

**“La limosna disimulada que se acepta”:
La salud materno infantil bajo los gobiernos conservadores
de Jujuy en la década de 1930**

Mirta Fleitas*

Resumen

En Jujuy, los más serios problemas de salud materno infantil giraron alrededor de la alta mortalidad y morbilidad en niños y madres y de la alta natalidad. Los gobiernos conservadores que tomaron el poder en 1930 y se extendieron hasta 1940 desarrollaron políticas de atención en esa área que pueden ser vistas como transición desde prácticas tradicionales de caridad hacia otras centradas en los cuidados del cuerpo que produce y los derechos del trabajador. Esta transformación quedaría clara luego de 1943, pero las bases institucionales y programáticas ya habían hecho sus avances en Jujuy durante la década anterior.

Palabras clave: políticas materno infantiles - Jujuy - 1930

Abstract

In Jujuy, the most serious problems with mother and son's health were the large number of deaths in infants and mothers with an increased birthrate. The conservative governments that were in charge of the country from 1930 up to 1940, developed assistance policies in that area which could be considered as a transition from traditional charity practices to other activities centred in the caring of the productive body and the workers' rights. This transformation would be evident after 1943, but the roots of the government policies in Jujuy date back to the decade before.

Key words: mother and son's policies - Jujuy - 1930

* Universidad Nacional de Rosario - Investigadora de la Unidad de Historia Regional (Universidad Nacional de Jujuy).

La salud de la madre y del niño resultó una preocupación que se había difundido mundialmente alrededor de 1900, coincidiendo con el auge de la medicina alopática y la salud pública moderna. Junto con estos desarrollos, en las sociedades industrializadas se había producido una serie de procesos relacionados con la urbanización, la valoración económica y política de la supervivencia infantil, cambios del rol de las mujeres en las sociedades y las familias, reparos culturales relacionados con la eugenesia y el *mejoramiento de la raza* y la integración de las demandas sociales a la agenda del Estado, que contribuyeron a modelar el problema de la salud, la enfermedad y la mortalidad de la madre y su hijo.¹ Las mayores inquietudes giraron alrededor de estas cuestiones en relación con la clase obrera.

La situación de las mujeres y de los menores trabajadores fue planteada con claridad por Biale Massé en su conocido Informe de 1904. Quedó fuertemente impresionado por lo visto en Jujuy: "en esos lugares no se respeta las reglas más elementales de la higiene y de la decencia misma. [...] A mi entender Gobierno y empresas particulares tienen comprometida su responsabilidad para con los obreros; una gran parte de los casos puede atribuirse a su incuria."² Proponía mejoras en la jornada de trabajo y descanso dominical, la prohibición del empleo infantil y de los horarios nocturnos para mujeres y niños, con límite de horas extras trabajadas. Estas iniciativas fueron aprobadas en los años siguientes en el ámbito nacional, pero postergadas en la provincia hasta avanzada la década de 1940.

Por otro lado, el ámbito de la salud pública de Jujuy abordó la problemática desde la perspectiva de la lucha contra los malos ambientes, las enfermedades, la alimentación inconveniente y en favor de la atención de los embarazos y partos, situaciones que pasaron a formar parte de la consulta en las instituciones médicas; sin embargo, no se consideró el peso de las condiciones de trabajo sobre estos temas.³

El presente artículo indaga las interpretaciones que desde el Estado dieron forma a las problemáticas de salud materno infantil de la población de Jujuy durante la década de 1930 y las características y alcances de las intervenciones públicas para mejorarlas. Dicho período, conocido como Restauración Conservadora, representó el cenit del proyecto económico y político de los dueños de los ingenios azucareros y de las minas en Jujuy. En un contexto de represión de las manifestaciones populares y proscripción de opositores, los gobiernos de la provincia tomaron decisiones tendientes a superar las iniciativas dispersas sobre el tema de salud materno infantil hacia la conformación de un sistema de abordaje y atención que permitiera afrontarlo desde diversos ámbitos. Si bien las características excluyentes del proyecto global influyeron en las formas institucionales y en el impacto poblacional de las medidas, las modalidades adoptadas echaron las bases para desarrollos posteriores del sistema de atención de la salud.

¹ Anne BIRN, Raquel POLLERO, Wanda CABELLA, "No se debe llorar sobre la leche derramada: pensamiento epidemiológico y mortandad infantil en Uruguay (1900-1940)", *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, vol. 14, núm. 1, enero-junio de 2003.

² Juan BIALET MASSÉ, *Informe sobre el estado de la clase obrera*, t. I, Buenos Aires, Hyspamérica, 1985, p. 86.

³ Mirta FLEITAS, *Atención pública de la salud en Jujuy (1930-40)*, Tesis de Maestría, Instituto Lazarte-Centro de Estudios Interdisciplinarios, Universidad Nacional de Rosario, 2003, p. 22.

La situación en Jujuy

Jujuy es la provincia ubicada en el extremo noroeste de la Argentina. Reclinada en el macizo de los Andes, entre Chile y Bolivia, ha tenido cuatro zonas bien diferenciadas por sus características geográficas, productivas e históricas. En el valle de San Francisco, en un área conocida como El Ramal, sobre la provincia de Salta, se asientan los departamentos azucareros San Pedro, Ledesma, Valle Grande y Santa Bárbara. Es una zona selvática, subtropical, de sierras bajas, donde la zafra se convirtió en el centro de las actividades del lugar, recibiendo en esa época una cantidad numerosa de obreros que se retiraban al finalizar la cosecha. Al centro y sur de la provincia, entre sierras boscosas, se encuentran los Valles Centrales, con los departamentos San Salvador (la Capital), San Antonio y El Carmen, de gran actividad comercial y cultivos diversos. Hacia el norte se extiende la Quebrada, con los departamentos Humahuaca, Tilcara, Maimará y Tumbaya, con pequeños predios de labranza y pastoreo y artesanías textiles y de alfarería. Finalmente, la Puna, la planicie más elevada y seca, con clima de temperaturas extremas; allí se sitúan Santa Catalina, Yavi, Rinconada y Cochino, de donde se extraían minerales, además de ocuparse sus habitantes en textiles y ganadería. Los pobladores de la Quebrada y de la Puna, las llamadas *tierras altas* de Jujuy, eran campesinos indígenas cuyos antepasados residieron allí desde antes de la conquista española; en cambio, en las *tierras bajas* se asentó la mayor parte de la inmigración extranjera de origen caucásico.

Varios factores de índole regional, como la concentración de la posesión de las tierras, el desarrollo de las industrias de plantación, la decadencia de la economía de autosustento, un sistema de deudas instalado por los ingenios azucareros y el empleo sostenido de la represión política -en el contexto de un nuevo proyecto para la Argentina en el mercado internacional-, generaron a comienzos del siglo XX migraciones anuales desde el Chaco, primero, y desde las tierras altas, luego, con el objetivo de aportar la mano de obra necesaria para las cosechas de las tierras bajas.

El movimiento de población tuvo gran importancia en los acontecimientos de salud-enfermedad en el período que nos ocupa, así como las relaciones laborales que se establecían. Hacia 1937, las provincias del noroeste figuraban entre las de menor capacidad económica por habitante del país y en una distribución relativa del PBI presentaban valores elevados de participación del sector público y del agrícola-ganadero.⁴

Con una situación de estas características, no eran pocos ni sencillos los problemas a enfrentar en el área de la salud materno infantil en Jujuy. La mortalidad infantil es la determinación estadística más adecuada para aproximarse a ellos. Durante las primeras cuatro décadas del siglo XX, la provincia se caracterizó por tener las más altas tasas de mortalidad infantil y materna del país y de la región del noroeste. Dentro de la provincia, la distribución de las mismas varió según las zonas; las tasas más elevadas se situaron en El Ramal y los departamentos de la Puna.

⁴ Alejandro ROFMAN y Luis ROMERO, *Sistema socioeconómico y estructura regional argentina*, Buenos Aires, Amorrortu, 1973, p. 175.

En el curso de la segunda década del siglo XX, la provincia de Jujuy presentó en dos oportunidades un saldo negativo de población. Durante el año 1913, la tos convulsa y el sarampión, dos enfermedades de la infancia, fueron muy incisivas entre los niños de la Capital y Ledesma, pero en San Pedro las muertes provocadas por ambas superaron a los nacimientos. En la provincia, estas dos enfermedades ocasionaron una cuarta parte de los fallecimientos de niños, a las que se agregaron la disentería, el paludismo y las neumonías, con seguridad complicaciones de las primeras.⁵ Como parte de una pandemia internacional, en 1919 se propagó al interior del país una epidemia de gripe que tuvo su punto de partida en Buenos Aires. Este episodio provocó índices negativos de crecimiento de población en tres provincias del noroeste (Salta, Tucumán y Jujuy), pero esta última fue la más afectada (-12,9%).⁶

Según algunos autores de la época, "las enfermedades comunes infecciosas habían adquirido en esta región una virulencia poco corriente",⁷ provocando gran mortandad entre niños y jóvenes. Por otra parte, esta tendencia era contrarrestada por la alta fertilidad, evidenciada en los índices de natalidad superiores a 40‰ y que en 1936 treparon a 43,6‰.

La mortalidad infantil en la provincia de Jujuy mostraba en las primeras cuatro décadas del siglo índices muy altos comparados con otros estados argentinos: superaba a todas las provincias en cifras equivalentes al doble del promedio nacional.⁸ No obstante, puede observarse un lento decrecimiento a lo largo de las décadas. (tablas 1 y 2 del apéndice) La proporción de niños nacidos muertos también era una de las más altas del país. Al comenzar la tercera década giraba alrededor del 4,3% de los nacidos vivos, cifra que se mantenía en la cuarta década.⁹ Según la Dirección Nacional de Estadísticas de la Nación, en 1935, el 3,9% de los niños había nacido muerto. "Sólo lo supera Mendoza, con 4,2%. Los porcentajes de Tucumán y Salta igualan los de Jujuy."¹⁰

Pero si se analiza a qué edad fallecía la mayor cantidad de niños pequeños en la década de 1930 en la provincia de Jujuy, se pueden observar ciertas particularidades significativas. (gráfico I del apéndice) En el primer año de vida, la mayoría de los óbitos infantiles era cercana al nacimiento: el 75% sucedía en los primeros 6 meses. Dentro de ese período, el 75% fallecía en los primeros 3 meses de vida. Finalmente, de estos últimos, el 56% ya había muerto dentro del primer mes, mientras

⁵ Miguel SUSINI, Adela ZAUCHINGER, *Informes demográficos 1936*, Departamento Nacional de Higiene, Sección Demografía y Geografía Médica, Buenos Aires, núm. 1 (Jujuy), 1938. INDEC (Series Históricas).

⁶ Julia ORTIZ D'ARTERIO, Marta CAILLOU, "Una primera aproximación al estudio del crecimiento vegetativo natural (1910-1992)", *Problemas poblacionales del Noroeste argentino (Contribuciones para su inventario)*, Instituto de Estudios Geográficos, Junta de Andalucía - Universidad Nacional de Tucumán, 1997, p. 51.

⁷ La importancia de las infecciones respiratorias en la época ha sido estudiada por: Carlos ALVARADO, Adela ZAUCHINGER, "Las neumonías, epidemiología y estadística. Su importancia como problema sanitario", *Boletín del Departamento Nacional de Higiene*, Buenos Aires, año 1, núm. 10, 1937.

⁸ Gregorio ARÁOZ ALFARO, "Mortalidad infantil y la protección de la primera infancia", *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, vol. 38, núm. 2, 1927.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Fundamentos de la ley provincial 1321, *De adhesión de la provincia de Jujuy a la Ley 12341*, Archivo de la Legislatura de Jujuy (en adelante: ALJu), L. XIX, 30-12-37, f. 291.

que el 38% de esta última proporción dejaba de existir en la primera semana de vida. Las muertes perinatales -ocurridas antes de los 30 días de vida- revelan un conjunto de problemas que sucedían en el transcurso del embarazo (mala alimentación, enfermedades y excesivo desgaste materno), en el momento del parto y en niños que nacían prematuros o con su sistema inmunitario frágil, con posibilidades de morir en breve tiempo.

Además, los inconvenientes para el acceso a la atención médica se evidenciaban fatídicamente en las estadísticas de muerte materna en el parto o en el puerperio -días posteriores al parto-, que fluctuaban entre 29 y 36 casos anuales -salvo en 1932 en que fueron 6- y en los niños fallecidos sin diagnóstico.

Con respecto a los grupos de causas más frecuentes de muerte, puede verse diferentes proporciones de ellas según el tiempo que transcurría desde el nacimiento. (gráfico II del apéndice) En el transcurso de la primera semana de vida las causas de fallecimiento más frecuentes eran debidas a problemas congénitos y de prematurez, siendo las enfermedades gastrointestinales y pulmonares las determinantes del desenlace. En el curso de los meses siguientes iban aminorando las defunciones por causas congénitas, pero las infecciones broncopulmonares y gastrointestinales se transformaban en las principales causas, mientras que las infecciones por tos convulsa, paludismo, sarampión, gripe, meningitis acompañaban a las dos afecciones principales; aún en 1936 se veía la viruela, a pesar de la obligatoriedad y efectividad de la vacuna.

Las afecciones del aparato respiratorio -bronquitis agudas y crónicas, neumonías, bronconeumonías y congestiones pulmonares- solían ser la etapa final de un proceso combinado donde confluían las condiciones ambientales y episodios mórbidos previos. Cada vez que aparecía la tos convulsa tomaba forma grave y si se sumaba el sarampión lo hacía en forma epidémica, con frecuentes complicaciones broncopulmonares. Es indiscutible que estas cifras hubieran sido mayores con diagnóstico conocido y si no existiera un 28% de niños muertos sin asistencia médica.

Después del primer año de vida y hasta los dos años persistía el predominio de muertes por afecciones gastrointestinales, mientras que las congénitas desaparecían totalmente. De 2 a 5 años continuaban las causas ya mencionadas: las infecciosas, las del aparato respiratorio y del tubo digestivo. En las edades siguientes, de 5 a 10 años, y de 10 a 15, predominaban las enfermedades infecciosas, entre las cuales destacaban la tos convulsa, la gripe, la tuberculosis y, en menor medida, el paludismo.¹¹

Todos los departamentos de la provincia presentaban una muy alta mortalidad (200,5% promedio), que no estaba regularmente distribuida en todo el territorio. De los 14 departamentos jujeños, 7 tenían índices superiores al promedio provincial y en los otros 7, si bien inferiores, seguían siendo muy altos; ninguno descendía por debajo del 100%. Las tasas más altas correspondían a los departamentos El Ramal y la Puna, los intermedios a La Capital y la Quebrada y el menor al departamento San Antonio, localidad cercana a San Salvador. (Gráfico III del apéndice).

¹¹ Miguel SUSINI, Adela ZAUCHINGER, *Informes demográficos 1936...* cit.

Las inclemencias ambientales -y las dificultades para amortiguarlas- se acentuaban en el invierno y hasta bien entrada la primavera para las enfermedades respiratorias (neumonías y bronconeumonías), y en la estación tórrida para las diarreas. Estas dos afecciones imprimían su característica a la curva total de defunciones. (Gráfico IV del apéndice).

Si rescatamos las causas relacionadas con falta de atención médica, prácticamente el 90% de los fallecidos en San Antonio estaban en esas condiciones en 1936, mientras que en Santa Bárbara, en la zona subtropical azucarera, el 73,1%. Estas cifras dan una idea del alcance efectivo que habían logrado las reformas en el sistema de salud de estos departamentos encaradas en la década de 1930, ya que la mayoría de los servicios de atención seguían concentrados en San Salvador, la capital provincial. Se estimaba también que en centros urbanos donde se desarrollaban industrias el número de consultas era mayor. Pero las poblaciones campesinas que vivían de sus ocupaciones tradicionales quedaban fuera del sistema de salud, siendo el 65% del total de habitantes de la provincia.

Las estadísticas de 1936 han sido por demás elocuentes. La tasa de mortalidad de 200,5‰ en el primer año de vida representaba el 27,8% del total de las defunciones; a los 2 años, ascendía al 36,2%, mientras que a los 15 años ya había muerto el 49% de los nacidos vivos. Se deduce, entonces, que la mitad de los niños no llegaba a la adolescencia, lo que justificaba ampliamente las acciones de protección de la salud de las madres y sus hijos.

La salud de la madre y el niño: una riqueza a administrar

Si bien se ha admitido que han sido variados los factores que han intervenido sobre la mortalidad infantil, también se ha aceptado que el acceso al sistema de atención y la implementación de medidas higiénicas y de cuidados médicos han contribuido a la mejora de los índices. En ese "*amontonamiento de hombres*" que "*se hacinaban en lo primero que se les ofrecía*", tal como ha sido descrita la ciudad en la transformación capitalista,¹² los temores patologizantes se colocaron en los trabajadores que acudían masivamente a las urbes en busca de trabajo. La creación de sistemas de atención de enfermedades y de agencias que subsidiaban imprevistos tuvieron la finalidad de controlar lo más peligroso que traían consigo los indigentes: las enfermedades y el tumulto de los reclamos.

En lo que respecta a Jujuy, la Legislatura creó en 1898 el Consejo de Higiene para atender los problemas de salud colectiva de San Salvador; en 1912, lo declaró autoridad máxima en materia de salubridad para toda la provincia.¹³ A tal fin, reorganizó sus funciones y delimitó su composición: extendió su campo de acción a la salud infantil de los indigentes -para quiénes ordenó la creación de la Gota de Leche-, asumió responsabilidades sobre el cuidado de los alimentos, la elaboración de información epidemiológica y la investigación sobre procesos mórbidos y le otorgó la capacidad de aplicar penalidades en ciertos campos; además, estableció

¹² Lewis MUMFORD, *La ciudad en la historia*, Buenos Aires, Infinito, 1966, cap. XV, p. 601.

¹³ Ley 210, *Organización y reglamentación del Consejo de Higiene*, ALJu, L. 4, 14-11-1912, f. 158.

la creación de un laboratorio diagnóstico. En los años 1921 y 1925, mediante disposiciones legales, se volvió a precisar la composición y funciones del Consejo de Higiene Pública de la Provincia.¹⁴

En sus comienzos, la organización sanitaria debió insertarse en un medio que recurría habitualmente a los curadores y donde los alcances de la medicina científica eran muy limitados. Así, el afianzamiento definitivo de la estructura del Consejo como ente responsable de la salud de la población se dio a la vez que se normatizaban las profesiones de la salud.¹⁵ El Consejo asumió, por lo menos en las declaraciones, la doble tarea de afirmar una manera de entender los fenómenos de salud-enfermedad, en concordancia con una forma de concebir el gobierno los hombres en un contexto definido de realizaciones económicas. En ese sentido, el crecimiento de la organización sanitaria era un acontecimiento que podía ser leído, a la vez, en clave técnico-social y política.

A los gobernantes los guiaba la convicción de ser depositarios de una tarea civilizadora cuya finalidad era sustraer a los habitantes de Jujuy de "sus sistemas curativos propios, basados en la aplicación de hierbas medicinales o en la acción sugestiva y torpe de los curanderos que explotaban la ignorancia de los pacientes, alentando las creencias absurdas de daños y brujerías con la consecuencia lógica de ningún resultado en las curaciones, el porcentaje alarmante de la mortalidad y la propagación de enfermedades infecto-contagiosas."¹⁶

Entendían que ese esfuerzo daba sus frutos en la medida que "el servicio gratuito a cargo del Consejo ha extendido su acción hasta los puntos más apartados de la provincia, en donde jamás se dejó sentir los beneficios de la ciencia." El optimismo que se derivaba de la confianza en la Razón y en la práctica médica iba unido a la creencia de que la antigua cultura "sólo deja pequeños resabios en las costumbres, que a no dudarlo han de desaparecer a corto término, si los gobiernos continúan en su acción."¹⁷

En 1927, la provincia administraba los hospitales San Roque en la Capital, el de El Carmen, el de Humahuaca y el de San Pedro; además, existían los que estaban funcionando en los ingenios (el último, el de La Mendieta, fue inaugurado en 1925). Conscientes de no contar con una estructura acorde para la atención de los problemas relacionados con la salud y la enfermedad, los gobernadores conservadores y luego los radicales interesaron a la Nación para colocar una Estación Sanitaria en el territorio provincial. La misma se instaló en 1923,¹⁸ encargándose de todo lo referente a las endemias: paludismo, peste, tracoma y enfermedades venéreas.

Desde 1921 existía la Asistencia Pública en San Salvador.¹⁹ Estaba destinada, modesto arancel mediante, a los pobres e indigentes; estos últimos debían exhibir certificado de policía o de la Municipalidad que atestiguaba su condición de *pobre*

¹⁴ Ley 495, *Constitución del Consejo de Higiene* y Ley 663, *Creación y Funciones del Consejo de Higiene Pública de la Provincia*, ALJu, L. 7, 31-8-1921, f. 246 y L. 30, 15-6-1925, f. 191, respect.

¹⁵ Ley 209, *Sobre ejercicio de la medicina, farmacias, parteras y dentistas*, ALJu, L. 4, 14-11-1912, f. 148.

¹⁶ Gobernador Fanelón QUINTANA, *Discurso a la Legislatura*, 1933, San Salvador, Imprenta del Estado.

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ Ley 252, *Cesión del terreno para el DNH y la estación Sanitaria*, ALJu, L. 5, 10-12-1914, f. 91.

¹⁹ Ley 371, *Sobre sanidad. Partida para la Asistencia Pública*, ALJu, L. 6, 21-6-1919, f. 387.

de solemnidad para acceder a la atención gratuita. Un Médico de Pobres²⁰ realizaba la atención domiciliaria, pero hubo quejas continuas de los vecinos respecto del servicio.²¹

Las ciudades que más rápidamente aumentaban su población eran San Salvador, San Pedro y Ledesma. Allí, la vida de las mujeres en edad reproductiva que se trasladaban desde el campo o pequeñas poblaciones para desempeñar actividades poco calificadas se desarrollaba en habitaciones precarias,²² con frecuencia expuestas a embarazos sucesivos, que no les permitían reponerse de la anterior gestación y alteraba tempranamente la alimentación del niño menor. Esta seguidilla de hijos era el estímulo para una serie de males: el abandono de los pequeños en casas o instituciones, la desnutrición propia e infantil, la aceptación de contratos de amamantamiento mercenario, las enfermedades, la negativa del hombre a sostener una relación familiar estable. Para colmo, las mujeres eran la población analfabeta más numerosa de Jujuy.

La condición de hijo ilegítimo, en tanto expresión de la precariedad de la unión entre hombres y mujeres que se trasladaba a los hijos nacidos de esos vínculos, fue considerada como condición predisponente a la muerte infantil. En Jujuy, la tasa de ilegitimidad había ido en aumento desde 1910, en que era de 425%, en 1920 aumentó a 448%, llegando en 1925 a 476%; esta cifra se mantuvo en toda la década de 1930. Se ha atribuido el fenómeno a "las distancias, a veces muy largas, que separan a los pobladores del Registro Civil; la ignorancia y el temor a que la ceremonia demande la inversión de algún dinero." Un informe deslizaba que una de las causas podía ser la ley que exigía el certificado prenupcial a los hombres "cuya aplicación ha acarreado tantas dificultades y tan numerosas como diversas críticas."²³ Lo cierto es que la ilegitimidad de los nacimientos en la región no decía mucho respecto de la estabilidad de la relación entre hombre y mujer y de cuánto podía influir esta condición en la situación de riesgo del infante.

El tema de la mortalidad infantil apareció regularmente en los discursos de los gobernadores de Jujuy: "Todo esfuerzo que se realice para combatir la mortalidad infantil ha de ser, no sólo por obra humanitaria, sino de un indiscutible beneficio social. Para esto he de proceder, como es lógico, de conformidad al consejo de nuestras autoridades sanitarias y de ver la forma en que se instalen más dispensarios de lactantes y también, si es posible, de que en las escuelas se de algún alimento a los niños."²⁴

No cabían dudas que la alimentación del niño pequeño era un tema fundamental que debía ser asegurado por la atención pública. En la lactancia sustituta por leche de vaca se vio una posibilidad de superación de las dificultades de la lactancia.

²⁰ En 1920, durante la intendencia de Mateo Córdoba, se establece el Médico de Pobres, pero por incumplimiento debe renunciar dos años después. En 1923, el intendente Manuel Tanco nombra nuevo médico. En 1928 pasa a depender del Consejo de Higiene. Ley 844, *Creando el puesto de Médico para Pobres*, ALJu, L. 10, 22-8-1928, f. 81.

²¹ Félix INFANTE, *El libro de los intendentes*, Municipalidad de Jujuy, Jujuy, 1972.

²² *El grave problema del hacinamiento en la ciudad de Jujuy*, Dirección de Investigaciones Económicas y Sociales, Intervención Federal de Jujuy, Informe Núm. 1, Jujuy, 1944.

²³ Dirección de Investigaciones Económicas y Sociales, Intervención Federal de Jujuy, Informe Núm. 2, Jujuy, 1944.

²⁴ Alfredo PÉREZ ALISEDO, *Discurso-programa, 26-4-1934*, Jujuy, Butazzoni.

Pero la composición diferente del alimento bovino -que se empobrecía en componentes con las medidas de esterilización-, la fácil contaminación y la alteración por razones climáticas o por adulteración provocada, de impacto menor en invierno, en verano era causa de muertes infantiles por gastroenteritis y deshidratación. La propuesta de la Gota de Leche -una iniciativa que se extendió para contrarrestar los efectos que sobre la alimentación infantil trajeron el trabajo femenino y las estrategias de sobrevivencia en las ciudades- produjo al breve tiempo efectos paradójales, al incentivar indirectamente la renuncia a la lactancia materna y provocar el aumento de la mortalidad infantil. Para amortiguarlo, se instauró una evaluación periódica del desarrollo del infante en los lugares donde se entregaba la leche.²⁵

En julio de 1926,²⁶ el gobierno de Jujuy creó el Dispensario de Lactantes y lo ubicó en la Estación Sanitaria. Finalmente, en 1928 dispuso la instalación de la Maternidad Modelo y de la Casa Cuna frente al Hospital San Roque.²⁷ El proyecto pretendía ampliar la asistencia brindada en el principal nosocomio de la provincia, que consistía en consultorios para niños menores de 10 años y un servicio de parteras a domicilio, con atención institucional de consultas durante un par de horas diarias; además, disponía de salas de internación donde, en forma indistinta, se atendían niños y adultos con problemas clínicos, quirúrgicos e infecciosos.

En 1930, en cumplimiento de la promesa del electo gobernador radical Miguel Tanco,²⁸ previa licitación de elementos para el envase higiénico de la leche, se procedió al reparto gratuito del alimento a los niños pobres, obra que se mantuvo toda la década.²⁹ En 1931 se inauguró el pabellón Centenario, exclusivo para niños.³⁰ También se reorganizó el servicio de parteras; hacia 1930, el Hospital San Roque de San Salvador contaba con 5 parteras, pero sólo un año después eran dos. Tras la caída de Tanco, se volvieron frecuentes las cesantías y renuncias, no sólo dentro del grupo de las obstetras. A partir de allí parece que el déficit de esta profesión fue notable, pues el Consejo llegó a pedir asesoramiento legal en 1934 con el fin de tomar idóneas para cubrir la atención,³¹ cosa que finalmente realizó. Recién en 1937, en consonancia con una reestructuración de los recursos existentes, se instituyó un curso de Enfermería y Partos dentro de la programación de la reciente Escuela de Obstetricia, con los auspicios del Consejo, el Servicio de Obstetricia y la Dirección del Hospital San Roque.

²⁵ José FRANCISCO, Consuelo RAMOS, *Historia de la Gota de Leche en Venezuela: paradojas de la lactancia artificial*, HUMANITAS, Portal Temático, pp. 3-6; http://www.revele.com.ve/pdf/ensayos_historicos/voll-n1/pag159.pdf

²⁶ Ley 750, *Creación del Dispensario de Lactantes*, ALJu, L. 9, 28-7-1926, f. 318.

²⁷ Ley 857, *Maternidad Modelo y Sala Cuna*, ALJu, L. 10, 29-8-1928, f. 117.

²⁸ En su discurso de asunción había prometido ocuparse de "la implantación de servicios especiales para lactantes, la protección a la niñez, tan necesarios en nuestro ambiente de pobreza y deficiente alimentación infantil", Jujuy, Talleres Gráficos del Estado, 1930.

²⁹ Llamado a licitación para la compra de pasteurizar leche y envases", *Diario La Vanguardia*, San Salvador, 18-8-30. Contratación con Pablo Tramontini para leche del Dispensario de Lactantes, Archivo Histórico de la Provincia de Jujuy (en adelante: AHPJu), Exp. 239, C, L. 20, 2-2-31.

³⁰ "Inauguración del pabellón Centenario", *Diario El Día*, San Salvador, 26-3-31.

³¹ Consulta para designar idóneas en la repartición, AHPJu, Exp. 599, C, L. 20, 21-10-34.

Cambios en la organización y administración de servicios sanitarios

En el campo específico de los cuidados de la salud, las autoridades insistieron en la reorganización del sector público en varias oportunidades y no se quedaron en las palabras. Los términos centralización y eficiencia fueron oídos en discursos de distintos gobernadores. Así, el gobernador Fanelón Quintana expresaba: "[Que-remos] unificar bajo una sola Dirección y control esta asistencia médica, la que hoy se encuentra en muchos casos agregada a Establecimientos Nacionales [dispensario de lactantes y consultorio antilúético, por ejemplo]."³² El gobernador Pérez Alisedo explicitó claramente un proyecto de sistema basado en la distribución territorial de servicios y en la complejidad creciente de ellos mediante el acceso a técnicas de atención más simples. En 1935, proponía para Jujuy cuatro zonas sanitarias con médicos de cabecera de zona. Refiriéndose a la modalidad de atención, el gobernador expresaba: "en cuyos consultorios no sólo se hace el diagnóstico del enfermo, sino que se les provee de los medicamentos que necesitan; con este sistema se ha subsanado la falta de farmacias y botiquines de campaña [...]. Con este procedimiento se ha conseguido sustraer a los enfermos de la plaga que existía en la provincia, de los llamados curanderos."³³

Siguiendo estos criterios, se creó el Servicio Médico de Campaña, bajo responsabilidad de los Médicos de Zona. El Poder Ejecutivo nombró profesionales responsables de áreas en los Valles Centrales (El Carmen y San Antonio), La Puna (Cochinoca y Rinconada) y La Quiaca,³⁴ que se sumaron a los ya existentes en la Quebrada, Tilcara y Humahuaca. Pero seguía persistiendo el tema del acceso a los poblados más alejados de las zonas rurales; para ellos, "Debemos instalar también, en distintos pueblos de campaña, pequeños consultorios donde puedan ser atendidos los enfermos en las visitas periódicas que realizan los médicos dependientes del gobierno. Y colocar estos consultorios bajo la vigilancia o guarda de un enfermero, que siguiendo las instrucciones del médico, pueda poner inyecciones, dar remedios y prestar aquellas atenciones elementales de urgencia que estén a su alcance."³⁵

Se aumentó el número de las Salas de Primeros Auxilios, a cargo de un enfermero o un práctico, que brindaban la atención con técnicas simples o controlaban la evolución de tratamientos con supervisión médica; fueron instaladas en Santa Clara, Santa Catalina, San Antor^o, Abra Pampa y Valle Grande.³⁶ Además, en pobla-

³² Gobernador Fanelón QUINTANA, *Discurso a la Legislatura*, Jujuy, Imprenta del Estado, 1933.

³³ Alfredo PÉREZ ALISEDO, *Mensaje a la Legislatura*, Jujuy, Imprenta del Estado, 11-5-34.

³⁴ Ley 1071, *Cargo de Médico para dptos de El Carmen y San Antonio*, ALJu, L. XII, 12-12-33, f. 292; Ley 1220, *Médico de Zona para Rinconada y Cochinoca*, ALJu, L. XIII, 29-8-35, f. 207; *Médico de Zona en La Quiaca*, AHPJu, Exp. 3165, L. 22, C, 10-4-39.

³⁵ Alfredo PÉREZ ALISEDO, *Discurso-programa*, Jujuy, Butazzoni, 26-4-1934.

³⁶ Ley 1186, *Sala de Primeros Aux. en Santa Clara, Santa Bárbara*, ALJu, L. XII, 4-4-35, f. 509; Ley 1311, *Subsidio para Sala Primeros Auxilios en Santa Catalina*, ALJu, 19-8-37; Ley 1387, *Sala de Primeros Auxilios en Abra Pampa*, ALJu, L. XIV, 9-8-38, f. 572; *Alquileres para enfermerías (sala de primeros auxilios) de Abra Pampa, San Antonio, Santa Clara, Santa Catalina y Valle Grande*, AHPJu, Exp. 1904, C, L. 21, 10-3-36.

dos de toda la provincia se distribuyeron botiquines con medicamentos a cargo de guardas sanitarios, los cuales debían ser provistos por la Sección Farmacia del Consejo y eran periódicamente inspeccionados. Por el aumento de la interrelación entre la escuela y el sistema de salud, y por ser la primera un lugar de reunión y encuentro en zonas rurales, en la segunda mitad de la década se observó un aumento de la demanda de medicamentos por parte de las autoridades escolares locales.

Esta tendencia de poner al alcance de la población los servicios -más allá de las formas en extremo precarias que adquirió en ciertos lugares por el escaso o nulo apoyo logístico- alcanzó a la vacunación antivariólica en 1939. Al respecto, en ese momento, el encargado del Poder Ejecutivo señalaba: "Como los pobladores no acudían a los llamados de los guardias sanitarios, se ha dispuesto que los vacunadores recorran los distritos cumpliendo su misión de domicilio en domicilio. [...] resultará más eficaz."³⁷

Las pretensiones de los gobernantes de Jujuy para volver más eficientes las inversiones que se realizaban en salud, sobre todo en los hospitales, fue tema de discusión pública. En este sentido, el gobernador Pedro Buitrago señalaba en 1936: "El Estado provincial [ve] la conveniencia de metodizar la inversión, a fin de obtener de ella los mejores resultados posibles."³⁸ El primer paso propuesto por el gobernador fue la centralización de los consultorios externos en el Hospital San Roque de San Salvador, porque, según él, "no había ninguna razón para que funcionaran concurrentemente dichos consultorios en el Consejo de Higiene y en el Hospital, con las desventajas tanto técnicas como económicas que derivaban de la falta de unidad de dirección."³⁹

No obstante, la centralización de consultorios "provocó serias resistencias públicamente manifestadas y hasta vaticinios insidiosos, haciendo aparecer al gobierno como que se desentendía de la salud del pueblo."⁴⁰ En 1938, se implementaron las medidas anunciadas en 1933 por el gobernador Fanelón Quintana: "La atención de los enfermos pobres en el Departamento de la Capital resulta perjudicial por lo excesiva y poco controlada", decía por entonces; las dificultades "desaparecerán en absoluto con una atinada reglamentación que se proyecta." Pero ésta sólo consistió en el cumplimiento a rajatabla de la condición de probar ser un *pobre de solemnidad* para acceder a la consulta gratuita y en el control estricto de la receta. Estas disposiciones motivaron reacción y enojos, de los usuarios y del diario de la oposición.

A la vez que se producía la centralización de los servicios de consultorios, se procedió a la especialización de las salas de internación. En 1938, la sala de Maternidad del Hospital San Roque cobró nuevo impulso, subsidios nacionales mediante.⁴¹ El área materno infantil fue redimensionada dentro de una racionaliza-

³⁷ Pedro BUITRAGO, *Mensaje a la Legislatura*, Jujuy, Imprenta del Estado, 1939.

³⁸ *Ibid.*, 1936.

³⁹ *Ibid.*, 1937.

⁴⁰ *Ibid.*, 1938.

⁴¹ "El Pabellón de Maternidad. En marcha", *Diario Crónica*, San Salvador, 3-6-38, p. 1.

ción general del sistema.⁴² Pero fueron muy frecuentes las denuncias realizadas en los periódicos respecto de la atención pública: mal trato,⁴³ abandono de los servicios por parte de los médicos,⁴⁴ trabajo exigido a mujeres humildes internadas,⁴⁵ atención diferenciada mediante pagos (sistema de "pagantes"),⁴⁶ fueron temas abordados en repetidas oportunidades.

Las cosas no iban mejores en el Hospital de Humahuaca. No eran secretas las penurias por las que atravesaba el hospital en forma casi permanente porque carecía de elementos básicos, debido a la discontinuidad de la llegada de los fondos.⁴⁷ El tema llegó a ser tratado en la Cámara de Diputados provincial, donde se pudo comprobar la persistencia de la situación.

Si la condición del sistema de salud era muy precaria en Humahuaca, en La Quiaca manifestaba una falta de presencia evidente. Ya en 1932, el doctor residente en la zona manifestaba que "en los 4 meses que ejerce su profesión de médico en La Quiaca, ha visto que las enfermedades más comunes se desarrollan en forma alarmante y pide a gritos la intervención del Estado para salvar la raza que se está minando por la ignorancia de las gentes y sobre todo por la miseria económica de la región. La mortalidad infantil es alarmante [...] No hay parteras." Propone se cree un dispensario en el Hospital Belgrano, antilúético y antivenéreo, de protección de la infancia y de la maternidad, con dispensario de lactantes y laboratorio de urgencia.⁴⁸ Años después, parecía que las condiciones no habían variado mucho: "Un solo antecedente revela el abandono en que se halla La Quiaca y toda la región puneña. Los pobladores de aquella vecindad limítrofe tienen que recurrir a las autoridades bolivianas de Villazón. En el pueblo del altiplano, vecino a La Quiaca, se encuentra instalado un hospital militar, y allí van en demanda de medicamentos y de asistencia médica los argentinos que en el límite opuesto no cuentan con los auxilios que debe brindar nuestra organización sanitaria nacional, y menos aun la que se relaciona con la provincia. [...] Que los connacionales vayan a mendigar medicamentos y atención no obsta para que en cualquier ocasión salga a relucir el odio contra el boliviano. Sería necesario que, sin tardanza, el gobierno de la provincia tome las medidas indispensables para que se establezca en La Quiaca un servi-

⁴² "Subsidios nacionales para instituciones y establecimientos de Jujuy. Gestión del Ing. Arrieta", *Crónica*, 18-1-38, p. 1; "7ª sesión de Diputados: Aumento de la partida para el dispensario de Lactantes para sueldos de personal", *Crónica*, 1-2-38.

⁴³ "Desprestigio", *Crónica*, 10-3-34. La noticia relata la experiencia de un tal Manuel Acosta, que fue con su esposa al Hospital para dar a luz, internándose la mujer el 28 de enero, la operaron al momento del parto y no se le permitió nunca al esposo visitarla ni entregarle los alimentos que le llevaba, hasta que el 7 de febrero, el doctor Ricardo Alvarado le permitió acceder a la sala donde le informaron que el cadáver de su mujer estaba en la morgue.

⁴⁴ "Hospital San Roque: Los profesionales no cumplen", *El Día*, 22-4-31; "En el Hosp. San Roque. Irregularidades que deben subsanarse", *Crónica*, 24-5-38; "Excesiva comodidad del médico de Guardia", *Diario El Radical*, San Salvador, 1-3-39.

⁴⁵ "Hosp. San Roque. Trabajo obligatorio a mujeres pacientes que están en condiciones", *El Radical*, 4-12-39.

⁴⁶ Así se llamaba a la gente internada que costaba la comida, con asistencia y medicamentos gratis.

⁴⁷ Ley 966, *Reglamentación de la administración del Hosp. Belgrano*, ALJu, L. XI, 27-8-1932, f. 191; Leyes 1280 y 1465, *Partidas para Hosp. de Humahuaca*, ALJu, 24-6-37 y 22-8-39, respect.

⁴⁸ "Salud en La Quiaca", *El Día*, 26-1-32.

cio médico permanente, nombrando de efecto un profesional de zona."⁴⁹ Este último fue nombrado en 1935.

Otro hospital estaba en la localidad de El Carmen, desde el año 1911. Durante la década se desarrolló un proceso de esclarecimiento, con visos de escándalo, sobre la labor del director, conocido militante radical. Según la investigación, se pudo comprobar que el director era un "dictador" y que la Sociedad de Beneficencia de El Carmen no cumplía sus funciones.⁵⁰ Ésta no sólo quedó fuera de la administración (al igual que en el San Roque y en Humahuaca), sino que también se la privó de su personería jurídica.

El hospital inaugurado más recientemente había sido el de San Pedro (1927), creado sobre uno antiguo fundado por los Leach, los propietarios más poderosos de la región, y cuya Comisión Administradora quedó constituida por 3 médicos e integrantes de la beneficencia local, todos empleados o dueños del ingenio La Esperanza.⁵¹

En 1938, el Departamento Nacional de Higiene tenía registrado para una población de 104.119 habitantes, además de los servicios para salud materno infantil de los hospitales provinciales y de la beneficencia, los de cuatro sanatorios particulares en ingenios y minas; también se disponía de 489 camas generales y de la atención brindada por 42 médicos en la provincia de Jujuy.⁵²

No obstante estas iniciativas tomadas, en conjunto con el gobierno nacional, en los últimos tres años de la década, apenas unos años después, en 1942, el nombrado Interventor Federal de la provincia de Jujuy, Nicolás González Iramain, quedó atónito por el grado de privaciones existente en el estado a su cargo, especialmente en el sector de la salud: "Ni siquiera en la ciudad de Jujuy existen servicios públicos. No hay ni siquiera una ambulancia para transportar a los heridos y a los enfermos, que es algo que casi todos los pueblos tienen en otras provincias; en el hospital principal no disponen de los medicamentos más importantes, y la gente común, difícilmente obtiene asistencia médica urgente durante la noche, ni aunque se trate sólo de primeros auxilios." Continuaba informando que en el Hospital Belgrano de Humahuaca no sólo se carecía de medicamentos básicos, sino que no se tenían sábanas ni almohadas para las camas.⁵³ Estas deplorables constataciones serían el punto de partida para futuros cambios en los lineamientos de la salud pública provincial.

Nuevas modalidades de atención materno infantil

Respondiendo a imperativos prácticos e impregnados de un profundo sentido moral, los gobernadores de la década de 1930 insistieron en las instituciones como

⁴⁹ "En La Quiaca. Asistencia social", *Crónica*, 7-6-34.

⁵⁰ Ley 1300, *Proyecto de investigación del Hospital de El Carmen*, ALJu, L. XIV, 28-7-37, f. 223; "Informe de la Comisión del Hospital de El Carmen", *El Día*, 11-8-37.

⁵¹ Pedro SIERRA IGLESIAS, *Guillermo Paterson*, Universidad Nacional de Jujuy, San Salvador, 1996.

⁵² *Boletín del Departamento Nacional de Higiene*, Buenos Aires, año 2, núm. 10, 1938.

⁵³ Nicolás GONZÁLEZ IRAMAIN, *Tres meses de gobierno en la provincia de Jujuy*, Informe oficial, San Salvador, 1942.

afianzamiento de centros de orden en una realidad social que, según ellos, tenía en los pobres la amenaza de degeneración biológica y moral. Estas instituciones eran en sí los pilares de un progreso, cuya finalidad era devolver a la sociedad ciudadanos captados de la barbarie, sanos en varios sentidos.

A finales de 1937, la Legislatura votó la adhesión de la provincia de Jujuy a la ley nacional 12.341 de Protección a la Maternidad e Infancia.⁵⁴ Los fundamentos del proyecto que el Poder Ejecutivo dirigió a la Cámara son ejemplares respecto de las concepciones hegemónicas en ese momento. En ellos se deja claro que el Departamento Nacional de Higiene fundó la Dirección General de Maternidad e Infancia "para establecer en todo el país organismos institucionales y entidades que procuren el mejor desarrollo del niño, tanto en lo físico como en lo moral desde antes de su nacimiento y durante su crecimiento. Con dolor asistimos, Sr. Presidente, al auge de la delincuencia infantil, originado principalmente por la falta de cuidado del niño, en la miseria en que muchos viven, y todo esto da como resultado su pérdida, con consecuencias funestas para la vida del estado y de la sociedad."⁵⁵ En cumplimiento de la ley, la Dirección General de Maternidad e Infancia estaba organizando en las provincias direcciones locales o regionales, "extendiendo de esa forma los beneficios de la misma a todo el territorio nacional [...]. Se trata, Sr. Presidente, de llevar esta acción no solamente a la capital, sino también a los departamentos de la provincia."

Los diarios locales fueron preparando el camino para las propuestas que se sancionarían y concretarían luego de 1938.⁵⁶ En agosto de ese año, la Cámara de Diputados de Jujuy creó una dependencia autónoma, el Instituto de la Maternidad y Protección de la Infancia, de competencia del Ministerio de Gobierno, "cuyos fines [...] principales son disminuir la mortalidad infantil, velar por el desarrollo físico de la niñez desamparada y proteger a la mujer encinta o a la madre sin recursos."⁵⁷ En realidad, se trataba de un complejo de servicios que abordaba distintos aspectos y situaciones de la problemática de la madre y del niño. Para encararlos se pensaba contar con un consultorio obstétrico, sala de maternidad, régimen de internado de mujeres desamparadas encintas, sala cuna, sala para niños enfermos, comedor infantil, escuela-jardín de infantes, albergue para niños, traslado a la escuela de niños en edad escolar, además de brindárseles educación física y deportes.

La responsabilidad de la institución se colocaba en un médico director, contratado por cuatro años, que residiría en el lugar y sería secundado en sus funciones por un médico jefe de servicios y personal adjunto. Se tenía previsto recurrir a las Hermanas de la Caridad, que iban a participar "tanto en la administración como en la dirección espiritual de los internados o en la vigilancia del orden y la moralidad interna." El proyecto, leído por el diputado Bustamante Pérez, tomó un tono sombrío cuando en los fundamentos recurrió a las estadísticas del Departamento

⁵⁴ "Creando la Dirección de Maternidad e Infancia bajo la dependencia del Departamento Nacional de Higiene", Ley Nacional 12341, *Boletín del Departamento Nacional de Higiene*, Buenos Aires, año 1, núm. 4, 1937, p. 261.

⁵⁵ Ley Provincial 1321, *De adhesión de la provincia de Jujuy a la Ley 12341*, ALJu, L. XIX, 30-12-37, f. 291.

⁵⁶ "Deberíase establecer una escuela-hogar para niños desamparados", *Crónica*, 20-4-38.

⁵⁷ "11ª sesión de Diputados. Proyecto de protección a la maternidad a la infancia y los huérfanos", *Crónica*, 4-8-38.

Nacional de Higiene, las que señalaban la magnitud del problema, y al nombrar las opciones existentes que, en realidad, lo agravaban. Decía Bustamante Pérez: "La mujer encinta o en crianza encontrará en el Instituto un respaldo y si sus condiciones se lo permiten, se le encontrará trabajo y ubicación social, [...]. El albergue para niños tiende a solucionar el problema de la madre obrera [...]. El niño permanecerá todo el día en el Instituto donde se alimentará abundante y racionalmente"; luego añadía: "Otra situación es la del niño huérfano. En estos momentos no tiene lugar apropiado para internarse: vaga desamparado por las calles, pidiendo limosnas para personas que los explotan o son recogidos en las policías, adquiriendo todos los vicios de penados y detenidos [...] los niños son internados en el Asilo o en el Buen Pastor, coincidiendo con idiotas y presos." El proyecto quedó librado a la iniciativa de la Sociedad de Beneficencia, revivida para esta ocasión, para lo cual contó de entrada con el aporte pecuniario de las arcas públicas nacionales y provinciales.

Esta vez hubo premura, pues la situación social era acuciante y la oposición política había decidido tomar las reivindicaciones sociales como su campo de lucha. En septiembre de 1938, el director hizo públicas las acciones del nuevo Centro de Higiene Maternal e Infantil realizadas durante el primer mes de trabajo. En la institución no sólo se prestaba atención médica a mujeres embarazadas y niños, sino que se les aportaba raciones de alimento y se les practicaba encuestas sociales. Los números dan a entender que el servicio tuvo rápida respuesta por parte de la población.⁵⁸

Continuando con los objetivos planteados, en marzo se inauguró la Gota de Leche del Centro, sostenida por la Sociedad de Beneficencia y el Consejo de Higiene; en mayo, las mamás que trabajaban pudieron dejar sus hijos en el Hogar del Niño, con su sala-cuna instalada en una dependencia del Departamento de Policía -que al principio se iba a instalar en un local de la Sociedad Rural. El médico trabajaba con una directora de servicio, 2 auxiliares y 2 ayudantes, de 8 a 20 horas. Al principio hubo 10 niños, pero en diciembre ya se atendía a 40 menores de hasta 8 años.⁵⁹

La necesidad de alimentar no sólo al lactante, sino también a pequeños en edad escolar, y la importancia otorgada a la instrucción para el mejor vivir, reforzaron la función social de la escuela convirtiéndola en pilar del mejoramiento ambiental. Precedido por reclamos reiterados -y antiquísimos- de la oposición que solicitaba "Hay que dar alimentos a los niños en las escuelas",⁶⁰ y medidas del mismo tenor concretadas dos años antes por el Consejo Nacional de Educación,⁶¹ en julio de 1939 el gobierno nacional creó 600 comedores escolares en todo el país. Para octubre, los padres de escolares expresaron sus quejas ante la demora en la implementación de la medida.⁶²

⁵⁸ "Centro de Higiene Maternal e Infantil Director: Dr. Pemberton. Mes de agosto 1938", *Crónica*, 13-9-38.

⁵⁹ "Acción socialmente meritoria" y "El asunto de la Casa-cuna", *El Radical*, 30-5-39 y 12-12-39, respect.

⁶⁰ "Junto al analfabetismo debe combatirse la miseria fisiológica de la infancia", *La Vanguardia*, San Salvador, 24-3-30.

⁶¹ "Los niños de 50 escuelas nacionales de Jujuy tendrán alimento", *Crónica*, 4-3-37.

⁶² "El gobierno nacional creará 300 comedores escolares" y "Comedores escolares. Quejas de padres", *El Radical*, 30-6-39 y 21-10-39, respect.

También se estimaba que la instrucción escolar era un factor importante para acceder a la comprensión de ciertas indicaciones clínicas y una vía de acceso de la influencia médica en desmedro de la de los curadores populares. Con este criterio, el Sistema de Salud aportó profesionales de la salud con accionar dentro de las instituciones de enseñanza; el Consejo de Higiene incluyó dentro de su plantel profesional estable a dentistas escolares en San Pedro, San Salvador y Ledesma; a partir de 1931, se designaron médicos escolares en San Salvador y San Pedro.⁶³

Se pretendió superar la brecha entre los profesionales y la población mediante la puesta al alcance de información sanitaria en las escuelas, pero también en los periódicos, en los manuales e impresos de educación para la incorporación de reglas higiénicas y de cuidado de la salud.⁶⁴ Esta tarea tropezaba en Jujuy con un enorme obstáculo: el analfabetismo. El Censo Escolar de 1943 puso de manifiesto la gravedad del problema. La tasa promedio provincial fue de 366%, frente a la de 153% del conjunto del país. La zona de los Valles Centrales presentaba un índice de 258%; el Ramal de 399% y la Quebrada y Puna juntas tenían una altísima tasa de 435%.⁶⁵

Filantropía y beneficencia en Jujuy

Si bien la Sociedad de Beneficencia había sido desplazada de la administración de los hospitales públicos,⁶⁶ a excepción del de San Pedro, en 1937, un decreto del Poder Ejecutivo la revivió para "cumplir una misión que es tarea de gobierno, la asistencia social, y cuyo fundamento está en un principio básico de solidaridad humana."

Las damas distinguidas encontraron en estas acciones la forma de extender la luminosidad de sus valores sobre el contraste oscuro del pobre y del necesitado, de lo feo, lo pasional y lo enfermo manifestado en otro ajeno, "para volcar en él la caricia luminosa de una sonrisa, el gesto amable que conforta, el auxilio bienhechor que salva, el socorro cordial que levanta, la limosna disimulada que se acepta, el consejo prudente que encamina, que al fin y al cabo, sonrisa, gesto, auxilio, socorro, limosna y consejo no son más que el trasunto fiel del alma femenina, amasada por Dios para que cuando al crear el cielo y la tierra, la luz y la sombra, lo grande y

⁶³ *Médico escolar en San Salvador*, AHPJu, Exp. 1398, C, L. 19, 20-9-31; Ley 1043, *Médico escolar y dentista escolar dependientes del Consejo de Higiene en departamento San Pedro*, ALJu, L. XVII, 28-8-33, f. 32.

⁶⁴ En una reorganización general, en 1937, el Departamento Nacional de Higiene creó la Oficina de Propaganda Higiénica y Educación Sanitaria.

⁶⁵ *IV Censo Escolar, del Analfabetismo y la Vivienda*. Año 1943, t. II, Buenos Aires, Talleres Gráficos del Consejo Nacional de Educación, 1948. Cit. en: Rita LÓPEZ, Adriana KINDGARD, *Estado, política social y sectores populares de Jujuy en vísperas de la experiencia peronista*, Universidad Nacional de Jujuy, 2000, mimeo.

⁶⁶ Ley 80, *Reglamento de funcionamiento del Hospital San Roque, administración compartida de la Beneficencia y la Municipalidad de San Salvador*, ALJu, L. 1, 10-12-1904, f. 260; Ley 114, *Administración del Hospital San Roque por la Municipalidad*, ALJu, L. 2, 25-7-1906, f. 213; Ley 266, *Ratifica administración del San Roque por la Municipalidad*, ALJu, L. 5, 18-8-1915, f. 136; Ley 966, *Reglamento del Hospital de Humahuaca. Sale la Beneficencia de su administración*, ALJu, L. 11, 27-8-1932, f. 191; Ley 1300, *Proyecto de investigación del Hospital de El Carmen*, ALJu, L. XIV, 28-7-1937, f. 223.

lo pequeño, hubiera algo superior con que llenar el mundo."⁶⁷ Detrás de las bellas palabras del Ministro de Gobierno se afirmaba un poder tutelar sobre el desposeído que se repetía en el gesto positivo del que da y en la negatividad del que recibe.⁶⁸

Este regreso de la Beneficencia en tiempos de crisis profunda de la alianza política que había dado a luz al partido gobernante luego del golpe de Uriburu (conservadores y radicales antipersonalistas) no debe ser considerado como un hecho fortuito, sino como la persistencia de formas tradicionales de entender la protección social que encontraron el momento oportuno para insistir.

La ayuda al enfermo, una de las formas de la caridad, se instaló sobre la antigua concepción cristiana de la carne. Ésta había cubierto el cuerpo con un manto de oscuridad y las exigencias de su materialidad podían redimirse en el martirio o perderse en los males derivados de las pasiones y el pecado.⁶⁹ "Hombres, mujeres y niños, pasto de la miseria, deambulan tristes y débiles humanidades, a paso lento, como el Cristo del Martirio, hacia el Calvario de la desdicha [...]. El hambre, los harapos, como girón de ruina, como mortaja de escarnio social, se expanden, se exhiben como espectros frente a la opulencia de los demás [...]. Contribúyase a la formación de asilos para ancianos y desvalidos. Fórmense colonias para los niños débiles que gimen, castigados por los sufrimientos de la miseria, y así habremos hecho una obra social edificante digna de nuestra civilización y de la cultura espiritual de las clases dirigentes."⁷⁰ Para el cristiano, y el filántropo luego, el cuerpo del necesitado sintetizó lo peligroso -sea desde el punto de vista moral como biológico- que revenía de las penumbras y que había que controlar y modelar.

En estos enfoques influyeron las concepciones que sobre las otras clases sociales y sobre sí misma tenían los propietarios de Jujuy. Sobre las relaciones sociales pensaban: "Se trata desde el primer día de una lucha esencialmente biológica, entre seres evolucionados y seres sin evolución entre aquellos que el tiempo y el estudio han encendido en el corazón la llama de ideales elevados y aquellos que acaban de salvar las fronteras de las fieras atávicas."⁷¹ Esta versión de civilización y barbarie naturalizada y extendida, que asignaba a las masas trabajadoras y a quienes tomaron partido por ellas la sombra irreparable del desvío biológico, de la patología o de la irracionalidad, frente a otras llamadas por la superioridad de su herencia a cumplir un destino sublime, constituía la base de la ideología de los poderosos de Jujuy. Se trataba de una clase que se autodefinía como de "elegidos".

La escuela en la educación y acción sanitaria

Alentados por experiencias de prevención y detección precoz de enfermedades en la población escolar, con colaboración activa de maestros,⁷² en la década de

⁶⁷ "Con los más promisorios auspicios del Gobierno se constituyó la Sociedad de Beneficencia", *El Día*, 17-4-37.

⁶⁸ Hugo VEZZETTI, *La locura en la Argentina*, Buenos Aires, Folios, 1983, p. 26.

⁶⁹ V. FUMAGALLI, *Solitudin carnis*, Madrid, Nerea, 1990.

⁷⁰ "Editorial: La mendicidad callejera en Jujuy", *El Día*, 3-3-31.

⁷¹ Benjamín VILLAFANE, *El general Uriburu y la revolución de setiembre*, Buenos Aires, 1947.

⁷² Estas ideas estaban avaladas por el antecedente de la realización de una campaña conjunta en 1937 que tuvo a las escuelas como centro sanitario. "Las escuelas provinciales realizarán una campaña de profilaxis contra el paludismo, el tracoma y el bocio en las escuelas", *El Día*, 25-6-37.

1930 se consideró coordinar la acción cultural de la escuela y el rol de articulador social del maestro con la posibilidad de introducir a los niños y jóvenes en los preceptos de la higiene.

Para entonces, ya se interpretaba que los preceptos del buen vivir excedían las fronteras de lo económico: "La solución de este problema [...] es puramente social. [...] La eliminación de conceptos de raigambre racial no pueden conseguirse sin la persuasión inteligentemente repetida día por día, como una gota de agua. ¿Puede conseguirse esto con la visita esporádica y fugaz de un médico o una visitadora? No. [...] Tengo el convencimiento que el maestro en el aula puede constituir un factor inestimable de colaboración en el sentido de secundar la obra del médico."⁷³

Con estos conceptos, el sanitarista jujeño David Carrillo fundamentaba la acción coordinada intersectorial, pues "la geografía sanitaria del país no puede ser conocida sino por aquella institución que tiene agentes propios y constantes, que por su condición de tales tienen la obligación de conocer a fondo los problemas a solventarse en el radio en que desarrollan su acción"; debía haber, entonces, "una correlación perfecta entre educación y acción desarrolladas y las características demográficas y epidemiológicas de la región." Para ello proponía una formación del maestro en normas de puericultura, con el fin de aplicarlas en la comunidad donde educaba e integrarlas a la currícula de sus alumnos.

También se realizaron en tiempos de vacaciones programas dirigidos a escolares en los cuales se mezclaba el conocimiento, la recreación y la reposición de energías en casos puntuales. Las iniciativas partieron al comienzo de la Iglesia, de los poderes públicos y de empresas privadas; la mayoría fueron emprendidos bajo el nombre de "colonias para niños débiles", pues la selección de los candidatos era realizada entre niños palúdicos. La Quebrada fue considerada un lugar ideal para este tipo de empresas, que fue promovida por medios periodísticos.⁷⁴

El año 1938 fue prolífico para estos proyectos con escolares. Las damas de la Asociación Católica Argentina de San Pedro lograron una partida oficial para trasladar de vacaciones a 55 niños de San Pedro y Ledesma al Hospital de Humahuaca, lo que ocupó un largo tiempo de sesión a los diputados.⁷⁵ Los ingenios Ledesma y La Mendieta, a su vez, mandaron contingentes a hoteles de Humahuaca. Este último, como parte de una estrategia para mejorar su imagen pública, oscurecida por investigaciones sobre manejo de fondos municipales.⁷⁶

Ese mismo año, una tragedia mostró las condiciones en que se realizaban algunos de estos programas oficiales. Al regreso de un viaje a Mar del Plata, ante un público convocado para recibir al contingente de escolares en la estación de trenes, "4 niños fueron bajados en camilla y conducidos al San Roque para ser curados y otros que están con neumonía son muy atendidos en sus hogares [...]. Dos niños fallecieron ahogados [...] la madre cuando le avisaron anoche al paso del convoy

⁷³ David CARRILLO, "Importancia de la escuela como centro de educación y acción sanitaria", *Boletín del Departamento Nacional de Higiene*, Buenos Aires, año 2, núm. 2, 1938.

⁷⁴ "Colonias de niños débiles", *Crónica*, 27-1-34.

⁷⁵ Ley 1319, *Subsidio a la ACA para envío de niños débiles*, ALJu, L. XIX, 30-12-37, f. 287.

⁷⁶ "Colonias de Vacaciones de los niños del Ingenio Río Grande, 10 niños a Humahuaca, en Hotel Numancia, 20 días, (el Ing. Moffat está por ser investigado por la municipalidad de La Mendieta)", *Crónica*, 28-3-38, p. 1; "La municipalidad de La Mendieta. Investigan uso de fondos municipales favorables al ingenio de La Mendieta", *Crónica*, 1-4-38. Por 4 días más continúa con el tema.

que su niño había fallecido y estaba enterrado en La Plata, esta se dio de alaridos [...]."⁷⁷ El saldo final de esta experiencia fueron cuatro menores muertos.

El año 1938 comenzó con el aporte del gobierno nacional para un proyecto de una colonia de veraneo en Tilcara.⁷⁸ Sin embargo, ya se expresaban críticas, debido al alcance limitado de estas medidas. "Hubiera sido más práctico destinar esos 30.000 \$ para 4 o 5 comedores escolares en la ciudad y el campo, porque el hambre y la miseria infantil no se combate con darles bien de comer a un mínimo porcentaje de la misma durante un mes, si el resto del año ha de vivir en iguales o peores condiciones."⁷⁹

Durante 1938 circuló un proyecto acabado de una institución en Tilcara. El mismo era una verdadera programación de la vida de escolares, hasta en los más mínimos detalles.⁸⁰ Traslados a los bellos parajes de la Quebrada, lejos de sus lugares de residencia, se trataba de construir un modelo de niño sano, pero, sobre todo, de unir a la noción de salud una serie de hábitos, ritmos, modulaciones de los gestos y las expresiones, reconocimiento de distancias, necesarias en una experiencia colectiva y que incorporarían a sus vidas a partir de esos instantes. Así, la mejora de estos niños no sólo se debía a la suspensión de un medio que predisponía a la anemia y al decaimiento de las fiebres palustres, sino a la acción benefactora de un ámbito donde los hábitos, la disciplina de los modales y la nueva significación de los lugares eran cuidados. En una palabra, a través de las colonias de vacaciones se estaba realizando una tarea cultural que transformaría al campesino en ciudadano, quedando lo rural definitivamente ligado a lo tosco, lo salvaje, lo enfermo... lo atrasado.

Si bien las ideas no eran nuevas, en esta década puede decirse que comenzaron a enraizarse las políticas sociales de protección a la infancia y a la madre en Jujuy. Hay que aclarar, sin embargo, que el alcance de los beneficios sociales era escaso y despasejo: "el gobierno ha descuidado demasiado la asistencia social; de lo que menos se ocupó es de los servicios sanitarios que en sí no existen fuera del radio urbano de esta capital, porque todas las poblaciones rurales carecen de ellas en absoluto y en otros departamentos, si es que existen, adolecen de deficiencias desconcertantes. La población infantil, sobre todo de la campaña, vive en el más lamentable de los abandonos [...]. Las partidas asignadas en las leyes de presupuesto son excesivamente insignificantes."⁸¹

Las razones de la sinrazón

Los gobiernos de la década mantuvieron sin cambios una herencia muy difícil de ocultar y, sobre todo, de explicar racionalmente cuando coexistía con el enriqueci-

⁷⁷ "Llegaron los escolares de Buenos Aires", *Crónica*, 10-1-38.

⁷⁸ "Importantes trabajos públicos", *Crónica*, 21-2-38, p. 1. Hospital Regional Jujuy: \$ 1.300.000; Tilcara: colonia de vacaciones de niños débiles: \$ 60.000; Jujuy, Sociedad de Beneficencia: Asilo de menores, \$ 100.000.

⁷⁹ "La colonia de vacaciones y los niños débiles", *El Radical*, 20-1-39

⁸⁰ "Colonias de vacaciones", *Crónica*, 3-11-38.

⁸¹ "El problema social de la mortalidad infantil en Jujuy", *El Radical*, 10-1-39, p. 1.

miento y el poder omnímodo de la dirigencia en el período: "Lo que en verdad es alarmante, son las conclusiones francamente negativas que dan las estadísticas de 1935 según las cuales Jujuy ocupa el último término en el crecimiento de la población y mantiene los porcentos más elevados de mortalidad infantil y general, aunque a estos últimos debe contribuir la circunstancia de que en el hospital San Roque fallecen muchos enfermos que proceden de lugares situados fuera de la provincia."⁸²

Las disquisiciones que se manejaron recurrieron a la procedencia externa y a esa resistencia de ciertos grupos americanos a ser penetrados por la civilización blanca y cristiana, tan cara a los conservadores argentinos; en el caso de Jujuy, ese lugar fue puesto en Bolivia y los bolivianos. La dirigencia local manejó el recurso justificador de encontrarse con características oscuras e inmodificables de los pueblos para no hacerse cargo de las evidencias. Expresaba el gobernador Buitrago a la Legislatura, en 1939: "En cuanto a problemas de mortalidad y morbilidad se carece de elementos de juicio necesarios para poder emitir opiniones sobre bases serias y ciertas. La mortalidad infantil se atribuye, en gran parte a la falta de cultura sanitaria. De ahí que sea más elevada en los departamentos limítrofes a Bolivia que en los de la zona subtropical." El doctor Carlos Sánchez de Bustamante, Presidente del Consejo de Higiene Pública de Jujuy, aplicaba el mismo esquema para explicar los altos índices de mortalidad infantil de 1937:⁸³

"Es sabido que han entrado 30.000 habitantes bolivianos a la provincia no censados [...]. También se sabe que la frontera con Bolivia está abierta. [...] y se permitió corran trenes llevando obreros bolivianos convalescientes de viruela en descamación por todo Jujuy y Salta. [...] Las estadísticas de 1937 demuestran que la mortalidad infantil está en los departamentos limítrofes con Bolivia y en los azucareros [...], ricos en productos alimenticios y en standard de vida. En cambio, donde no afluye esta inmigración, donde el standard de vida es bajo y no existe toda la atención médica deseable, como es el departamento de San Antonio, la mortalidad infantil es la más baja de la provincia. No es cierto que este repunte [de la mortalidad infantil] corresponda a zonas de menor alimentación y menor asistencia médica [...] sino a regiones que recibe el éxodo boliviano sin control de frontera [...]. Esta gran cantidad de emigrados, muchos contagiados de sífilis, aumentan la mortalidad infantil en forma estable."⁸⁴

Según el Presidente del Consejo de Higiene Pública, sin bolivianos la zona de El Ramal sería de *los mejores lugares de la provincia*; de esa forma, ocultaba el motivo que los traía allí. Un diario local fue categórico respecto de estas declaraciones: "[El

⁸² "La mortandad infantil en Jujuy. Declaraciones del Dr. Sánchez de Bustamante", *Crónica*, 26-3-39.

⁸³ El diario *La Nación* de Buenos Aires, en su edición del 24 de noviembre de 1938, basándose en estadísticas recientes, criticó duramente la situación de Jujuy.

⁸⁴ *Ibid.*

doctor Carlos Sánchez de Bustamante] ha dicho esta vez una verdad grande como un templo, no sólo por la invasión de pobres ciudadanos bolivianos, a quien trata como leprosos porque todas las pestes habidas y por haber vienen del vecino país, como si fuera necesario saber de dónde llegan esas plagas para cumplir con el deber de combatirlas que tienen todos los funcionarios públicos."⁸⁵

En síntesis, el transcurso de la década muestra que los gobiernos de Jujuy tomaron las concepciones higienistas tradicionales dentro de un contexto ideológico que las valoraba como distintivos de progreso y civilización y como reaseguro ante la amenaza de degeneración biológica y moral colectivas. Aplicaron la versión de "civilización o barbarie" a los problemas sanitarios e insistieron en extenderla y profundizarla en las ciudades y el campo. La estrategia elegida fue ampliar el sistema de atención a todo el territorio, con responsables médicos de zonas sanitarias y subrogantes que se hacían cargo de acciones de menor complejidad en los poblados, por donde pasaban cada tanto los médicos. Las acciones más complejas eran derivadas a los hospitales situados en centros urbanos. La tendencia de "ir hacia" la población para poner a su alcance los servicios médicos se dio también en las medidas preventivas de inmunización.

El recurso de la distribución espacial de las enfermedades permitió detectar individuos y poblaciones a los cuales se aplicó tratamiento específico. Esta metodología otorgó mayor efectividad a las intervenciones, con menor gasto. Los resultados de la aplicación de la Higiene Pública fueron más notorios en los centros urbanos, admitiendo las autoridades lo difícil de lograrlos en las zonas rurales, donde los habitantes y las empresas privadas se mostraban reticentes a la colaboración y la consulta. El problema no era menor, dado que más de la mitad de la población residía en la campaña.

En el área de la salud materno-infantil, si bien se admitía la raíz social de las problemáticas, se prefirió atribuir las altas tasas de mortalidad infantil y de natalidad a la ignorancia y pobreza de los padres -también tomadas como causas de sus condiciones de vida-, a la transitoriedad de las relaciones intersexos y a la ilegitimidad de los nacimientos, a problemas con la lactancia materna y a la mala calidad de la leche vacuna, al clima, a las barreras culturales y a dificultades en el acceso a la asistencia médica.

Sin embargo, si se intenta una comprensión de los fenómenos sociales que la mortalidad infantil evidenciaba es necesario sobreponerse a algunos prejuicios. Durante la década, la provincia mostraba variaciones territoriales de los índices de mortalidad infantil que no eran favorables a los que veían en la industria azucarera -que ya tenía 50 años de hegemonía regional- un signo de progreso y civilización. No se podía pensar en ello si la salud infantil era un valor a tener en cuenta. Migración, condiciones laborales y de vida, rol social de las mujeres, recursos para mantener la salud o superar la enfermedad, eran algunos de los temas que se articulaban con índices que mostraban que más de la cuarta parte de los recién nacidos no alcanzaba el año de vida y la mitad no llegaba a la adolescencia. Esta realidad coexistía con altas tasas de natalidad.

⁸⁵ "La tierra de nadies", *El Radical*, 27-4-39.

Es hacia ese punto de articulación donde debe dirigirse la mirada histórica, a la búsqueda de las circunstancias que iban delineando el accionar de las personas. Por otra parte, la relación inevitable entre condiciones de reproducción social y salud-enfermedad materno infantil obliga a establecer comparaciones entre perfiles de enfermedades y condiciones de vida de los habitantes de la campaña y de las ciudades en el período. Finalmente, resolver en lo posible un problema metodológico: establecer si en el registro de los niños fallecidos figuraba la residencia ocasional de trabajo o el sitio de procedencia de los padres, pues esa constatación es fundamental en la determinación de la distribución de la mortalidad infantil de Jujuy en la época.

En cuanto a la atención médica, se observó una tendencia a la especialización en los hospitales, permaneciendo dentro de la atención del médico general allí donde era el único formado para la asistencia. Se contó, además, con un servicio de parteras que atendían en el hospital y en domicilios. Los servicios de atención específicos y generales se hallaban instalados preferentemente en la ciudad capital, por lo que en el resto de la provincia era muy frecuente la consulta a idóneos o curanderos por razones de salud.

En la función de las instituciones se depositó la expectativa de un ordenamiento intensificado, ya que se las veía como instrumentos para influir ante los medios patologizantes y con capacidades de transformación positiva sobre los individuos. Entidades públicas como la policía, las unidades de producción, la escuela y el hospital fueron interpretados como núcleos de corrección y de disciplina, más allá de sus métodos. Sobre todo los dos últimos dieron lugar a nuevas opciones institucionales y técnicas que fueron la base de estrategias de cambios de costumbres y conductas; luego de las primeras pruebas, los dos ámbitos establecieron articulaciones estables.

Si bien se aplaudió este tipo de iniciativas, desde el comienzo se visualizó la escasa repercusión que tendrían sobre la población. Pero lo interesante de estas nuevas experiencias fue la recreación de las relaciones con los pobres y con la tarea de rescatarlos de lo que se estimaba resultaría contraproducente para el futuro de los niños y la sociedad, pues más que de reparar y curar se trataba de controlar la aparición de lo indeseable, de prevenirlo.

Los efectos de estas políticas no modificaron mayormente los índices de mortalidad y morbilidad infantil y materna, pues la dirigencia conservadora utilizó gran parte de los recursos existentes en la profundización de un sistema de clientelas políticas cuyo fin era habilitar para los grandes propietarios de Jujuy un mercado de mano de obra barata y disponible, a la vez que conseguir los votos que le otorgarían visos de legitimidad a su poder. Este entramado de relaciones de fidelidad, que permitió el control del territorio y de casi todos los ámbitos sociales, se mantenía con recursos de las arcas públicas en detrimento de las políticas sociales y de salud. Los resultados evidentes se manifestaron en la situación epidemiológica de la población, que presentaba neto predominio de enfermedades infecciosas y muertes en edades jóvenes, las que se contrarrestan con políticas de seguridad social, medioambientales y de atención médica. Por otra parte, los repetidos actos de arbitrariedad y de violencia directa sobre las personas testimoniaron hasta qué punto se vieron reducidas las posibilidades mediadoras de conflictos sociales por parte del Estado provincial durante la década.

Más que el impacto epidemiológico, lo notable fue que la actividad que desarrolló el sistema de atención de Jujuy mostraba ya los núcleos temáticos y operativos sobre los cuales se construirían en las décadas siguientes las políticas de salud que traerían consecuencias de magnitud: la racionalización y la utilización de todos los recursos disponibles, la centralización económica, administrativa y de información, la relación costo-beneficio (con las nociones de eficiencia y eficacia), el papel de la educación sanitaria y de la escuela, la cobertura de servicios por zonas y según complejidad, el acercamiento de los servicios a los usuarios, el abordaje especializado de problemáticas específicas. En el caso de la salud materno infantil se ensayaron nuevas modalidades de atención.

La ayuda social y los cuidados de la salud estuvieron marcados por concepciones religiosas, caritativas, de tal forma que la implementación de políticas tomaba la forma de donativos particulares. Además, estar enfermo o necesitado adquiría una dimensión moral, al ser concebidos los padecimientos como fruto de la flaqueza de las pasiones o como castigo a impulsiones. Estas concepciones eran congruentes con las que veían en la dinámica social una lucha entre los mejor dotados biológicamente -lo que los habilitaba para gobernar- y los que no lo eran y debían trabajar.

Estas ideas diferían de aquéllas que consideraban al cuerpo un cúmulo de energías capaces de ser administradas y a la salud un bien en el que se debía invertir. La secularización del cuerpo lo volvía calculable, programable. La salud del niño y la capacidad reproductiva de la madre dejaron de ser una virtud y se transformaron en una riqueza a preservar. En las políticas desarrolladas en Jujuy por los gobiernos conservadores pueden hallarse las marcas de una caridad oculta detrás de términos ilustrados acompañadas de cálculos y racionalizaciones económicas aplicadas a las intervenciones de la salud pública.

Estas manifestaciones mostraban la persistencia de distintas formas de concebir la cuestión social y cómo insistían entre los reacomodamientos de la dirigencia local. En efecto, en lo que se refiere a políticas sociales en la provincia, la década de 1930 puede ser vista como transición desde prácticas tradicionales de caridad hacia otras centradas en el cuerpo que produce y en los derechos del trabajador. Esta transformación quedaría clara en los años siguientes, pero las bases institucionales y programáticas que adoptaría entonces ya habían hecho sus avances en Jujuy.

APÉNDICE

Tabla 1
Mortalidad infantil en la provincia de Jujuy y en Argentina,
1912-1924 (‰)

	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	década	1922	1923	1924
Jujuy	266.8	308.5	233.2	208.6	220	185.5	238	285.3	130.6	228.3	239.6	196.3	217.9	211.9
Argentina	143.2	129.6	120.5	121.8	122	121.6	135	126.2	122.2	111	125.2	109.1	112.6	106.6

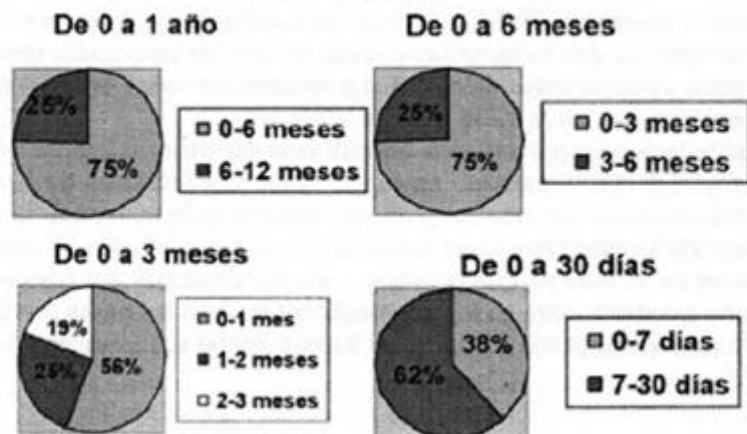
Fuente: Gregorio ARÁOZ ALFARO, "Mortalidad infantil y la protección de la primera infancia", *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Buenos Aires, vol. 38, núm. 2, 1927.

Tabla 2
Mortalidad infantil (menores de un año). Provincia de Jujuy. 1927-1937 (‰)

Años	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937
Jujuy	254.1	204.5	204.5	245	178.4	228.4	188.3	-	-	200.5	201.1

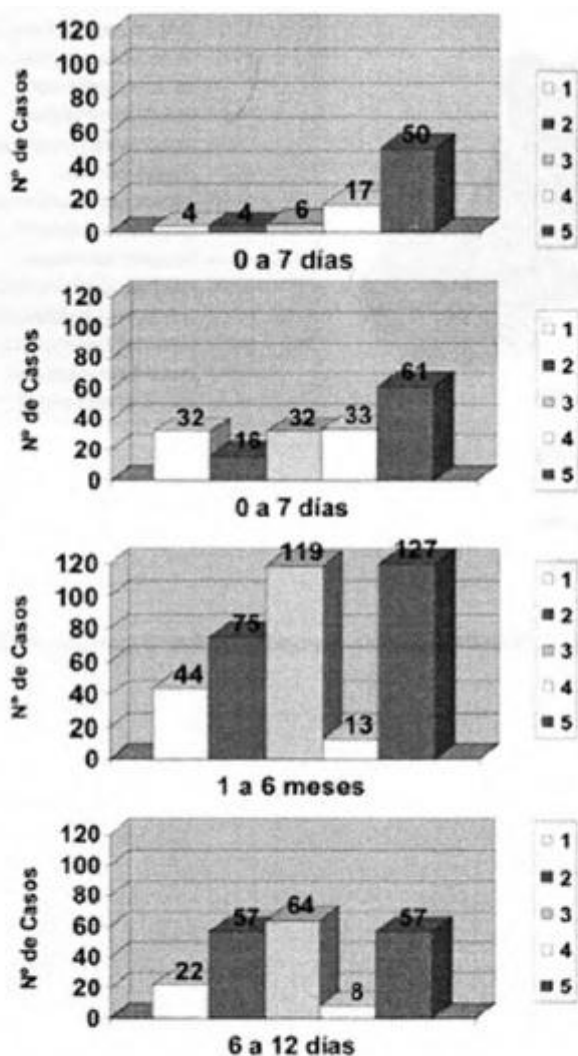
Fuente: Departamento Provincial de Estadísticas y del Trabajo, San Salvador, 1937. INDEC (Series históricas).

Gráfico 1
Mortalidad de 0 a 1 año por grupos de edades
Provincia de Jujuy. 1936.



Fuente: A. ZAUCHINGER, M. SUSSINI, *Informes demográficos 1936*, Departamento Nacional de Higiene, Buenos Aires.

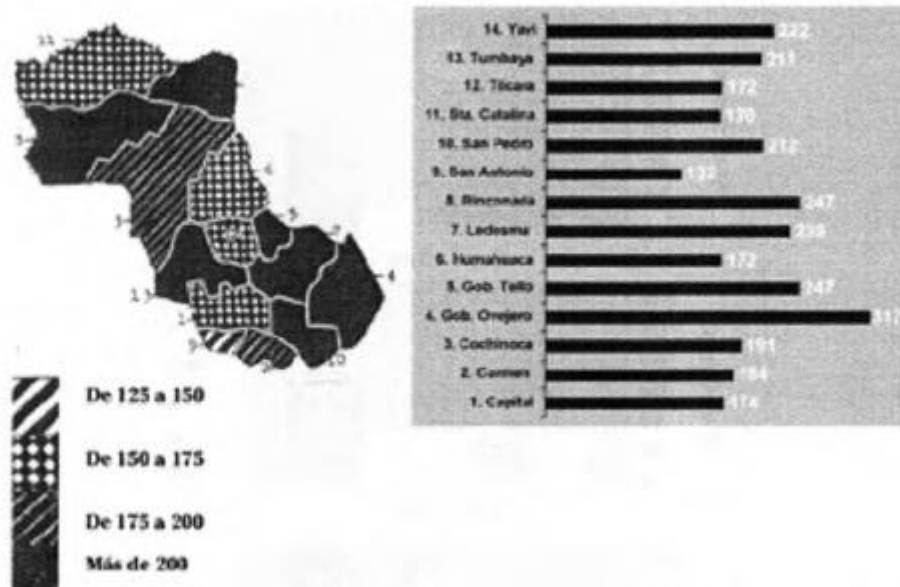
Gráfico II
Causas de muerte más frecuentes en niños de 0 a 1 año por grupos de edades.
Provincia de Jujuy, 1936.



Referencias:

- 1. Enfermedades Infecciosas y Parasitarias.
- 2. Bronquitis, Neumonías, Bronco-Neumonías y Congestión Pulmonar.
- 3. Enfermedades Gastro-Intestinales.
- 4. Debilidad Congénita, Prematuros, etc.
- 5. Sin asistencia médica y/o sin causa clara de muerte.

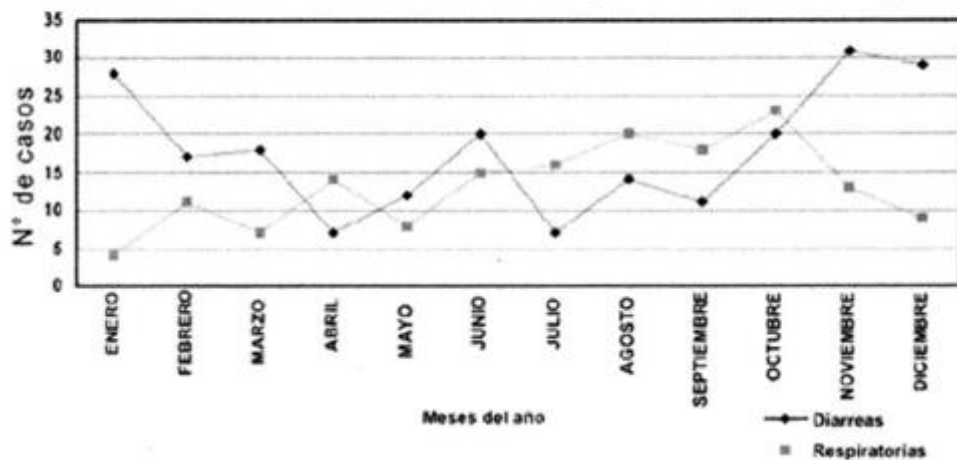
Gráfico III
Mortalidad de 0 a 1 año en 1.000 nacidos vivos, por departamento.
Provincia de Jujuy, 1936.



Fuente: A. ZAUCHINGER, M. SUSSINI, *Informes demográficos 1936*, Departamento Nacional de Higiene, Buenos Aires.

Gráfico IV

Mortalidad infantil en menores de un año. Por causas y distribución mensual. Jujuy, 1936.



Fuente: A. ZAUCHINGER, M. SUSINI, *Informe demográfico 1936*. Departamento Nacional de Higiene, Buenos Aires.