

## LA SALUD Y ENFERMEDAD DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIOCULTURAL EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX.

*THE HEALTH AND DISEASE FROM A SOCIOCULTURAL PERSPECTIVE IN THE FIRST HALF OF THE 20TH CENTURY*

Beatriz I. Moreyra, Inés M. B. Domínguez

### RESUMEN

Los historiadores sociales de fines del siglo XX colocaron en el centro de sus preocupaciones nuevos temas y enfoques, entre ellos, los problemas vinculados con la denominada cuestión social. A ella se la define como el conjunto de problemas sociales surgidos como consecuencia de la industrialización, la urbanización, la inmigración entre los que se encontraban los conflictos del trabajo, la pobreza, el pauperismo, la marginalidad y la enfermedad, que restituyeron el protagonismo de sujetos olvidados como los enfermos, los locos, los delincuentes, entre otros. Las enfermedades presentes en la sociedad plantean un nuevo objeto de reflexión histórica que proporciona una ventana a la realidad social. Analizar la trilogía enfermedad-salud-atención de manera integrada es conocer un aspecto que explica la problemática social.

Las respuestas a los problemas sociales provinieron, a comienzos del siglo XX, de la sociedad civil y del Estado, surgiendo instituciones de asistencia social que actuaban de manera combinada. El presente artículo aborda el tema de la enfermedad-salud-atención y las respuestas a esta problemática por parte del Estado cordobés durante el período 1900-1940, buscando reconstruir cómo la enfermedad nos permite develar las condiciones de vida material y cultural donde emergieron y el proceso de constitución del Estado y la ciudadanía sociales, a partir de las continuidades, cambios y transformaciones que se fueron manifestando en el campo sanitario.

**Palabras clave:** historia sociocultural - salud- enfermedad- atención- Estado social- modelo benéfico asistencial

### ABSTRACT

The social historians of ends of the 20th century placed in the center of his worries new topics and approaches, between them, the problems linked with the social question called. It is defined as the set of social problems arisen as consequence of the industrialization, the urbanization, the immigration between those who were the conflicts of the work, the poverty, the marginality, the disease, that they returned the protagonism of subjects forgotten as the patients, the madmen, the delinquents between others.

The diseases in the society, raise a new historical object of reflection that provides a window to the social reality. To analyze the trilogy disease - health- service of an integrated way is to know an aspect that explains the social problematics.

The response to the social problems came from the civil society and from the State, arising institutions of social assistance that were acting in a combined way.

The present article approaches the topic of the disease- health- service and the response to this problematics for the State during the period 1900-1940 in Córdoba, seeking to reconstruct how the disease allows us to show the conditions of material and cultural life where they emerged and the social process of constitution of the Social State and the social citizenship, from the continuities, changes and transformations that were demonstrating in the sanitary field.

**Key words:** social cultural history- disease - health- service- Social State - Charitable welfare model

---

Centro de Estudios Históricos "Prof. Carlos S. A. Segreti"- Unidad Asociada a CONICET  
Miguel C. del Corro 308- Córdoba (5000)

cehcba@uolsinectis.com.ar

Universidad Católica de Córdoba- Facultad de Filosofía y Humanidades

Universidad Nacional de Córdoba- Facultad de Filosofía y Humanidades

## INTRODUCCIÓN

*“Existe una contradicción decisiva que hay que explorar... la brecha que se profundiza entre la progresión de la democracia-régimen y la regresión de la democracia-sociedad” (Pierre Rosanvallon )*

Actualmente asistimos a un claro proceso de historización de la ciencia contemporánea que nos permite comprender y explicar las realidades naturales y sociales como una tarea compleja que no se define por la tradicional oposición decimonónica entre naturaleza y hombre sino que involucra un diálogo entre el hombre y la naturaleza. Y lo más importante es que este proceso de historización del conocimiento ha transformado radicalmente el lente a través del cual interpretamos y explicamos la realidad natural y humana. Pero paradójicamente desde fines del siglo XX y en lo que transcurre del siglo XXI, parece que hemos descuidado el rostro humano de los procesos sociales, lo que ha conducido - como expresa Pierre Rosanvallon - a que “la ciudadanía progresa al mismo tiempo que retrocede la ciudadanía social”, motivando el crecimiento de las desigualdades como motor de esa degradación de lo social. De allí la importancia de volver sobre nuestro pasado para esclarecer el presente y actuar en el futuro.

En un clima científico permeado por el policentrismo temático y metodológico, el presente artículo ofrece una mirada y no la mirada sobre los problemas de la salud, la enfermedad y la atención, abordaje que se refiere siempre a la combinación de un lugar social, de prácticas científicas y de un discurso .

Las enfermedades presentes en la sociedad, nos plantean un nuevo objeto de reflexión histórica que permite explicar una determinada realidad social, porque las condiciones sociales y de vida en las cuales emergieron, las mentalidades, los conocimientos científicos-médicos, las prácticas sociales, las construcciones discursivas, las políticas públicas y privadas implementadas para combatirlas y la situación económica tienen su punto de convergencia en ellas. Las enfermedades permiten explicar fenómenos complejos que trascienden la dimensión puramente biológica, su existencia es tal a partir que se toma conciencia de ella, se la denomina de una manera particular y se responde con acciones específicas.

Analizar la trílogía enfermedad-salud-atención de manera integrada es conocer un aspecto que explica la problemática social y se incluye como tema de la historia social renovada. La perspectiva sociohistórica y cultural estudia a la enfermedad como el nudo problemático donde la dimensión biológica se carga de connotaciones sociales, culturales, políticas y económicas, construyendo una narrativa historiográfica que rescata e incorpora creativamente la riqueza de las iniciativas originadas en la medicina y en la salud pública, atendiendo a las dimensiones organizativas, asistenciales y humanitarias.

La producción dedicada a la historia sociocultural de la enfermedad se ha desarrollado como una vertiente crítica a la historia tradicional de la medicina centrada en los médicos y constituye uno de los modos de ver las relaciones entre la historia y la enfermedad que ha cobrado significación en los últimos veinte años en Latinoamérica.

Como ha expresado Diego Armus, los historiadores, demógrafos, sociólogos, antropólogos, científicos políticos y críticos culturales han descubierto su relevancia como un modo de organizar la discusión de ciertos problemas del pasado; en particular; cómo una ventana para reflejar las condiciones materiales de existencia y sus efectos en los cuadros de morbilidad y mortalidad, las dimensiones culturales y sociales de la enfermedad, los procesos de profesionalización y medicalización, el desarrollo y legitimación de las políticas asistenciales, la interacción entre enfermos y las instituciones del conjunto asistencial, los valores culturales y los procesos más amplios de construcción de los estados nacionales. Pero además, la historia sociocultural de la salud y la enfermedad no es una historia de una larga duración despolitizada sino que por el contrario, en un contexto contemporáneo caracterizado por la politización de todas las esferas de la realidad social, reconoce la necesidad de analizar el rol del Estado y de las distintas instituciones como actor crucial en la conformación y evolución de las estructuras y coyunturas sanitarias, mediante sus políticas sectoriales y su relación con los sectores sociales.

Un aspecto digno de destacar en la producción historiográfica de los últimos años es la tendencia a la descentralización del análisis y de la interpretación, estrategia que permite no solo rescatar las particularidades de las políticas sociales en los espacios extra céntricos sino complejizar y matizar las explicaciones sobre las mismas a nivel nacional al valorar su impacto en el interior provincial o bien al destacar la falta de alcance nacional de las mismas. Los diversos autores que están transitando este recorte, realizan este abordaje, algunos, concentrándose en el estudio de las políticas sociales en los espacios provinciales y otros interrogándose sobre el impacto de las políticas adoptadas por las agencias nacionales en el interior del país y/ o señalando las ausencia de las intervenciones estatales más allá de los centros neurálgicos de la toma de decisiones .

De acuerdo con este enmarque sociohistórico, estas reflexiones tienen por objetivo analizar la construcción de las políticas de salud como productos históricos, asociando las transformaciones económicas y sociales de la primera mitad del siglo XX con los cambios en las concepciones de los procesos de salud-enfermedad, los diferentes sistemas de intervención y los actores que se consideraron aptos para llevarlas a cabo.

Este trabajo se focaliza en la relación salud, enfermedad, atención y representaciones sociales tomando como epicentro la provincia de Córdoba en dos etapas.

La primera aborda el modelo asistencial hasta 1930, la segunda se concentra en la década de 1930 con eje en la política sanitaria del Gobernador Amadeo Sabattini.

El modelo asistencial en la modernidad liberal: un Estado prescindente y el sistema benéfico asistencial

En Córdoba, en las primeras décadas del siglo XX las elites gobernantes fueron favorables a la incorporación gradual y regulada de las masas que irían paulatinamente alcanzando la libertad y la igualdad políticas. En el orden económico, el Estado liberal defendió los principios del *laissez faire*, la propiedad privada, las libertades individuales, y alentaba el progreso de la provincia, propiciando la conservación del orden social para el normal desenvolvimiento de las instituciones y de las actividades económicas. Confiaba en la capacidad y potencialidad del mercado para regular las relaciones económicas y sociales.

El ámbito social fue el menos liberal en comparación con los sectores políticos y económicos, predominando una concepción individualista, donde la sociedad quedaba sujeta a la expresión de la libre competencia y el interés individual ocupaba un lugar preminente. La sociedad estaba constituida por una suma de voluntades individuales cuyas finalidades no coincidían necesariamente. Es decir, la racionalidad individual no implica la racionalidad social.

En este contexto temporal, cruzado por ideas de fuerte liberalismo económico, la cuestión social debía resolverse mediante una política sin Estado que no comprometiera a la estructura estatal o lo hiciera sólo en parte mediante políticas de reglamentación y control. Los liberales, renuentes a la intervención estatal, propugnaban la provisión de un mínimo de asistencia social pública. Ello constituyó una de las características centrales de la modernidad liberal.

Los desajustes y las exclusiones sociales que conformaron la denominada cuestión social- donde la problemática sanitaria era prioritaria - no ocuparon un lugar central en las agendas públicas y, por ende, no generaron una atención sistemática por parte de las diferentes instancias de Estado. El sistema asistencial estaba caracterizado por la pluralización de los actores y de los instrumentos de protección social y por la labilidad del límite entre la esfera pública y la privada.

Como consecuencia, el modelo de asistencia social predominante en el ámbito nacional y en la sociedad cordobesa en particular, estaba caracterizado por una relación de interdependencia entre las caridades de estructura esencialmente celular y fuerte impronta religiosa y el Estado, relación que implicaba que los funcionarios públicos confiaban en una pléyade de instituciones caritativas para los servicios sociales sin un esquema planificador y las caridades dependían del Estado para su funcionamiento legal y económico.

El conjunto asistencial respondía así a un modelo plura-

lista no planificado con un fuerte predominio de la asistencia benéfica privada y una escasa participación del Estado como ente planificador, regulador y financiador del sistema de asistencia. En este sentido, la inversión estatal en el sector se mantuvo dentro del 1%-4% del gasto público entre 1900 y 1930, debido a que las autoridades de la provincia invirtieron prioritariamente en obras de modernización y en el aparato institucional del Estado. La primera connotación global, es la ausencia de organicidad del sistema sanitario con vistas a asegurar la procura existencial de los ciudadanos. Como consecuencia, su estructura era celular, una especie de archipiélago institucional; es decir, una multiplicidad de organismos relativamente autónomos y con escasas conexiones. La oferta de servicios era de diversos tipos: asistencia pública y hospitales, asilos y establecimientos caritativos, mutualidades y médicos particulares.

La acción social se concretó en la protección que aseguraba al individuo el mínimo de subsistencia, sin previsión alguna, a través de la combinación de la intervención privada, pública y organizaciones sociales que actuaron conjuntamente y de manera descentralizada. Este modelo permitió asegurar el control social y la acción civilizadora a través de mensajes de religiosidad, rehabilitación moral y el reforzamiento de lazos sociales, que apuntaban a las buenas costumbres en el ámbito familiar, laboral, vecinal, del ocio y la recreación.

La intervención del Estado en lo social se dio ante la emergencia de situaciones riesgosas para la comunidad, caracterizándose, por un lado, por la reglamentación y el control de los modos de vida a través de nuevos organismos estatales y, por otro, prestando una mayor atención y apoyo económico a las organizaciones de beneficencia y caridad que actuaban conjuntamente con los poderes públicos. La atención de la salud se vio impregnada del individualismo liberal reflejándose en consideraciones que responsabilizaban a los sujetos por el cuidado de sí mismos. Los individuos eran responsables de sus enfermedades, por su falta de previsión, malos hábitos, vicios, degeneración física y moral, lo que llevó a ignorar o enmascarar las causas sociales de muchas patologías. Pero a diferencia de las otras áreas de la cuestión social, el Estado intervino tempranamente en los problemas de la salud, especialmente cuando las enfermedades contagiosas se propagaron a manera de epidemias y cuando los médicos higienistas reclamaron y promovieron dicha intervención para preservar la salud de la población.

En el orden provincial, el Consejo de Higiene fue el organismo técnico estatal encargado de la salud, pero el mismo cumplía deficitariamente sus funciones por sus limitadas atribuciones (combatir las epidemias, distribuir las vacunas, regular los honorarios médicos y controlar los informes médicos-legales) y por la carencia de recursos indispensables. La organización interna del Consejo exteriorizaba sus limitadas funciones. En efecto, él mismo estaba compuesto por un presidente, dos vocales,

un secretario, un inspector de Higiene (estudiante de 5º año de medicina), cuatro vacunadores (estudiantes de 2º a 7º año) y dos desinfectadores, personal que debía atender las imperiosas necesidades de la salud pública de una provincia sujeta a un cuadro de morbilidad caracterizado por sucesivos brotes epidémicos y por una alta tasa de mortalidad. La inspección de las doscientas farmacias de la ciudad y de la campaña estaba a cargo de un sólo empleado y la desinfección -principal terapia médica aplicada frente a una concepción de la enfermedad basada en la doctrina del contagio y del aislamiento- era atendida únicamente por dos personas con escasos elementos disponibles.

La ayuda a los enfermos de los sectores más carenciados, a través de instituciones sanitarias, hospitales, asilos, dispensarios y otros, fue atendida por las sociedades de beneficencia y organizaciones religiosas con escasos subsidios y subvenciones del Estado que, en muchas ocasiones, fueron la variable de ajuste del presupuesto provincial y se otorgaron sin estudios previos de prioridades, de manera poco equitativa y sin control.

Además, los pacientes no fueron atendidos en los centros de salud en forma igualitaria, distinguiéndose pudientes y carenciados. En cuanto a los pobres, también hubo diferencias para ser asistidos, la gratuidad de los servicios dependió de la ausencia o posesión de recursos mínimos y de la capacidad o no de trabajo.

La insuficiente estructura sanitaria determinó también la proliferación de las mutualidades, fundamentalmente de origen extranjero, no solamente en la ciudad capital sino en las regiones de fuerte asentamiento migratorio. El origen del mutualismo en nuestra provincia como en el resto del país, se asocia a la actividad de los primeros grupos inmigrantes, deseosos de reconstruir vínculos de ayuda mutua entre connacionales. Así, durante la primera década del siglo, surgieron en la ciudad capital y aún en el interior provincial un sinnúmero de sociedades. Pero el mutualismo extranjero no fue el único. También cobraron importancia como factor aglutinante las prácticas de apoyo mutuo entre trabajadores, sociedades que se reivindicaban como "cosmopolitas", pero la visión de conjunto ofrecía una serie de instituciones atomizadas, dispersas, surgidas a partir de una necesidad común. La orientación de los servicios dependió de las necesidades consideradas prioritarias en el momento de la conformación de las mismas, de las concepciones subyacentes del binomio salud-enfermedad y de otros valores ideológicos, culturales y religiosos. Por otra parte, las relaciones con el aparato estatal se limitaron al reconocimiento de la personería jurídica y a la obtención de subsidios.

El otro componente del conjunto asistencial eran los médicos particulares. En este aspecto, es necesario hacer dos observaciones. En primer lugar, sólo la gente de cierta posición económica era atendida en la casa, dado que el servicio a domicilio resultaba muy caro. En segundo lugar, la medicina científica estuvo muy lejos de lograr el monopolio del saber y de la práctica médicas. El

médico debía competir con las vías alternativas de tratamiento de las enfermedades que no eran vistas como un último recurso posterior al fracaso de la medicina científica, sino como una estrategia paralela. Esas formas alternativas estaban encarnadas por los curanderos que utilizaban una vía empírica con matices a veces mágicos o religiosos para la curación de los enfermos.

Finalmente, el otro actor central fue la tupida y dispersa red asistencial constituida por un buen número de congregaciones religiosas sobretodo femeninas y asociaciones seculares dedicadas al ejercicio de la caridad como la Sociedades de Beneficencia de la capital y de las ciudades del interior, las Damas de la Misericordia, las Damas de la Providencia, la Asociación de la Inmaculada Concepción, la Corte de la Mercedes y las Conferencias de San Vicente de Paul -entre otras- que regenteaban una variada tipología de asilos y hospitales.

Las características del modelo asistencial como fase primitiva y simple de remiendo, sin acción preventiva, no fueron únicamente consecuencias de las deficiencias económicas y de organización, sino que eran tributarias de las concepciones específicas sobre la salud y la enfermedad y de las prácticas médicas vigentes.

La concepción liberal de la salud pública tenía un fuerte énfasis en la higiene individual o voluntarista. En efecto, a comienzos del siglo, la enfermedad tenía como causa la "ignorancia" y por lo tanto podía esperarse eficacia de una atención médica desvinculada de la asistencia social. La educación aparecía como la tarea prioritaria. Pero, paulatinamente, se fue produciendo un claro deslizamiento hacia una concepción más integral que tomaba en cuenta las características del ambiente y las condiciones materiales de vida. La sociedad era percibida como un organismo enfermo y las enfermedades fueron vistas como patologías sociales. La percepción de las causas sociales de las enfermedades, llevó a postular la necesidad de unir la atención médica y la asistencia social. El componente preventivo iba dirigido, sobre el individuo y sobre todo hacia el medio. Es significativo que ambas prácticas aparecieron tempranamente asociadas en el tratamiento de la tuberculosis y en la protección de la infancia. Así, el cuadro de morbilidad y mortalidad con un predominio de las fiebres infecto-contagiosas era atribuido a la mala alimentación, a la falta de higiene, a la miseria y a la inmoralidad. La tuberculosis fue discutida como plaga social, como evidencia de la degeneración de los individuos y de la sociedad; se la asoció a la vivienda insalubre, a los excesos en el trabajo y en la bebida y al esfuerzo físico en el sexo. Para evitar su difusión, se destacaron las ventajas del verde y del aire puro, la vivienda adecuada y el trabajo físico regulado. Como afirma Diego Armus, "[...] estas miradas a la tuberculosis fueron entretejiendo hipotéticas etiologías sociales de la enfermedad donde las explicaciones médico-bacteriológicas, se tensaban con valores morales, interpretaciones psicologizantes, agendas socio-políticas o intereses económicos." El cólera y las otras enfermedades

venéreas eran producto de la “vida inmoderada y lasciva”. Para abolirlas, se debía “vivir un buen sistema de vida”. De esta manera, el discurso médico contenía un ingrediente de control social sobre el comportamiento y la moral, especialmente de las clases bajas. Es decir, las medidas profilácticas facilitaron la imposición de una ética para el tiempo libre y el tiempo de trabajo en las clases trabajadoras.

En cuanto a las prácticas médicas vigentes, existía una concepción de la enfermedad basada en la doctrina del contagio, del aislamiento y de la desinfección. La identificación del agente patógeno permitía describir y catalogar al enemigo, al mismo tiempo que indicaba el producto químico más eficaz. Así, para las enfermedades infecciosas, el mejor modo de tratarlas era “limpiar las ciudades y las personas” y de esta manera eliminar las fuentes de contagio. A través del tiempo, se reconoció que si las autoridades querían controlar efectivamente las enfermedades infecciosas, los casos decían ser “reportados” cuanto antes. De esta forma, la participación del Estado en la salud era más bien de tipo policial; el uso del poder de policía para denunciar los casos epidémicos y la vacunación obligatoria se correspondían con un programa de medicalización.

Las limitaciones en los alcances de este modelo de acción social, respondía, en gran parte, al carácter difuso, poco específico e incompleto del conjunto del sistema benéfico-asistencial. Su perfil inorgánico obedecía al escaso grado de articulación en su organización general que se evidenciaba en la profusión de instituciones e instancias asistenciales y en la dificultad de articular las múltiples actuaciones en algún tipo de alternativa sistemática. Como consecuencia de ello, había una multiplicidad de responsabilidades en la gestión, ejecución y financiamiento de la política de pobres. Esta deficiencia constituyó una constante en todo el período, no lográndose articular un ordenamiento asistencial y financiero sistemático y adecuado a las demandas sociales.

En este sentido, ya en 1902, en los inicios de la conformación del modelo asistencial, la Memoria de la Administración Sanitaria y de la Asistencia Pública ponía de manifiesto la ineficacia que significaba la falta de coordinación de los múltiples prestadores y proponía la constitución de una confederación única, con un gobierno central y con todas las bifurcaciones necesarias de vigilancia y control, lo que evitaría el aislamiento y la debilidad de su acción:

El sentimiento de la caridad, por autoridades y asociaciones de beneficencia especialmente de damas, se ejercita en vasta escala en esta Ciudad, distribuyendo sus socorros al necesitado en forma de albergues, alimentación, vestidos, instrucción, protección maternal, hospitalización, etc, etc, pero el estudio que llevamos practicado de esta abundante protección al necesitado, deducimos una consecuencia desfavorable, por cuanto la distribución de estos socorros carece de acción uniforme que les dé eficacia, y por consiguiente mayor vali-

miento; esterilizándose en proporción considerable una obra grandiosa, que si no ocasiona sacrificios, eroga preocupaciones y dinero que pudiera economizarse en provecho del mismo fin.

A pesar de este proceso embrionario y complejo, las nuevas instituciones médicas conformadas con el proceso de modernización y consolidación del Estado provincial, habían, sin dudas, emprendido la conquista cultural del cuerpo social. Finalmente, en ese modelo de asistencia social, las caridades no eran actores independientes en una sociedad civil autónoma ni tampoco extensiones al azar de los agentes estatales. Más bien, la historia de las relaciones entre las asociaciones caritativas y los distintos representantes de la autoridad pública se centró en la interdependencia. A su vez, esta esfera de interdependencia se asentaba en ciertas características de la política y de la sociedad provincial; entre éstas figuraban un creciente reconocimiento de la necesidad de los servicios sociales y una elite política que no quería extender las obligaciones del Estado hasta el gran campo del bienestar social.

En síntesis, este período dejó como legado la heterogeneidad y fragmentación del sistema de salud que fue una constante en los años posteriores, a pesar de los innumerables proyectos tendientes a la centralización, integración y eficiencia del sistema sanitario.

Sabattini y la reforma del sistema sanitario cordobés

A partir de 1920, este heterogéneo conjunto de agentes vinculados a la atención médica manifestó síntomas de malestar en relación al desempeño de sus organizaciones y la percepción de una situación de crisis se generalizó a partir de los años 30. El debate giró en torno a cuestiones como el incremento de la demanda y de la atención tanto en los servicios públicos como en las mutualidades y el aumento de los costos de la atención médica generado en rubros específicos entre ellos los medicamentos, radiología, etc. En el sistema público, el diagnóstico era aun más sombrío en virtud de las condiciones de salud de la población: la existencia del paludismo en las provincias del norte, las alarmantes cifras de los afectados por tuberculosis, el avance de la lepra, alcoholismo y venéreas; a lo que se añadía la existencia de enfermos, que superaban la capacidad instalada de asilos y colonias de alienados y orfanatos desbordados. Las soluciones formaban parte del debate de ideas de esos años y se manifestaban centralmente en las demandas interpuestas al Estado para que protegiera los intereses comprometidos, públicos o privados. El Estado es invocado como generador de orden en busca de conformar un protoestado social; se lo invocaba para la delimitación del mutualismo auténtico, la persecución de los curadores ilegítimos, el alivio de las situaciones de carencia, pero es importante resaltar que nada de esto apuntaba a una modificación de las reglas de juego en el modelo asistencial, solo se limitaba a la formalización de las vigentes o al mejor cumplimiento de las funciones

de control estatal. Es decir, no se modificó el inmovilismo estatal en ese campo social.

Pero lo interesante de destacar desde nuestra perspectiva es que ese inmovilismo en el campo de la salud-enfermedad- atención, es en gran parte tributario de las relaciones Estado / Sociedad que son caracterizadas en este período como "Una Larga demora" y esa larga demora en el campo específico que nos ocupa se vinculaba al peso de una tradición individualista por un lado y, por el otro, a la fragmentación organizativa y a la ausencia, en el interior del aparato estatal y en las organizaciones de la sociedad civil, de actores portadores de propuestas de transformación con capacidad de aglutinar voluntades significativas, tras una alternativa de cambios.

La responsabilidad individual de proveerse el bienestar sustentada por el modelo liberal tradicional de otrora, dio paso a una creciente preocupación estatal por intervenir en los problemas comunes de la sociedad. La crisis de la década de 1930 puso de manifiesto una multiplicidad de necesidades sociales insatisfechas que culminaron en una creciente demanda de intervención del Estado. Una de ellas fue la necesidad de introducir transformaciones en el sector de la salud y del bienestar de la población para superar las deficiencias existentes.

En respuesta a la situación sanitaria, el Estado Nacional operó un cambio significativo y progresivo, orientando su accionar hacia la planificación, unificación y coordinación de la salud pública, integrando las prácticas preventivas y proponiendo un abordaje integral del problema sanitario que vinculaba trabajo, previsión, asistencia social y atención médica. Se identificó a la profilaxis de las enfermedades con las mejoras en las condiciones de vida: vivienda, alimentación, trabajo. Se argumentó que el problema de la salud sobrepasaba las dimensiones del sector y no era solo una cuestión científica- técnica, sino también de competencia política.

En nuestra provincia, la reorganización de la atención sanitaria encontró su fundamento en el diagnóstico de la gestión estatal que se evaluaba como insuficiente, deficiente e incapaz por la inexistencia de políticas sanitarias a largo plazo, con excesiva burocratización de los servicios, desorden administrativo, donde no se contemplaba la creciente afluencia de pacientes provenientes del interior, que requerían de personal necesario y capacitado, camas en número suficiente e instrumental adecuado.

En Córdoba, como respuesta a la cuestión social, el Estado replantó el lugar que debía ocupar frente a los problemas de la comunidad; comenzó una etapa donde la intervención estatal daría espontánea y progresivamente un giro. En 1932, en los debates de las Cámaras legislativas se discutió la paulatina desaparición del Estado Liberal del siglo XVIII que contemplaba el libre juego de los intereses y el surgimiento de otro que procuraba intervenir en las cuestiones de la sociedad, incor-

porando poco a poco a los grupos sociales subalternos, dando respuesta a sus necesidades básicas. A nivel del discurso político se manifestaba la voluntad de intervención, especialmente sobre las condiciones de vida y de trabajo de los sectores obreros.

En 1936, con la asunción de Amadeo Sabattini al gobierno de Córdoba, se operaron cambios en la intervención del Estado en la cuestión social y en la asistencia sanitaria. El triunfo de los radicales trajo aires nuevos a la provincia. Según el pensamiento renovador del gobierno era preciso acabar con el fraude y el predominio conservador, adecuándose a la realidad social contemporánea que reclamaba la adopción de responsabilidades más comprometidas con el bienestar de la comunidad.

El Estado provincial se interesó activamente por las cuestiones que afligían y postergaban a la sociedad, perfilándose una nueva política que incorporaba a lo social entre sus preocupaciones centrales, aquellas que hasta entonces habían sido competencia individual, de la beneficencia y la caridad.

La intervención estatal que se configuró durante el gobierno de Sabattini respondió a una visión particular del problema social, donde las áreas de la salud, la educación, el trabajo, la seguridad formaban un todo integrado e interdependiente. Provocar mejoras en la salud, implicaba progresos en los otros sectores de lo social. Esta nueva concepción iba acompañada de una intervención legitimada en un status legal constituido a través del triunfo electoral, el respeto a los valores democráticos y a la Constitución. Con Sabattini se planteó un concepto de Estado como "guardián de leyes y creador de derechos" que se imponía frente al Estado vigilante de otrora. Para el dirigente radical, la realidad social vigente demandaba cambios en la intervención estatal, a través de una política social que resolviera los problemas integralmente, utilizando los organismos e instituciones públicas para generar el cambio. Los derechos sociales fueron contemplados y asumidos como una obligación del Estado representados en el valor supremo de la justicia social, entendida ésta como un derecho inalienable que permite la plenitud espiritual, cultural y material de los seres humanos:

"El Problema Social de la Provincia tiene que ser contemplado y resuelto en la medida de las facultades que la misma posee, atribuyéndole un significado diferente del que le han impreso las fuerzas conservadoras. Y este significado no puede ser otro que el de la justicia social, que reconoce al trabajador el derecho inalienable de asegurarse un mínimo de posibilidades económicas que permitan su normal supervivencia y su desarrollo espiritual y cultural".

Muchas de las medidas adoptadas durante el gobierno de Sabattini mostraron las ideas innovadoras sobre el rol del Estado. Ante la ineficiencia de los sistemas de provisión de servicios y asistencia social del Estado liberal, nuevos programas y acciones se implementa-

ron para atender la salud, la educación, el trabajo y las condiciones de vida de los más necesitados, buscando garantizar un nivel de vida aceptable, evitando las grandes desigualdades. El reconocimiento de los derechos sociales se presentó como un mecanismo de inclusión, donde la salud y la atención médica estuvieron dentro de los elementos constitutivos de la transición hacia el modelo de Estado Social.

Durante la gestión sabattinista se presentó una transición entre el tradicional Estado liberal y uno nuevo, que recién se conformó íntegramente a nivel mundial y nacional en la década del cuarenta. Si bien el Estado Social quedó consolidado en esos años, durante la década del treinta en Córdoba se realizaron los primeros ensayos de esta nueva política conducente hacia la concreción de los derechos sociales como una responsabilidad de los poderes públicos.

El área salud estuvo enraizada en los proyectos del Doctor Sabattini, quién desde su juventud había compartido en el ámbito rural sus conocimientos médicos y vivió el dolor de los enfermos imposibilitados de aliviar sus males por la pobreza, el hacinamiento, la escasez de recursos sanitarios, el atraso tecnológico. Su gestión apuntó a la transformación de las condiciones sociales, en pro del bien común. Así lo manifestó en su mensaje a la Honorable Legislatura en 1936 afirmando que debía atenderse en primer orden a los desposeídos, mejorando la eficacia de los servicios hospitalarios, las condiciones higiénicas de las poblaciones, la acción sostenida en la profilaxis de las enfermedades, la revisión del ejercicio de la medicina, cuidando la técnica científica acreditada en los institutos de enseñanza superior, combatiendo el curanderismo y asegurando la eficacia de los servicios médicos de asistencia social.

El cuidado de la salud fue un ámbito donde se mostró la transición hacia el nuevo modelo de intervención estatal, evidenciándose en las medidas adoptadas y ejecutadas por el gobierno sabattinista. En primer lugar, llevó adelante una política de centralización y control de la cuestión sanitaria, a través del Consejo Provincial de Higiene y otros proyectos centralizadores que ampliaban las atribuciones del gobierno, regulando la organización, el funcionamiento y el sostenimiento económico de las instituciones estatales, creando nuevas instituciones públicas al servicio general de la salud y organismos específicos para algunas enfermedades tales como las venéreas. Al mismo tiempo, procuró la absorción de las entidades patrocinadas por las organizaciones benéficas y de caridad, logrando la incorporación de algunas a la esfera pública, mientras continuó con los subsidios y subvenciones a las instituciones que representaban la continuidad del modelo benéfico asistencial, dado que el grado del desarrollo de las capacidades estatales a nivel de recursos y estructura administrativa eran insuficientes para implementar un cambio radical en el sistema de protección social; es decir un avance significativo sobre

el espacio asistencial privado.

En segundo lugar, implementó la profilaxis de las enfermedades que impedían el desarrollo armónico de la vida social. Se llevó a cabo una lucha permanente contra las epidemias y las endemias, se investigó sobre las causas, agentes transmisores y difusión de las enfermedades en la población. Se practicó la vacunación obligatoria, se difundió la información preventiva de diversas patologías y se instauraron medidas coercitivas que limitaban las prácticas que atentaban contra la salud. Además se fundaron instituciones públicas encargadas de la profilaxis de las enfermedades, y se reglamentaron las leyes que crearon los instrumentos para generar una activa participación, programación, dirección y control de las acciones preventivas provinciales, continuando con la acción centralizadora del Estado.

Las innovaciones se vieron limitadas por los recursos escasos, las obstrucciones políticas en el tratamiento de los proyectos de ley y los factores culturales como la persistencia tenaz de algunos sectores de la población a la adopción de nuevas medidas preventivas, como en el caso de la vacunación donde el desconocimiento llevaba a creer que la inoculación de las vacunas podía provocar la enfermedad.

En tercer lugar, el gobierno se preocupó por el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y del medio ambiente que influían en el estado sanitario de la provincia. Las acciones que se desarrollaron a lo largo del gobierno radical renovador, involucraron las obras públicas que le permitieron proveer de mejoras a la educación, salud, vivienda y condiciones laborales, además de combatir la desocupación. No obstante, los cambios no siempre se realizaron planificadamente, en algunas oportunidades respondían a programas preestablecidos y, en otras, a la urgencia de dar respuesta a diversas necesidades, retrasando la aplicación plena del modelo de bienestar.

Durante el gobierno sabattinista se dio un fortalecimiento de las instituciones formales donde el Estado llevó adelante prácticas políticas institucionalizadoras, especialmente en lo relacionado con las garantías de los derechos sociales. La política social peronista se instauró y desarrolló sobre la base de la política social innovadora del gobierno radical incrementando las funciones estatales, complejizando sus tareas y nacionalizando los derechos sociales.

Las instituciones públicas durante el gobierno de Amadeo Sabattini reflejaron las nuevas responsabilidades que asumió el Estado frente a la salud considerada como un derecho social. La tarea del Estado fue más allá de la legislación preventiva y defensiva de los males sociales. El reconocimiento del derecho a la vida obligaba al Estado a asegurar mejores condiciones individuales y sociales para beneficio inmediato y futuro de la comunidad. En síntesis, la gestión sabattinista, insistimos, efectivizó políticas sociales en materia sanitaria en la provincia de

Córdoba que se anticiparon a los cambios nacionales realizados por el peronismo en las décadas del cuarenta y el cincuenta.

### Conclusiones

La salud- enfermedad- atención fue la variable de reflexión histórica que nos permitió explicar la trama social de la realidad cordobesa en la primera mitad del siglo XX, donde convergieron fenómenos complejos como las condiciones sociales, las mentalidades, los conocimientos científico-médicos, las prácticas sociales, las políticas públicas y privadas y la situación económica.

En las primeras décadas del siglo XX, las soluciones a la cuestión social y sanitaria, fueron de tipo benéfico asistencial, motivadas por el sentido humanitario y cristiano de los grupos gobernantes tanto conservadores como radicales, que ayudaron a los desposeídos con fines caritativos. El Estado intervenía ante la emergencia de situaciones riesgosas para la comunidad, llevando adelante una política social sin Estado que no comprometía la estructura estatal. Ésta se caracterizó, por un lado, por la reglamentación y el control de los modos de vida a través de nuevos organismos estatales y, por otro, prestó una mayor atención y apoyo económico a las organizaciones de beneficencia y caridad que actuaban conjuntamente con los poderes públicos de manera desorganizada y espontánea. Prevalcieron las instituciones filantrópicas y las dependientes de la Iglesia, junto a algunas públicas, que desarrollaron acciones atomizadas y dispersas, sin planificación sanitaria, no cubriendo el total de las necesidades por lo limitado de sus fines, la carencia de recursos económicos, humanos, materiales y la insuficiente infraestructura.

A diferencia de las otras áreas de la cuestión social, en la salud, el Estado debió intervenir cuando las enfermedades contagiosas se propagaban a manera de epidemias y cuando los médicos higienistas reclamaron y promovieron su intervención para preservar la salud de la población.

En la década del veinte, los reformistas sociales reclamaron la intervención del Estado para que asumiera acciones comprometidas y permanentes en la defensa de los derechos sociales.

Las ideas y el accionar del doctor Amadeo Sabattini, intentaron resolver los problemas de la fragmentación, heterogeneidad, ineficacia e ineficiencia del sistema sanitario provincial, mediante la centralización de la acción sanitaria. No obstante, los avances realizados en materia de profilaxis, de atención de la salud y sobre el espacio asistencial de la beneficencia, no lograron poner fin al carácter disperso e inorgánico de ese modelo, ya que el Estado no contaba con las suficientes capacidades instaladas, de servicios y financieras para prescindir de los actores e instituciones de la sociedad civil.

Las medidas implementadas por el gobierno sabattinista, representaron una transición hacia el Estado Social,

donde los derechos sociales alcanzaron protagonismo en la acción estatal. El modelo benéfico asistencial siguió existiendo, aunque paulatinamente iba perdiendo el vigor del pasado por el avance intervencionista y centralizador del Estado en las cuestiones sanitarias. Por su parte, las instituciones públicas durante el gobierno de Amadeo Sabattini reflejaron las nuevas responsabilidades que asumió el Estado frente a la salud considerada como un derecho social. Su tarea fue más allá de la legislación preventiva y defensiva de los males sociales. Por último, la principal consecuencia de la historización de ese proceso complejo que analizó la trilogía salud-enfermedad- atención en la primera mitad siglo XX, es la distancia o asimetría entre las formas institucionales propuestas y las formas organizativas resultantes, entre el relato normativo y la práctica concreta y en ello la compleja articulación de factores políticos y culturales tuvo mucho que ver.

Una constante secular de esta mirada social ha sido la prevalencia, con sus oscilaciones específicas, de un modelo asistencial como un conjunto caracterizado por el déficit de autoridad reguladora del Estado en los servicios de atención médica, la fragmentación y heterogeneidad de las organizaciones a cargo de su financiación y provisión desde sus mismos orígenes, las bases clientelares de la vinculación entre el Estado y la ciudadanía, la atención de las demandas bajo la presión de necesidades políticas, relegando a un segundo lugar la eficacia y eficiencia del sistema.

En la actualidad, existe una profusión de literatura especializada y crítica que diagnostica sombríamente la denominada Nueva Cuestión Social, pero personalmente estamos convencidas que sólo la superación de los desajustes históricos; esto es el reconocimiento y garantía de una ciudadanía social universal, puede abrir un camino más promisorio para una mayor equidad distributiva y, por ende, para el bienestar de sectores amplios de la población

### REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

Rosanvallon Pierre: *La sociedad de iguales, Manatíal, Buenos Aires 2012, p. 19*

Certeau Michel de: *La operación Historiográfica. En: Certeau Michel de: La escritura de la Historia, México; capítulo II, Fondo de Cultura Económica, 2002*

Biernat Carolina y Ramaciotti Karina: *Políticas sociales. Entre demandas y resistencias. Argentina 1930-1970, Biblos, Buenos Aires, 2012, p.19-10*

Moreyra Beatriz, *La política social en Córdoba a comienzos del siglo XX: las condiciones de vida material, el gasto público social y el crecimiento económico. En: Moreyra Beatriz, Solveira Beatriz: Estado, Economía y Sociedad 1880-1950. Los Procesos - Los Hombres - Las Vivencias, CEH, Córdoba, 1997, pp. 244-247*

Montoro Romero Ricardo: *Fundamentos teóricos de la política social. En: Alemán Bracho, Carmen, Garcés Ferrer (coord.), Política Social, Madrid, Mc Graw Hill, 1998, p. 37*

- Katz, Jorge: *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1993, pp. 16-19; Belmartino, Susana y otros, *Las Instituciones de Salud en la Argentina, desarrollo y crisis*, Buenos Aires, Ministerio de Educación y Justicia, 1987, p. 113.
- Moreyra Beatriz: *La política social: caridades, Estado y sociedad civil en Córdoba (1900-1930)... cit.*, pp.246-248.
- Belmartino, Susana y otros: *Las Instituciones de Salud en la Argentina, desarrollo y crisis*, Buenos Aires, Ministerio de Educación y Justicia, 1987, p. 68.
- Serrano Carlos: "Historia cultural: un género en perspectiva, Madrid, *Historia Social*, N° 26, p. 106.
- Armus Diego, *Salud y anarquismo. La tuberculosis en el discurso libertario argentino, 1890-1940*. En: Lobato Mirta Zaida, *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de la salud en la Argentina*, Editorial Biblos, Buenos Aires, 1996, p. 99.
- Murdock Carl: "Physicians, the state and public health in Chile, 1881-1891", *Journal of Latin American Studies*, Cambridge University Press, 1995, vol. 27, p. 561.
- Moreyra Beatriz, *Cuestión Social y políticas sociales en la Argentina. La modernidad periférica. Córdoba, 1900-1930*, Universidad Nacional de Quilmes Editorial, Buenos Aires, 2009, p. 122
- Cámara de Diputados de la Provincia de Córdoba, *Diario de Sesiones*, Año 1922, pp. 1068-1069; *Archivo Histórico de la Municipalidad de Córdoba, Serie Documentos*, Año 1926, t. A-2-77, fj. 335; *La Voz del Interior*, 5 de enero de 1929, p. 8.
- Moreyra Beatriz, Remedi Fernando, Roggio Patricia: *El hombre y sus circunstancias. Discursos, Representaciones y Prácticas sociales en Córdoba, 1900-1930*, CEH, Córdoba, 1998, p. 75-76.
- Belmartino Susana, *Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos*. En <http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/belmartino3.pdf>, consultado el 22 de julio de 2012
- Belmartino Susana: *La Atención Médica Argentina en el Siglo XX. Instituciones y procesos*, Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 2005, p. 124
- Ibid dem, p. 175
- Belmartino Susana: *Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina 1940-1960*, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, N° 27, Buenos Aires, 1991, pp. 34-36.
- Cámara De Senadores de la Provincia de Córdoba, *Diario de Sesiones*, Año 1932, p. 855.
- Discurso del Doctor Amadeo Sabattini en el acto de proclamación de la fórmula Sabattini-Gallardo, el 19 de noviembre de 1935 en la Plaza General Paz de la Ciudad de Córdoba*. En: *Colección Gobernadores de Córdoba, Aproximaciones al Gobernador Sabattini*, Gobierno de la Provincia de Córdoba, Córdoba, 1999, p 97.
- Mensaje del Gobernador Amadeo Sabattini, 17 de mayo de 1936*. En *Mensajes a la Legislatura acerca del Estado de la Provincia. Gobernador Amadeo Sabattini 1936-1940*, Poder Legislativo. Secretaría Técnica Parlamentaria, Provincia de Córdoba, Córdoba, p. 10.
- Ortiz Bergia María José, *Asistencia benéfica y gobierno peronistas en Córdoba*. En: Biernat Carolina y Ramaciotti Karina: *Políticas sociales. Entre demandas y resistencias. Argentina 1930-1970*, Biblos, Buenos Aires, 2012, p. 67-96. También Jerez Marcelo: *Políticas de vivienda en Jujuy durante el primer peronismo*. En: Biernat Carolina y Ramaciotti Karina: *Políticas sociales. Entre demandas y resistencias. Argentina 1930-1970*, Biblos, Buenos Aires, 2012, p 97-122. Cerdá Juan Manuel: *Condiciones de vida y vitivinicultura. Mendoza, 1870-1950*, Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires, 2011.
- Para más detalle ver Domínguez Inés María Belén, Garella Irma: *Política y Salud en un período de transición. El gobierno del Doctor Amadeo Sabattini*, Trabajo Final Licenciatura en Historia, Universidad Católica de Córdoba, 2004.