



Antecedentes y emergencia del concepto de salud pública en Argentina, 1890-1940.

Una lectura desde la construcción social de sentido.

Por
Manuel Schroeder

Licenciatura en Publicidad
Facultad de Ciencias de la Comunicación

Diciembre 2006

"La salud es la unidad que da valor a todos los ceros de la vida".
Bernard Le Bouvier de Fontenelle (1657-1757); escritor francés.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I: Enfoque teórico	7
La Teoría de las Representaciones Sociales	7
El concepto de salud	10
La salud como "cuestión social"	11
CAPÍTULO II: Salud pública y multitud en la Argentina de fin de siglo XIX	13
La Argentina de fines de siglo XIX	13
Ramos Mejía y su tiempo	13
Salud pública y educación	15
El nuevo espacio hospitalario	16
CAPÍTULO III: Tuberculosis: sexo, alcohol, sobretrabajo e higiene	17
Panorama urbano	17
El discurso más radical	18
El discurso alternativo	19
Una enfermedad de los excesos	19
CAPÍTULO IV: Anticoncepción, denatalidad y el nuevo concepto de madre	23
Despoblación y el ideal de mujer	23
Disminución de la natalidad y "amenaza a la raza"	24
La regulación de la natalidad	25
El aborto	26
Los médicos y el ideal maternal	26
La madre: desviaciones y resignificaciones	27
CAPÍTULO V: Salud pública y mutualismo	28
Salud, enfermedad, atención médica y asistencia social	28
La intervención estatal y sus sentidos	29
El tránsito de las mutuales a las obras sociales	30
Las instituciones financiadoras de los servicios de atención médica	31
El mutualismo a comienzos del siglo XX	31
El momento del cambio: hacia las obras sociales	32
El rechazo de la tutela estatal	33
El rol del Estado en la salud pública	34

CAPÍTULO VI: Reflexiones finales	36
BIBLIOGRAFÍA	40

INTRODUCCIÓN

El concepto de *salud pública* en Argentina ha sido estudiado desde perspectivas historiográficas y sociológicas. Sin embargo, tratándose de un concepto que ha sido una variable importante en el devenir político y económico de nuestro país y en el imaginario colectivo nacional, no ha sido abordado en profundidad desde la perspectiva de las *ciencias de la comunicación*. Por esto, la presente investigación tratará el tema de los antecedentes y la emergencia del concepto de salud pública en la Argentina como una construcción social de sentido.

Si bien en este trabajo se realizará una necesaria revisión historiográfica y se tomarán aportes de la sociología, la medicina y la psicología, se propone elaborar una nueva perspectiva desde las ciencias de la comunicación que permita realizar una lectura de los antecedentes y la emergencia del concepto de salud pública como una construcción que ha otorgado sentido a la vida social, política, médica y económica en la Argentina.

Por otra parte, la presente investigación propone establecer un referente bibliográfico que permita poner en tema a aquellos profesionales especialistas en comunicación y marketing que deban abordar problemáticas relacionadas con el sector salud. Si bien el período de tiempo que circunscribirá esta investigación va desde fines del siglo XIX (1890 aproximadamente) hasta mediados del siglo XX (1940 aproximadamente) y no es "contemporáneo", cabe aclarar que el núcleo central de la representación social de la salud pública, como se verá, ha atravesado el siglo XX sin cambios sustanciales en sus proposiciones constitutivas. De hecho, la lectura del origen de la representación social de la salud pública es una condición necesaria para comprender la evolución de ciertos sucesos y tendencias actuales en el sector salud.

A través de la hipótesis que guiará este trabajo se propone que la representación social de la salud pública en Argentina se ha utilizado como una herramienta de control para evitar desbordes sociales; y como instrumento de mantenimiento y reproducción de una realidad material y social establecida.

Para corroborar tal planteamiento se analizarán cuatro fenómenos históricos sucedidos en el período estudiado.

En primer lugar, se abordarán las políticas públicas de salud de José María Ramos Mejía, higienista de corte positivista que supo ser el Director General de Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires. Aquí se propondrá analizar las

repercusiones que los grandes núcleos poblacionales que "asolaron" la ciudad de Buenos Aires a fines del siglo XIX tuvieron en las tendencias en salud pública.

En segunda instancia, se abordará el tema de la tuberculosis y su resonancia en los discursos libertario y socialista de principios del siglo XX. A su vez, será posible vislumbrar los cambios en el imaginario colectivo fruto de la irrupción de la enfermedad como evento "social" y no solamente como evento "patógeno".

El tercer fenómeno a analizar se relaciona con las bajas poblacionales y el nuevo concepto de madre surgido a fines del siglo XIX y consolidado a mediados del XX. Será posible hacer una lectura de cómo clase y género sexual se cruzan para explicar los discursos, las prácticas y las políticas en salud que ayudaron a construir un nuevo ideal de mujer orientado a "promover la raza" y a mantener las fuerzas productivas necesarias para el progreso nacional.

Finalmente, se tratará el fenómeno de transición de las mutuales a las actuales obras sociales sucedido a mediados del siglo XX y enmarcado dentro de las políticas del Estado de Bienestar. Nuevamente surgirá el tema del cuidado del "capital humano", pero como consecuencia del reconocimiento y formalización de la responsabilidad del Estado en la promoción de la salud de la población.

El análisis de estos fenómenos se hará desde el marco teórico provisto por la *Teoría de las Representaciones Sociales*, dado que propone un acercamiento flexible y válido a las construcciones culturales de los grupos sociales y de las instituciones. Este referente teórico proveerá, en el marco de una nueva racionalidad y una sensibilidad más amplia, las herramientas para superar tendencias objetivistas y mecanicistas y así comprender de una mejor manera a los grupos humanos y las representaciones que dan sentido a su vida en sociedad.

"Respirar es un hábito. La vida es un hábito o, mejor dicho, una sucesión de hábitos, ya que un individuo es una sucesión de individuos".

Samuel Beckett (1906-1989); escritor, dramaturgo y novelista irlandés.

La Teoría de las Representaciones Sociales

La construcción del conocimiento es un hecho eminentemente social. Sin embargo, es la institución de la Ciencia la que ha promovido de una manera sistemática la producción del conocimiento válido. Estos logros están pautados por un modelo racional de corte positivista que privilegia sobre todo la explicación de la realidad a través de la búsqueda de regularidades que puedan ser observadas de manera recurrente.

La ciencia, en relación al ser humano, ha dado cuenta de aquellos aspectos correspondientes a la *antropogenia*, es decir, aquellos aspectos referidos a la organización de la materia en los niveles físico químicos y biológicos. Las ciencias del hombre aun no han dado el paso inicial debido a la imposibilidad de plantear teorías inherentes al desarrollo *sociogenético* del ser humano¹.

Cabe pensar hoy en actitudes de creciente flexibilización, sobre todo en la búsqueda de referencias teórico-metodológicas que hagan posible explicar y comprender de la mejor manera al ser humano y sus vicisitudes.

En este marco de una nueva racionalidad y una sensibilidad más amplia que la objetivista y mecanicista previa es posible inscribir a la Teoría de las Representaciones Sociales.

Las representaciones sociales pueden estudiarse como *productos constituidos* o como *procesos constituyentes* o generativos. En el primer caso, la representación que las personas poseen sobre algún fenómeno constituye el eje de interés. En el segundo caso, se pone acento en los aspectos coyunturales que dieron origen a las nuevas representaciones.

¹ GUTIÉRREZ ALBERONI, J. "La teoría de las representaciones sociales y sus implicaciones metodológicas en el campo psicosocial". [artículo en línea] www.psr.jku.at/PSR1997/6_1997Flore.pdf.

La Representación Social puede ser caracterizada como "el modo de producción cognitiva que corresponde a una persona y grupo en un contexto socio-histórico determinado"². Tal modo de producción incluye, necesariamente, a los aspectos ideológicos y de valores inherentes al campo semántico donde se producen.

Dicho modelo de producción cognitiva determina un cuerpo de conocimiento basado originalmente en las tradiciones compartidas. A esta amalgama de fuentes y mensajes que estructuran el conocimiento reconocido como el sentido común le ha designado Moscovici con la expresión de *Polifasia Cognitiva*. Se trataría de sistemas cognitivos que poseen una lógica y lenguajes particulares destinados a descubrir la realidad y ordenarla. Para Moscovici y Hewstone "las representaciones tienen por misión primero describir, luego clasificar y, por último, explicar"³.

Podemos observar en el *sentido común* un cuerpo de conocimientos reconocido por todos y, por tal motivo, comunicable, y este *corpus* se instituye como la teoría que genera el patrón de pensamiento y que es, además, referencia para la práctica social.

Jodelet indicaba que

"La noción de representación social es amplia [...] Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso dar sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver"⁴.

Una de las aproximaciones al contenido de las representaciones sociales nos informa que posee tres dimensiones interdependientes:

"Información, actitud y campo de representación o imagen [...] la *información* se refiere a un cuerpo de conocimientos organizados que un determinado grupo posee respecto a un objeto social [...] El campo de representación remite a la idea de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proposiciones acerca de un aspecto preciso del objeto de la representación [...] La actitud termina de focalizar la orientación global en relación al objeto de la representación social"⁵.

² Ibidem.

³ MOSCOVICI, S y HEWSTONE, M. "De la ciencia al sentido común". En *Psicología Social I y II*. Barcelona. Paidós, 1988. pp 213.

⁴ JODELET, D. "La representación social: fenómenos, concepto y teoría". En *Psicología Social II*. Barcelona. Paidós. 1988. pp 196.

⁵ MOSCOVICI, S y HEWSTONE, M. "De la ciencia al sentido común". En *Psicología Social I y II*. Barcelona. Paidós, 1988. pp 219.

Cuando lo que interesa, por ejemplo, es la información que una determinada comunidad posee sobre la salud y sobre la enfermedad, la adaptación de las técnicas deberá ser orientada por el modelo cognitivo de una determinada población y de ninguna manera partir en busca de resultados según premisas establecidas. Es decir, se debe partir desde la dimensión de la información de una representación social para determinar *cómo* una población *conoce* un determinado fenómeno.

La Teoría del Núcleo Central planteada por Abric propone que es el "Modelo" o el común denominador ideológico y cognitivo lo que cuenta y una vez reconstruida una representación social por el análisis y la atribución de un sentido único a través de la interpretación, es posible llegar a aquello que se denomina *racionalidad lógica*.

La Teoría del Núcleo Central fue propuesta por Jean Claude Abric en la forma de una hipótesis formulada en los siguientes términos:

"La organización de una representación presenta una característica peculiar: no sólo los elementos de la representación son ordenados jerárquicamente, sino que toda representación social es organizada en torno a un núcleo central [...] que da a las representaciones su significado"⁶.

Es el núcleo central que hay que tratar de aprehender y esto se logra por la reconstrucción, interpretación y análisis del contexto que, en última instancia, puede proveernos de algunos elementos compatibles con el tipo de racionalidad que instituye de manera diferencial la práctica y la posición de las personas en situación.

Una representación social se organiza en dos sistemas: el del *núcleo central* y otro *periférico*. Ellos participan de otro mayor, que es el de la *representación*. En relación al *núcleo central*, Abric le atribuye las siguientes funciones:

"[...] está directamente relacionado y determinado por las condiciones históricas, sociológicas e ideológicas; en ese sentido está fuertemente marcado por la memoria colectiva [...] es estable, coherente y resistente al cambio [...] es de cierta manera relativamente independiente en el contexto social".

Por otro lado, el *sistema periférico* pragmatiza las determinaciones normativas adaptándose a una realidad concreta. Es decir, que este aspecto de la

⁶ ABRIC, J. C. *Núcleo Central de las Representaciones Sociales*. Petrópolis. Vozes. 1996. pp. 93.

representación implica una bajada a la praxis social de las normas contenidas en el núcleo central. Abric aclara:

“Su primera función es la concretización del sistema central en términos de posiciones o conductas, es más sensible y está determinado por las características del contexto inmediato [...] este sistema es más flexible que los elementos centrales, asegurando así una función de regulación y adaptación del sistema central [...] el sistema periférico [...] asimila las informaciones nuevas o los eventos susceptibles de colocar en cuestión el núcleo central”⁷.

Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal.

La Teoría de las Representaciones Sociales está marcada por el uso de una *clave de lectura ternaria* que incluye junto con el sujeto que estudia y el medio donde el estudio ocurre, al *otro*, es decir, incorpora la dimensión social del fenómeno.

El *otro* impregna de sentido a la conducta y al pensamiento, ya que el grupo o lo social construyen campos semánticos en donde la experiencia, tanto biográfica como histórica, puede ser objetivada, conservada y acumulada, y en virtud de esta acumulación se constituye un acervo social de conocimientos que es transmitido de generación en generación y utilizado por el individuo en la vida cotidiana⁸.

El concepto de salud

La conocida definición de la Organización Mundial de la Salud indica que la salud es un “estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad”⁹. Una definición más completa indicaría que “la salud es un estado fluctuante que tiende al bienestar, en el que el individuo pueda detectar e intentar corregir signos o síntomas de enfermedad o padecimiento”¹⁰.

Resulta útil mencionar una definición de *salud mental* que propone Rincón citando a Sivadón y Duchene y que no la considera una variable dependiente de la enfermedad:

⁷ Ibidem. pp. 112.

⁸ GUTIÉRREZ ALBERONI, J. “La teoría de las representaciones sociales y sus implicaciones metodológicas en el campo psicosocial”. [artículo en línea] www.psr.jku.at/PSR1997/6_1997Flore.pdf.

⁹ RINCÓN, L.; DI SEGNI, S. y colaboradores. *Problemas del campo de la salud mental*. Buenos Aires. Paidós. 1991. pp 21.

¹⁰ Ibidem.

“La salud mental debe ser considerada en cada momento de la historia de un individuo, y en función a la vez de su medio y de su historia anterior, como una resultante de fuerzas contradictorias, de las cuales apreciaremos no sólo el carácter positivo o negativo, sino especialmente su dirección con respecto a objetivos futuros fijados por juicios de valor”¹¹.

Lo que se entiende por *salud mental*, en suma, no se podría evaluar desde la perspectiva individual sino en relación con parámetros sociales. De hecho, el concepto de *salud pública* está incluido en la trama conceptual de estas consideraciones. Cómo indicaba Orozco Africano citando la definición de Winslow, la “salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental mediante el esfuerzo organizado de la comunidad”¹².

La profunda orientación positivista de la formación científica tiende a orientar la interpretación de la enfermedad y la salud en términos físico-químicos. Sin embargo, tanto la enfermedad como la salud deben ser considerados como un acontecer humano que compromete la totalidad del hombre y modifica las relaciones entre las instancias del individuo con su medio.

La salud como “cuestión social”

La vida y la muerte, la vitalidad y la enfermedad, las degeneraciones y sus males son algunos de los tópicos que organizan un tema central sintetizado con la palabra *salud*. Pero ella no solo refiere a las situaciones individuales sino que constituye también un conjunto de problemas que recibe el calificativo de “social” porque involucra a un colectivo societal, a todos los individuos que conviven en un espacio determinado. Mirta Lobato indica en su artículo “Lecturas de historia de la salud en la Argentina. Una introducción” que “cuando sale de los marcos privados y abarca al conjunto de la sociedad la salud adquiere una dimensión pública que requiere una activa participación del Estado para realizar los diagnósticos y proponer soluciones”¹³.

La salud como tema y como problema fue escasamente abordada por los comunicadores sociales. Más recientemente sociólogos, economistas, sanitaristas y planificadores la tomaron como eje de un cuerpo de reflexiones alrededor de lo que

¹¹ Ibidem. pp 23

¹² OROZCO AFRICANO, J. M. “Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena”. [artículo en línea] <http://www.eumed.net/libros/2006c/199/1d.htm>.

¹³ LOBATO, M.Z. “Lecturas de historia de la salud en la Argentina. Una introducción”. En *Políticas, médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Mar del Plata. (LOBATO, M. Z.). Biblos. 1996. pp 11.

Pierre Rosanvallon ha denominado la "nueva cuestión social"¹⁴, pero las referencias históricas al largo proceso en el que se construye una idea de solidaridad que cubra los principales riesgos de la existencia (invalidez, vejez, etc.) son tangenciales¹⁵.

El uso de la expresión "cuestión social" fue lanzada a fines del siglo XIX para poner en evidencia las fallas en los funcionamientos que se habían producido con la transformación económico-social del país. Abarcaba un conjunto amplio de problemas que iban desde los temas vinculados a la vivienda, alimentación, educación y salud hasta cuestiones como la inclusión / exclusión de los pobres, los sectores populares o las masas y que remite a un tema mayor como la gobernabilidad, una cuestión importante en la Argentina de fines de siglo XIX¹⁶.

El examen de la cuestión social problematiza el tema de la salud. El debate sobre las condiciones de vida material al preguntarse sobre las condiciones de habitación de los sectores populares permitió recortar las consecuencias del hacinamiento, la insuficiencia de las instalaciones o los grados de intervención de los sectores públicos.

En este sentido, la presente investigación se propone abordar la cuestión de la salud en Argentina en general y la génesis de la representación de salud pública entre fines del siglo XIX y mediados del siglo XX como una cuestión social, en donde intervienen no solo factores patológicos sino también fenómenos coyunturales propios de la historiografía de una población.

¹⁴ ROSANVALLON, P. *La nueva cuestión social. Repensar el estado providencia*. Buenos Aires. Manatíal. 1995. pp 59.

¹⁵ LOBATO, M.Z. "Lecturas de historia de la salud en la Argentina. Una introducción". En *Políticas, médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Mar del Plata. (LOBATO, M. Z.). Biblos. 1996. pp 11.

¹⁶ Ibidem. pp 23

CAPÍTULO II

Salud pública y multitud en la Argentina de fin del siglo XIX

"La multitud no envejece ni adquiere sabiduría: siempre permanece en la infancia".

Johann Wolfgang Von Goethe (1749-1832); escritor alemán.

"Todos los problemas son problemas de educación".

Domingo Faustino Sarmiento (1811-1888); maestro, político y escritor argentino.

La Argentina de fines de siglo XIX

La Argentina de los años 80 conoció un crecimiento importante de su economía basado en un modelo agroexportador, que se veía favorecido por las demandas de un mercado internacional ávido de carnes y cereales, materias primas necesarias y complementarias de la industria europea.

Este crecimiento económico fue acompañado por un acelerado proceso de urbanización, impulsado por la presencia de grandes masa de inmigrantes.

El cambio institucional que sufrió nuestro país estuvo directamente vinculado con la transformación social y con el sostenimiento de los factores económicos. Estos cambios habían generado problemas hasta entonces desconocidos en los núcleos urbanos, dado que la infraestructura edilicia y sanitaria no era acorde a las necesidades que planteaba la presencia de grandes contingentes de extranjeros¹⁷.

Ante la revelación de que el ámbito urbano era un espacio patógeno, origen de enfermedades que no reconocían barreras sociales, la elite dirigente ensayó e instrumentó una serie de medios destinados a buscar soluciones.

Ramos Mejía y su tiempo

Desde fines del siglo XIX se desarrollaron políticas sociales impulsadas por la clase dominante con el objeto de establecer el control sobre los sectores populares e intentar obtener un consenso que por la vía de la coerción no era posible

¹⁷ ÁLVAREZ, A. "Ramos Mejía: salud pública y multitud en la Argentina finisecular". En *Políticas, médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Mar del Plata. (LOBATO, M. Z.). Biblos. 1996. pp 75.

alcanzar. José María Ramos Mejía fue miembro de ese sector reformista. Como un representante más de la llamada “*generación del 80*” formó parte de la renovación cultural que se operó en gran parte bajo la tutela de Domingo F. Sarmiento.

Ramos Mejía formó parte del grupo de positivistas que marcaron a la generación del 80 y que proponía concentrar la atención ya no en el mundo objetivo sino en el sujeto de la sociedad. Trataron de transferir los principios de las ciencias naturales a los fenómenos históricos y sociales. Su premisa era descubrir los elementos de un sistema político que posibilitara la convivencia social en la república.

En este contexto una de las principales preocupaciones de Ramos Mejía fue la *multitud*, entendida como entidad social o política¹⁸. Afirmaba que para alinearse en las filas de la multitud se necesitaban especiales aptitudes morales e intelectuales. Ramos Mejía sostenía que:

“El verdadero hombre de la multitud ha sido, entre nosotros, el individuo humilde, de conciencia equívoca, de inteligencia vaga y poco agudo, de sistema nervioso relativamente rudimentario e inadecuado que percibe por el sentimiento, que piensa con el corazón y a veces con el vientre”¹⁹.

Estas muchedumbres debían ser gobernadas. Según Le Bon:

“Lo que impresiona, pues, la imaginación popular no son los hechos en si mismos, sino la manera en que son presentados y distribuidos. Es necesario que produzca una imagen saliente que llene y sugestione al espíritu. El que conozca el arte de impresionar la imaginación de las muchedumbres conoce también el arte de gobernarlas”²⁰.

En el caso de Ramos Mejía estas ideas del pensador francés van atener eco en su concepción de la integración política de la muchedumbre.

El simbolismo al que refiere Le Bon cobra vida en Ramos Mejía en su proyecto educativo. Sin embargo, esto solo era insuficiente, era necesario institucionalizarlo y apuntalarlo con condiciones de vida apropiadas, donde la salud pública sería eje y sostén de este proceso.

Para Ramos Mejía, las instituciones eran la vía de integración de la multitud. El medio pensado para este fin era la escuela, es decir, las instituciones educativas.

En este higienista, que fue Director General de Asistencia Pública, cobra cuerpo la idea de “nacionalidad” como medio para tratar de captar la norma

¹⁸ Ibidem. pp 77

¹⁹ RAMOS MEJÍA, J. M. *Las multitudes argentinas*. Buenos Aires. La Cultura Popular. 1934. pp 33.

²⁰ LE BON, G. *Psicología de las multitudes*. Buenos Aires. Albatros. 1958. pp 72-76.

integradora, pues para él la exclusión no se correspondía con la realidad y la sociedad debía poder incluir a todos los sectores a través de la educación²¹.

Fue en el nivel nacional un precursor de la orientación positivista, científica y desteologizada. Esta versión de la realidad se institucionalizó en la Asistencia Pública, dado que hasta su aparición las órdenes religiosas en gran medida manejaban las prestaciones de salud.

La Dirección General de Asistencia Pública era la corporización de un núcleo de ideas que intentaban dirigir y ordenar el espacio urbano bonaerense que por momentos aparecía como desbordado por la multitud²².

Salud pública y educación

Para Ramos Mejía salud y educación estaban íntimamente ligadas como medios para llevar adelante la integración y prevenir el avance de la multitud socialista. El eminente higienista, citado por Adriana Álvarez, afirmaba que “el fin de las escuelas para niños débiles es el ordenamiento de la raza. Ambas ideas se complementan al pretender vigorizar y cimentar el organismo y el espíritu del futuro pueblo argentino”²³.

Las expresiones “organismo y “espíritu” son elocuentes respecto de la necesaria articulación entre salud y educación en el pensamiento de Ramos Mejía. Para cuidar el organismo eran indispensables hospitales a través de los cuales se diera cobertura eficiente a la población. La Asistencia Pública sería uno de los medios a través del cual se podría solucionar unos de los males de esa sociedad, que era la vulnerabilidad producida por un núcleo de enfermedades propias de los ámbitos urbanos en desarrollo. Se necesitaba una población medianamente contenida para que esos focos infecciosos no se convirtieran en elementos de disconformidad que sirvieran para alimentar el pensamiento socialista²⁴.

Esta nueva concepción hospitalaria, que fue el principio rector del pensamiento de Ramos Mejía, estaba inspirada en los higienistas franceses quienes, más preocupados por un control socioestadístico de la salud antes que por la correcta terapia o prevención de la enfermedad, concibieron la idea de “ciudad-hospital”²⁵. Es decir, grandes hospitales con una acumulación de servicios distribuidos según la idea del hospital horizontal y desarrollados de acuerdo con leyes bien precisas: mujeres / varones, complejidad / no complejidad, aislación / no aislación.

²¹ ÁLVAREZ, A. “Ramos Mejía: salud pública y multitud en la Argentina finisecular”. En *Políticas, médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Mar del Plata. (LOBATO, M. Z.). Biblos. 1996. pp 81

²² Ibidem. pp 83

²³ Ibidem. pp 85.

²⁴ Ibidem. pp 85

El nuevo espacio hospitalario

La imagen del hospital para “aislar y vigilar” que tuvieron los hospitales y hospicios hasta fines del siglo XIX prevaleció sobre otros supuestos, como los de curar y prevenir²⁶.

Ramos Mejía, cómo otros políticos e intelectuales, no se limitó a analizar la llamada “cuestión social” sino que trató de materializar sus ideas en instituciones capaces de corporeizar ese espíritu reformista.

En ese corpus de ideas se encuentra un pragmatismo cuyo objetivo era obtener de las nuevas instituciones la eficacia y/o eficiencia que las aún vigentes habían perdido²⁷.

La eficacia a la que se alude se debía concentrar en hacer posible la civilización, la cual corría peligro de ser obstruida por la multitud. En tal sentido se recreó un planteo donde las instituciones como la salud pública serían los medios y/o canales a través de los cuales se contuvieran ciertos males que acarreaba la presencia masiva de personas. El ejemplo es el contagio de enfermedades provocadas en la búsqueda de la tan ansiada “civilización”, objetivo perpetuo del positivismo de la época.

²⁵ Ibidem. pp 87

²⁶ Ibidem.

²⁷ Ibidem. pp 90

CAPÍTULO III

Tuberculosis: sexo, alcohol, sobretrabajo e higiene

"Los mejores doctores del mundo son: el doctor dieta, el doctor tranquilidad y el doctor alegría".

Jonathan Swift (1667-1745); escritor británico.

"Vida honesta y arreglada; usar de pocos remedios y poner todos los medios de no apurarse por nada. La comida moderada; ejercicio y diversión; no tener nunca aprensión; salir al campo algún rato; poco encierro, mucho trato y continua ocupación".

José de Letamendi (1828-1897); médico español.

Panorama urbano

Entre 1870 y 1940 la tuberculosis fue un dato inocultable de la experiencia urbana de Buenos Aires. Fue parte relevante de un discurso donde los problemas más amplios de la sociedad argentina reconocían por lo menos tres recurrentes temas. Diego Armus, en su artículo "Salud y anarquismo. La tuberculosis en el discurso libertario argentino, 1890-1940" nos enumera estos temas:

"En primer lugar, el [problema] de la inmigración: ¿cuáles eran los inmigrantes deseados?, ¿qué hacer con los que ya estaban aquí y no se los deseaba?, ¿con qué criterios seleccionarlos? [...] El segundo de esos temas fue el del mejoramiento de los individuos y la sociedad, la salud de cada uno y del cuerpo de la nación, el enfrentamiento de los males y enfermedades sociales y su prevención, la renovación moral y de los modos de vida. Finalmente, el tema de la misma ciudad, percibida como un espacio de degeneración marcado [...] por la velocidad del crecimiento [...] y las amenazas de la revuelta social"²⁸.

²⁸ ARMUS, D. "Salud y anarquismo. La tuberculosis en el discurso libertario argentino, 1890-1940". En *Políticas, médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Mar del Plata. (LOBATO, M. Z.). Biblos. 1996. pp 93.

Tanto el discurso eugenésico, es decir aquel que proponía aplicar las leyes biológicas de la herencia al perfeccionamiento de la especie humana, como el más general de la cuestión social se articularon en torno al núcleo patológico definido por el alcoholismo, la sífilis y la tuberculosis²⁹. Cada uno de estos “males sociales” era explicado de la mano de un conjunto de asociaciones que le era peculiar. Así, en los casos del alcoholismo y la sífilis el discurso médico tendía no solo a relacionarlo con fracasos individuales sino también a señalar que se trataba de enfermedades controlables mediante la abstinencia de la bebida o el sexo peligroso³⁰.

Pero para la tuberculosis se carecía de esas supuestamente efectivas soluciones.

Esta enfermedad fue discutida como plaga social, como evidencia de la degeneración, como enfermedad de la decadencia de los individuos y de la sociedad. Pero esos discursos de la degeneración coexistieron con otros que ofrecían un lugar para la esperanza y el cambio. Por eso, la asociación entre la tuberculosis y la regeneración destacó recurrentemente las ventajas de los espacios naturales y el aire puro, la vivienda adecuada, el ejercicio físico moderado y el trabajo medido³¹.

La tuberculosis como tema médico “penetró en la sociedad y en la cultura y fue un recurso discursivo presente en la literatura, el periodismo, el ensayo político y el sociológico”³². Sirvió, entonces, para hablar de muchas cosas. Esa maleabilidad resultaba de las incertidumbres que la rodeaban pero también de las altas expectativas generadas por el discurso del progreso.

En ese contexto se fue prefigurando la idea de la necesidad de un cierto reordenamiento social como solución al azote de la tuberculosis.

El discurso más radical

El registro más ideologizado de la tuberculosis postulaba que “la culpa del desarrollo de la tuberculosis es del sistema capitalista”³³ (Diego Armus citando a la gacetilla “El Rebelde” de junio de 1901). En consecuencia, recomendar a los obreros aire puro, buena alimentación y otras medidas saludables era una quimera: “[Eso sería posible] en una sociedad donde exista la libertad política y la igualdad económica [pero en] la sociedad actual para el obrero no hay más libertad que la de morirse de hambre, corroído por los bacilos de Koch”³⁴ (Diego Armus citando a la gacetilla “Ciencia Social” de octubre de 1899).

²⁹ Ibidem. pp 94

³⁰ Ibidem.

³¹ Ibidem.

³² Ibidem. pp 93.

³³ Ibidem. pp 95.

³⁴ Ibidem. pp 95-96

La conclusión era obvia: "La tuberculosis se cura con la revolución social"³⁵ (Armus nuevamente citando a la gacetilla "El Rebelde" de junio de 1901). Este fatalismo, de tono moral y político-social, descartaba cualquier cura o prevención de la enfermedad.

Fue en este contexto de crítica radical donde la tuberculosis se planteaba como un recurso metafórico para comentar sobre la situación política argentina de comienzos de siglo.

El discurso alternativo

En el campo específico de la salud se afirmaba, en su mayoría, que en la conformación racial lo decisivo era el medio. Se trataba de un discurso eugenésico fundamentalmente positivista y optimista, que alentaba y enmarcaba preocupaciones referidas al mejoramiento individual, colectivo y "racial". Apostando a mejoras ambientales era posible modificar positivamente el capital genético de la población³⁶.

La raza, que entre fines del siglo XIX y comienzos del XX era un concepto desdibujado que se confundía con "el pueblo", era pasible de ser mejorada.

Durante décadas los médicos y la población en general lidiaron con la tuberculosis en un clima marcado por la incertidumbre.

Con los factores médico-sociales dominaron no sólo las incertezas sino también asociaciones de orden arbitrario.

En el caso particular del discurso libertario, también conocido como anarquista, tres asociaciones se perfilaron con fuerza: la tuberculosis como una enfermedad de los excesos, como una enfermedad de la fatiga y el sobretrabajo y, finalmente, como una enfermedad asociada a la falta de higiene³⁷.

Estas tres asociaciones no fueron exclusivas del discurso libertario. Otros sectores que pretendía representar a los trabajadores utilizaron argumentos similares. Todos ellos contribuyeron a dar forma al origen social de la tuberculosis.

Una enfermedad de los excesos

Para muchos, "la tuberculosis era una enfermedad del 'tipo de vida agitado y febril de las ciudades' y la vida moderna 'una fábrica de tuberculosis'"³⁸ (Armus citando a la gacetilla "La Acción Obrera" de octubre de 1927). Estas miradas a la tuberculosis fueron entretejiendo orígenes sociales hipotéticos de la enfermedad

³⁵ Ibidem. pp 96

³⁶ Ibidem. pp 97

³⁷ Ibidem. pp 98

³⁸ Ibidem.

donde las explicaciones médico-bacteriológicas se tensaban con los valores morales, interpretaciones psicologizantes e intereses políticos.

Los anarquistas de principio de siglo XX iniciaron un debate donde intervenían la sexualidad, el amor, la familia y la pareja. También los higienistas participaron de esta suerte de apertura, aunque sus aportes generalmente quedaron sesgados a los tópicos de la higiene, la educación sexual y la prevención de las enfermedades venéreas³⁹.

Fue en este contexto de médicos poco preparados y anarquistas transgresores donde a mediados de la década del 20 circuló el concepto de los "abusos sexuales" como uno de los elementos que acompañaban la experiencia de la enfermedad. La frecuencia, el modo y el tipo de actividad sexual quedaban colocados en el banquillo de los acusados.

Por otra parte, la asociación del alcoholismo y la tuberculosis intervino prácticamente en todos los discursos referidos a la degeneración. De los anarquistas a los conservadores enrolados en la reforma social (como Ramos Mejía), todos compartían un lenguaje que no sólo destacaban la disminución de las defensas y la predisposición del cuerpo a la infección, sino que también condenaban los excesos que culminaban en el de decaimiento individual, social y "racial"⁴⁰.

En cualquier caso, todas estas voces aportaban a la de definición de un origen moral del alcoholismo. Diego Armus aclara:

"La ausencia de criterios convincentes, técnicos y metodológicos, en el análisis de las bebidas alcohólicas daba carta libre para asociar la ingesta de tal o cual bebida con supuestos peligros o igualmente supuestos beneficios [...] Así, los libertarios compartieron con otros grupos de la cruzada antialcohólica las ansiedades que imponía el omnipresente discurso de fortalecimiento racial"⁴¹.

Esos esfuerzos de control social descubrían una fuerte creencia en las posibilidades de mejoramiento individual de las masas urbanas en una sociedad ordenada y en permanente proceso de perfeccionamiento. La sobriedad, que se suponía otorgaba cierta respetabilidad, daba forma a los contornos de esa idea de trabajador decente, higiénico y esforzado⁴².

Si en los reformadores sociales esta idea daba jerarquía a las virtudes de la moderación, el autocontrol, las capacidades laborales, la familia y la raza, para los

³⁹ Ibidem. pp 100

⁴⁰ NOGUERA TOLEDO, J. "El instinto sexual del tuberculoso". En *Genética, eugenesia y pedagogía sexual*. Madrid. Lares. 1934. pp 59 y 62.

⁴¹ ARMUS, D. "Salud y anarquismo. La tuberculosis en el discurso libertario argentino, 1890-1940". En *Políticas, médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Mar del Plata. (LOBATO, M. Z.). Biblos. 1996. pp 103.

⁴² Ibidem. pp 105

socialistas y los anarquistas a estos tópicos se sumaba la percepción de que a más sobriedad más conciencia y vocación militante para el cambio social⁴³.

“Así, y aun cuando Buenos Aires distara de ser una ciudad de bebedores, cualquier narrativa sobre la tuberculosis [...] parecía necesitar del alcoholismo como recurso explicativo y también como metáfora de la enfermedad”⁴⁴.

En otro orden de cosas, la asociación entre trabajo excesivo y tuberculosis fue recurrente en el discurso del movimiento obrero sobre las condiciones laborales⁴⁵.

Se trataba de un discurso que apoyaba las demandas de reducción de la jornada laboral y se oponía al trabajo nocturno.

En torno de la tuberculosis se articuló el discurso de la enfermedad en el taller, la fábrica o el cuarto donde se dormía y se realizaba el trabajo domiciliario.

Una vez más, Armus indica que “en la prensa libertaria el tema fue discutido con muy diversos estilos discursivos, desde el ensayo sociológico y la nota gremial al cuento corto. Con frecuencia el tema se articulaba a la manera de una denuncia”⁴⁶.

La cuestión de la fatiga o del exceso de trabajo no pretendía hacer responsable al obrero por su condición sino al sistema en su conjunto. No se trataba de una culpa individual.

En los años 30 el tema seguía visible en la prensa obrera y aún a comienzos de los 40, cuando el contexto ideológico del peronismo ofrecía nuevos, limitados y pragmáticos contenidos al discurso de la justicia social, se seguía asociando la tuberculosis al mundo del trabajo⁴⁷.

Con respecto a la higiene, el tema del contagio de la tuberculosis articulaba un discurso preventivo y prescriptivo a través del cual se proponía que si se hace lo que se debe la enfermedad es evitable⁴⁸.

A todos debía llegar el mensaje porque todos, en mayor o menor medida, eran posibles blancos de la enfermedad. Así la prédica antituberculosa se sumaba a esos discursos que marcaban la responsabilidad individual sobre la salud.

La combinación de la medicina y la bacteriología con las ciencias sociales permitió difundir en toda la sociedad la cultura higiénica que la elite ya había tomado como propia. Por muy diversas vías, desde la apelación racional y el aprendizaje social a la limitación de hábitos, un conjunto de conductas higiénicas fue introduciéndose en los modos y los hábitos de la gente común. Fue un proceso que combinó discursos defensivos en materia de higiene (prohibiciones y castigos),

⁴³ Ibidem. pp 106

⁴⁴ Ibidem pp. 105.

⁴⁵ Ibidem. pp 107

⁴⁶ Ibidem.

⁴⁷ Ibidem. pp 109

⁴⁸ Ibidem. pp 110

informativos (instructivos), y educativos que aconsejaban conductas higiénicas y difundían los valores de salud y belleza⁴⁹.

La tuberculosis, desde la perspectiva que proveen estas dimensiones discursivas (la enfermedad como resultado de los excesos, de la fatiga, del sobretrabajo y la falta de higiene), permitía criticar radicalmente las injusticias esenciales del capitalismo y pujar por la integración de los sectores populares y obreros en las novedades del mundo urbano.

⁴⁹ LOZANO, N. "Contribución al estudio de la etiología y profilaxis de la tuberculosis desde el punto de vista sociológico". [artículo en línea] www.psr.jku.at/PUV1998/25_1998Testa.pdf.

CAPÍTULO IV

Anticoncepción, denatalidad y el nuevo concepto de madre

"Las mujeres no son otra cosa que máquinas de producir hijos".

Napoleón Bonaparte (1769-1821); emperador francés.

"La verdadera sexualidad no es el simple acercamiento de los sexos, sino el trabajo creador del hombre y la maternidad de la mujer".

Marañón (1887-1960); médico, historiador y escritor español.

Despoblación y el ideal de mujer

Entre fines del siglo XIX y la década de 1930, la natalidad descendió drásticamente en la Ciudad de Buenos Aires⁵⁰. La despoblación y la degeneración aparecían como fantasmas sociales.

Técnicas anticonceptivas, abortos, abandono de niños e infanticidios fueron inquietantes comportamientos para la mayoría de los médicos, en especial para aquellos vinculados a instituciones oficiales e identificados con políticas poblacionistas.

Las preocupaciones científicas originadas alrededor de la población tenían una fuerte impronta de género y de clase: su objetivo era fundamentalmente llegar a las mujeres de clase trabajadora, o sea, la parte más "peligrosa" de la población.

Los discursos, las prácticas y las políticas que los médicos intentaron implementar durante este período se asentaron en una nueva idea de madre y una nueva idea de mujer.

Para Marcela Nari "el ideal de madre virginal, higiénica, nodriza y amorosa se fue construyendo desde diversos lugares sociales. La medicina fue uno de ellos"⁵¹.

El nuevo ideal de madre se presentó como universal, ahistórico y natural, reformulando simultáneamente el concepto de mujer: la femineidad terminó confundiéndose y reduciéndose a la maternidad.

⁵⁰ NARI, M. M. A. "Las prácticas anticonceptivas, la disminución de la natalidad y el debate médico, 1890-1940". En *Políticas, médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Mar del Plata. (LOBATO, M. Z.). Biblos. 1996. pp 153.

⁵¹ Ibidem.

Disminución de la natalidad y “amenaza a la raza”

Transformaciones demográficas e inmigración vertebraron las preocupaciones poblacionistas desde fines del siglo XIX hasta por lo menos la década de 1930⁵². El problema de la cantidad pronto entro en tensión con el de la calidad de la población. Nari indica que “cantidad – calidad fue uno de los ejes que atravesó el discurso médico del período, colocando en primer plano la candente cuestión de provocar un aumento de la cantidad de nacimientos, al mismo tiempo que la calidad de la raza”⁵³.

Los índices de mortalidad infantil y de nacimientos ilegítimos se ubicaban también en el centro de este debate⁵⁴. El primero se encontraba vinculado con la infraestructura higiénica y sanitaria de la ciudad. La ilegitimidad, por su lado, se suponía directamente vinculada a los infanticidios y abandonos, fenómenos que aumentaron con la complejización de la sociedad a medida que avanzaba el siglo.

Si a esto se le suma la visión catastrofista del trabajo femenino extradoméstico, que incapacitaba a las mujeres para tener bebés sanos, queda esbozado el cuadro de “derrumbe de raza”⁵⁵.

Esta preocupación social por la población interesa por las repercusiones que tuvo sobre la construcción de un ideal de madre, una realidad simbólica que reducía la femineidad a la procreación y al cuidado de los hijos.

Todas las mujeres poseían, por naturaleza, las condiciones biológicas para procrear y para ser buenas madres. En este modelo de maternidad se conjugaban diversas influencias, sin embargo todas ellas giraron en torno a ciertos tópicos, a saber:

“... la madre ‘virginal’ (cuyo modelo era María, madre de Jesús, resignada, abnegada y sufriente); la madre ‘higiénica’ (que no podía eludir su responsabilidad orgánica y sanitaria respecto de su prole); la madre ‘nodriza’ de sus propios hijos (la lactancia natural era considerada la prolongación del cordón umbilical y la madre ‘amorosa’ (producto del instinto pero fortalecida por la educación) [...] el ‘amor maternal’ coronaba esta nueva imagen de mujer: la mujer moderna [...]”⁵⁶.

⁵² TORRADO, S. *Procreación en la Argentina. Hechos e ideas*. Buenos Aires. De la Flor. 1993. pp. 86.

⁵³ NARI, M. M. A. “Las prácticas anticonceptivas, la disminución de la natalidad y el debate médico, 1890-1940”. En *Políticas, médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Mar del Plata. (LOBATO, M. Z.). Biblos. 1996. pp 155.

⁵⁴ NARI, M. M. A. “Conflicto social, maternidad y degeneración de la raza”. En *Mujeres y cultura en la Argentina del siglo XIX*. Buenos Aires. (FLETCHER, L.). Feminaria. 1994. pp 36.

⁵⁵ TORRADO, S. *Procreación en la Argentina. Hechos e ideas*. Buenos Aires. De la Flor. 1993. pp. 87.

Desde la medicina moderna, las mujeres=madres, culpabilizadas por la denatalidad (disminución de la natalidad) y la degeneración de la raza, fueron convocadas para aprender a ser madres en pos de la salvación de la sociedad, la nación y la raza.

La regulación de la natalidad

En algún momento entre 1895 y 1914 la fecundidad comenzó a descender⁵⁷. Esta disminución acelerada y sostenida fue posible a través del uso de algún método de control de la natalidad "consciente", como procesos mecánicos, químicos o fisiológicos:

"El alto porcentaje de mortalidad infantil, los infanticidios y los abandonos regulaban no ya la natalidad pero si el tamaño de las unidades domésticas [...] El abandono de niños era aparentemente una estrategia familiar o individual bastante utilizada por las clases populares porteñas desde el período colonial [...] hacia fines del siglo XIX y principios del XX la cantidad de niños abandonados aumentó provocando la alarma de las autoridades municipales [...]"⁵⁸.

Gran parte de los abandonados eran hijos/as ilegítimos/as. Sin embargo, al menos entre las clases trabajadoras, parece no haber sido el "deshonor" lo que llevaba a las mujeres a abandonar a su hijos/as sino los condicionamientos sociales que pesaban sobre una madre soltera para acceder a un trabajo.

Los métodos anticonceptivos no constituían una novedad para la historia de la humanidad, pero en el siglo XX adquirieron un peso fundamental en la regulación de la natalidad. Aparentemente, el método más utilizado era el *coitus interruptus*⁵⁹.

El discurso maternalista intentó tirar por tierra la cuestión del placer sexual femenino. Dentro del marco de la nueva femineidad maternalizada, el deseo y la necesidad del hijo debían ser en la mujer lo que el deseo y necesidad sexual en el varón⁶⁰.

Por motivos diversos, la sexualidad aparecía como más conflictiva y menos placentera para las mujeres. Si bien estos supuestos carecían de una base "natural", como realidad simbólica debieron de tener un efecto importante en las

⁵⁶ NARI, M. M. A. "Las prácticas anticonceptivas, la disminución de la natalidad y el debate médico, 1890-1940". En *Políticas, médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Mar del Plata. (LOBATO, M. Z.). Biblos. 1996. pp 157

⁵⁷ Ibidem. pp 158

⁵⁸ Ibidem. pp 159-160.

⁵⁹ BARRANCOS, D. "Contracepcionalidad y aborto en la década de 1920: problema privado y cuestión pública". En *Estudios Sociales*. Rosario. (ARÁOZ ALFARO, G.). Universidad Nacional del Litoral. 1991. pp 77.

experiencias sexuales de las mujeres. Y, de esta manera, debieron ayudar no sólo a reflejar sino a producir cierta realidad social.

El aborto

El aborto era casi la única instancia que poseían las mujeres, especialmente de las clases trabajadoras, para controlar su fecundidad⁶¹.

Además de la ausencia de culpa, se muestran dos circunstancias que presentaban al aborto como una alternativa posible para la mujer: por un lado, la impotencia de las prescripciones sociales y morales y la pasividad de las autoridades. Por el otro, la disminución de la mortalidad materna posibilitada por el hospital y un cuerpo profesional especializado: "una parte de los abortos se realizaba en los hospitales y maternidades públicas cuando, por alguna complicación en el procedimiento, las mujeres debían concurrir urgentemente. De esta manera muchas salvaban sus vidas"⁶².

La asociación entre madre "ilegítima" y aborto era muy poderosa en el imaginario médico de la época, tal como sucedía con la figura del abandono.

El aborto era un método habitual de control de la natalidad para las mujeres que no deseaban tener hijos o más hijos. También era una forma de mantener un lugar obtenido en el mercado del trabajo.

Los médicos y el ideal maternal

La mayor parte de los médicos y, en especial, aquellos vinculados a instituciones oficiales, rechazaban y combatían tanto las prácticas anticonceptivas como los abortos. Básicamente el argumento reposaba en aspectos morales y biológicos.

Dos factores, al menos, incidían en esto. Por un lado, la influencia ejercida por el catolicismo en la mayoría de los médicos argentinos vinculados a las instituciones oficiales⁶³. La religión es la que establece la norma más sabia porque garantiza la perpetuación de la especie.

Para un importante sector de médicos, aquellos que más influencia tenían sobre las estructuras estatales, el fin último del matrimonio era la procreación,

⁶⁰ NARI, M. M. A. "Las prácticas anticonceptivas, la disminución de la natalidad y el debate médico, 1890-1940". En *Políticas, médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Mar del Plata. (LOBATO, M. Z.). Biblos. 1996. pp 163.

⁶¹ BARRANCOS, D. "Contracepcionalidad y aborto en la década de 1920: problema privado y cuestión pública". En *Estudios Sociales*. Rosario. (ARÁOZ ALFARO, G.). Universidad Nacional del Litoral. 1991. pp 78.

⁶² NARI, M. M. A. "Las prácticas anticonceptivas, la disminución de la natalidad y el debate médico, 1890-1940". En *Políticas, médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Mar del Plata. (LOBATO, M. Z.). Biblos. 1996.. pp 166.

⁶³ Ibidem. pp 168.

entendida como una función natural. La injuria al orden natural se entremezclaba con la efectuada por el orden divino.

Por otro lado, estaban los intentos de crear un marco institucional y jurídico "pronatalista" en el país⁶⁴.

A pesar de todo, el factor económico fue paulatinamente aumentando su importancia en ciertas argumentaciones a favor de la anticoncepción. La "profilaxis preconceptiva"⁶⁵ podría encontrar un justificativo en ciertos hogares cuya cantidad de hijos alterara de manera insostenible la situación de los demás.

La madre: desviaciones y resignificaciones

Por leyes naturales y/o mandato divino, el nuevo ideal de madre incluía el sufrimiento como un elemento inherente a su condición⁶⁶. Para los médicos, esto podía tener un significado muy literal, sea por las huellas de los inconvenientes en determinados embarazos o por los dolores en el momento de la parición.

En las madres pobres estos padecimientos se veían agravados por las penurias económicas y la "culpa" que se suponía que debían sentir ante la conciencia de no poder cumplir aquella función social y sagrada: la maternidad.

Los médicos apuntalaron un cuadro catastrofista y aterrador alrededor de la maternidad. Esto, que podría resultar paradójico respecto del ideal de altruismo y de abnegación que se quería difundir e imponer, permitía explicar gran parte de los comportamientos de las mujeres que iban en contra de este ideal.

Esto era particularmente cierto para los casos de infanticidio y de aborto. Nuevamente Nari indica que "algunos profesionales comenzaron a considerar la miseria como factor determinante que empujaba a la mujer obrera a salvar la vida de sus otros hijos matando al que llevaba en su vientre"⁶⁷.

El giro interpretativo era radical: de asesina de su hijo, la mujer podía pasar a ser considerada una mártir que arriesgaba su propia vida para salvar la de sus otros hijos.

Durante todo este período, los posicionamientos médicos frente al dilema del control de la natalidad se basaron en una nueva idea de mujer que limitaba sus comportamientos, deseos, sentimientos a su rol como madre, redefinida en términos de "función social".

⁶⁴ Ibidem. pp 169.

⁶⁵ Ibidem. pp 172.

⁶⁶ Ibidem. pp. 173

⁶⁷ Ibidem.

CAPÍTULO V

Salud pública y mutualismo

"Si alguien busca la salud, pregúntale si está dispuesto a evitar en el futuro las causas de la enfermedad; en caso contrario, abstente de ayudarlo".

Sócrates (470 A.C.-399 A.C.); filósofo griego.

Salud, enfermedad, atención médica y asistencia social

Tanto la manera de pensar la enfermedad y sus causas como las propuestas organizativas destinadas a orientar la acción del Estado fueron transformándose durante las primeras décadas del siglo XX. El debate sobre los principios que orientan la acción de las instituciones en el interior del sector salud aparece limitado a los grupos dirigentes: funcionarios del Estado, administradores de instituciones mutuales y de beneficencia, miembros del parlamento, intelectuales⁶⁸.

Como hemos visto hasta el momento, las enfermedades infecciosas constituían sin duda, a fines del siglo XIX y comienzos del XX, una amenaza reconocida para la salud de las poblaciones. Sin embargo, una concepción de la enfermedad basada en la doctrina del contagio y convencida de la eficacia insuperable de la desinfección ubicaba en el exterior de la sociedad las causas de los procesos patógenos.

Las autoridades del Departamento Nacional de Higiene en los primeros años enfatizaron la necesidad de elaborar una base científica para el mejor conocimiento de las condiciones de desarrollo de endemias y epidemias. La estadística se convierte así en instrumento primario de la lucha contra la enfermedad, pues permite conocer la índole y distribución del agente patógeno y planear la estrategia más eficaz para combatirlo⁶⁹.

Respecto de la lejanía entre las políticas higienistas y la realidad social de la Argentina finisecular Susana Belmartino indica que "sólo en forma paulatina el contacto con los problemas y la necesidad de resolverlo condujo a tomar en cuenta

⁶⁸ TORRES, R. Mitos y realidades de las obras sociales. Buenos Aires. Isalud. 2004. pp 84.

⁶⁹ Ibidem. pp 96.

las características del medio y las condiciones materiales de vida de las poblaciones afectadas”⁷⁰.

¿A qué alude el calificativo “social” que primero se aplica a la higiene y luego a la medicina? Remite al reconocimiento de la existencia de enfermedades sociales, cuya emergencia no puede vincularse de manera exclusiva con la presencia de un agente patógeno y que, por lo tanto, demanda estrategias particulares para evitar su difusión. El alcoholismo, las enfermedades venéreas, la tuberculosis y otras enfermedades degenerativas cubrirán a lo largo de las primeras décadas del siglo la mayor parte de la conceptualización de la enfermedad referida a lo social.

La conciencia del peligro colectivo se utilizó como medio para regular la conducta de los individuos. Esta concepción que vincula lo social a las dificultades en la integración socialización de los miembros de la comunidad tendrá una vigencia sostenida en el tiempo.

Por otra parte, también se propuso como necesario objeto de preocupación del Estado todas aquellas enfermedades que pudieran causar invalidez o incapacidad, reclamando resguardar esa invalorable posesión colectiva llamada *capital humano*⁷¹.

El valor económico de la vida humana, fundamento de la intervención del poder público en la preservación de la salud, se reiteró a lo largo de los años.

La intervención estatal y sus sentidos

Se registran diferentes lecturas con relación al sentido que debió otorgarse a la intervención, en particular referidas a si la atención médica y la asistencia social debían operar por canales independientes o articulados.

Si, tal como afirmaba la corriente dominante en el interior del movimiento higienista a comienzos del siglo XX, la enfermedad tiene como causa fundamental la *ignorancia*⁷², podía esperarse eficacia de una atención médica desvinculada de la asistencia social.

“Una proporción importante de las enfermedades de la infancia [eran] relacionadas con la ignorancia por parte de las madres de las normas elaboradas para regular la alimentación infantil”⁷³ aclara Belmartino. En esas condiciones, para los higienistas el instrumento preventivo por excelencia fue la educación.

⁷⁰ BELMARTINO, S. “Las obras sociales: continuidad o ruptura en la Argentina de los años 40”. En *Políticas, médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Mar del Plata. (LOBATO, M. Z.). Biblos. 1996. pp 214.

⁷¹ Ibidem. pp 215.

⁷² Recordemos a Ramos Mejía y su plan de educación popular como medio de integración de las multitudes a las novedades del medio urbano moderno.

⁷³ BELMARTINO, S. “Las obras sociales: continuidad o ruptura en la Argentina de los años 40”. En *Políticas, médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Mar del Plata. (LOBATO, M. Z.). Biblos. 1996. pp 218.

La percepción de las causas sociales de la enfermedad llevó a postular la necesidad de unir atención médica con asistencia social. Finalmente, a comienzos de los años 40 se incorporó un matiz diferente a la idea de solidaridad:

“[...] el edificio social se levantaría sobre tres columnas, el Estado, los empleadores y los trabajadores, tres conjuntos solidarios en función de los intereses recíprocos que los vinculan. Estado y empleadores deben contribuir a la amortización del capital-hombre; los trabajadores deben también integrar su aporte para exigir como derecho aquello que han contribuido a financiar”⁷⁴.

El tránsito de las mutuales a las obras sociales

Durante la década de 1930, ante el diagnóstico negativo referido a la anarquía en la asignación de recursos y la superposición de funciones, la *organización* se transformó en un objetivo imperativo y concepto rector del quehacer futuro. Comenzó a hablarse de planificación, de integración de prácticas preventivas, de abordaje integral del problema orientado a vincular trabajo, previsión, asistencia social y atención médica⁷⁵.

Tres grandes campos temáticos condujeron progresivamente a la demanda de una mayor intervención del Estado en el campo de la salud:

“... la construcción de una compleja trama de relaciones entre condiciones de vida, economía, trabajo, potencialidad defensiva y preservación del capital humano que constituirá el núcleo de una concepción social de los procesos patógenos; la creciente concientización de los sectores dirigentes sobre las ventajas de la previsión [...] y la indispensable organización de un sistema que evite el despilfarro y la superposición de recursos...”⁷⁶.

La intervención estatal en este nuevo campo, entonces, abría camino a la absorción de las instituciones de cobertura médica que el movimiento espontáneo de la sociedad había generado. Este proceso pautaría la transición de las mutualidades gremiales en obras sociales.

⁷⁴ Ibidem. pp 220.

⁷⁵ TORRES, R. Mitos y realidades de las obras sociales. Buenos Aires. Isalud. 2004. pp 115.

⁷⁶ BELMARTINO, S. “Las obras sociales: continuidad o ruptura en la Argentina de los años 40”. En *Políticas, médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Mar del Plata. (LOBATO, M. Z.). Biblos. 1996. pp 222.

Las instituciones financiadoras de los servicios de atención médica

Las descripciones del sistema de servicios de salud producidas en las últimas décadas coinciden por lo general en atribuirle dos características: "fragmentación y heterogeneidad"⁷⁷. La gran dispersión de instituciones y las significativas diferencias en cuanto a objetivos y formas organizativas son señaladas como responsables de la limitada capacidad del sistema para dar respuesta a las necesidades sociales a su cargo y la relativa ineficiencia en la utilización de los recursos disponibles. En la lectura de los técnicos del sector, tanto la fragmentación como la heterogeneidad serían "consecuencia de la introducción en el sistema de racionalidades o lógicas organizativas extrañas a sus fines"⁷⁸.

La fragmentación y heterogeneidad de las instituciones de cobertura de atención médica responderían a condiciones culturales de fuerte raíz histórica, manifiestas en las primeras mutualidades y reforzadas más tarde por los procesos políticos que condujeron a su transformación en obras sociales⁷⁹.

Sin embargo, las obras sociales no serían instituciones creadas como prenda de negociación en una determinada coyuntura política. Parecen responder en mayor medida a tradiciones culturales arraigadas en sectores populares, dado que puede reconstruirse una línea de continuidad entre ellas y las mutualidades gremiales⁸⁰.

El mutualismo a comienzos del siglo XX

El origen del mutualismo en la Argentina se asocia a la actividad de los primeros grupos de inmigrantes, quienes deseaban reconstruir vínculos de ayuda mutua entre compatriotas. También cobran importancia como factor aglutinante las prácticas de apoyo mutuo entre trabajadores⁸¹.

Otro factor convocante, que estimuló el mutualismo entre los trabajadores, surge de la acción social de la Iglesia Católica contemporánea, dando lugar a la organización de obreros católicos⁸².

La coexistencia de este complejo conjunto de asociaciones no era pacífica. Según Susana Belmartino:

"Existía un rivalidad manifiesta que probablemente tenía sus raíces no solo en la diversidad ideológica sino también en la convicción de que la única manera de asegurar la continuidad de los beneficios era reunir una

⁷⁷ TORRES, R. Mitos y realidades de las obras sociales. Buenos Aires. Isalud. 2004. pp 127.

⁷⁸ Ibidem. pp 128

⁷⁹ BELMARTINO, S. "Las obras sociales: continuidad o ruptura en la Argentina de los años 40". En *Políticas, médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Mar del Plata. (LOBATO, M. Z.). Biblos. 1996. pp 223.

⁸⁰ Ibidem.

⁸¹ TORRES, R. Mitos y realidades de las obras sociales. Buenos Aires. Isalud. 2004. pp 131.

⁸² Ibidem.

considerable cantidad de adherentes. Las actividades de propaganda se orientaban tanto a exaltar los beneficios acordados como a desmerecer la trayectoria de las asociaciones rivales”⁸³.

La heterogeneidad de la asociación mutual se manifestó (y se manifiesta) en la diversidad de objetivos. Existe, sin embargo, algo que podría considerarse un “núcleo básico” de beneficios sociales, que la mayoría de las mutuales presta a sus socios de manera exclusiva o en concurrencia con otros. Entre estos servicios se encuentran la atención médica y farmacéutica y los subsidios destinados a compensar la pérdida del salario durante los períodos de enfermedad, a hacer frente a los gastos de sepelio y a otorgar ayuda económica a los familiares en caso de fallecimiento del socio⁸⁴.

Las nuevas mutualidades organizadas a partir de la segunda década del siglo parecen en mayor medida orientadas a nuclear a empleados que se definen por la pertenencia al mismo oficio o actividad laboral. Este desarrollo de la asociación a partir del vínculo laboral parece haber constituido la característica más notable del mutualismo a lo largo de la década del 30:

“El peso de este tipo de organizaciones en las reparticiones públicas [fue] lo bastante importante como para justificar el acuerdo de ministros del 26 de septiembre de 1932, por el cual se [facultaba] a las direcciones de administración o tesorerías a efectuar descuentos de los sueldos de sus empleados a favor de asociaciones autorizadas por éstos”⁸⁵.

El momento del cambio: hacia las obras sociales

Llegado este punto es útil intentar una síntesis de la situación de las instituciones sociales dedicadas a la atención médica a comienzos de los años 40.

En primer lugar, encontramos un conjunto complejo de instituciones dispersas, forjadas a partir de alguna necesidad común o de algún vínculo que establece una suerte de identidad entre un grupo de individuos. De las necesidades consideradas prioritarias en el momento de su constitución dependería su orientación hacia la cobertura de salud.

⁸³ BELMARTINO, S. “Las obras sociales: continuidad o ruptura en la Argentina de los años 40”. En *Políticas, médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Mar del Plata. (LOBATO, M. Z.). Biblos. 1996. pp 224.

⁸⁴ TOBAR, F. “Herramientas para el análisis del sector salud”. [artículo en línea] www.isalud.com/arts/tobar_herramientas.pdf.

⁸⁵ BELMARTINO, S. “Las obras sociales: continuidad o ruptura en la Argentina de los años 40”. En *Políticas, médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Mar del Plata. (LOBATO, M. Z.). Biblos. 1996. pp 226.

Las relaciones con el aparato estatal eran inexistentes o se limitaban al pedido de exención de algunos impuestos y al pedido de pequeños subsidios⁸⁶.

A medida que la sociedad que las contenía crecía y se complejizaba, crecieron y se complejizaron también las necesidades y dificultades para satisfacerlas.

La percepción de una crisis de necesidades insatisfechas culminó en una creciente demanda de intervención del Estado⁸⁷. Esta intervención estatal en la vida de las instituciones supuso nuevos mecanismos reguladores que "garantizarían la superación de la crisis y modelarían el desarrollo futuro de las formas asociativas"⁸⁸, la decadencia o el estancamiento del mutualismo y el fortalecimiento e su continuadora, la obra social, gestada con el apoyo del Estado en el seno de las asociaciones sindicales.

El rechazo de la tutela estatal

Luego del golpe militar de 1943, esta demanda de regulación estatal fue desapareciendo hasta volverse indeseable. El gobierno surgido del golpe estableció contactos directos con el movimiento mutualista a través de la Secretaría de Trabajo y Previsión.

La secretaría se transformó, por consiguiente, en interlocutora legítima de la Liga Argentina de Mutualidades, y en ese carácter "intervino en la organización del congreso que la Liga convocó en 1944"⁸⁹.

"Las actas de ese congreso permiten recuperar una especie de contrapunto entre funcionarios de gobierno y representantes del mutualismo en torno a una tensión evidente entre [...] exigencias de control por parte del gobierno y la reivindicación de autonomía decisoria [...] esgrimida por los dirigentes mutualistas"⁹⁰.

⁸⁶ TORRES, R. Mitos y realidades de las obras sociales. Buenos Aires. Isalud. 2004. pp 145.

⁸⁷ Ibidem.

⁸⁸ BELMARTINO, S. "Las obras sociales: continuidad o ruptura en la Argentina de los años 40". En *Políticas, médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Mar del Plata. (LOBATO, M. Z.). Biblos. 1996. pp 229.

⁸⁹ Ibidem. pp 236.

⁹⁰ Ibidem.

No sólo la defensa de la autonomía era una preocupación evidente, también se planteaba con fuerza el derecho de cada asociación de regular su actividad a través de los respectivos estatutos, sin reconocer la existencia de un cuerpo regulador único⁹¹.

A esto se hacía referencia cuando se afirmaba que la fragmentación y la heterogeneidad tenían raíces en las instituciones sociales de cobertura de atención médica en la Argentina. El caso del mutualismo constituye un ejemplo: no logra consolidarse entre sus dirigentes la percepción de objetivos e intereses comunes.

El rol del Estado en la salud pública

El debate surgido en 1946 en torno a las leyes contenidas en el Primer Plan Quinquenal ofrece una perspectiva sobre el rol que el Estado comenzaría a tomar en relación al tema de salud pública en las siguientes décadas.

Uno de los pilares de esta reforma fue el reconocimiento del derecho al *bienestar*. Este reconocimiento implicaba la organización de la salud pública y de la asistencia social "ambas presididas por principios comunes, estructuradas en el mismo cuerpo normativo, su acción planificada por un organismo único"⁹² (Belmartino citando al Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores de la Nación, diciembre de 1946).

"Es indudable que las enfermedades sociales no pueden considerarse como problemas que afectan exclusivamente el orden local, pues son capaces de afectar la vida interna de la Nación. Lo mismo puede decirse de la asistencia de la maternidad e infancia, y de la asistencia social en general, que constituyen cuestiones de interés nacional, puesto que inciden en el elemento humano en sus aspectos más vitales"⁹³.

La impresión que dejan estos debates es una aceptación generalizada de la necesidad de cambios en las modalidades organizativas de las instituciones de previsión, con acuerdo en que esos cambios deben basarse en un mayor protagonismo del estado, que asegure contribuciones obligatorias, apoye con subsidios y garantice el cumplimiento de los fines sociales asignados a las instituciones⁹⁴.

Responsabilidad social, planificación, solidaridad, asistencia, justicia social, se plantean como fundamentos doctrinarios de estas nuevas conquistas gremiales.

⁹¹ Ibidem. pp 238

⁹² Ibidem. pp 238.

⁹³ Ibidem.

⁹⁴ TORRES, R. Mitos y realidades de las obras sociales. Buenos Aires. Isalud. 2004. pp 148.

El eje de esta política asistencial se pone en el “hombre de trabajo”, que deja de ser considerado en forma aislada para ser abordado como integrado a un núcleo familiar e inserto en un ambiente social que le permita desarrollar la totalidad de sus condiciones de vida y de cultura.

El trabajador y su entorno se convierten así en los intermediarios entre la acción asistencial del estado y los espacios sociales a los que progresivamente se incorpora, configurando una modificación novedosa en el núcleo de la representación social de la salud, es decir, incorporando la dimensión pública a través del reconocimiento de la responsabilidad por parte del Estado del derecho al bienestar⁹⁵.

⁹⁵ Ibidem. pp 154.

El presente trabajo ha presentado, a grandes rasgos, cuatro fenómenos históricos sucedidos entre fines del siglo XIX y mediados del siglo XX que han contribuido a formar una representación muy particular de lo que es la salud pública en nuestro país.

En primera instancia, se hizo referencia a las políticas públicas de salud implementadas por un eminente higienista de fines del siglo XIX: José María Ramos Mejía. Estas políticas se mostraban orientadas, principalmente, por el temor al desborde social de la multitud que había invadido a la ciudad de Buenos Aires sobre fin del siglo XIX. Se necesitaba una población medianamente contenida para que los focos infecciosos generados por el hacinamiento no se convirtieran en elementos de disconformidad que sirvieran para alimentar la insurrección social.

Desde la óptica de Ramos Mejía, la multitud debía ser gobernada y para esto era necesaria la *educación* como proceso integrador de la multitud en el “espíritu nacional”. Las políticas higienistas, entonces, estaban orientadas a enmarcar este accionar de inclusión/control que partía desde los proyectos educativos de Ramos Mejía.

En este caso, la representación social de salud pública comienza a conformarse a partir de la tendencia a “aislar y vigilar” antes que a “curar y prevenir”. Es posible ver esto a partir de la configuración de los nuevos espacios hospitalarios, organizados a partir de la exclusión de los enfermos del entorno social que los contenía. Aquí la norma relativamente explícita de la salud pública es la *exclusión* del enfermo en pos de la protección del individuo sano. Por otra parte, la norma del *control* de la multitud permanece implícita.

El segundo fenómeno revisado fue el del uso simbólico de la tuberculosis como recurso argumentativo utilizado por libertarios (anarquistas) y socialistas a fines del siglo XIX para criticar al sistema capitalista. Desde esta perspectiva, se planteaba que la única manera de combatir la tuberculosis era a partir de un “reordenamiento social” que asegurara un estado de bienestar para la gran masa trabajadora.

La tuberculosis, como recurso argumentativo, se asoció a:

- a. Los excesos: la guerra contra el alcohol y la promiscuidad en la clase obrera representó la guerra contra la dominación capitalista. El alcohol y el sexo se

interpretaban como factores de degeneración que “adormecían” al obrero, volviéndolo controlable y susceptible de abuso.

- b. La *fatiga* y el *sobretabajo*: la fatiga, según los libertarios, predisponía al cuerpo a la tuberculosis. Esto, acaso, era un argumento más en la lucha por la reducción de la jornada laboral.
- c. La falta de *higiene*: en la Argentina finisecular, las costumbres higienistas modernas eran propias de la elite. Al difundir entre la clase obrera la cultura de la higiene se estaba promoviendo la inclusión de las clases bajas en la vida urbana moderna.

En este caso, y coexistiendo con la representación social de salud pública anterior, vemos que para los movimientos contraculturales el concepto de salud pública partía de la lucha contra el régimen establecido y de la puja por incluir a la masa obrera en la realidad moderna.

El tercer fenómeno analizado se relaciona con las políticas poblacionistas de fines del siglo XIX, que tuvieron vigencia hasta mediados del siglo XX. En este caso, a partir de un tratamiento negativista de las prácticas anticonceptivas, del refuerzo del ideal de “promover y cuidar la raza” y del nuevo concepto que fundía el ideal de mujer con el de madre, se fomentó la tendencia a cuidar a la población como “capital humano”.

Aquí la representación social de salud pública se nutre con una nueva perspectiva que más tarde encontrará su formalización: aquella que entiende que el cuidado de la salud es una forma de reproducir y mantener las fuerzas productivas necesarias para el progreso nacional.

Finalmente, el último fenómeno analizado es el de la transición de las mutualidades a las obras sociales a mediados del siglo XX. Durante esta etapa se consolida el concepto de “enfermedad social”, es decir, aquella patología que afectaba a una parte importante de la población y cuya emergencia no estaba relacionada únicamente con un agente patógeno sino con una serie de factores propios de una coyuntura histórica. Este concepto, que mostró que la salud excedía el ámbito individual, postuló la necesidad de la unión entre atención médica y asistencia social.

Originalmente fueron las mutuales (agrupaciones organizadas en torno a la pertenencia a la misma actividad laboral) quienes reaccionaron a esta necesidad de amalgamar atención médica con asistencia social. Las continuadoras fueron las obras sociales, organizadas a partir de la intervención del Estado.

Este interés del Estado por hacerse responsable explícitamente de la efectividad de las políticas de salud pública no respondió exclusivamente a la necesidad de regulación que las mutualidades solicitaban como resultado del caos de objetivos y la falencia en la asignación de recursos. Representó también la formalización de aquella perspectiva a la que se hizo referencia más arriba. A partir de esta

transición de las mutualidades a las obras sociales y de la intervención del Estado como responsable de la salud de su pueblo, el aparato gubernamental reconoció la necesidad de cuidar el capital humano y su fuerza productiva, representada en la figura del trabajador.

Podemos analizar entonces a la representación social de la salud pública en Argentina en el período estudiado desde las siguientes dimensiones:

- a. Desde el *campo de la representación*, conteniendo las siguientes proposiciones:
 - La idea de que la responsabilidad del bienestar de la salud popular es competencia, de manera prácticamente exclusiva, del aparato de gobierno. Esto habla de una pasividad individual incorporada en la representación social a partir de la cual los *deberes* en la satisfacción de las necesidades corresponden al Estado mientras que los *derechos* corresponden al "pueblo". Esto muestra una contradicción con el concepto de salud pública que marcaba Winslow y que mencionamos al principio de esta investigación. Esta pasividad choca con la idea de la necesidad de un esfuerzo organizado de la comunidad en la búsqueda de las condiciones óptimas para la salud.
 - La concepción de que las políticas de salud pública permiten mantener y mejorar el uso de las fuerzas productivas y reproducir una realidad material orientada al progreso. Desde la perspectiva contracultural, por el contrario, las políticas de salud pública orientadas al bienestar del trabajador (la fuerza productiva por excelencia) tienen una orientación crítica respecto de los sistemas y realidades establecidas. Desde esta óptica, las mejoras en las condiciones de la salud del pueblo son una forma de incluir a las masas en una realidad social que evoluciona y que tiende a la exclusión. Esta perspectiva particular si bien no forma parte del núcleo central de la representación, es una proposición de peso en el sistema periférico.
- b. Desde la *actitud*, es decir, en relación a la orientación global de la representación social, se puede indicar que esta está sesgada por la pasividad ciudadana respecto de la concepción de la salud pública como un esfuerzo conjunto de la sociedad toda.

El análisis de estas dimensiones permite corroborar la hipótesis esgrimida al principio del presente trabajo. Desde su esbozo inicial, el concepto de salud pública en Argentina se ha utilizado como una herramienta de control, evitando desbordes sociales, y como instrumento de mantenimiento y reproducción de la realidad material y social establecida.

Como se ha podido apreciar, los fenómenos expuestos, si bien se ha tratado de seguir un orden cronológico, en gran medida se han superpuesto durante el lapso de tiempo estudiado (fines del siglo XIX, principios del siglo XX). Esto se debe a que la emergencia de una representación social implica la intersección de varias dimensiones que coexisten en la historia de una comunidad.

Por otra parte, la definición del período de estudio no limita la aplicación del análisis realizado más arriba sino que, como adelantamos en la introducción del presente trabajo, muestra una etapa de emergencia y consolidación de una representación social cuyas proposiciones centrales, como indicaba Abric, han permanecido resistentes al cambio.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRIC, Jean Claude. *Núcleo Central de las Representaciones Sociales*. 2ª edición. Petrópolis. Vozes. 1996.
- ARÁOZ ALFARO, Gregorio. *Estudios Sociales*. 1ª edición. Rosario. (ARÁOZ ALFARO, Gregorio, compilador). Universidad Nacional del Litoral. 1991.
- FLETCHER, Lea. *Mujeres y cultura en la Argentina del siglo XIX*. 1ª edición. Buenos Aires. (FLETCHER, Lea, compiladora). Feminaria. 1994.
- GUTIÉRREZ ALBERONI, José. "La teoría de las representaciones sociales y sus implicaciones metodológicas en el campo psicosocial". [artículo en línea]. S.F. Disponible desde: www.psr.jku.at/PSR1997/6_1997Flore.pdf.
- LE BON, Gustave. *Psicología de las multitudes*. 3ª edición. Buenos Aires. Albatros. 1958.
- LOBATO, Mirta Zaida. *Políticas, médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina*. 1ª edición. Mar del Plata. (LOBATO, Mirta Zaida, compiladora). Biblos. 1996.
- LOZANO, Nicolás. "Contribución al estudio de la etiología y profilaxis de la tuberculosis desde el punto de vista sociológico". [artículo en línea] S.F. Disponible desde: www.psr.jku.at/PUV1998/25_1998Testa.pdf.
- MOSCOVICI, Serge y HEWSTONE, Miles. *Psicología Social I y II*. 4ª edición. Barcelona. Paidós, 1988.
- NOGUERA TOLEDO, Julio. *Genética, eugenesia y pedagogía sexual*. 3ª edición. Madrid. Laes. 1934.
- OROZCO AFRICANO, Julio Mario. "Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena". [artículo en línea]. S.F. Disponible desde: <http://www.eumed.net/libros/2006c/199/1d.htm>.
- RAMOS MEJÍA, José María. *Las multitudes argentinas*. 15ª edición. Buenos Aires. La Cultura Popular. 1934.
- RINCÓN, Lía; DI SEGNI, Susana y colaboradores. *Problemas del campo de la salud mental*. 1ª edición. Buenos Aires. Paidós. 1991.
- ROSANVALLON, Pierre. *La nueva cuestión social.- Repensar el estado providencia*. 3ª edición. Buenos Aires. Manantial. 1995.
- TOBAR, Federico. "Herramientas para el análisis del sector salud". [artículo en línea] S.F. Disponible desde: www.isalud.com/arts/tobar_herramientas.pdf.
- TORRADO, Susana. *Procreación en la Argentina. Hechos e ideas*. 2ª edición. Buenos Aires. De la Flor. 1993.
- TORRES, Rubén. *Mitos y realidades de las obras sociales*. 1ª edición. Buenos Aires. Isalud. 2004.