institución de salud)		Provincial, 1868 pasa a la órbita Municipal
1887	Consejo de Higiene Pública		Provincial
1899		Oficina Química	Provincial
1902	Asistencia Pública		Municipal
1906		Laboratorio de Bacteriología	Provincial
1910		Instituto de Microbiología	Provincial
1927		Sección de Protección a la Infancia	Municipal, en 1933 pasa a órbita Provincial.
1937	Dirección General de Paludismo		Nacional
1943	Dirección de Sanidad Provincial (reemplaza al Consejo de Higiene)		Provincial
1946	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social		Provincial
1948	Delegación Regional de Salud Pública		Nacional
1966	Secretaría de Salud Pública		Ministerio de Bienestar Social de la Provincia
1958		Consejos Mixtos de Salud Pública	Provincial
1984	SIPROSA		Provincial

### Hospitales Públicos de Tucumán. Siglos XIX-XX

Año	Hospitales	Servicios anexos	Dependencia
1800-1860	Hospitales temporarios, (vinculados a la guerra)		Múltiple
1870	Hospital de Caridad u Hospital de Hombres		Sociedad de Beneficencia
1874	Hospital de Mujeres		Municipal
1883	Hospital Mixto		Municipal
1885		Sala de Maternidad	Municipal
1899	Hospital del Niño Jesús		Sociedad de Beneficencia
1870	Hospital Lamadrid		Municipio de Monteros y Sociedad de Beneficencia
1900	Hospital San Miguel, luego Zenón Santillán (mujeres)		Municipal
1910	Hospital de Aislamiento		Provincial
1912	Hospital Mixto, luego Hospital Ángel Padilla (varones)		Municipal
1919	Hospital de Chicligasta (Concepción)		Provincial
1937	Hospital Nuestra Señora del Carmen		Provincial
1937	Hospital El Bracho (Cruz Alta)		Provincial
1937	Hospital Santa Rosa (Leales)		Provincial
1937	Hospital de Villa Alberdi (Juan Bautista Alberdi)		Provincial
1937	Hospital de Trancas		Provincial



1940	Hospital Avellaneda		Provincial
1943	Hospital Ángel Padilla		Pasa a órbita Provincial
1943	Hospital Zenón Santillán		Pasa a órbita Provincial
1947		Pabellón de Lactantes en el Hospital de Niños	Sociedad de Beneficencia
1948	Hospital del Niño Jesús		Pasa a órbita Provincial
1948		Grupo Quirúrgico (Hospital Zenón Santillán)	Provincial
1948		Grupo Operatorio y Sala de Cirugía (Hospital de Concepción)	Provincial
1948		Departamento de Transfusión y Plasmoterapia (Hospital Zenón Santillán)	Provincial
1948	Hospital del Ingenio Nuñorco		Provincial
	Hospital del Ingenio Marapa		Provincial
1949		Maternidad Hospital de Trancas	Provincial
1949		Sala de Cirugía (Hospital de Monteros)	Provincial
1949		Pabellón de Cirugía (Hospital Padilla)	Provincial
1950		Maternidad Hospital El Bracho	Provincial

## BIBLIOGRAFÍA

Aceñolaza, Florencio Gilberto (1993): *Descole, una pasión universitaria. Reseña biográfica del Dr. Horacio Raúl Descole*, edición del autor, San Miguel de Tucumán.

Andrenacci, Luciano; Falappa, Fernando y Lvovich, Daniel (2004): "Acerca del Estado de Bienestar en el Peronismo Clásico (1943-1955)", Bertranou, Julián; Palacio, Juan Manuel y Serrano, Gerardo M. (Comps.): *En el país del no me Acuerdo. (Des) memoria institucional e historia de la política social en la Argentina*, Prometeo; Buenos Aires.

Aráoz Alfaro, Gregorio (1929): *El libro de las madres*, Cabaut y Cia Editores, Buenos Aires.

Aráoz Alfaro, Gregorio (1935): "La protección a la maternidad y la infancia y el proyecto del senador Chueca", *Sociedad Sarmiento*, Imp. Wuscovi y Cia., Tucumán.

Aráoz, Benjamín (1887): *El cólera en las provincias del norte (1886-1887)*. Informes de la comisión de Salud Pública, Imprenta de La Tribuna Nacional, Buenos Aires.

Álvarez, Adriana (1999): "Hacia un balance historiográfico de la salud pública, las pestes y las enfermedades en la Argentina de los siglos XIX y XX", *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, V. 26, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Álvarez, Adriana; Molinari, Irene y Reynoso, Daniel (eds.) (2004): *Historia de enfermedades, salud y medicina en la Argentina del siglo XIX y XX*, Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata.

Álvarez, Adriana (2010): *Entre muerte y mosquitos. El regreso de las plagas en la Argentina (siglos XIX y XX)*, Editorial Biblos, Buenos Aires.

Álvarez, Adriana (2012): "La aparición del cólera en Buenos Aires (Argentina), 1865-1996"; *Revista de Historia Regional y local*, HISTOReLO V. IV, Nº 8; Universidad Nacional de Colombia.

Armus, Diego (1984): "Enfermedad, ambiente urbano e higiene social. Rosario entre fines del siglo XIX y comienzos el XX", *Sectores populares y vida urbana*, CLACSO, Buenos Aires.

Armus, Diego (comp.) (1990): *Mundo urbano y cultura popular. Ensayos de historia social argentina*, Sudamericana, Buenos Aires.

Armus, Diego (2000): "El descubrimiento de la enfermedad como problema social"; Lobato, Mirta (ed.), *Nueva Historia Argentina. El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*, Sudamericana, Buenos Aires.

Armus, Diego (2001): "Cuando los enfermos hacen huelga. Argentina, 1900-1940", *Estudios Sociales*, N° 20, Revista Universitaria Semestral, Año XI, UNL, Santa Fe.

Armus, Diego (ed.) (2002): *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*, Grupo Editorial Norma, Buenos Aires.

Armus, Diego (2005): "Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna", en Armus, Diego (comp.), *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*, Lugar Editorial, Buenos Aires.

Armus, Diego (2007): *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*, Edhasa, Buenos Aires.

Armus, Diego (2010): "¿Qué es la historia de la salud y la enfermedad?", *Salud Colectiva*, 6 (1), Buenos Aires.

Ávila, Julio P. (1904): "Medios prácticos para mejorar la situación de las clases obreras", en Manuel Pérez (Ed.), *Tucumán Intelectual. Producción de los miembros de la Sociedad Sarmiento*, Tucumán.

Baldrich, Alberto; Héctor Bernardo y Adolfo Silenzi de Stagni (1943): *La Revolución en Tucumán. Discursos pronunciados el día 24 de Agosto de 1943 al asumir los cargos*, Publicación Oficial, Tucumán.

Belmartino, Susana (1987): *Instituciones de salud en la Argentina liberal. Desarrollo y crisis*, Secretaría de Ciencia y Técnica, Buenos Aires.

Belmartino, Susana (2005): *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*, Siglo XXI editores, Buenos Aires.

Belmartino, Susana (2005): "Crisis y reformulación de las políticas sociales"; Suriano, Juan (Director) *Nueva Historia Argentina, Dictadura y democracia (1976-2001)*; T. 10; Ed. Sudamericana; Buenos Aires.

Belmartino, Susana (2005): "La salud pública bajo regulación del poder corporativo (1976-2001)", Suriano, Juan (Director) *Nueva Historia Argentina, Dictadura y democracia (1976-2001)*; T. 10; Ed. Sudamericana; Buenos Aires.

Belmartino, Susana (2007): "Los servicios de atención médica: Un legado histórico de fragmentación y heterogeneidad"; Torrado, Susana (comp.) *Una historia social del siglo XX. Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario*; T. II; EDHASA.

Bellini, Claudio y Korol, Juan Carlos (2012): *Historia económica de la Argentina en el siglo XX*; Siglo XXI Editores, Buenos Aires.

Bernabeu Mestre, Joseph (1995): "Enfermedad y Población. Introducción a los problemas y métodos de la epidemiología histórica"; *Seminariid' Estudis sobre la Ciència*, Valencia.

Berrotarán, Patricia (2003): *Del Plan a la planificación, el estado durante la época peronista*, Imago Mundi, Buenos Aires.

Bertranou, Julián; Palacio, Juan M.; Serrano, Gerardo (comp.) (2004): *En el país del no me acuerdo. (Des) memoria institucional e historia de la política social en la Argentina*, Prometeo, Buenos Aires.

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

Biernat, Carolina, Cerdá, Juan M. y Ramacciotti, Karina (2015): *La salud pública y la enfermería en la Argentina*; Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires.

Bohoslavsky, Ernesto (2005): "La incurable desidia y la ciega imprevisión argentinas. Notas sobre el Estado, 1880-1930", en Vilas, Carlos et al., *Estado y política en la Argentina actual*, Universidad Nacional de General Sarmiento/Prometeo, Buenos Aires.

Bolsi, Alfredo y Ortiz D'Arterio, Patricia (2001): *Población y azúcar en el noroeste argentino. Mortalidad infantil y transición demográfica durante el siglo XX*, Instituto de Estudios Geográficos, Facultad de Filosofía y Letras, UNT, Tucumán.

Bousquet, Alfredo y otros (1882): *Memoria histórica y descriptiva de la provincia de Tucumán*, Ed. Biedma, Buenos Aires.

Bravo, María Celia (2004): "Liberales, socialistas, Iglesia y patronos frente a la situación de los trabajadores en Tucumán", Suriano, Juan (comp), *La Cuestión social en Argentina, 1870-1943*, Edit. La Colmena, Buenos Aires.

Bravo, María Celia (1999/2000): "Poder provincial, dinámica regional y Estado Nacional. El norte argentino entre 1852-1880", *Travesía*, N° 3, Tucumán.

Bravo, María Celia y Vaca, Yolanda (2006): "Reforma, Región y el concepto de universidad integral durante los rectorados de Julio Prebisch", Aceñolaza, Florencio G. *Actas del 1° Congreso sobre Historia de la Universidad*, UNT, Tucumán, pp. 465-475.

Burmeister, Germán (1916): *Descripción de Tucumán*, Ed. Coni Hnos, Buenos Aires.

Campi, Daniel (1999): "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: 1870-1930, T. II, Ed. Taurus, Buenos Aires.

Campi, Daniel (2005): "Comentario de Julio P. Ávila: Medios prácticos para mejorar la situación de las clases obreras, 1892", *Estudios del Trabajo* N° 30, Buenos Aires.

Campi, Daniel (2009): "Contrastes cotidianos. Los ingenios del norte argentino como complejos socioculturales, 1870-1930, *Varia Historia*, vol. 25, n° 41, Belo Horizonte, Brasil.

Carbonetti, Adrián (2004): "La conformación del sistema sanitario de la Argentina. El caso de la provincia de Córdoba, 1880-1926"; *Dynamis*, N° 25, Granada, España.

Carbonetti, Adrián y González Leandri, Ricardo (eds.) (2008): *Historias de la salud y enfermedad en América latina, siglos XIX y XX*, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.

Carbonetti, Adrián y Peranovich, Andrés (2007): "La mortalidad infantil en la ciudad de Córdoba entre principios y mediados del siglo XX", Carbonetti A. (compilador) *Historias de enfermedad en Córdoba desde la colonia hasta el siglo XX*, Universidad Nacional de Córdoba, CEA, Córdoba.

Carter, Eric D. (2010): "Paludismo, sociedad y medio ambiente en el Noroeste argentino a principios del siglo veinte", *Travesía*, N° 12, Instituto de Estudios Socioeconómicos, Facultad de Ciencias Económicas, UNT, Tucumán.

Cartwright, Frederick (2005): *Grandes pestes de la Historia*, Editorial El Ateneo, Buenos Aires.

Castel Robert (1999): *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*, Paidós, Buenos Aires.

Castel, Robert (2004): *Las trampas de la exclusión. Trabajo y utilidad social*, Ed. Topia, Buenos Aires.

Centrángolo, Oscar et al (2011): *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros y desafíos futuros*; CEPAL, Buenos Aires.

Cerdá, Juan Manuel y Ramacciotti, Karina (2015): "Desarrollo y participación comunitaria en las décadas de 1960 y 1970", Biernat, C., Cerdá. J.M. y Ramacciotti, K. (directores), *La salud pública y la enfermería en la Argentina*, Ed. Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires.

Cerdá, Juan Manuel y Ramacciotti, Karina (2015): "Las políticas de salud en la década de 1990", Biernat, C, Cerdá. J.M. y Ramacciotti, K (directores), *La salud pública y la enfermería en la Argentina*, Ed. Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires.

Cipolla, Marco (1993): *Contra un enemigo mortal e invisible*, Crítica, Barcelona.

Correa, Alejandra (2000): "Parir es morir un poco", Gil Lozano Fernanda, Pita, Valeria, Ini, María G. (directoras), *Historia de las mujeres en la Argentina*, T. I, Colonia y siglo XIX, Taurus, Buenos Aires.

Cueto, Marcos (2005): "Instituciones sanitarias y poder en América Latina", en *DYNAMIS*, N° 25.

Cuezzo, Susana (2000): *A cien años del Hospital Zenón J. Santillán*; Ed. Colegio Médico, Tucumán.

Dalma, Juan (1954): *Historia de la Facultad de Medicina de Tucumán*, Fundación Miguel Lillo, Centro de Estudios "Juan Dalma", Tucumán.

Daniel, Alberto y De Marco, Luis S. (1958): "Malformación sexual congénita femenina. Consideraciones médico legales y clínico quirúrgicas"; *Revista de la Facultad de Medicina*, V. I, Nº 1 y 2, UNT, Tucumán.

Daniel, Claudia (2012): "Contar para curar: estadísticas y comunidad médica en Argentina, 1880-1940", *História, Ciências, Saúde, Manginhos*, V. 19, Río de Janeiro.

De Marco, Simón (2004): "Recuerdos"; Olaya, Luis O. (coordinador), *Cartas médicas y noticias del arte de curar*, Facultad de Medicina, UNT, Tucumán.

Díaz Ricci, Sergio (2006): "Breve Historia Constitucional de Tucumán", *Revista El Derecho*, Suplemento Derecho Constitucional, Nº 11.614, Año XLIV, Tucumán.

Di Liscia, María Herminia y Maristany, José (eds.) (1997): *Mujeres y Estado en la Argentina. Educación, salud y beneficencia*, Biblos, Buenos Aires.

Di Liscia, María Silvia (2003): *Saberes, terapias y prácticas médicas en Argentina (1750-1910)*, Biblioteca de Historia de América, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid.

Di Liscia, María Silvia y Bohoslavsky, Ernesto (eds.) (2005): *Instituciones y formas de control social en América Latina, 1840-1940. Una revisión*; Prometeo, Buenos Aires.

Di Liscia, María Silvia (2005): "Sobre bocio, cretinismo e inferioridad (Argentina, 1870-1920)", Agostoni, Claudia y Speckman, Elisa (Editoras), *De normas y transgresiones. Enfermedad y crimen en América Latina, 1850-1950*, Univ. Nac. Autónoma de México, México.

Di Liscia, María Silvia (2008): "Reflexiones sobre la 'nueva historia social' de la salud y la enfermedad en Argentina", en Carbonetti, Adrián y González Leandri, Ricardo (eds.), *Historias de la salud y enfermedad en América latina, siglos XIX y XX*, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.

Di Liscia, María Silvia (2011): "Marcados en la piel: vacunación y viruela en Argentina (1870-1910)", *Ciencia y Saúde Coletiva*, V. 16, Nº 2, Río de Janeiro.

Di Liscia, María Silvia (2014): "Renovación de la historia sobre instituciones, profesionales y salud"; Biernat, Carolina y Ramacciotti, Karina (editoras), *Historia de la salud y la enfermedad. Bajo la lupa de las Ciencias Sociales*; Editorial Biblos, Buenos Aires.

Di Stefano Roberto, Sábato Hilda, Romero L. Alberto, Momo J. Luis (2002): *De las Cofradías a las organizaciones de la Sociedad Civil. Historia de la iniciativa asociativa en la Argentina. 1776 -1990*, Gadis, Buenos Aires.

Donzelot, Jacques (2008): *La policía de las familias*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.

Duby, George (1997): "El ejercicio de la libertad"; *Sociología 20*, Universidad Autónoma Latinoamericana, Facultad de Sociología; Medellín; Colombia.

Eraso, Yolanda (2001): "Ni parteras ni médicos: obstetras. Especialización médica y medicalización del parto en la primera mitad del siglo XX", *Anuario de la Escuela de Historia*, Nº 1, Córdoba.

Faccia, Karina Alicia (2015): "Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la enfermería (1955-2011), Biernat, C, Cerdá. J.M. y Ramacciotti, K (directores), *La salud pública y la enfermería en la Argentina*, Ed. Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires.

Fernández María Estela, Landaburu, Alejandra y Macías, Flavia (1998): "Esfera pública, moralidad y mujeres de la élite. Sociedad de Beneficencia en Tucumán (1860 – 1920)", *Temas de Mujeres. Perspectivas de Género*, C.E.H.I.M. Facultad de Filosofía y Letras, UNT. Tucumán.

Fernández María Estela (2004): "Salud y condiciones de vida. Iniciativas estatales y privadas en Tucumán, fines del siglo XIX y comienzos del XX", Álvarez A, Molinari I, Reynoso (Editores), *Historias de enfermedades, salud y medicina. En la Argentina del siglo XIX-XX*, UNdMP, Mar del Plata.

Fernández, María Estela y Landaburu, Alejandra (2006): "El proceso de construcción de la política social en Tucumán entre fines del siglo XIX y principios del XX"; comunicación presentada en el 52º Congreso de Americanistas, Sevilla.

Fernández, María Estela y Parolo, María Paula (2008): "Controles, manifestaciones y límites en el "arte de curar" en Tucumán durante el siglo XIX", Carbonetti, A. y González Leandri, R., *Historia de salud y enfermedades en América Latina, siglos XIX y XX*, U.N. de Córdoba, CEA, Córdoba.

Fernández, María Estela (2008): "Proyectos y ensayos sanitarios: el mundo rural en Tucumán en las primeras décadas del siglo XX", ponencia presentada a las XXI Jornadas de Historia Económica, Universidad Nacional de Tres de Febrero, Caseros, Buenos Aires.

Fernández, María Estela (2010): "Salud y alimentación: controles estatales en Tucumán entre fines del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX", Olaya Luis (dir.) *Alimentos y comidas en el NOA, un enfoque antropológico*, Facultad de Medicina, UNT, Tucumán.

Fernández, María Estela (2010): “Mujeres “infelices” y niños “desvalidos” en el escenario de la salud. Tucumán, fines del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX”; *Padecimientos en grupos vulnerables del interior de Argentina. Procesos históricos y actuales de salud, enfermedad y atención*; Universidad Nacional de Córdoba, CEA, Córdoba.

Fernández, María Estela (2012): “Salud y políticas públicas en el Tucumán del entresiglo, 1880-1916”, *Tesis Doctoral* (inédita), Facultad de Filosofía y Letras, UNT.

Fernández, María Estela (2013): “Las instituciones sanitarias en Tucumán, Argentina (fines del siglo XIX y comienzos del XX); *Cuadernos Médico Sociales*, Vol. 53, Nº 2; Colegio Médico de Chile, Chile.

Fernández, María Estela (2014); “Salud y políticas públicas en Tucumán. Las iniciativas sanitarias en el mundo rural en las primeras décadas del siglo XX”; Carbonetti, Adrián y Alvarez, Adriana (compiladores), *Fragmentos de la historia de la salud en la Argentina rural*; EDUVIN, Villa María, Córdoba.

Fernández, María Estela y Rosales, María del Carmen (2016): “Trayectorias locales y proyecciones nacionales en el proceso de centralización sanitaria en Tucumán (1900-1950)”; *Trabajos y Comunicaciones Segunda Época*, Nº 44; Facultad de Humanidades y Comunicación, Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires.

Fleitas, Mirta (2005): “La limosna disimulada que se acepta”: La salud materno infantil bajo los gobiernos conservadores de Jujuy en la década de 1930”, *Anuario 5*, Centro de Estudios Históricos “Profesor Carlos S. Segreti”, Córdoba.

Folquer, Cynthia (2011): “*Colera Morbus* y Cólera Divina. Miedo, epidemia e imaginario religioso. Tucumán, 1886-1887”, *Boletín Americanista*, Año LXI, Nº 62, Barcelona.

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

Folquer, Honorio (1942): “Aspectos de la medicina Rural en Tucumán”, en *Segundo Congreso Argentino Sanitario y de Medicina Social*, Tucumán.

Foucault, Michel (1989): *Vigilar y castigar*, Siglo Veintiuno Editores, Buenos Aires.

Foucault, Michel (1996): *La vida de los hombres infames*, Editorial Altamira, La Plata.

García Soriano, Manuel (1968): “El trabajo de los indios en los ingenios azucareros de Tucumán”, *Revista de Estudios Históricos de Tucumán*, Tucumán.

García Soriano, Manuel y otros (1972): *Aportes para la Historia de Tucumán*, Facultad de Humanidades, Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino, Tucumán.



García Soriano, Manuel (1972): "El periodismo tucumano: 1817-1900", *Cuadernos de Humanitas*, Nº 38, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Tucumán, Tucumán.

Gargiulo, Cecilia (2006): *Sociedad de Beneficencia y Estado, Tucumán (1858-1917)*, Tesis de licenciatura, UNT. (inédita)

Gargiulo, Cecilia (2010): "El cólera: oportunidades de control y resistencias populares. Tucumán, (1886-1887)", *CD IV Taller de Historia Social de la salud y la enfermedad en Argentina y América Latina*, Tucumán.

Gargiulo, Cecilia (2012): *La Sociedad de Beneficencia en la política social. Tucumán, 1874-1917*, Tesis Doctoral, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Tucumán (inédita).

Garrido de Biazzo, Hilda Beatriz y Barbieri de Guardia, Marta Isabel (1983): *Crónica de los 100 años de vida del Hospital Padilla*, Tucumán.

Golbert, Laura (2010): *De la Sociedad de Beneficencia a los Derechos Sociales*; Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Buenos Aires.

Goldman, Noemí (1990): "El levantamiento de montoneras contra "gringos" y "masones" en Tucumán, 1887: tradición oral y cultura popular, *Boletín del Instituto de Historia Argentina y Americana Dr. E. Ravignani*, Núm. 2, Buenos Aires.

Gómez Paz, José Benjamín (2008): "Las políticas de salud en el desarrollismo"; *Revista de la Asociación Médica Argentina*; V. 121, Nº 4, Buenos Aires.

González Leandri, Ricardo (1999): *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires*, CSIC, Madrid.

González Leandri, Ricardo (2000): "Notas acerca de la profesionalización médica en Buenos Aires durante la segunda mitad del siglo XIX", Suriano, Juan (comp.), *La Cuestión social en Argentina, 1870-1943*, Edit. La Colmena, Buenos Aires.

González Leandri, Ricardo y Carbonetti, Adrián (2008): "La historia de la salud y la enfermedad en Brasil y Argentina: estudios de caso y nuevas perspectivas", Carbonetti, Adrián y González Leandri, Ricardo (eds.), *Historias de la salud y enfermedad en América latina, siglos XIX y XX*, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.

González Leandri, Ricardo (2010): "Breve historia del Departamento Nacional de Higiene. Estado, gobernabilidad y autonomía médica en la segunda mitad del siglo XIX", Bohoslavsky, Ernesto y Soprano, Germán, *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*, Universidad Nacional de General Sarmiento, Prometeo, Buenos Aires.

Granillo, Arsenio (1872): *Provincia de Tucumán*, Imprenta La Razón, Tucumán.

Gutiérrez, Leandro (1981): "Condiciones de la vida material de los sectores populares en Buenos Aires: 1880-1914", *Revista de Indias*, Nº 163-164, enero-junio.

Gutiérrez, María Florencia y María del Carmen Rosales (2015): "La asistencia médica en los ingenios durante el primer peronismo: la resignificación de un viejo debate social", *Revista Andes*, Vol. 26, Universidad Nacional de Salta, Salta.

Guy, Donna (1994): *El sexo peligroso. La prostitución legal en Buenos Aires, 1875-1955*, Ed. Sudamericana, Buenos Aires.

Guy, Donna (2011): *Las mujeres y la construcción del Estado de Bienestar. Caridad y creación de derechos en Argentina*, Prometeo, Buenos Aires.

Habermas, J. (1994): *Historia y crítica de la opinión pública. La transformación estructural de la vida pública*, Ed. Gili, México.

Healey, Mark Alan (2003): "El interior en disputa: proyectos de desarrollo y movimientos de protesta en las regiones extrapampeanas", James, Daniel (Director), *Nueva Historia Argentina, Violencia, proscripción y autoritarismo (1955-1976)*, T. 9, Ed. Sudamericana, Buenos Aires.

Hochman, Gilberto (1998): *A era do saneamento. As bases da política de saúde pública no Brasil*, Ed. Hucitec-Anpocs, Brasil.

Isuani, Ernesto (1985): *Los orígenes conflictivos de la seguridad social argentina*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.

James, Daniel (Dir.) (2003): *Nueva Historia Argentina. Violencia, proscripción y autoritarismo (1955-1976)*, T. 9, Editorial Sudamericana, Buenos Aires.

Laín Entralgo, Pedro (2001): *Historia de la medicina*, Masson, Barcelona, España.

Lázaro, Orlando (1968): "Tres Aspectos del Gobierno de Lucas Córdoba", *Revista de la Junta de Estudios Históricos de Tucumán*, Año I, Nº 1, Tucumán.

Lecuona, Diego (1973): "Evolución de las construcciones del sector salud en Tucumán (1880-1970)", *Documentos de Arquitectura Nacional*, Nº 1, Departamento de Historia de la Arquitectura de la U.N. del Nordeste, Chaco.

Lichtmajer, Leandro (2012): "Alberto Baldrich"; Amaral, Samuel y Barry, Carolina; *Diccionario del Primer Peronismo*, FCE-EDUNTREF, Buenos Aires.

Lobato, Mirta (comp.) (1996): *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina*, Biblos, Buenos Aires.

Lobato, Mirta (1996): "Entre la protección y la exclusión. Discurso maternal y protección de la mujer obrera, Argentina, 1890-1934", Lobato, M. (comp.)

*Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina*, Biblos, Buenos Aires.

Longhi, Fernando (2010): "Misericordia, mortalidad infantil y perfil epidemiológico en el Norte Grande Argentino (1989-2003)"; *Padecimientos en grupos vulnerables del interior de Argentina. Procesos históricos y actuales de salud, enfermedad y atención*; Universidad Nacional de Córdoba, CEA, Córdoba.

Longhi, Fernando y Bolsi, Alfredo (2012): "La mortalidad infantil en Tucumán durante el siglo XX: territorio y fragmentación"; Longhi, Fernando (editor), *La mortalidad infantil en Tucumán*, Imago Mundi; Buenos Aires.

Longhi, Fernando (2014): "Desnutrición y muerte en la niñez argentina en los albores del siglo XXI: un análisis espacial"; *Journal of Latin America Geography*, 13 (2), Conference of Latinamericanist Geographers.

Lvovich, Daniel; Suriano, Juan (ed.) (2005): *Las políticas sociales en perspectiva histórica, Argentina, 1870-1952*, Prometeo, Buenos Aires.

Llapur, Osvaldo Raúl (2004): "Tratamiento del padecimiento psíquico en Tucumán"; en Olaya, Luis O. (coordinador), Perilli de Colombres Garmendia, Elena y Romero, Elba E. (Editoras), *Cartas Médicas y noticias del arte de curar. Un recorrido por la historia de la medicina en Tucumán (1900-1960)*; Facultad de Medicina, UNT, Tucumán.

López Avellaneda, Enrique Marcelo (2003): *Historia de la Cirugía en Tucumán*; Facultad de Medicina de la UNT, Tucumán.

Martin, Ana Laura (2015): "Mujeres y enfermería: una asociación temprana y estable (1886-1940)", Biernat, C, Cerdá. J.M. y Ramacciotti, K (directores), *La salud pública y la enfermería en la Argentina*, Ed. Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires.

Mateo, Graciela (2005): "El gobierno de Domingo Mercante: expresión singular del peronismo clásico"; Rein, Raanan y Sitman, Rosalie (Comp.): *El primer peronismo. De regreso a los comienzos*, Lumiere, Buenos Aires.

Maceira, Daniel y Olaviaga, Sofía (2008): "Actores, contratos y mecanismos de pago: el caso del sistema de salud en Tucumán"; *Documento de Trabajo N° 17*, Programa de Salud, Área de Desarrollo Social y CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad), Buenos Aires.

Mantegazza, Pablo (1916): *Viajes por el Río de la Plata y el interior de la Confederación Argentina*; Publicaciones de la UNT, Imprenta y Casa editora Coni Hnos, Buenos Aires.

Mc Keown, Thomas (1990): *Los orígenes de las enfermedades humanas*, Crítica, Barcelona.

Messina, Giuseppe Manuel (2012): "El sector salud argentino en dos modelos de crecimiento"; *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*, Año 2, N° 3, Buenos Aires.

Montaldo, Susana, Ferreyra, María Esther y Ferreyra, Alba (2010): *Biografías tucumanas*; Honorable Legislatura de Tucumán; Tucumán.

Moreno, José Luis (comp.) (2000): *La política social antes de la política social (caridad, beneficencia y política social en Buenos Aires, siglos XVII a XX)*, Trama Editorial/Prometeo, Buenos Aires.

Moreno, José Luis (2009): *Éramos tan pobres... De la caridad colonial a la Fundación Eva Perón*, Sudamericana, Buenos Aires.

Mugica, María Luisa (2001): *Sexo bajo control. La prostitución reglamentada, Rosario entre 1900 y 1912*, UNR Editora, Rosario.

Nari, Marcela (2005): *Políticas de maternidad y maternalismo político (1890-1940)*, Biblos, Buenos Aires.

Neiburg, Federico y Plotkin, Mariano (comp) (2004): *Intelectuales y expertos. La constitución del conocimiento social en la Argentina*; Paidós, Buenos Aires.

Olaya, Luis (Coordinador) (2004): *Cartas médicas y noticias del arte de curar. Un recorrido por la historia de la medicina en Tucumán (1900-1960)*, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán, Tucumán.

Ortiz Bergia, María José (2012): "Provincia y Nación en el proceso de construcción de un Estado centralizado. Políticas sanitarias en Córdoba. (1943-1946)", *Quinto Sol*, Vol. 16, N°1, Universidad Nacional de La Pampa.

Oszlak, Oscar (1982): *La formación del Estado argentino*, Editorial de Belgrano, Buenos Aires.

Páez de la Torre, Carlos (1975): "Juan Luis Nougués, La Bandera Blanca"; *Todo es Historia*, N° 93, Buenos Aires.

Páez de la Torre, Carlos (1987): *Historia de Tucumán*, Ed. Plus Ultra, Buenos Aires.

Páez de la Torre, Carlos (1989): *Vida de don Alfredo Guzmán, 1855-1951*, Edición de la Estación Experimental Agroindustrial Obispo Colombes, Imprenta Don Bosco, Tucumán.

Palmer, Steven (2002): "La voluntad radiante del Profesor Carbell: Medicina popular y populismo médico en Costa Rica en el decenio de 1930", Armus, D. (Ed.), *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*, Grupo Editorial Norma, Buenos Aires.

Parolo, María Paula (2006): "Nociones de pobreza y políticas hacia los pobres en Tucumán en la primera mitad del siglo XIX", *Población y Sociedad*, Núm. 12/13, Fundación Yocavil, Tucumán.

Parolo, María Paula (2008): *“Ni súplicas, ni ruegos”. Las estrategias de subsistencia de los sectores populares en Tucumán en la primera mitad del siglo XIX*, Prohistoria, Rosario.

Parolo, María Paula, Campi, Daniel y Fernández, María Estela (2010): “Auge azucarero, mortalidad y políticas de salud en San Miguel de Tucumán durante la segunda mitad del siglo XIX”, *Estudios Sociales* 38, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe.

Parolo, María Paula; Fernández, María Estela y Campi, Daniel (2012): “La mortalidad infantil en Tucumán en la segunda mitad del siglo XIX. Aproximación a partir de los registros parroquiales de La Victoria y de la obra de Paulino Rodríguez Marquina”; Longhi, Fernando (editor), *La mortalidad infantil en Tucumán*, Imago Mundi; Buenos Aires.

Passamante, María Inés (1987): *Pobreza y acción social en la historia argentina. De la beneficencia a la acción social*, Humanitas, Buenos Aires.

Pavoni, Norma (1981): *El Noroeste argentino en la época de Alejandro Heredia*; Economía y Sociedad, T. II; Colección Historia de Tucumán; Ed. Fundación Banco Comercial del Norte; Tucumán.

Peña de Bascary, Sara (1981): “Rodríguez Marquina, “gallego”, emprendedor, polémico”, *La Gaceta*, Tucumán.

Pérez de Nucci, Antonio (1992): *Historia Médica de Tucumán, Siglo XIX*, UNT, Tucumán.

Pérez de Nucci de Apás, Margarita (2003): “El modelo médico y la sociedad actual”; *Actas de las III Jornadas de Medicina y Filosofía “La enfermedad como sufrimiento”*; Sevilla.

Pérez Tamayo, Ruy (1988): *El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia*. T. II, Facultad de Medicina, UNAM, Fondo de Cultura Económica, México.

Perrone, Néstor y Teixidó, Lucrecia (2007): “Estado y Salud en Argentina”; *Revista de la Maestría en Salud Pública*, Año 5, Nº 10, Buenos Aires.

Pita, Valeria (2009): *La Sociedad de Beneficencia en el manicomio. La experiencia de administración y tutela del Hospital de Mujeres Dementes, Buenos Aires, 1852-1890*. Tesis doctoral (inédita).

Prieto, Agustina (1996): “Rosario: epidemias, higiene e higienistas en la segunda mitad del siglo XIX”, Lobato, Mirta (Ed.), *Política, médicos y enfermedades*, Ed. Biblos, U. N. Mar del Plata, Buenos Aires.

Quevedo, Emilio (2008): “La salud de los sujetos o los sujetos de la salud? Hacia el rescate del papel de los individuos en la historia de la salud pública”, Alvarez, A. y Carboneti, A., *Saberes y prácticas médicas en la Argentina*, Universidad Nacional de Mar del Plata, EUDEM, Mar del Plata.

Recalde, Hector (1998): *La higiene y el trabajo*, (T. 1 y 2), CEAL, Buenos Aires.

Recalde, Hector (1997): *La salud de los trabajadores en Buenos Aires (1870-1910). A través de las fuentes médicas*, Grupo Editor Universitario, Buenos Aires.

Remedi, Fernando J. (2006): *Dime qué comes y cómo lo comes y te diré quién eres. Una historia social del consumo alimentario en la modernización argentina. Córdoba, 1870-1930*. Centro de Estudios "Prof. Carlos Segreti", Córdoba.

Repetto, Fabián (2001): "Descentralización de la salud pública en los 90: una reforma a mitad de camino"; *Documentos de Trabajo*, N° 57; Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional, Buenos Aires.

Ricci, Teodoro (1967): *Evolución de la ciudad de San Miguel de Tucumán*, Ed. Sesquicentenario, UNT, Tucumán.

Rodríguez Marquina, Paulino (1894): "Las clases obreras. La mano de obra, costumbres, vicios y virtudes de las clases obreras y medio para mejorar sus condiciones", *Tucumán Literario*, Núm. 10, Tucumán.

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

Rodríguez Marquina, Paulino, "La tuberculosis en Tucumán ¿avanza?", *Revista de Letras y Ciencias Sociales*, T. I, N° 5, Tucumán.

Rosales, María del Carmen (2011): *Transformaciones y conflictos en el proceso de democratización y centralización de la salud pública en Tucumán 1943-1950*, Tesina de Licenciatura, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Tucumán (inédita).

Rosanvallon, Pierre (1995): *La nueva cuestión social. Pensar el Estado Providencia*, Ed. Manantial, Buenos Aires.

Salas, Miguel A. y Ruiz, Edgardo I. (2003): *Medinas*, Secretaría de Turismo, Tucumán.

Santos Lepera, Lucía (2013): *La Iglesia Católica y el peronismo en Tucumán*, Tesis Doctoral, Inédita, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Tucumán.

Schleh, Emilio, *Compilación legal sobre el azúcar*, Tomo XIII, Centro Azucarero Argentino, Buenos Aires, 1950.

Serrallonga Urquidi, Joan (1996): "Epidemias e historia social. Apuntes sobre el cólera en España, 1833-1865", *Historia Social*, N° 24, Ed. Fundación Instituto de Historia Social, Valencia.

Sierra e Iglesias, Jobino Pedro (1996): *Vida y obra del Dr. Guillermo Paterson*, Jujuy.

Sontag, Susan (2003): *La enfermedad y sus metáforas; El sida y sus metáforas*; Taurus, Buenos Aires.

Stordeur, Leopoldo A. (2004): "Una cuestión de imagen"; en Olaya, Luis O. (coordinador), Perilli de Colombres Garmendia, Elena y Romero, Elba E. (Editoras), *Cartas Médicas y noticias del arte de curar. Un recorrido por la historia de la medicina en Tucumán (1900-1960)*; Facultad de Medicina, UNT, Tucumán.

Suriano, Juan (comp.) (2000): *La cuestión social en la Argentina, 1870-1943*, La Colmena, Buenos Aires.

Teitelbaum, Vanesa (1998): "La prédica higienista en la construcción de una imagen de la maternidad en Tucumán, Argentina a fines del siglo XIX", *Papeles de Población*, N° 16, Centro De Investigación y Estudios Avanzados de Población, Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Teitelbaum, Vanesa (2009): "Hacia una política social. Higiene y trabajo en Tucumán del entresiglo", en *Anuario IEHS*, N° 24, Instituto de Estudios Histórico-Sociales "Prof. Juan Carlos Grosso", Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional del Centro, Tandil.

Terán, Oscar (1987): *Positivismo y nación en la Argentina*, Puntosur, Buenos Aires.

Testa, Daniela (2011): "Poliomelitis: "la herencia maldita" y la esperanza de la rehabilitación. La epidemia de 1956 en la ciudad de Buenos Aires; *Intersticios*, Revista Sociológica de Pensamiento Crítico, V. 5. <http://www.intersticios.es>

Torres, Antonio (1968): *Historia Médica del Tucumán*, Imprenta Urueña, Tucumán.

Valdez del Pino, Aniceto (1920): *El Album del Magisterio de la provincia de Tucumán*, Tucumán.

Vallejo, Benigno (1904): "La campaña antituberculosa", *Revista de Letras y Ciencias Sociales*, T. I, N° 5, Tucumán.

Vallejo, Benigno (1906): "Cuestiones sanitarias", *Revista de Letras y Ciencias Sociales*, Tomo IV, Número 21, Tucumán.

Ventura Murga y Ramón Leoni Pinto (1967): *La Municipalidad de San Miguel de Tucumán, 1565-1867-1967*, Ediciones del Nuevo Extremo, Tucumán.

Veronelli, Juan C. y Correch, Magalí (2004): Los orígenes institucionales de la Salud Pública en Argentina, Organización Panamericana de la Salud, T.II.

Vezzetti, Hugo (1985): *La locura en la Argentina*, Paidós, Buenos Aires.

Viñas, Marta (1971): "Evaluación del Programa de Apoyo a Servicios Pediátricos- Regional NOA (1970-1971)"; *Revista de la Facultad de Medicina de la UNT*, V. 10, Años 1970-71; Tucumán.

Viñas, Marta (1973): "Mortalidad neonatal en la provincia de Tucumán. 1971-1973"; Ponencia presentada en el *Congreso de Pediatría Social*, Huerta Grande, Córdoba.

Viñas, Marta (2001, a): "Nada es azar...en salud perinatal. Desarrollo de modelo de políticas perinatales basado en la evidencia"; *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, V. 20, Nº 4, Buenos Aires.

Viñas, Marta (2001, b): "Bajar la mortalidad infantil en Tucumán: ¿Una utopía...?"; *Entretodos*, Boletín de la Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales del Ministerio de Salud de la República Argentina.

Watts, Sheldon (1987): *Epidemias y poder. Historia, enfermedad, imperialismo*, Ed. Andrés Bello, Barcelona.

Weber, Max (1967): *Economía y sociedad*, Fondo de cultura Económica, México.

Wolf, Stuart (1990): "Estamento, clase y pobreza urbana", *Historia Social*, Núm. 8, Ed. Fundación Instituto de Historia Social, Valencia.

Yedlin, Pablo (2007): "Actores y agenda en el sistema de salud argentino. Ministerios de Salud provinciales. El caso de Tucumán", *Centro de Estudios de Estado y Sociedad; Serie Seminarios de Salud Pública*, Buenos Aires.

Yedlin, Pablo (2015): "Tucumán logró reducir a la mitad la mortalidad infantil" (Entrevista), *ISalud*, V. 10, Nº 46; Publicación de la Universidad ISalud; Buenos Aires.

Zabala, Juan P. y Romero, Lucía (2008): "Emergencia y consolidación de la poliomielitis como problema médico y social en la Argentina en la primera mitad del siglo XX", Taller de Historia de la salud y la enfermedad, Santa Rosa, La Pampa.

Zimmerman, Eduardo A. (1994): *Los Liberales Reformistas. La cuestión social en la Argentina 1890-1916*, Ed. Sudamericana, Buenos Aires.



---