

Enfermedad y políticas de salud en Argentina. Los casos de la malaria y la Fiebre Amarilla en los años treinta del Siglo XX¹

Adriana Carolina Alvarez²
Adrián Carbonetti³

Resumen

El objetivo de esta presentación es analizar la aparición del universo agrario en la agenda de las autoridades sanitarias argentina entre fines del Siglo XIX y los inicios del XX. Enfermedades como la malaria o la fiebre amarilla fueron entendidas como una “amenaza interna”, cuando sus consecuencias excedían los marcos provinciales, como fue la aparición de focos palúdicos en la provincia de Córdoba. Esta expansión, condujo a la realización de varias iniciativas siendo muy significativas las campañas contra el paludismo realizadas en la década del treinta, cuya logística se capitalizó en la prevención de un foco de fiebre amarilla que amenazó en esos años a países limítrofes con la Argentina. Las fuentes utilizadas en este trabajo son de variado origen, abarcan Boletines del Departamento Nacional de Higiene, Memorias Oficiales, Legajos del Ministerio del Interior, prensa médica, revistas de actualidad como “Caras y Caretas”, Censos (1895 y 1914), tesis médicas, manuales escolares, entre otras.

¹Trabajo presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en La Habana, Cuba, del 16 al 19 de Noviembre de 2010.

² (Conicet-Cehis-UNMDP) acalvarmdp@gmail.com acalvare@mdp.edu.ar

³ (Conicet- CEA-UNC) acarbonetti2001@yahoo.com.ar, acarbonetti@hotmail.com

Enfermedad y políticas de salud en Argentina. Los casos de la malaria y la Fiebre Amarilla en los años treinta del Siglo XX⁴

El objetivo de esta presentación es analizar la aparición del universo agrario en la agenda de las autoridades sanitarias argentina entre fines del Siglo XIX y los inicios del XX. Enfermedades como la malaria o la fiebre amarilla fueron entendidas como una “amenaza interna”, cuando sus consecuencias excedían los marcos provinciales, como fue la aparición de focos palúdicos en la provincia de Córdoba.

La inclusión de la provincia de Córdoba cobra una relevancia especial debido a que desde fines del siglo XIX, el universo malárico estaba circunscripto a las provincias del Norte Argentino, hecho que fue justificado por parte del discurso científico en función de las características climáticas de esa región. Sin embargo, hacia la década del treinta, la distribución geográfica del paludismo se había modificado, en relación a lo que era a principios de esa centuria.

A la zona endémica por excelencia, ubicada en el noroeste y caracterizada por un paludismo de montaña, que se extendía desde la frontera con Bolivia hasta las regiones más fértiles y productivas de las provincias de Salta, Jujuy, Tucumán y Catamarca y parte de las provincias de Santiago del Estero, La Rioja, Córdoba y San Luis, se sumó y acentuó la malaria litoraleña del nordeste, donde la enfermedad resultó ser tributaria epidemiológicamente de las fronteras con el Paraguay y el Brasil. A través de la zona costera del Alto Paraná se expandieron los brotes epidémicos a provincias tan distantes entre sí como fue el nordeste de la provincia de Santa Fe y Mendoza.

Por esta razón, incluir el universo cordobés se justifica en función de la expansión de la infección malárica, como también para entender en clave comparativa derrotero de la enfermedad en un escenario que había estado exento de la infección a diferencia que había sido el norteño.

Esta expansión, condujo a la realización de varias iniciativas siendo muy significativas las campañas contra el paludismo realizadas en la década del treinta, cuya logística se capitalizó en la prevención de un foco de fiebre amarilla que amenazó en esos años a países limítrofes con la Argentina.

⁴Esta presentación es parte del proyecto titulado “*Enfermedad y políticas de salud en Argentina. Dolencias transmitidas por mosquitos desde la fiebre amarilla hasta el dengue. 1871-2009*”, PIP: Conicet. N° de código 11220090100933

La estrategia argumentativa de este trabajo se basa en el análisis del impacto en términos demográficos de las enfermedades transmitidas por mosquitos en la década del treinta vinculándolo con la emergencia de una trama político institucional destinada a la sanidad rural que se gestó de la mano de los brotes maláricos.

Desde el plano metodológico se ha adoptado una perspectiva interdisciplinaria la cual es tributaria de una iniciativa que hace más de una década hiciera Thomas McKeown que es el de entender a la historia y a la demografía histórica no como compartimentos estancos sino como partes integrantes de un conjunto más amplio. Si bien, el aspecto demográfico ha interesado principalmente a los demógrafos y a los historiadores de la economía, los cuales conceden mucha importancia a la relación entre crecimiento demográfico y expansión económica, circunstancia que estimuló a los historiadores a estudiar la fecundidad y la mortalidad, sin embargo, dichos enfoques han puesto en evidencia la importancia del “...estudio de los cambios habidos en la salud del pasado...”⁵. Estos análisis y otros que le continuaron nos permiten complejizar algunas cuestiones tales como ¿Qué universo socio-demográfico afectaron las dolencias transmitidas por el mosquito a lo largo de la centuria?, ¿Qué trajo aparejado la aparición- reaparición de estas enfermedades en el siglo XX-XXI para la estructura sanitaria argentina?, ¿Cuáles fueron las percepciones y las respuestas públicas y privadas frente a las dolencias en estudio?, ¿Qué rol jugó la medicina y los médicos en el combate contra las enfermedades?, ¿Qué políticas antiepidémicas se generaron dentro de los distintos tipos de Estado frente a la fiebre amarilla, y el paludismo su efectividad?. Estos son algunos de los interrogantes que nos conducen a pensar a la enfermedad no como un mero hecho biológico, sino a producir un abordaje donde condiciones de vida, enfermedad y comportamiento demográfico de las comunidades afectadas también forman parte del marco interpretativo.

Las fuentes utilizadas en este trabajo son de variado origen, abarcan Boletines del Departamento Nacional de Higiene, Memorias Oficiales, Legajos del Ministerio del Interior, prensa médica, revistas de actualidad como “Caras y Caretas”, Censos (1895 y 1914), tesis médicas, manuales escolares, entre otras.

Marco histórico los brotes de los años treinta.

5 McKeown, Thomas, *El crecimiento modernos de las poblaciones*. Editorial Antoni Bosch, Barcelona 1976, p. 7.

En el mismo año que se realizaba en Bogotá la Xª Conferencia Sanitaria (1938) en la Argentina mediante elecciones fraudulentas llegaba a la presidencia de la Nación Roberto Ortiz. Por razones de enfermedad, en 1942 Ortiz dejó el cargo en manos de su vicepresidente Castillo, quien gobernó hasta 1943, cuando un nuevo golpe militar instauró en el gobierno a Rawson, pero sólo por unos pocos días, ya que fue reemplazado por el General Pedro Ramírez.

En materia de salud pública, en 1930 el Departamento Nacional de Higiene seguía siendo el organismo regente a nivel nacional, no había experimentado mayores cambios respecto de la década anterior. Es decir, que a diferencia de otros países de América Latina, donde la tendencia era a convertir estos organismos en ministerios, en la Argentina, según Susana Belmartino, eso no prosperó, a pesar de haber existido reclamos por gestar un organismo técnico capaz de coordinar los servicios públicos federales, provinciales y municipales, y de beneficencia privada. (Belmartino, S., 1988, 174).

Dichas demandas, se hicieron sentir en el seno de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Buenos Aires en 1934, la que recomendó reunir los servicios de asistencia social y sanidad bajo el régimen de una sola autoridad, “...*lo que significa evidente provecho para la acción tutelar del Estado y para el robustecimiento de la Salud Pública...*”,⁶ hecho que en la Argentina solo se materializaría con el peronismo.

Los cambios en el gobierno nacional y en el plano económico convierten a la década del treinta, en una etapa de grandes transformaciones, pero que a nivel sanitario/institucional sólo significaron un reemplazo de nombres en la conducción del DNH, donde Tiburcio Padilla sustituyó a Aráoz Alfaro. Posteriormente, en 1932, cuando se hicieron cargo del gobierno Justo y J. A. Roca (h) la presidencia de éste organismo quedó a cargo del Dr. Miguel Sussini (Veronelli, J. C. y Veronelli Correch, M., 2004, 428). Hasta entonces, dicha institución mantenía la misma estructura que en la década del diez le habían dado Penna, con los agregados realizados por Gregorio Alfaro.

6.- *Actas de la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana de las Repúblicas Americanas*, Buenos Aires, 1934,120.

Con la llegada de Ortiz al gobierno en 1938, se hizo cargo de esta dependencia Juan Jacobo Spangenberg⁷, quien tradujo sus intenciones centralizadoras, mediante un proyecto de creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, (Spangenberg, Juan J., 1942, 619) que finalmente nunca fue aprobado.

En el plano económico entre la llegada de Uriburu al poder (1930) y la de Ramírez (1943) el progreso de la Argentina fue importante. Durante la década del treinta la industria emergió como un importante factor de poder en el país: la crisis la afectó de manera inesperada. Efectivamente, la baja de precios de exportación y la contracción de la demanda internacional dejaron al país con grandes carencias de divisas. Se hacían, entonces, difíciles las importaciones y se estimulaba, sin necesariamente proponérselo, la industria argentina. Esto era particularmente estratégico para las nuevas ramas en los sectores textil, metalúrgico y químico. En éste sentido, y a diferencia del ritmo que adquirieron las instituciones sanitarias en general y las palúdicas en particular, al no verse mayormente afectadas por el impacto político que representó el golpe de 1930, la crisis económica provocó el efecto inverso.

La quinina -el alcaloide natural empleado como medicamento antimalárico- era introducida en nuestro país desde Alemania o los EEUU, elaborada en comprimidos de 0,25 o 0,50 gramos. (Barbieri, A., 1927, 167). Cuando se produjo la crisis económica y se interrumpieron en gran medida los intercambios internacionales, esa medicina no fue la excepción, puesto que su abastecimiento en otras oportunidades ya se había visto obstaculizado por factores externos, por ejemplo la Primera Guerra Mundial. En ésta oportunidad la reacción del gobierno fue sustituir la adquisición externa del medicamento por la producción local. Para ello autorizó la compra de clorhidrato de quinina en polvo para acondicionarlo en comprimidos para su administración, puesto que se consideraba que la industria local, “...con su constante perfeccionamiento se halla en condiciones de realizar ese comprimido...”⁸

Por ende la demanda constante de quinina agudizada por los rebotes palúdicos de esos años dinamizó la producción local de este medicamento, sustituyendo las partidas importadas por la elaboración nacional.

Otros procesos también imprimieron un dinamismo propio a ésta etapa. Tal cual como lo señalan Armus y Belmartino, fue en éstos años, cuando la higiene

4.- Los términos de la renuncia de Sussini se consignan en un informe sobre lo actuado durante su sugestión. Sobre el tema consultar: AGN, Ministerio del Interior, 1939, legajo 21, Exp. 20432-5.

4.- AGN, Ministerio del Interior, 1936, legajo 42, expediente 25778 H.

defensiva, como disciplina y política pública, quedó relegada a un segundo plano. Esto sucedió, en gran medida, por el resultado de las nuevas tendencias en la mortalidad. Para esos años, en el mundo urbano la gente ya no moría por viruela o sarampión y la tuberculosis no aumentaba, a pesar que continuaba haciendo estragos; eran las “enfermedades nuevas o modernas” (las cardiovasculares y el cáncer), las que comenzaban a destacarse en las estadísticas. La mortalidad infantil seguía siendo relativamente alta, en gran medida como resultado de las enfermedades gastrointestinales. En el mundo rural, especialmente en el Nordeste, el paludismo dominaba la agenda de las iniciativas en materia de salud pública, y, junto con la tuberculosis, adquirieron o reafirmaron una dimensión socio cultural donde lo meramente biomédico se saturaba de nuevos significados y sentidos. (Armstrong, D. y Belmonte, S., 2001, 286).

La existencia de aproximadamente 200.000 palúdicos en las provincias del norte, el hecho de que la anquilostomiasis afectara a una cuarta parte de los habitantes de Corrientes y el triste cuadro que pintara la epidemia de polio (1934-35) junto con los brotes de viruela (1939) y los de peste bubónica (1940), hicieron que el mundo rural y sus males cobraran un protagonismo indiscutible frente a los ya dominados males urbanos. Había llegado la hora de enfrentar las pestes rurales y sus males, los cuales como se verá a continuación no eran sólo de índole biológica

La reorganización de los servicios médicos de salud en los años treinta.

Los sucesivos fracasos por controlar los brotes maláricos que se dieron en los años treinta pusieron en discusión desde el conocimiento que se tenía sobre los vectores, hasta los métodos aplicados, las políticas y sus instituciones. No obstante, las respuestas a los reclamos en este último universo fueron más lentas o más tardías, si las comparamos a las brindadas desde el mundo del laboratorio, por esos mismos años.

De hecho, desde 1909 hasta 1937, la lucha contra la enfermedad del sueño mantuvo una misma lógica organizativa, cuya centralidad estaba en el DNH y dentro de éste en la “Sección Central de la Profilaxis Antipalúdica”, que desde la Capital Federal y a cientos de kilómetros de los territorios infectados, emprendió las tareas de saneamiento y desinfección. Estas tareas se enmarcaban en la Ley 5195 (1907) de defensa contra el paludismo, la que desde su aprobación había puesto de manifiesto una serie de limitantes, (detalladas en el capítulo II de esta tesis) entre las que cabe

mencionar la variabilidad en los montos de los recursos acordados año a año por la Ley de Presupuesto de la Nación.

Igualmente, la sanción de esa norma plasmó una serie de ventajas, ya que a partir de ella se creó una base orgánica para la lucha antipalúdica, se establecieron las medidas destinadas a la fumigación, los criterios y acciones para la atención de los enfermos y se incursionó en el área de los medicamentos al instaurar el suministro gratuito de quinina y declarar libre de todo derecho la introducción de sales de esta droga. Pero, sin duda alguna, lo más significativo fueron sus efectos indirectos, ya que fue la plataforma de partida para el desarrollo de una sanidad rural, inexistente hasta el momento.

Los rebrotes palúdicos de 1930, 1931, 1932 y 1940 marcaron un viraje tanto en el campo del laboratorio como en el de las prácticas médicas vigentes hasta entonces. En ese contexto la legislación también fue puesta en discusión, tratando de buscar en ella si no la causa, por lo menos la identificación de uno de los tantos factores que contribuían al regreso de esta enfermedad.⁹

Esta necesidad se unía a la adquisición de nuevos conocimientos sobre la epidemiología del paludismo y de la biología de su agente transmisor, hecho que se daba en los marcos de una paulatina conformación de un campo doctrinario favorable a la intervención del Estado Nacional en la organización de los servicios de salud. (Belmartino, S., 2005, 149). Ello implicaba, a su vez, un incremento en las demandas por una mayor intervención del Estado en el área. Varios fueron en este sentido los debates, las acciones y otros tantos los proyectos propuestos.

Entre las acciones, comenzaron a primar cambios en los niveles locales, como los que se dieron en 1930 en los servicios de la Defensa Antipalúdica en las provincias de Salta, Jujuy y Catamarca¹⁰. Los mismos no eran una respuesta a una acción de planificación y/o organización superadora, sino más bien el resultado de hacer primar sus autonomías en un área que estaba manejada desde el gobierno central y de cuyos resultados se dudaba.

5.- Los distintos anteproyectos y modificaciones propuestas a la Ley 5.195 sobre profilaxis palúdica, se pueden encontrar en :

AGN, Ministerio del Interior, 1934, legajo 32, exp. 25189.

AGN, Ministerio del Interior, 1937, legajo 10, exp. 4971 H 37.

6.- AGN, Ministerio del Interior, 1930, legajo 24, expediente 010760.

AGN, Ministerio del Interior, 1930, legajo 29, expediente 013581.

Por esto, contrariamente a que el año 1930 fue signado por la centralidad que ocuparon los avatares políticos institucionales, debido al golpe militar, en los niveles provinciales se perdió la línea directa con el DNH y comenzaron a organizarse de manera autárquica de la máxima autoridad sanitaria.¹¹ Los resultados no fueron alentadores dado el recrudecimiento de la enfermedad a partir de 1931-1932, desde allí y hasta la reorganización en 1937, los debates parlamentarios fueron los que ocuparon la escena política.

En 1932, el diputado Luis Alberto Ahumada presentó una iniciativa por la cual se creaba la Dirección Regional Antipalúdica en forma autárquica, independiente del DNH, cuyo lugar de radicación ya no sería Buenos Aires, sino Tucumán. De los fundamentos presentados por el parlamentario se desprende que uno de los principales obstáculos de la legislación entonces vigente, era la maquinaria burocrática montada.¹²

En 1933 y de la mano del socialista Ángel María Giménez se pidió al Poder Ejecutivo un informe del estado sanitario de las provincias y territorios del Norte Argentino, como así también sobre los servicios que prestaban las organizaciones sanitarias nacionales, municipales y privadas y los resultados obtenidos con la aplicación de las leyes de paludismo, lepra, viruela, etc. En su argumentación aseguraba que el “...*paludismo hace estragos, desvaloriza la raza, disminuye la capacidad de trabajo [...]; la ley de paludismo [...] ha fracasado en gran parte por la conducta subalterna de algunos y porque se han seguido prácticas irregulares...*”¹³ Por lo cual, varios eran los diputados que reclamaban un plan sanitario eficaz para las combatir esos males.

Si bien estos proyectos no llegaron a formar parte del corpus reglamentario, los reclamos llevaron al Congreso de la Nación a establecer en la Ley de presupuesto del año 1937 una partida especial para la reorganización de los servicios palúdicos, que contemplaba la ampliación del personal técnico-administrativo y su traslado a la ciudad de Tucumán.

Dirección General de Paludismo.

11.- AGN, Ministerio del Interior, 1931, legajo 4, expediente 2385 H, 1931

12.- *Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados*, (1933) Tomo V, (10 de Agosto de 1932) Buenos Aires, Imprenta del Congreso Nacional, 17.

13.- *Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados* (1934) Tomo II, (6 de Julio 1933), Buenos Aires, Imprenta del Congreso Nacional, 96,102.

Por decreto del 26 de abril de 1937, el poder ejecutivo creó la Dirección General de Paludismo,¹⁴ que quedó a cargo del mariólogo Carlos Alberto Alvarado y cuya base de operaciones fue Tucumán, centro geográfico del área endémica. La vieja estructura, de corte clásicamente administrativo, fue convertida en una organización técnica, con personal especializado y en la que el Director General y el segundo Jefe eran *full-time*. En las bases conceptuales de esta nueva dependencia se pueden encontrar los principios de planificación, de integración de prácticas preventivas y atención médica, organizados bajo la concepción de una “*unidad de comando*”. (Belmartino, S., 2005, 104).

La unidad empezaba por los Servicios Técnicos Administrativos Centrales (STAC) que eran los encargados de estudiar, planear y controlar el accionar médico/profiláctico en general. El eslabón inmediato eran los Servicios Regionales (SR), ejecutores de las medidas dictaminadas por los STAC, y se ubicaban en los marcos de las direcciones regionales, las que, a su vez, estaban cargo de un director regional.

Los STAC contaban con un área técnica conformada por la Sección de Ingeniería Sanitaria, que se ocupaba de los planos, de estudiar los proyectos de las obras de saneamiento y de la selección de los métodos de lucha antipalúdica y, además, con una Sección de Estudios Técnicos que era la que realizaba las investigaciones epidemiológicas en general.

El seguimiento de los resultados obtenidos lo realizaba la Sección de Control Entomológico que se encargaba de monitorear la lucha antilarvaria y la Sección de Hematología que ejecutaba los controles hematológicos e investigaba sobre plasmodios. Todos estos datos eran procesados en la Sección de Estadísticas, que fue creada en 1939 y tenía por meta cruzar los datos mencionados anteriormente con los resultados de los gastos y costos por rubros de cada servicio. La finalidad de esto era relacionarlos con su rendimiento sanitario. (Sussini M., 1939, 892).

¿Cómo se implementó o efectivizó esta nueva logística organizativa? Se canalizó por medio de un plan asistencial - preventivo.

El plan asistencial comprendía las prestaciones oficiales, o sea, la atención de enfermos y distribución de medicamentos antipalúdicos por los servicios del DNH y el

14.- *Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene*, 1937, año 1 n° 1 al 12, Ministerio del Interior, Buenos Aires, 78.

suministro especial que era el que se hacía por intermedio de las instituciones sanitarias provinciales, municipales, escuelas y agentes particulares o “oficiosos” de distribución.

El suministro especial tuvo efectos limitados, lo que fue tributario de “*la falta de organización, disciplina y espíritu de cuerpo*”¹⁵ por parte de los organismos provinciales y municipales, cosa que no era privativa al suministro de quinina, sino de la precariedad en cuanto a la organización sanitaria de la Argentina interior, por la falta, entre otras cosas, de la tan reclamada reorganización en el ordenamiento de esas instituciones. Además, esto pone en evidencia que muchos de esos servicios médicos eran decididamente deficientes e insuficientes.

Esta situación se agudizaba más en las zonas rurales. Dado que muchas de ellas carecían de servicios médicos, lo que se intentó remplazar con Centros de Distribución de medicamentos antipalúdicos, a cargo de “agentes oficiosos de distribución”. Estos agentes eran definidos como particulares responsables, sin ningún tipo de relación de dependencia con los organismos oficiales, siendo sólo una especie de voluntariado. En estas áreas, el efecto fue más negativo aún por la falta de controles y de continuidad.

El Plan Preventivo se basaba en el saneamiento y era financiado con fondos provenientes del Estado y de particulares. Estos últimos eran, especialmente, los ingenios azucareros. De hecho, el total de estos aportes sumó en 1942 \$ 75.291 (cifra con la que se abonaron 22.996 jornales) contra \$ 65.139 en el año 1941 y \$ 44.551 en 1940. Estas cifras indican un mayor recurso financiero, pero también una contraposición frente a “*...la escasa, ineficaz o nula cooperación de las instituciones médicas y sanitarias (regionales) en el plan asistencial...*”¹⁶.

Según la visión de los analistas contemporáneos, dicha situación obedecía a la necesidad de una reorganización en la estructura de las instituciones sanitarias del país, tanto nacionales como provinciales y municipales. Sin embargo, esto no alcanza a explicar la importancia que el mismo tema adquiriría para el sector privado, si no se lo vincula con la preocupación de este sector por el mantenimiento de la mano de obra jornalera, temática que a lo largo de esta tesis ya fue remarcada.

15.- *Memoria de la Dirección General de Paludismo*, correspondiente al año 1941.

Departamento Nacional de Higiene, Tucumán, 14-15.

16.- *Memoria de la Dirección Nacional de Paludismo, correspondiente a 1942*, Departamento Nacional de Higiene, Tucumán, 1943, 15.

Pero además los STAC poseían una escuela de Oficiales Sanitarios en Monteros, a la cual se le confiaba la preparación del personal subalterno, capataces, ayudantes. Una vez formados eran derivados a las diferentes secciones de saneamiento. (Alvarado, C., 1937,808).

La escuela de Monteros indica la existencia de una serie de problemas de los cuales adolecía el país, como eran la falta de formación de los jefes de saneamiento y de los ayudantes del personal no médico. Sin embargo, esta instancia de formación técnica era cruzada por una realidad local como era el hecho de la permanente circulación de la peonada, los que se empleaban y al tiempo abandonaban sus tareas para marcharse a trabajar en la zafra (de junio a diciembre), cuyo jornal era mayor. Esto hizo que no pudieran ejercitarse en el trabajo que debían ejecutar y que, a su vez, fuera dificultoso obtener mano de obra en los meses de invierno y primavera.¹⁷

Pero la carencia más importante era la de médicos sanitarios para ocupar los cargos de jefes de servicios. La razón de esta escasez radicaba en que la especialidad de médico sanitario (*public health officer*) sólo podía ser desempeñada como médico oficial; este requisito no era compensado, ya que dichos cargos carecían de estabilidad y de una adecuada remuneración; por lo tanto, no existían estímulos para perfeccionarse en una especialidad que resultaba ser aleatoria.¹⁸ De hecho, de doce facultativos que el DNH mandó a Italia en los años veinte a estudiar paludismo, sólo dos estaban en funciones,¹⁹ el resto habían renunciado a sus cargos y a sus aspiraciones como mariólogos.

Vinculado de alguna manera a lo dicho, también se trató de avanzar en la educación y divulgación sanitaria como un complemento de la lucha antipalúdica. Uno de los recursos utilizados fue el Almanaque Sanitario, el Juego del mosquito (con dados y fichas) y el Cuadro de los Tratamientos.

El Almanaque Sanitario, editado desde años anteriores, estaba destinado a las poblaciones rurales; se distribuyeron en 1942 alrededor de 40.000 ejemplares, constaba de tres elementos: un cuadro alegórico en tono burlesco, literatura con frases sencillas y breves y el calendario. Se apelaba este recurso argumentando el “... *el interés de nuestro*

17.- AGN, Ministerio del Interior, 1938, legajo 51, expediente 48723 H, 1938.

18.- Diario *La Nación*, 9 de Mayo de 1938.

19.- Diario *La Nación*, 12 de Mayo de 1938.

habitante de campo por poseer un calendario, al que acude con frecuencia para conocer las fiestas y los días de trabajo...”.20

El Cuadro de los Tratamientos contenía indicaciones precisas sobre la forma de curar el paludismo según las edades; la distribución abarcó a todas las “*agencias sanitarias sin servicio médico*”.21

El Juego del Mosquito estaba destinado a escolares y era semejante al Ludo. La idea del juego era fijar en la mente del niño las nociones elementales de cómo se adquiriría el paludismo (casillas con *anofeles* obligaban a retroceder) y cómo podía evitarse (casillas con elementos de destrucción o defensa contra los mosquitos permitían avanzar).

Resulta claro que la aparición de la Dirección General de Paludismo implicó un cambio cualitativo desde el punto de vista organizativo; pero no fue estructural y de hecho el mayor obstáculo fue que se realizó en los marcos de la Ley Antipalúdica vigente desde 1907, cuyas limitantes eran, para entonces, muy evidentes. Pero, para entonces la cuestión palúdica había dejado de ser una cuestión norteña para extenderse en zonas donde por sus condiciones climáticas resultaba impensable como fue el caso de la provincia de Córdoba temática que se tratará a continuación.

El paludismo cordobés

Fuera de aquel mapa norteño, el desarrollo de esta enfermedad endémica también se ha vinculado en principio a factores de estancamiento socioeconómico, así como a variables climáticas y geomorfológicas creadoras de las condiciones propicias para convertir a los espacios en ecosistemas ideales para la vida de las distintas especies de anofelinos, potencialmente vectores de la enfermedad²². En estos ámbitos geográficos, se conformó un área endémica en la llanura chacopampeana en la franja costera de los

20.- *Memoria de la Dirección Nacional de Paludismo, correspondiente a 1942*, Departamento Nacional de Higiene, Tucumán, 1943, 16.

21.- *Memoria de la Dirección Nacional de Paludismo, correspondiente a 1942*, Departamento Nacional de Higiene, Tucumán, 1943, 17.

22 Curto, Susana; Carbajo, Aníbal y Boffi; Rolando (2003); *Aplicación de Sistema de Información Geográfica en Epidemiología. Caso de Estudio: Malaria en Argentina*, CONICET/CE, Centro de Investigaciones Epidemiológicas. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires,

ríos Pilcomayo, Paraguay y Paraná y, por el Alto Paraná hasta Itatí²³, y, en la provincia de Córdoba, aunque en una versión más benigna, la enfermedad afectó de manera particular a una vasta zona del noroeste de la Campaña provincial. Puntualmente, en la provincia mediterránea esta última situación se habría manifestado de manera preferente en un conjunto de Departamentos situados al Noroeste de la provincia, particularmente en los de Cruz del Eje, Minas, Pocho, San Alberto y San Javier²⁴.

Según la Región Noroeste del interior de Córdoba comparte un conjunto de rasgos que la colocan en una posición potencialmente relegada en términos socioeconómicos en relación a la región Sur y al Departamento Capital, insertas plenamente en el desarrollo capitalista agroexportador, a lo largo de gran parte de los años considerados en el trabajo. Esta tendencia vigente en el mapa socioeconómico cordobés hasta los tiempos actuales, posee un origen histórico bien definido y, como es de esperar, condiciona de manera diferencial a los distintos Departamentos considerados, así como a las localidades o pedanías que forman parte de ellos.

Al identificar las tendencias comunes a toda la región noroeste, en principio, seguimos los análisis de Ana María Candelaresi, quien remarcó un proceso histórico fundamental en el mapa cordobés. En él, las tierras del sudeste cordobés fueron ocupando el centro de la escena económica provincial por contar con las características necesarias para adaptarse a las exigencias del abastecimiento de la demanda europea, lo que se tradujo en que las regiones no integradas plenamente al litoral agropecuario sufrieran un significativo estancamiento económico y a largo plazo una marcada reducción demográfica²⁵. De acuerdo a ese proceso histórico que afectó a todo nuestro país, se fue delineando una región agropecuaria por excelencia. En ella, se vinculó al Litoral argentino los departamentos cordobeses situados al sur y sureste de la provincia, a saber: Río Cuarto, Marcos Juárez, Unión, Juárez Celman, Tercero Abajo, la mayor parte de San Justo y de Río Segundo y Tercero Arriba²⁶.

23 Ibidem, pp. 2.

24 Se seleccionaron estos cinco (5) Departamentos luego de haber verificado en las fuentes consultadas la aparición del paludismo en los años considerados en el trabajo. No obstante, lo que se conoce como región noroeste incluye además de los mencionados a los Departamentos de Ischilín, Río Seco, Sobremonte, Totoral y Tulumba.

25 Candelaresi Ana María (1999): Entre lo dicho y lo hecho. Los inmigrantes italianos en la provincia de Córdoba a fines del siglo XIX., Córdoba, Azzurra Edición Especial.

26 Beato, Guillermo (1993): Grupos Sociales Dominantes. México y Argentina (siglos XIX y XX), Córdoba: Dirección General de publicaciones de la Universidad Nacional de Córdoba, pp. 104.

En materia de régimen demográfico, la región objeto de análisis se ha definido como de tipo antigua²⁷ con una mortalidad alta. Este comportamiento, a pesar de los desplazamientos económicos que sufre la región, en el período censal 1914 -1947, fue compensado por una natalidad también alta, que define un panorama donde no se verifican disminuciones en la población, aunque sí, migraciones endógenas y exógenas hacia las localidades y ciudades más prósperas económicamente²⁸.

Asimismo, en el período considerado, el crecimiento de la población en estas regiones se evidenció tanto en los mayores incrementos de la población urbana como en la rural. De acuerdo a los datos de los censos de 1914 y 1947, el crecimiento de la realidad urbana se ubicaba exclusivamente en las localidades cabeceras departamentales y, en ningún caso, se superaron las 16.000 almas, tomando como referencia el año 1947. Y, el aumento, estuvo dado únicamente por el crecimiento de las ciudades cabeceras departamentales como Cruz de Eje (Dpto. Cruz de Eje), Villa Dolores (Dpto. San Javier) y Deán Funes (Dpto. Ischilín), mientras el crecimiento de la población rural, se vinculó al incremento poblacional de pequeñas localidades situadas al interior de cada uno de los Departamentos de la región²⁹

Sin embargo, el carácter rural de nuestra región palúdica se corrobora al considerar que, mientras para 1914 la provincia en su conjunto contaba con porcentaje de población rural del 54,8 %, la región noroeste tenía un porcentaje de 82,4 %, y, en 1947, mientras la provincia considerada globalmente poseía un 47,40 % de población rural, la región de nuestro interés sostenía un elevado porcentaje de 73,78%, con una enorme preponderancia de poblaciones de menos de 2.000 habitantes³⁰.

En cuanto al número y distribución territorial de las localidades consideradas, resultó valioso ilustrar, a pesar de la escasez de datos, las tendencias que definían la composición urbana-rural de los Departamentos considerados, para ello, a continuación se transcribió una lista de las localidades en cuestión y sus valores de población para el año 1914 y para el año 1947³¹

27 Olivera De Carbel, Graciela (1985): El noroeste de la provincia de Córdoba. Un caso de marginalidad económico social (1930-1950) Tesis de Licenciatura en Historia, Mimeo, pp. 48.

28 Ibidem

29 Ibidem, pp. 32 a 48

30 Ibidem

31 Cuadro elaborado por Olivera De Carbel, Graciela Op. Cit., pp 36 a 39, en base a los datos de La Dirección General De Estadísticas, Censos E Investigaciones, III Censo General de Nación, Tomo II, Buenos Aires 1914, pp. 276. Y, Dirección General Del Servicio Estadístico, IV Censo General de la Nación de 1947. Volumen I, Buenos Aires, 1952, p. 189-199

| Departamentos/localidades o pedanías | Población año 1914 | Población año 1947 |
|--------------------------------------|--------------------|--------------------|
| Departamento Cruz de Eje: | | |
| Cruz de Eje (localidad capital) | 8. 799 | 15.663 |
| Villa del Soto | ----- | 3. 355 |
| Serrezuela | ----- | 1. 436 |
| San Marcos Sierra | ----- | 776 |
| Villa Las Rosas | ----- | 412 |
| La Higuera | ----- | 243 |
| Los Sauces | ----- | 149 |
| Departamento de Pocho: | | |
| Salsacate | ----- | 421 |
| Departamento de Minas: | | |
| El Chacho | ----- | 375 |
| Departamento San Alberto: | | |
| Mina Clavero (localidad capital) | ----- | 1.688 |
| San Pedro | ----- | 1.308 |
| Villa Cura Brochero | ----- | 1.188 |
| Las Rabonas | ----- | 222 |
| Nono | ----- | 257 |
| San Vicente | ----- | 164 |
| Ambul | ----- | 395 |
| Las Calles | ----- | 290 |
| Departamento San Javier: | | |
| Villa Dolores (localidad capital) | 5.825 | 13.835 |
| San José | ----- | 590 |
| Suyaba | ----- | 1.463 |
| La Paz | ----- | 956 |
| Conrala | ----- | 588 |
| Los Hornillos | ----- | 613 |
| Villa Las Rosas | ----- | 412 |
| Yacanto | ----- | 405 |
| La Población | ----- | 467 |
| Travesía | ----- | 248 |
| Los Cerrillos | ----- | 221 |
| San Javier | ----- | 243 |
| Las Tapias | ----- | 352 |
| Paso del Chañar | ----- | 145 |

A pesar de que el paludismo ataca por igual a la ciudad o al campo, resulta importante considerar que el predominio de las pequeñas localidades trajo aparejada una mayor vulnerabilidad en las poblaciones más pequeñas. Es que, en términos regionales a este cuadro de población y asentamiento le correspondió una situación socioeconómica precarizada que, según intentamos mostrar se corresponde en los años analizados con una política sanitaria insuficiente y renuente a incorporar la problemática palúdica de la Región en las agendas estatales.

En un apretado intento por definir el mapa socioeconómico y ambiental del período, podemos destacar algunos datos significativos: tanto las grandes como las pequeñas unidades económicas de la región fueron más improductivas que en el sudeste provincial, hecho que se evidencia en los volúmenes de producción. Asimismo, las condiciones de producción estuvieron significativa limitadas, por ejemplo, en 1937, la región en su conjunto cuenta con una red ferroviaria más escasa que el promedio provincial y, para 1947, sólo el 4, 55 % de las unidades económicas contaba con bombas para irrigación³². A este panorama se suma la no existencia por muchas décadas un tendido de redes de agua corriente, por lo que comúnmente se extraía agua mediante almacenamiento de lluvia, por aprovechamiento de ríos y extracción del líquido del subsuelo. Completaban ese cuadro las escasas precipitaciones, la consecuente falta de pastos naturales, así como las características de los terrenos, que exigían la preparación del desmonte y los escasos y costosos medios de transporte³³

Por otra parte, las condiciones de vida de la población crearon un contexto favorable para la extensión del paludismo así como de otras enfermedades, en una región que, para 1937, concentra el 41, 3 % del total del total de los ranchos. El mismo comportamiento se imputaba al hacinamiento individual, es decir aquellas familias que vivían todas en la misma habitación³⁴. En ese sentido, resulta altamente demostrativo de las condiciones de vida imperantes en la región, considerar que para 1937, en el Departamento de Cruz del Eje de un total de 5.731 familias censadas, en el 47, 8 % de los casos, todos los miembros dormían en una sola pieza, existiendo en la región en su

32 Ibidem, pp. 154

33 Salinardi, Julio Alberto; 2007: 129 y 130

34 Olivera De Carbel, Graciela Op. Cit., pp. 154

conjunto 3.291 viviendas de barro y paja de 7.968 total constatadas en todo el territorio provincial³⁵.

¿La pregunta sería como afectaron los cambios institucionales introducidos en el DNH, detallados anteriormente, en el contexto cordobés?. Cuando en los primeros años del siglo XX, el paludismo devino en una preocupación genuinamente pública³⁶, se registraron cambios significativos en este espacio del país. Más bien, las investigaciones muestran que el Departamento Nacional de Higiene habrían volcaron sus escasos recursos a priorizar la lucha contra “(...) el paludismo en las zonas de producción azucarera”³⁷. En ese contexto, las pretensiones de la Ley Nacional de 1907, por lo menos en Córdoba, se cumplieron de una manera significativamente incompleta.

Más allá de esta situación leída en contexto y considerando que la tasa de mortalidad local se hallaba significativamente por debajo de la media de la de otras regiones del país, queremos resaltar, como mostramos en el próximo apartado, que en la zona palúdica de Córdoba fue el Estado provincial, fundamentalmente a través de su Consejo de Higiene, y con más presencia a partir de la década del 30’, el que pasó a ocupar el lugar protagónico en la lucha antipalúdica. En ese marco, las intervenciones sanitarias quedaron prácticamente supeditadas a las dinámicas de la agenda provincial y con ello a las capacidades de ese nivel estatal y a sus complejas relaciones con el gobierno nacional de la etapa.

Los primeros años de proyecto en salud del radicalismo sabatinista: panorama antipalúdico en el noroeste cordobés

En el siglo XX, los brotes epidémicos de paludismo continuaron afectando a la región noroeste del interior provincial. Los datos muestran que con el nuevo siglo habrían aumentado considerablemente el número de afectados por la enfermedad en el marco de la profundización de las desfavorables condiciones socioeconómicas que ya

35 Ibidem, pp. 146, a partir de datos del Consejo Nacional de Educación. IV Censo Escolar de la Nación. Tomo II, Buenos Aires, pp. 137.

36 Armus, Diego y Belmartino, Susana, Op. Cit. pp. 290

37 Ibidem

venían caracterizando la vida social en la Región Noroeste de Córdoba, fundamentalmente a partir de los cambios macroeconómicos de la década del 30’.

No obstante fue al calor de esa misma crisis y de los cambios que esta impulsó, como es ampliamente conocido por aquellos años se inició la transformación de la ideología *laissez-faire* que dominaba al Estado y a la concepción del papel que éste debería asumir frente a los problemas que afectaban la vida social. No es una casualidad que, específicamente en relación al paludismo, los estudios señalen la década del 30’ como el momento clave, el tiempo en que “(...) comienza la lucha antipalúdica (...)”³⁸ o en términos de Eric Carter los años en que se desarrollaron medidas de control mas apropiadas por lo menos para la región Noroeste argentino.

Como es de esperar, estos cambios que afectaron a la organización de los Estados y la relación de éstos con las sociedades en el mundo occidental, también impactaron en la vida sociopolítica de Córdoba. Estas transformaciones se evidenciaron en la provincia en una mayor presencia de las instancias estatales en la articulación de las respuestas públicas en torno a las enfermedades y los fenómenos de la Salud Colectiva³⁹. En el espacio político local ese cambio de énfasis comenzó a bosquejarse a partir de los gobiernos Demócratas, cristalizando más decididamente en las dos administraciones sucesivas del radicalismo sabattinista, 1936-1940/1940-1943⁴⁰.

Superada la etapa Demócrata, el gobierno radical dio comienzo a una etapa inspirada en concebir la intervención del Estado como medio para reorganizar la sociedad y se inician novedosos procesos de reforma estatal, marcados por una tendencia a priorizar la restauración institucional y el respeto a la autonomía de la provincia, conjugándose una política de oposición del gobierno nacional alineado en la llamada “restauración conservadora”⁴¹ En materia de salud pública, se definieron objetivos amplios, y, las atribuciones del Consejo Provincia de Higiene se profundizaron, confiándole a la institución amplios y ambiciosos objetivos asociados con “(...) la defensa integral de la sociedad frente a los daños que puedan originarle las

38 Curto, Susana; Carbajo, Aníbal y Boffi; Rolando, Op. Cit. pp. 2

39 Carbonetti, Adrián (2005): “La conformación del sistema sanitario de la Argentina. El caso de la provincia de Córdoba, 1880-1926”, en DYNAMIS, Granada, España. Roggio, Patricia (1997): “Condiciones de vida material de los trabajadores en Córdoba: la problemática de la salud. 1930-1946”, en Moreyra, Beatriz I. y Solveyra, Beatriz (Comps.): Estado, economía y sociedad, 1880-1950. Los procesos-los hombres-las vivencias, Córdoba, CEH.

40 Philp, Marta (1998): En nombre de Córdoba. Sabattinistas y peronistas. Estrategias en la construcción del Estado. Ferreira Editores, Córdoba, pp. 81

41 Ibidem, pp.63

enfermedades, la mala vivienda, la alimentación deficiente, el trabajo insalubre y todo otro factor negativo respecto a la salud y su progreso”⁴²

Ahora bien, dos cuestiones interrelacionadas deben tenerse en cuenta al momento de abordar las respuestas públicas articuladas ante los brotes palúdicos de los meses en análisis. Por un lado, la complejidad de factores sociales, culturales, económicos y ambientales que definen el desarrollo de esta enfermedad y que en el Noroeste provincial, y específicamente en el Departamento de Cruz de Eje encontraron una manifestación particularmente crítica. En asociación con ello, los objetivos y las aspiraciones del radicalismo en cuanto al papel del Estado en relación a la salud y la lucha antipalúdica en particular deben leerse en el contexto de un proceso de construcción de su alternativa estatal, que para los últimos meses de 1936 y los primeros del año siguiente no sólo se halló en ciernes sino también que estuvo atravesado por una herencia institucional y política poco proclive a considerar la Salud Pública como un problema de primer orden.

El “chucho” en los umbrales del peronismo

La década del treinta fue una etapa signada por una serie de cambios, en el campo de la higiene. Debido al exitoso control de la mortalidad que se había logrado básicamente en las grandes ciudades argentinas, se dejaba atrás el temor a la “enfermedad epidémica” y junto con ella los trazos de un discurso decimonónico, que ponía el acento en una medicalización de la sociedad en base a un disciplinamiento generalizador que abarcaba desde la práctica de la vacunación hasta la moral.

Para entonces, la higiene y sus principios formaban parte de las pautas culturales de una sociedad que durante décadas había sido alimentada por vías diferentes con esa prédica. Y a pesar que la medicina diplomada debió convivir con la

42 Ibidem

medicina popular, era evidente que le estaba restando territorio al accionar de las prácticas no diplomadas.

Sin embargo, en el mundo rural y a pesar que en este período se fortaleció una red de instituciones de atención médica de base palúdica, cuyas funciones abarcaron áreas como la obstetricia, la clínica o las enfermedades venéreas, se estaba muy lejos de alcanzar los logros urbanos.

El paludismo y sus instancias médico - institucionales, son un ejemplo a través del cual se puede observar la construcción de canales tendientes a integrar en las masas norteñas pautas urbanas y también sus límites.

En función de la integración a una lógica más urbana, no sólo se apeló a la quininización, sino se esforzaron por la difusión, recurriendo a la enseñanza popular mediante el almanaque sanitario, afiches, volantes o folletos, que eran distribuidos entre el pueblo y fijados en sitios públicos como estaciones de ferrocarril, comisarías, escuelas, etc. (Lobo, M. y Silvetti Peña, 1941, 263).

Esta última instancia cruzada con reclamos como era la vivienda antimosquito, generó una intersección donde medicina, educación y principios eugénicos se combinaron para combatir diversos males como pobreza, debilidad física y retraso socio cultural. Aun así, sus alcances fueron limitados, puesto que ni los eslabones claves de la cadena, como eran los peones encargados de combatir al cínife, tenían conciencia de la importancia de su función. Es evidente que existió una lentificación en la adopción del “catecismo higiénico” por parte de los sectores rurales en relación a los habitantes de las ciudades.

A pesar de la lentificación en el proceso de “medicalización” rural, no es menos cierto que se avanzó significativamente en un espacio que era prácticamente negado a la medicina diplomada. Los primeros cuarenta años del siglo XX fueron efectivos en generar la aceptación por parte de los sectores populares de la figura del médico: proceso que no fue unidireccional, ya que los profesionales aprendieron las pautas culturales lugareñas y en muchos casos las respetaron, a los efectos de no provocar rechazo o resistencias a las terapéuticas aplicadas. Sobre este basamento se intentó cambiar un escenario asolado por numerosas enfermedades, donde el temor a las epidemias aún seguía intacto.

Pero, si bien hemos observado que el clivaje de los treinta en materia palúdica sólo se hizo visible en cuestiones de índole social y cultural, ya que desde el punto de vista institucional lo dominante fue la permanencia de modelos asociativos vigentes

antes de la “gran crisis”, desde una rama conexas como es la industria farmacéutica la imagen es distinta. Si la crisis política no impactó decididamente en los organigramas vigentes, la crisis económica sí.

Este proceso se dio en medio de una mayor intervención por parte del Estado, que desembocó, en los años peronistas, en las “grandes luchas” que fueron la puerta de entrada para la ampliación, no sólo de los contenidos de la ciudadanía social, sino de la expansión efectiva de la misma a los territorios relegados de la Argentina interior.