

# Las instituciones sanitarias en Tucumán, Argentina (fines del siglo XIX y comienzos del XX)

## Health institutions in Tucumán, Argentina (late 19<sup>th</sup> and early 20<sup>th</sup> Century)

María Estela Fernández<sup>1</sup>

### Resumen

---

La conformación de instituciones sanitarias en Tucumán se dio en el marco de un proceso más amplio y complejo en el que se consolidaron y expandieron las atribuciones del Estado. Partiendo de la premisa de que en el período hubo un mayor interés de los poderes públicos en afirmar su rol en materia de salud, el objetivo de este artículo consiste en examinar las instituciones sanitarias en Tucumán entre fines del siglo XIX y comienzos del XX. Considerando que su creación estuvo vinculada a coyunturas políticas y sanitarias e intervinieron actores que actuaron desde el interior y desde afuera del aparato estatal, se analizan los rasgos del desarrollo institucional; las estrategias adoptadas para compensar limitaciones materiales y profesionales; y el papel de los actores que intervinieron en contextos diferenciados. De este modo, y desde una perspectiva histórica, se pretende contribuir al debate acerca de problemáticas sanitarias que hoy forman parte de la agenda pública –con las implicancias derivadas de las etapas de crisis del Estado benefactor, de avance del neoliberalismo y de la recuperación de las funciones estatales en la última década–.

---

**Palabras clave:** *instituciones-sanitarias-Tucumán-Argentina*

---

### Abstract

---

The creation of health institutions in Tucumán took place within the framework of a broader and more complex process where the powers of state were expanded and consolidated. The aim of this paper is to examine health institutions in Tucumán between the late 19<sup>th</sup> and early 20<sup>th</sup> century taking into account that there was a greater interest of public authorities to assert their role in health in that period.

The creation of sanitary institutions was linked to health and political circumstances and the actors were involved in the process from inside and outside the state apparatus. Thus, the characteristics of the institutional development, the strategies adopted to compensate the material and professional limitations and the role of the actors involved in the different contexts are analyzed. From a historical perspective, a contribution to the debate about sanitary issues that are nowadays part of the public agenda is attempted. This contribution will consider the implications derived from crises periods of a welfare state, the advance of neoliberalism and the recovery of the state functions in the last decade.

---

**Key words:** *institutions-health-Tucumán-Argentina*

---

---

Recibido el 15.3.13 aceptado el 23.5.13

1 Magister en Ciencias Sociales (orientación Historia) y Doctora en Historia; Docente e investigadora de la Universidad Nacional de Tucumán, Argentina. marielaf@arnet.com.ar

## INTRODUCCIÓN

La emergencia de la cuestión social en Argentina a fines del siglo XIX, asociada a un proceso de expansión económica y a la inserción del país al mercado mundial, significó enfrentar una diversidad de problemas relativos a las condiciones de trabajo y de vida de grandes sectores de la población. El centro de dicho proceso fue la región del litoral, donde el crecimiento demográfico por la llegada masiva de inmigrantes y la acelerada urbanización fueron determinantes en la gravitación de los problemas sociales, mientras las provincias del interior tuvieron desarrollos desiguales y muchas quedaron condenadas a la marginalidad.

Tucumán, provincia situada en el noroeste argentino, tuvo su propia expansión a través del proceso de reconversión económica basado en la agroindustria azucarera –fundado en el aumento de la demanda, la protección arancelaria e inversiones que permitieron incorporar tecnología e incrementar la capacidad productiva– que produjo profundas modificaciones en el espacio, en las relaciones sociales y en las condiciones de vida.

Con un considerable aumento demográfico –prácticamente la población se duplicó según los dos primeros censos nacionales–, la ciudad capital, San Miguel de Tucumán, pasó de 17.438 habitantes en 1869 a 34.306 en 1895, y de modo similar al que se daba en el litoral, la modernización económica trajo consigo desarrollo pero también generó desajustes asociados a la pobreza referidos a la disponibilidad de viviendas, a la proliferación de enfermedades, a la carencia de servicios.

Asimismo, el proceso político mostraba el afianzamiento de un orden basado en el predominio de sectores de la élite provincial –que incluía individuos, familias, propietarios– en los que confluían prestigio social, riqueza y poder y que controlaron, de un modo más o menos exclusivo, la gobernación, la legislatura y el aparato administrativo provincial y municipal. (1, p. 76) Desde estos espacios, y con una óptica liberal que vinculaba el ejercicio de la política a las necesidades de la economía, promovieron acciones dirigidas a determinados problemas sociales que requerían de un tratamiento público.

En el contexto señalado, la salud–enfermedad no era un fenómeno nuevo, pero sí la dimensión que adquiriría para los gobernantes y para la sociedad en la medida en que la deficiente organización sanitaria y la falta de infraestructura y de servicios específicos contribuían a acentuar la virulencia de las enfermedades. En este sentido, epidemias o enfermedades, con mayor o menor incidencia en la mortalidad, expresaban un aspecto de la realidad que requería la creación de organismos, la instrumentación de medidas coyunturales o integrales, según las circunstancias, y la aplicación de normativas específicas.

Como en otras regiones del territorio nacional, la emergencia de instituciones sanitarias en Tucumán se dio en el marco de un proceso más amplio y complejo en el que se consolidaron y expandieron las atribuciones del Estado en áreas como la policía, la instrucción pública, la vialidad y las obras públicas. En el caso de la salud, las intervenciones se concretaron a través de la organización de reparticiones con personal especializado, y de otras alternativas que concitaron la participación de particulares, asociaciones y empresarios.

La proyección en nuevas zonas de influencia requería de recursos, presupuesto, funcionarios y empleados, que presentaron particularidades según los ámbitos de localización, definición y ejecución de las políticas que se implementaron. Desde una perspectiva regional esto supone no sólo reconocer los componentes del desarrollo institucional sino observar otros rasgos y matices en las respuestas del Estado, en las políticas que se adoptaron, en la heterogeneidad de los sectores que participaron.<sup>2</sup> En este sentido, y considerando que hubo una mayor preocupación estatal por las cuestiones de salud pública en el período, abordamos las instituciones y los distintos actores involucrados en el desarrollo de las acciones sanitarias en Tucumán entre fines del siglo XIX y comienzos del XX. Se busca detectar lógicas y tensiones; distinguir estrategias adoptadas para compensar limitaciones materiales y profesionales; y señalar el papel de los actores que intervinieron en contextos diferenciados.

2 De los estudios de sistemas sanitarios en Argentina se destacan los aportes para Buenos Aires y Rosario (2 y 3); Mar del Plata (4); La Pampa (5) y Córdoba (6), que incorporan otras peculiaridades regionales.

## LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

La creación de instituciones y el desarrollo de acciones sanitarias en Tucumán estuvieron vinculados a factores en los que se conjugaron elementos de carácter político, económico, social, científico e ideológico. En primer lugar, la conformación de un sistema basado en el predominio de una élite con poder político y económico, coincidente con la consolidación del Estado y de un orden legal constitucional a partir de 1880.<sup>3</sup> En segundo término, la agudización de los problemas sanitarios vinculada a la expansión de la economía azucarera, en la medida en que la concentración de la actividad productiva influía en el crecimiento de los asentamientos humanos. En tercer lugar las coyunturas sanitarias, en particular el impacto que tuvieron los brotes epidémicos y la emergencia de la salud como problema social, que derivó en preocupaciones por la higiene pública y el control de las enfermedades. Por último, los avances en el conocimiento científico y la gravitación e influencia de la corriente higienista a nivel nacional, que se tradujo en el rol que desempeñaron los profesionales médicos en la implementación de medidas y reglamentaciones que coincidían en dos premisas fundamentales: el tratamiento de la salud como un problema público, y la necesidad de mayor intervención estatal.<sup>4</sup>

La dinámica institucional hacia fines del siglo XIX y comienzos del XX se caracterizó por la creación del Consejo de Higiene y la Asistencia Pública, organismos responsables de la atención de la salud de la población tucumana. Con la primacía del primero, de carácter provincial, sobre el segundo, de carácter municipal, ambos convivieron en gran parte del período, con funciones que se complementaban pero también se superponían, con intercambios de actores –los gestores eran en gran medida los profesionales médicos que se incorporaban a las reparticiones estatales–, con propuestas de unificación y con algunos conflictos.

3 Esta situación contrasta con la primera mitad del siglo XIX, marcada por la revolución y la guerra, y con las décadas del '50 al '80 –etapa de la llamada “organización nacional”–, en la que persistieron luchas facciosas y conflictos que excedieron las fronteras provinciales, mientras se avanzaba en la afirmación del poder central.

4 Este ideario se advierte en escritos y artículos de la prensa que mostraban la recepción de los nuevos descubrimientos científicos acerca de la etiología de las enfermedades infectocontagiosas y de las terapéuticas a seguir basadas en la bacteriología moderna.

El primer organismo destinado a dictar medidas de salubridad pública y controlar el ejercicio de la profesión médica en Tucumán fue el Tribunal de Medicina, creado en 1863,<sup>5</sup> que actuó en forma irregular y con poca eficacia. Su reemplazo por el Consejo de Higiene se dio en el marco de la “modernización” económica y del impacto de la epidemia de cólera de 1886-1887, cuando se evidenciaron dramáticamente los problemas relativos al sistema urbano y la falta de infraestructura sanitaria. Se abrió entonces una fase más avanzada en el desarrollo institucional donde se buscó centralizar y extender las acciones a toda la provincia, con una paulatina expansión de actividades en materia de higiene y salud pública: vigilancia de sustancias alimenticias; intensificación de campañas de vacunación contra la viruela y para combatir enfermedades infecciosas; reglamentación del ejercicio de la medicina, farmacia y demás ramos del “arte de curar”; control de la prostitución; extensión de la atención sanitaria en la campaña, entre otras.

Los primeros años de vida del Consejo de Higiene estuvieron marcados por problemas relativos a la falta de recursos y de atribuciones precisas en relación a las necesidades crecientes del área, que promovieron una iniciativa del Ejecutivo<sup>6</sup> destinada a elaborar un marco legal que reformulara aspectos de la asistencia sanitaria y diera al Consejo facultades para resolver cuestiones conflictivas.<sup>7</sup>

Los debates en torno al proyecto mostraron diferentes posiciones y enfoques en el tratamiento de la salud pública y hubo legisladores que plantearon la gratuidad de los cargos de los integrantes del Consejo de Higiene –un argumento esgrimido era que no faltarían médicos “desinteresados” que los desempeñaran–, con una concepción particular de la función pública, en tanto la remuneración no se veía como un derecho indispensable. En otros aspectos, como la revalidación de los títulos expedidos en el extranjero, se enfrentaron las posturas favorables a que se resolviera en la Universidad de Bue-

5 *Compilación ordenada de leyes, decretos y mensajes de la provincia de Tucumán*, V. III, 1863; p. 93.

6 En este caso representado por el gobernador Lucas Córdoba (1895-1898; 1901-1904), que fue un exponente del progresismo liberal en la provincia y se destacó por extender el riego en las zonas rurales, proveer de agua corriente a la población y fomentar la instrucción pública. (11; p. 35)

7 *Compilación*, cit. V. XXIII, 1899-1900, pp. 282-287.

nos Aires, y las que consideraban que debía ser atribución de las autoridades del Consejo, fundada en el derecho de una provincia autónoma.<sup>8</sup> Estas cuestiones, que podría suponerse tenían que ver con un momento temprano y de indefiniciones en el desarrollo institucional, se manifestaron en otros casos a lo largo del período, como fueron –como se verá más adelante– la falta de remuneración de quienes integrarían las Comisiones de Higiene del interior y la defensa de la autonomía local respecto a las autoridades sanitarias nacionales.

El Consejo de Higiene, integrado por dos médicos y un farmacéutico o químico, y por miembros adjuntos que podían asistir a las deliberaciones, con voz y voto –el médico municipal y un médico de la policía–, debía “velar por la salud pública” y actuar sobre variados aspectos como el control del ejercicio profesional, la revalidación de diplomas; la regulación de honorarios; la imposición de multas destinadas a su sostenimiento.

Si bien el proyecto tardó cuatro años en convertirse en ley, fue notoria la influencia de los médicos y su insistencia para que se tratara en la legislatura, que otorgó poderes más amplios al organismo de salud de la provincia.<sup>9</sup> En esta instancia se vio un poder político permeable a las demandas de los profesionales, que instalan la discusión sobre aspectos indispensables para mejorar los servicios sanitarios y para actuar con celeridad en casos de brotes epidémicos. Asimismo, el respaldo del Estado les dio legitimidad para imponer medidas que otros sectores cuestionaban, como era el tema de la inviolabilidad del domicilio, cuyo allanamiento era permitido en casos graves en que se viera afectada la salud de los habitantes y por la necesidad de detectar y prevenir enfermedades infecciosas.<sup>10</sup>

En el ámbito del poder municipal, que además de hacerse eco de iniciativas que provenían del Consejo de Higiene también ejercía funciones de tipo sanitario, se planteó la necesidad de un organismo de salud espe-

cífico para la ciudad capital, la Asistencia Pública, cuyo origen se vinculó a las demandas por el aumento de la población, y como en otros centros urbanos, sus funciones abarcaron la higiene pública; las inspecciones de locales y establecimientos varios; la asistencia médica en consultorios habilitados y la dirección de hospitales.<sup>11</sup> Como debía ocuparse de “*los indigentes que se hallen transitoria o definitivamente en la imposibilidad de atender a las necesidades de su existencia*”, la destinataria de sus servicios era principalmente la población pobre que carecía de recursos.<sup>12</sup>

En una modalidad que reflejaba las dificultades en la atención de la salud y el predominio de criterios asistenciales, la administración de los hospitales a cargo de la Sociedad de Beneficencia permite distinguir otra vertiente en el proceso institucional –además de la estatal propiamente dicha, representada por los organismos de salud que ya señalamos– en la que confluyeron lo estatal y lo privado.

Cuando se trataba de ciertas problemáticas de tipo social las posiciones eran proclives a convocar a “*los hombres de ciencia, a los poderes públicos, a la beneficencia*” (7; p. 165), apelación que remite a una concepción de “política social” no definida desde la órbita estatal, un modelo benéfico-asistencial que suponía la combinación de iniciativas de los poderes públicos y de acciones privadas con componentes filantrópicos. En mayor o menor medida, este enfoque atravesó a distintos sectores –funcionarios, intelectuales, profesionales– y existió cierto consenso sobre la conveniencia de complementar funciones para cubrir necesidades impostergables. En este sentido eran evidentes los límites conceptuales respecto a lo social, más próximos a la afirmación de Castel de “*una política social sin Estado*”, que suponía nuevas obligaciones y tutelas –el patronato filantrópico– y apuntaba a un sistema de obligaciones morales. (8; p. 217)

8 *Compilación*, cit, V. XXIII, pp. 291-292.

9 *Compilación*, cit, V. XXIII, p. 290; *Libro de Actas del Consejo de Higiene*, 1900: ff. 110-111.

10 El mensaje del Ejecutivo proclamaba que “*la defensa de la salud pública no admite contemplaciones ni esperas y todas las legislaciones acuerdan facultades especiales para estos casos*”, por la necesidad de excepción cuando el allanamiento era necesario. *Compilación*, cit, V. XXIII; pp. 289-295.

11 *Digesto Municipal*, T. VI, 1903; pp. 403-413.

12 Para acceder a los servicios gratuitos era preciso ser “pobre de solemnidad”, disposición que se hacía efectiva a través de un registro de personas que debían residir en el municipio y acreditar su pobreza por medio de autoridad competente. *Digesto Municipal*, T. VI, 1902; pp. 410; 414-415.

## ACTORES Y TENSIONES INSTITUCIONALES

La construcción de un espacio de intervención y poder dentro de la administración del Estado fue una empresa compleja que involucró a diferentes sectores y las reparticiones encargadas de velar por la salud pública atravesaron por distintas instancias. La definición y ejecución de estrategias sanitarias, la elaboración de un marco legal y los controles concitaron una gama diversa de actores que iba desde los médicos y empleados a cargo –personal de desinfección, vacunadores, enfermeros– de los organismos de salud; los ciudadanos comunes que participaban en casos de emergencia sanitaria; las damas de beneficencia y las hermanas de caridad que asistían en los hospitales; los maestros, comisarios de policía, vecinos y empresarios que intervenían en las áreas rurales.

Algunos de los rasgos y avatares del funcionamiento institucional se pueden observar en torno a tensiones o disputas que involucraron a funcionarios, profesionales, personas o grupos que actuaron al interior y por fuera del aparato estatal.

a) *Relaciones y competencias*: El Consejo de Higiene, con jurisdicción sobre todo el territorio; y la Asistencia Pública cuyo radio de acción era la Capital; actuaban a veces en forma autónoma y también acordaban acciones conjuntas, como se vio en la activa participación del director de la Asistencia en las reuniones del Consejo, donde se intercambiaban ideas y se discutían medidas para resolver los problemas sanitarios. La propuesta de fusionarlas en un solo organismo con el argumento de que las funciones se superponían no prosperó,<sup>13</sup> y los cuestionamientos, que en general obedecían a motivos políticos, se evidenciaron a raíz de un conflicto reflejado en la prensa que mostró las dificultades en las relaciones y decisiones que involucraban a las instituciones sanitarias.

13 Esta idea fue sostenida por el Dr. Benigno Vallejo, que durante años estuvo al frente de la Asistencia y del Consejo -centralizando de hecho la dirección de los servicios sanitarios- e insistía en que la unión impediría “choques inevitables” y demoras de tipo burocrático. *Libro Copiador de Notas, Consejo de Higiene, 1905*; ff. 148-151.

Una verdadera crisis en el ámbito municipal se suscitó con motivo de la renuncia del Dr José Araóz como director del Hospital Mixto en razón de que no se había respetado su autoridad.<sup>14</sup> En su reemplazo se designó un médico cuestionado por incompatibilidad para el cargo –era diputado provincial–,<sup>15</sup> y por su vinculación política con Vallejo, presidente del Consejo de Higiene, con la sospecha de que este manejaría –como ya lo había hecho– las dos instituciones sanitarias. No se descartaba la idea de fundirlas en tanto la presidencia fuera para un médico “*que no haga del cargo un medio de aumentar sus entradas mensuales y de politiquear con fines personalistas, en detrimento del buen servicio público*”.<sup>16</sup>

La referencia a esta situación permite observar que si bien las acusaciones a Vallejo se hacían desde un posicionamiento partidario, las renuncias de profesionales y la huelga del personal de desinfección del hospital luego del alejamiento de Araóz, revelaron la gravedad de un conflicto que mostró las divisiones dentro de la repartición municipal; los cruces entre médicos-funcionarios de distinta afiliación política; las resistencias del personal del hospital a decisiones que consideraban arbitrarias y los celos a la influencia del Consejo de Higiene en un asunto sanitario municipal.

Las tensiones relativas a las diferentes esferas de poder también se manifestaron en las relaciones de las autoridades locales con el Departamento Nacional de Higiene, en particular cuando este se nacionaliza desde la década del '90 y pretende ampliar en forma efectiva el sistema de control sanitario en el país.<sup>17</sup> El

14 El motivo era el relevo del administrador del hospital por orden del intendente y según la reglamentación era el director quien tenía la facultad de “*apercibir, reconvenir y suspender a empleados que faltaran a sus obligaciones*”. *El Orden*, 2.1.1907.

15 Según la ley, el cargo de vocal del Consejo de Higiene era el incompatible con el de senador o diputado, no el de director del hospital. *Compilación*, cit; V. XXIII, p. 283.

16 *El Orden*, 14.1.1907; 17.1.1907. El diario adhería al gobierno provincial, a cargo de Luis F. Nougues, de la “Unión Popular”, y planteaba la cuestión en términos políticos, en tanto argumentaba que con el triunfo del “vallejismo”, la Asistencia Pública se convertiría en un reducto para que los enemigos de la Unión Popular prepararan su campaña política.

17 Este objetivo se logró por ley en 1891 -hasta entonces, su carácter nacional era más bien teórico-, y a partir de allí se intentó extender controles y acciones en las provincias. (9; p. 75) En referencia a la epidemia de cólera de 1886-87, el Departamento había señalado los problemas para aplicar medidas “homogéneas”,

cuestionamiento del Consejo de Higiene se dio en el contexto de la aprobación de un nuevo Código Sanitario Nacional que “se reservaba el derecho exclusivo de dictar las medidas que creyere conveniente; coartando la acción del gobierno provincial, y de las autoridades higiénicas que no pueden intervenir ni detener los trenes quedando por consiguiente reducidas a esperar órdenes superiores”.<sup>18</sup> Si para el poder nacional el plan era “federalizar” la sanidad en el país, para los poderes locales esto significaba una intromisión en asuntos propios y primaba la defensa de la autonomía, utilizada como principio para reafirmar su autoridad; delimitar funciones; fijar alguna posición; o realizar reclamos frente a intervenciones.

Aunque de parte del Consejo de Higiene persistió la apelación al respeto de la autonomía sanitaria “en forma absoluta, para evitar choques y recelos” y se defendió la dirección de la repartición provincial, en cada situación concreta se fueron delimitando acciones, acuerdos y competencias. Un ejemplo fueron las campañas contra el paludismo, donde el personal estaría a cargo de la provincia, pero los inspectores nacionales adscriptos al Consejo de Higiene tendrían voz y voto en cuestiones de índole científica y administrativa, dato que refleja ciertos niveles de decisión de los funcionarios y empleados de una y otra repartición.<sup>19</sup>

Hubo diferentes coyunturas que evidenciaron roces entre las instituciones,<sup>20</sup> y no obstante las notas intercambiadas

---

en una situación de “anarquía sanitaria”: “Los trabajos realizados tropiezan con dificultades de influencias locales que los han hecho fracasar, basándose algunas en las autonomías federales de las provincias (...) en los casos de epidemias cada autoridad toma las medidas que le parecen propias (cuarentenas en Paraná; desinfección de ropas en Bs As; pulverizaciones con bicloruro de mercurio a las personas!)”. *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, 1895; pp. 108-112.

18 *Libro de Actas, Consejo de Higiene*, 1900: ff. 110-111. Al analizar los procesos institucionales en las primeras décadas del siglo XX, Belmartino señala la cerrada defensa de las autonomías provinciales por parte de los Consejos de Higiene como contraparte y obstáculo de los proyectos centralizadores nacionales, que pudo constatarse en Tucumán. (2; pp. 55-56)

19 *Libro Copiador de Notas, Consejo de Higiene*, 1908: ff. 682-690.

20 Un momento de tensión se produjo en 1904 ante el avance de la peste bubónica por cruces de información. Desde la provincia se aseguró que se habían tomado las medidas necesarias, se enviaron datos y para refrendarlos hasta se solicitó la intervención de un diputado nacional. En los meses siguientes continuaron los envíos hasta que el fin de la enfermedad. *Libro Copiador de Notas, Consejo de Higiene*, 1904: ff. 230-231; 233-234; 587-588.

entre la repartición nacional y la local proclamaban “relaciones cordiales”, se filtraban recelos y reclamos que tenían que ver con incumplimientos ante pedidos o por lograr “reconocimiento y respeto” del Departamento Nacional de Higiene, según palabras de las autoridades del Consejo de Higiene.<sup>21</sup> El tema en cuestión eran las resistencias a seguir órdenes nacionales y relegar su poder de parte de una institución de existencia previa y mayor antigüedad, pero el nuevo contexto que suponían la ley nacional de 1907 para combatir el paludismo y provincial de vacunación antivariólica de 1911 aumentó la dependencia, por la necesidad de requerir envíos de quinina, sueros y otros recursos materiales y humanos.

b) *El problema de los enfermos*: Uno de los temas que suscitaban tensiones institucionales fue el vinculado a la recepción de enfermos en el hospital público –bajo dependencia de la Asistencia Pública–, porque aunque la condición para ser asistidos era la residencia en el municipio, un número considerable provenía del interior de la provincia y los procedimientos no eran estrictos. Esto suponía una contradicción entre una práctica corriente y normas que no podían cumplirse por la falta de centros de atención fuera de la capital, y como era el gobierno municipal quien corría con los gastos de sostenimiento, se planteaba la necesidad de contribución del gobierno provincial, a fin de que las responsabilidades fueran compartidas.<sup>22</sup>

Si bien la posibilidad de internación derivaba principalmente de la capacidad de los establecimientos, en ciertos casos también obedecía a normativas internas, según las cuales los enfermos debían acreditar su pobreza, no se aceptaban los enajenados mentales ni los atacados de enfermedades infectocontagiosas,<sup>23</sup> y en el hospital de mujeres no eran recibidas “las incurables a juicio de los médicos, las atacadas de enajenación mental, las presas incomunicadas y las

---

21 *Libro Copiador de Notas, Consejo de Higiene*, 1905; f. 2.

22 *Digesto Municipal*, T. VII; p. 143. Un informe de la intendencia aludía a la gran cantidad de enfermos de otras localidades e incluso de otras provincias que no pagaban impuestos, que recaían exclusivamente sobre los vecinos de la capital.

23 *Digesto Municipal*, T. IV; p. 35; Reglamentos de 1870 y 1886; *El Argentino*, 8.8.1878. Por la necesidad de aislar a los enfermos fue una constante la existencia de “hospitales paralelos” y circunstancias en casos de epidemias, cuando se establecían lazareto o casas para variolosos o coléricos.

*parturientas*.”<sup>24</sup> Estas situaciones fueron revirtiéndose a medida que el hospital como institución adquirió mayor desarrollo y se incorporaron nuevos servicios, aunque persistió el problema de la escasez de camas en relación a los requerimientos.<sup>25</sup>

c) *Damas y médicos*: 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, 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 en el marco de la instalación del Hospital Mixto en 1883 y de la adopción de nuevos criterios en el manejo de la salud pública.

Ante el anuncio de que se designaría un administrador y se elaboraría un nuevo reglamento, las mujeres de la Sociedad de Beneficencia adelantaron su retiro del hospital y hubo cruces por rendiciones de gastos y cuestiones administrativas (10; pp. 56-58). Pocos años más tarde, la designación de un médico director para el hospital decidió la preeminencia del poder municipal respecto de la asociación benéfica, y la injerencia estatal se fue acentuando, a través de cambios en la reglamentación interna, en una mayor presencia profesional, en la creciente especialización de los servicios, en las ampliaciones edilicias. En la línea de emprender reformas aconsejadas por los médicos a fin de que primaran los conceptos científicos, las construcciones se hicieron con fondos públicos y aportes particulares pero ante la insuficiencia de recursos se creó una Comisión Protectora de damas encargada de solicitudes

y recaudaciones, que demuestra la persistencia del componente benéfico en el plano económico.<sup>26</sup>

d) *Otras proyecciones y actores*: Fuera de los médicos y personal capacitado las autoridades sanitarias utilizaron estrategias que involucraron a otros actores tanto en el ámbito urbano como en la campaña. Sobre todo en situaciones de epidemias apelaron al concurso de particulares que participaban en forma voluntaria o a través de medidas impuestas por el Consejo de Higiene para reforzar el servicio de desinfección, como fue ante el avance de la peste bubónica en 1904. La organización de una cuadrilla de personas “*encargadas de introducirse bajo diferentes pretextos*” en los domicilios comprendidos en zonas consideradas más peligrosas, a fin de observar y comunicar la existencia de cualquier enfermedad, se complementó con un decreto municipal que exhortaba al vecindario a realizar denuncias, procedimiento destacado como una forma de prevenir el contagio y evitar la fuga u ocultación de enfermos.<sup>27</sup> En este caso vemos que las opciones excedían las normativas que en principio sólo autorizaban a los médicos o desinfectadores a entrar en los domicilios particulares.

En el ámbito rural las dificultades en la atención de la salud fueron mayores por la falta de personal y profesionales, y hubo modalidades a través de las cuales el Estado expandió sus funciones y trató de cubrir necesidades, como fueron las Comisiones de Higiene y Fomento, integradas por vecinos “*honorables y progresistas*” de cada localidad que debían ejercer su cargo en forma gratuita y obligatoria.<sup>28</sup> Sostenidas con recursos que provenían de impuestos y de contribuciones

24 *La Razón*, 26.7.1878. 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 enviadas a Buenos Aires con custodia. *El Orden*, 4.10.1886.

25 La situación de las parturientas y de atacados de patologías infecciosas se resolvió cuando se instaló una Sala de maternidad y un Hospital de aislamiento, pero continuaron las restricciones para la aceptación de los atacados de enfermedades mentales, que eran remitidos a Buenos Aires o quedaban sin asistencia médica profesional.

26 La Comisión obtenía recursos a través de rifas, donaciones, conciertos etc., apelando a los “*filantrópicos sentimientos*” de la población. En 1898, de los 76.494,04\$ de gastos del hospital, 47.0440,72\$ eran aportes de la Comisión y 29.453,32\$ provenían del Tesoro Municipal, datos que reflejan la dimensión de las contribuciones particulares. *Digesto Municipal*, T.IV, p. 279.

27 *Libro de Actas del Consejo de Higiene*, 45.1.1904, ff. 341-342.

28 La ley no especificaba qué clase de vecinos serían convocados, pero el carácter de “*progresistas*” podría asociarse a una actividad económica y un status social, como se vio en algunos miembros que poseían tienda y almacén; un administrador de ingenio; un agricultor cañero; que sirven para acercarnos a su perfil socioeconómico.

particulares, debían cumplir, entre otras, las medidas de higiene y salubridad dictadas por el Consejo de Higiene, institución de la que dependían y que de alguna manera legitimaba su actuación en cada localidad.<sup>29</sup>

Vinculadas con los médicos, de quienes recibían las directivas; con los empleados a su cargo, que intentaban efectivizarlas, y con los pobladores del lugar, que les acercaban pedidos y reclamos; las Comisiones se vieron atravesadas por una diversidad de problemas tales como el escaso presupuesto, la irregularidad y suspensiones de los aportes particulares, la obligatoriedad de ejercicio sin remuneración de sus integrantes, las acefalías, y las críticas y denuncias por incumplimientos de tareas.<sup>30</sup>

Un aspecto que condicionó a las Comisiones fue el de los recursos, que provenían del cobro de impuestos, cuya recaudación era insuficiente e irregular o se evadían; y de contribuciones particulares que al ser voluntarias no eran constantes y se interrumpían. Incluso los mismos integrantes de las Comisiones colaboraban según sus posibilidades,<sup>31</sup> en tanto algunos eran comerciantes y propietarios con capacidad para realizar aportes.

También existieron dificultades en el desempeño de las Comisiones de Higiene y Fomento por la vinculación de sus miembros con el poder político; la falta de cumplimiento de sus funciones; la dualidad de ejercer en las Comisiones y tener una actividad independiente.<sup>32</sup> Los mismos habitantes se pronunciaban a veces contra comisionados que no atendían los problemas del vecindario y hubo protestas de las que el "El Orden" se hizo eco, denunciando gastos sin control, irregularidades en el cobro de impuestos; incumplimiento en los balances.<sup>33</sup>

La trama de acciones en el mundo rural presentaba, además de la convergencia de comisarios, personal de escuelas y de ingenios que colaboraban por pedido de las autoridades en las campañas de vacunación y en la

distribución de quinina; a otros actores, los empresarios azucareros, que se involucraron por propia iniciativa y a veces por solicitud del gobierno. Las mejoras y servicios que algunos introdujeron en sus ingenios reflejaron la gravitación de la economía azucarera y la importancia que los sectores propietarios otorgaban a la salud asociada a la productividad laboral.

Como las deficientes condiciones sanitarias y la proliferación de enfermedades provocaban ausentismo y afectaban el trabajo productivo, se contemplaron cuestiones relativas a la vivienda obrera, la promoción de hábitos higiénicos y la atención médica. (12; p. 190) En relación a las reformas, las viviendas de los trabajadores permanentes evolucionaron desde simples ranchos de paja a construcciones de material, a fin de atenuar el hacinamiento que favorecía la propagación de enfermedades infectocontagiosas; y en algunos ingenios se introdujo la práctica de la desinfección semanal. La asistencia médica buscó tratar en forma efectiva las enfermedades y combatir la acción de los curanderos, acusados por sus prácticas que muchas veces provocaban infecciones y muertes. Hubo establecimientos con atención médica dos veces por semana para dolencias comunes –si eran graves los enfermos eran trasladados al hospital de la ciudad–, pero en general el tipo de asistencia era elemental, sin médico y era corriente la provisión de remedios "caseros" para enfermedades ordinarias. (13, pp. 811 y 826).

Por otra parte, aunque en el período estudiado predominó el carácter voluntario de la participación de los empresarios, estaba difundida y naturalizada la idea de que debían contribuir al sostenimiento de los hospitales de la ciudad puesto que una gran cantidad de peones provenían de las áreas cañeras. Eran corrientes las apelaciones a su solidaridad y "caridad"; a que no podían desconocer los efectos de la salud en el trabajo productivo; y a la incidencia de las condiciones laborales, de vivienda y alimentación en la proliferación de enfermedades.<sup>34</sup>

29 Las Comisiones intervenían en cuestiones como: control de alimentos y bebidas; higiene pública, campañas contra la viruela y el paludismo, entre otras.

30 *El Orden*, 21.3; 4.4.; 7.4.; 23.12 de 1902; 24.12.1908; 5.3.1910.

31 *El Orden*, 8.8.1907.

32 *El Orden*, 21.3.1902; 4.4.1902; 2.5.1905.

33 *El Orden*, 10.6.1905; 22.1; 11.8; 28.8. 1909.

34 Notas de la prensa se hacían eco de las necesidades del hospital de la ciudad, colmado por la cantidad de peones de ingenios "mandados por grandes remesas, sin haber contribuido los patrones, con un centavo partido por la mitad" y también publicaban cifras de donaciones realizadas. *El Orden*, 17.4.1893. 30.7.1894; 27.8.1894. Con el tiempo, la colaboración e intervención voluntaria de los sectores propietarios será cuestionado y desde la

## CONSIDERACIONES FINALES

Con formas de dependencia o autonomía y con tensiones entre diferentes esferas y actores, las instituciones sanitarias reflejaron la complejidad del proceso de construcción de políticas de salud pública, con instancias de gestación y desarrollo asociadas a la consolidación del aparato gubernamental, a nuevas concepciones de tipo social y a coyunturas sanitarias.

Aunque en líneas generales el tipo de instituciones fue similar y la participación de organizaciones benéficas fue común a otras regiones del país, el panorama institucional tucumano revela una mayor incidencia del Estado provincial y mayores interacciones entre actores locales.<sup>35</sup> Mientras el gobierno nacional no tuvo proyección en la creación de hospitales y los intentos de injerencia y de extender atribuciones del Departamento Nacional de Higiene no fue tarea sencilla; el rol del Consejo de Higiene fue más activo y tuvo mayor presencia, ya sea con imposiciones, superposiciones o intercambios entre provincia y municipio, en una dinámica ligada a contingencias políticas y/o sanitarias que dieron la tónica o propiciaron el desarrollo de iniciativas.

Asimismo, una singularidad fue la heterogeneidad de actores y estrategias del Estado asociados al espacio, a la falta de profesionales y recursos, a la concepción –en proceso de definición– de salud pública; y las lógicas tuvieron relación con los ámbitos de actuación y con las características y objetivos de las asociaciones o sectores. En el espacio urbano, la Sociedad de Beneficencia, vinculada a la esfera estatal y con un rol preponderante en la atención de los enfermos pobres, encontró límites ante el avance de los poderes públicos; mientras en el espacio rural, los empresarios azucareros, en forma autónoma y con objetivos de índole económica, operaron sobre los trabajadores rurales y aumentaron los requerimientos por parte del Estado. Por su adscripción social, peso económico y relaciones con el poder

político, estos eran los casos más significativos de participación de sectores de la sociedad civil. Por otra parte, las Comisiones de Higiene ejemplifican un tipo de modalidad de carácter mixto (bajo pautas del gobierno pero integradas por particulares, con aportes privados y estatales), con vinculaciones diferentes a las de otros actores dentro del aparato estatal y con tensiones que formaban parte de las dificultades de consolidación de lo público sobre lo privado que tardaría décadas en resolverse.

Como reflexión final podemos decir que el análisis realizado podría servir para el intercambio entre países que comparten cercanía e historia; contrastar la realidad de Tucumán con otros escenarios; y debatir diferentes modos de intervención en el tiempo, en el intento de enfrentar desigualdades y superar lo que Castel denomina las “trampas de la exclusión”.(14)

---

esfera gubernamental se impondrá una línea que se expresaría en una ley de asistencia médica obligatoria en los ingenios en la década del '20.

35 Esto marca diferencias con el caso de Córdoba, donde el sistema sanitario no fue incumbencia del Estado provincial sino de la beneficencia, los municipios y el Estado Nacional, y el Consejo de Higiene fue una institución sin iniciativas y marginal hasta la década del '20. (6; pp. 114-115)

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bravo MC, Campi D. *Elite y poder en Tucumán, Argentina, segunda mitad del siglo XIX. Problemas y propuestas. Secuencia.* 2000. 47: 76.
2. Armus D. *El descubrimiento de la enfermedad como problema social.* En: Lobato M, editor. *Nueva Historia Argentina. El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916).* Buenos Aires: Sudamericana; 2000.
3. Belmartino S. *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos.* Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2005.
4. -Álvarez A, Reynoso D. *Médicos e instituciones de salud. Mar del Plata 1870-1960.* Buenos Aires: HISA, Universidad Nacional de Mar del Plata; 1997.
5. Di Liscia MS. *Instituciones, médicos y sociedad. Las posibilidades y los problemas en el Territorio Pampeano (1884-1933).* En: Di Liscia, Lasell, Lluch, editors. *Al oeste del paraíso. La transformación del espacio natural, económico y social en la Pampa central (siglos XIX y XX).* Santa Rosa: UNLPam; 2007.
6. Carbonetti A. *La conformación del sistema sanitario de la Argentina. El caso de la Provincia de Córdoba, 1880-1926.* *Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 2005; 25.
7. Rodríguez Marquina P. *La mortalidad infantil en Tucumán.* Buenos Aires: s/d; 1899. P. 165.
8. Castel R. *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado,* Buenos Aires: Paidós; 1999. P. 217.
9. González Leandri R. *Breve historia del Departamento Nacional de Higiene. Estado, gobernabilidad y autonomía médica en la segunda mitad del siglo XIX.* En: Bohoslavsky E, Soprano G. *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad).* Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento / Prometeo; 2010.
10. Gargiulo C. *Sociedad de Beneficencia y Estado, Tucumán (1858-1917), Tesis de licenciatura.* UNT; 2006. Pp. 56-58.
11. Lázaro O. *Tres Aspectos del Gobierno de Lucas Córdoba.* *Rev Junt Est Hist Tuc.* 1968. 1. 35.
12. Campi D. *Los ingenios del norte: un mundo de contrastes.* En: Devoto F, Madero M, directores. *Historia de la vida privada en la Argentina, La Argentina plural: 1870-1930.* Buenos Aires: Taurus; 1999. P. 190.
13. Bialek Massé J. *Informe sobre el estado de la clase obrera Tomo II.* Buenos Aires: Hyspamérica; 1986. Pp. 811-826.
14. Castel R. *Las trampas de la exclusión. Trabajo y utilidad social.* Buenos Aires: Ed. Topia; 2004.