

**SEGUNDAS JORNADAS NACIONALES DE HISTORIA SOCIAL**  
**13, 14 y 15 de mayo de 2009**  
**La Falda, Córdoba - Argentina**

**Mesa 8: La cuestión social y la construcción del Estado social**

**Autor:** Inés María Belén Domínguez

**Inserción institucional:** Centro de Estudios Históricos “Prof. Carlos S. A. Segreti” /  
Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Católica de Córdoba

**Situación de revista:** Socio activo- Investigadora / Profesor autorizado

**Dirección Particular:** Gato y Mancha 1587 B° Escobar, Córdoba, 5009.

[dominguezbel@gmail.com](mailto:dominguezbel@gmail.com)

**Dirección Institucional:** Miguel del Corro 308, Córdoba, 5000.

[cehcba@uolsinectis.com.ar](mailto:cehcba@uolsinectis.com.ar)

**Título:**

**La progresiva construcción del estado social. La cuestión sanitaria en Córdoba 1916-1930. Avances de investigación.**

**Resumen**

Los historiadores sociales de fines del siglo XX colocaron en el centro de sus preocupaciones nuevos temas y enfoques, entre ellos, los problemas vinculados con la denominada cuestión social. A ella se la define como el conjunto de problemas sociales surgidos como consecuencia de la industrialización, la urbanización, la inmigración entre los que se encontraban los conflictos del trabajo, la pobreza, el pauperismo, la marginalidad, la enfermedad, que restituyeron el protagonismo de sujetos olvidados como los enfermos, los locos, los delincuentes entre otros.

Las enfermedades presentes en la sociedad, plantean un nuevo objeto de reflexión histórico que proporciona una ventana a la realidad social. Analizar la trilogía enfermedad-salud-atención de manera integrada es conocer un aspecto que explica la problemática social.

La respuesta a los problemas sociales provino de la sociedad civil y del Estado, surgiendo instituciones de asistencia social que actuaban de manera combinada. La política social surgió como el diseño y ejecución programada y estructurada de todas las iniciativas del Estado adoptadas para atender las necesidades básicas de la población, como la salud, la educación, el trabajo, la vivienda y todas aquellas condiciones que impidieran la marginación social. El Estado Social adoptó un papel recaudador y redistribuidor hasta entonces desconocido, que garantizó a los ciudadanos un nivel de vida digna, interviniendo de una manera activa y progresiva en la sociedad.

Esta ponencia presenta los avances de investigación de un proyecto mayor que aborda el tema de la enfermedad-salud-atención y la respuesta a esta problemática por parte del Estado cordobés durante el período 1916-1930, buscando reconstruir cómo la enfermedad nos permite develar las condiciones de vida material y cultural donde emergieron y el proceso de constitución del Estado y la ciudadanía sociales, a partir de las continuidades, cambios y transformaciones que se fueron manifestando en el campo sanitario, en un período de alternancias entre demócratas, radicales y una intervención militar.

## **Primeros resultados de investigación**

### El contexto de emergencia de las enfermedades

Las enfermedades que fueron comunes en Córdoba desde principio del siglo XX continuaban presentes a principios de los años 40, con variantes relacionadas con las condiciones ambientales y de vida, la atención que le prestaban los profesionales, las instituciones sanitarias y los adelantos científicos que permitían combatirlas o prevenirlas más eficazmente.

Esas variaciones en la permanencia e incremento de las patologías se desarrollaron en un contexto de crecimiento poblacional iniciado con la llegada de los inmigrantes europeos, cuyos efectos no fueron homogéneos en todo el territorio nacional, circunscribiéndose preferentemente a las provincias de la pampa húmeda, con asincronías regionales. En el caso de Córdoba, el mayor crecimiento demográfico afectó al espacio pampeano y a la capital provincial, despoblándose el noroeste, área de ocupación tradicional.

La comparación de los datos de los censos nacionales de población de los años 1869, 1895 y 1914 muestra que el número de habitantes de la provincia tuvo un crecimiento inusitado en las primeras décadas del siglo XX. En la década de 1930 se experimentó un retroceso en el ingreso de inmigrantes europeos, al tiempo que las migraciones internas y las procedentes de los países limítrofes comenzaron a fluir lenta pero persistentemente atraídos por el desarrollo de las industrias<sup>1</sup>.

La inmigración acompañó el proceso de modernización y crecimiento económicos producto del desarrollo del sector agropecuario y su integración al mercado internacional. La provincia de Córdoba siguió el ritmo nacional, pero involucró sólo a la región meridional que se incorporó plenamente al modelo agroexportador a través de la producción cerealera y ganadera, recibiendo a los grandes contingentes de inmigrantes quienes se constituyeron en mano de obra asalariada de carácter permanente o transitoria. La región del noroeste provincial quedó signada por las producciones tradicionales, explotaciones rurales de baja rentabilidad y con una estructura de producción familiar. El atraso en la actividad productiva y la atracción que ejerció el

---

<sup>1</sup> VERA de FLACH María Cristina y RIQUELME de LOBOS Norma, *Córdoba una Historia para los Argentinos*, Tomo I, Buenos Aires, Magisterio del Río de la Plata, 1989, pp.65-66.

centro y el sur provincial, llevó al despoblamiento progresivo y al aislamiento del noroeste cordobés.

En 1914, el 45% de la población residía en las ciudades, lo que aumentó la demanda de manufacturas y de servicios<sup>2</sup>, desarrollándose industrias alimenticias, textiles, de la construcción y agrícolas – ganaderas, de implementos y accesorios para maquinarias, estas últimas cercanas a las colonias agrícolas.

Con la Primera Guerra Mundial y la disminución de las importaciones, se persiguió el abastecimiento de bienes de consumo a través de las industrias de sustitución, existiendo los pequeños establecimientos con características artesanales, que no tenían más de diez empleados y los grandes como molinos harineros, fábricas de cemento, cal y cerveza. Con el pasar de los años aumentó gradualmente la mano de obra ligada al crecimiento del número de industrias que se concentraban en la capital cordobesa. Si bien entre 1914-1935 el incremento en el número de establecimientos fue mínimo, hacia 1939 se pasó de 3.000 industrias a 4.193, lo que implicaba la capitalización de las industrias y un crecimiento en el número de trabajadores del sector<sup>3</sup>.

El incremento poblacional con la consiguiente expansión de las masas de trabajadores, urbanización masiva, la introducción de otras ideologías, costumbres y formas de vida de las distintas nacionalidades extranjeras que arribaron a la provincia de Córdoba, irrumpieron como un fenómeno que desbordó la capacidad de contención e integración de la sociedad cordobesa, produciéndose desajustes sociales puestos en evidencia, en un primer momento, a través de la lucha de los obreros.

Las condiciones salariales, la violación de la legislación sobre jornada limitada de trabajo y el desconocimiento de las asociaciones gremiales, generaron protestas obreras permanentes y huelgas rurales con actos de violencia, pidiendo incremento salarial y la intervención del poder público para frenar la suba de los precios, velar por el cumplimiento de las leyes laborales y mejorar las condiciones de vida del sector.

Junto a los problemas laborales surgieron otros vinculados con el hacinamiento, las viviendas insuficientes y precarias, sin servicios masivos de agua potable, con una higiene deficitaria y una alimentación limitada en cantidad y variedad nutritiva. En esta realidad socioeconómica, la conservación de la salud se vio amenazada, como

---

<sup>2</sup> ROGGIO Patricia; *El mercado laboral en la ciudad de Córdoba, 1914-1946*; en Carlos Segreti *In Memoria. Historia e historias*, Tomo II, Córdoba, Centro de Estudios Históricos, 1999, p 506.

<sup>3</sup> *Ibid.* dem, pp. 510-511.

consecuencia de las condiciones de vida que predisponían a la emergencia de las enfermedades.

Las patologías que se presentaron en la provincia de Córdoba en las primeras cuatro décadas del siglo XX pueden clasificarse cualitativamente, tomando en cuenta sus características particulares, en digestivas, pulmonares, infectocontagiosas-parasitarias y las de etiología desconocida consideradas “nuevas” por los profesionales médicos. También pueden clasificarse cuantitativamente en epidémicas y endémicas, según el número de casos, su difusión y su arraigo en lugares determinados. Muchas veces patologías endémicas se convertían en epidémicas por el aumento en los rebrotes y virulencia.

### Endemias y Epidemias

En el noroeste cordobés, el paludismo, el Chagas, la fiebre ondulante y el tracoma reinaron de manera habitual convirtiéndose en endémicas. El paludismo o malaria es una enfermedad producida por un parásito que es transmitido al hombre por la picadura del mosquito hembra Anopheles infectado. Este mal era conocido en aquella zona desde fines del siglo XIX y durante el siglo XX, los poderes públicos se ocuparon de combatir este flagelo cuya disminución fue lenta<sup>4</sup>.

El mal de Chagas, enfermedad infecciosa producida por un parásito, que causa más comúnmente insuficiencia cardíaca, se transmite a las mucosas o piel lesionada de las personas por medio de las heces de las vinchucas que anidan en los ranchos, construcción común en el norte provincial.

El tracoma, enfermedad infecciosa ocular, transmisible y endémica, tuvo una distribución geográfica en nuestro país y en el norte de nuestra provincia que coincidió con el asentamiento de la población de origen árabe. Se adquiere durante la infancia y era la principal causa de la ceguera, se transmitía por contacto humano directo, prosperando en regiones secas y pobres, como la localidad de Serrezuela y el departamento Minas de nuestra provincia. Su difusión preocupó a la población temerosa por su propagación y su carácter endémico.

Otras enfermedades infectocontagiosas endémicas fueron la fiebre tifoidea, la difteria y la peste bubónica. La fiebre tifoidea aparecía por la transmisión del bacilo a través de las heces y la orina. El agua desempeñó un papel relevante en el contagio por su

---

<sup>4</sup> ARCHIVO DE GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA ( en adelante: A.G.P.C.) Ministerio de Gobierno e Instrucción Pública, Año 1937, Tomo 28, Consejo de Higiene, Folio 206 r-v.

contaminación con los pozos negros. La alimentación fue otra fuente de difusión del tifus, porque los alimentos se contaminaban con la materia fecal<sup>5</sup>. La leche manipulada por un portador o adulteradas con aguas infectadas, las verduras regadas con aguas servidas o abonadas con heces portadoras del germen y otras prácticas antihigiénicas permitían la transmisión y el desarrollo de la fiebre tifoidea.

La difteria se diseminó por medio de los convalecientes y portadores sanos por vía respiratoria con una alta tasa de mortalidad que ocasionaba el miedo y el rechazo a los enfermos.

La peste bubónica había estado presente de manera alarmante en los años 1904, 1919, 1921, 1928 y 1929 con cientos de víctimas<sup>6</sup>, por las condiciones excepcionales del clima, con veranos frescos, inviernos calurosos, excesiva humedad y lluvia, las buenas cosechas de maíz, girasol y maní con la consecuente reproducción de roedores capaces de transmitir esta plaga.

Para 1919 la lucha contra la peste bubónica no solo concitaba a las autoridades provinciales sino también al del Departamento Nacional de Higiene<sup>7</sup>. Los focos detectados en la provincia se ubicaban en Arroyito, La Francia, Quilino, Simbolar, Leones, Villa Ascasubi, Morteros y Arroyo Cabral. La proliferación de ratas se daba en regiones agrícolas y se pronosticaba su difusión favorecida por los traslados masivos de trabajadores rurales con motivo de las cosechas. A pesar de la desratización, ésta se mostraba ineficaz por las malas condiciones de vida de la población<sup>8</sup>. En el primer quinquenio de los años 30, la peste bubónica había declinado, en 1936 el diario Los Principios afirmaba “No hay bubónica en el territorio de Córdoba”<sup>9</sup>, sólo se presentaban casos aislados y esporádicos.

Las enfermedades que principalmente adquirieron carácter epidémico fueron las infecciosas, o sea las causadas por un germen vivo, que se propagaban por contagio directo de persona a persona, o a través de portadores como el agua, animales, insectos. La virulencia y gravedad de las epidemias dependió no solo de las condiciones orgánicas de los afectados, sino también de la higiene y las condiciones ambientales. En

---

<sup>5</sup> La Voz del Interior, 8 de diciembre de 1937, p.9, c.1-2.

<sup>6</sup> A.G.P.C. Ministerio de Gobierno, Año 1929, Tomo 11, Oficinas, Consejo de Higiene, Folio 208r.

<sup>7</sup> A.G.P.C. Ministerio de Gobierno, Año 1919, Tomo 19, Consejo de Higiene, Folio 502

<sup>8</sup> A.G.P.C. Ministerio de Gobierno e Instrucción Pública, Tomo 16, Folio 625 r-v.

<sup>9</sup> Los Principios, 10 de junio de 1936, p 2, c 4.

nuestra provincia, las enfermedades infectocontagiosas epidémicas más corrientes<sup>10</sup> fueron la fiebre tifoidea, viruela, gripe, difteria y peste bubónica.

#### El déficit alimenticio, la escasez de agua y la falta de higiene

Las enfermedades digestivas más frecuentes, que afectaron a la población de nuestra provincia fueron las diarreas y gastroenteritis, en muchos casos provocadas por las escasas medidas de higiene en la alimentación, el cuidado del cuerpo y la presencia de agentes microbianos patógenos en el agua, causando un alto nivel de mortalidad infantil.

La alimentación influyó en el estado de salud de la población cuantitativa y cualitativamente. En el consumo alimentario hubo factores regionales y económicos que marcaron diferencias en las dietas diarias de la población rural y urbana, con pautas culturales diferentes debido a las preferencias de los distintos grupos étnicos presentes en la sociedad.

La hipoalimentación fue una constante de vida que no se presentaba como un factor aislado dentro de la problemática social, sino que iba acompañada de la pobreza, la falta de trabajos permanentes y los vaivenes económicos del país, que negaban la estabilidad laboral y el progreso igualitario de sus habitantes.

Las infecciones gastrointestinales y las diarreas fueron causadas en muchas oportunidades por la adulteración de los alimentos, un problema de larga data que ocasionaba especialmente trastornos en el aparato digestivo.

La situación socioeconómica incidió en la alimentación de las familias más pobres, quienes para economizar sus escasos recursos adquirían los productos más baratos que muchas veces fueron los de menor calidad. La carencia de medios de refrigeración, de agua potable y la cocción insuficiente de los alimentos sumada a la falta de higiene, escasa educación e información sobre una alimentación saludable, propiciaron la emergencia de enfermedades.

Las malas condiciones sanitarias de los productos alimenticios también se produjeron por el escaso control bromatológico en el sitio de producción, donde las normas higiénicas eran ignoradas y el control estatal fue deficitario. Los mercados fueron el lugar privilegiado para la adquisición de carnes, frutas, verduras y otros productos. Se caracterizaron por la proliferación de residuos sobre todo orgánicos, la acumulación de

---

<sup>10</sup> MOREYRA Beatriz; *Crecimiento y desajustes sociales en Córdoba (1900-1930)*, en: MOREYRA Beatriz y otros, *Estado y Sociedad*, Córdoba, Centro de Estudios Históricos, 2000, pp. 289-291.

aguas estancadas y polvo, la falta de aseo en los locales y el personal, que influyeron en la aparición de distintas patologías.

Durante las cuatro primeras décadas del siglo XX, en la ciudad e interior provincial se multiplicaron las denuncias por el mal estado de los alimentos, siendo los más comunes los de la leche, los embutidos y las carnes.

La brucelosis, enfermedad infecciosa que ataca al ganado bovino, caprino, ovino y porcino, se trasmite al hombre por vía cutáneo-mucosa, inhalatoria, por inoculación directa o por el consumo de alimentos contaminados de origen animal como la leche y sus derivados, produciendo en los humanos la llamada fiebre ondulante o de Malta. Abundó en el noroeste cordobés detectándose focos considerables de esta enfermedad en los rebaños de cabras y en grupos de personas dedicadas a su cría. Se registraron brotes en nuestra provincia en los años 1938-1939, especialmente en los departamentos San Alberto, San Javier, Minas, Pocho y Cruz del Eje, donde casi todos los rebaños de cabras estaban infectados.

La gravedad de la fiebre ondulante estaba dada por la duración de la enfermedad (4 meses) que raramente causaba la muerte. Los enfermos veían disminuidas sus defensas orgánicas por este mal y por las condiciones de vida, con deficiencias alimenticias, de vivienda y abrigo, predisponiéndolos a adquirir otras enfermedades que agravaban el cuadro. Además ocasionaba pérdidas económicas en los propietarios de bajos recursos al reducirse las existencias ganaderas por abortos, partos prematuros, esterilidad y sacrificios de los animales.

La provisión de agua potable, como elemento imprescindible para la vida y la higiene, fue deficitaria en la ciudad de Córdoba y en el interior, debido a la escasa infraestructura para el almacenamiento, distribución y alteración del régimen de lluvias, que muchas veces ocasionó sequías que disminuyeron la cantidad de agua disponible. Esta situación impactaba en la ciudad capital cada vez que el Dique San Roque reducía considerablemente su volumen haciendo temer a la población por sus consecuencias.

Gran parte de la población de la capital carecía de agua en sus viviendas, sólo la zona céntrica tenía servicio por cañería y la expansión de las redes a los barrios periféricos se ejecutó a ritmo lento y desigual, proveyéndose el agua de acequias y pozos. La falta de potabilidad provocó enfermedades infectocontagiosas y parasitarias como la fiebre tifoidea que se sumaba a las digestivas.

La carencia de una higiene mínima abarcó tanto a ranchos y conventillos, como a viviendas opulentas donde a la precariedad se le sumó la escasa costumbre en materia

de higiene. El aseo personal suponía el lavado esporádico y de limitadas partes del cuerpo, sobre todo en temporadas de calor<sup>11</sup>. Las instalaciones sanitarias de las viviendas eran muy simples existiendo un amplio sector que carecía de ellas, contando únicamente con las letrinas, verdaderos focos de cultivo de gérmenes patógenos.

En la campaña, el abastecimiento de agua se obtuvo de las lluvias, pozos y canales. La escasez de agua, con sus consecuencias y la contaminación de los pozos por las letrinas y por determinadas sustancias químicas propias del suelo, fueron causales de patologías crónicas y en muchos casos de muerte. La presencia de elementos químicos en cantidades perniciosas produjo fluorosis ósea, cianosis, saturnismo y arsenicismo.

La ausencia de sales en el agua como el yodo y el flúor produjo el bocio y las caries dentales respectivamente. En la zona oeste de la provincia, la escasez de yodo provocó la aparición de una enfermedad endémica denominada bocio, que se caracterizó por el aumento en el tamaño de la glándula tiroides, obstaculizando el crecimiento del individuo, induciendo al entorpecimiento intelectual, a la pasividad y muchas veces al cretinismo que venía acompañado por la sordera y los trastornos motores.

#### Los ranchos, los conventillos y la mala vida

La tuberculosis, bronquitis y bronconeumonías encontraron el medio propicio para su desarrollo en viviendas húmedas, mal ventiladas y sobre pobladas. Eran consideradas socialmente peligrosas porque al transmitirse de persona a persona provocaban alteraciones en el normal funcionamiento de la vida cotidiana de la población.

La medicina no había logrado frenar el avance de estas enfermedades. Solo se aplicó una *higiene defensiva* que consistió en administrar tratamientos dietéticos y de reposo en instituciones específicas, cuyo fin era aislar la amenaza social, ejerciendo el control médico sobre la enfermedad. El tísico perdía por su condición algunos derechos individuales en pro de la profilaxis e higiene social, no siendo libre para desplazarse, trabajar, asistir a reuniones sociales de carácter religioso, recreativo o cultural. El tratamiento de su enfermedad y el miedo al contagio significaba la reclusión y el aislamiento preventivo de modo voluntario o forzoso.

La tuberculosis era considerada una infección que pesaba sobre el destino del organismo que la albergaba durante toda su vida y sólo se extinguía con la muerte del

---

<sup>11</sup> REMEDI Fernando Javier; *Condiciones de vida material de la población rural cordobesa (1900-1914)*, Córdoba, Centro de Estudios Históricos, Cuaderno n° 19, 1996, pp. 31-32.

sujeto infectado<sup>12</sup>. La “Peste blanca” fue una realidad biológica que incidió profundamente en la sociedad y en la cultura de nuestro pueblo durante largo tiempo, provocando miedo y rechazo hacia los enfermos y sus familias debido al número importante de muertes registradas en el país: “Los 200.000 tuberculosos que existen en la República y los 20.000 muertes anuales por esa enfermedad hablan de la crudeza de las cifras, de la gravedad del mal, mejor que todos los discursos”.<sup>13</sup>

El problema de la miseria, con viviendas insalubres y mal ventiladas, el alcoholismo, los excesos en el trabajo, el desgaste físico, la mala alimentación, el abuso en el sexo y los placeres de la vida urbana moderna, favorecieron el desarrollo de esta enfermedad pulmonar, de etiología compleja y multicausal, donde convergieron factores biológicos, orgánicos y ambientales.

Los médicos tisiólogos recomendaron como medidas profilácticas de la tuberculosis la vida al aire libre, puro, las viviendas ventiladas y limpias, el ejercicio físico moderado, la alimentación y el descanso necesario, el trabajo medido, el control de la promiscuidad y todo exceso que dañara la salud.

La concreción de las medidas antes enunciadas estuvo condicionada, por un lado, por la conciencia y el valor que otorgaban los individuos al cuidado de la salud, donde la vergüenza y el ocultamiento de la enfermedad fue un impedimento. Por otra parte, la posibilidad económica del enfermo para dedicarse exclusivamente a la cura de su mal. Los sectores más acomodados tenían ventajas frente a los condicionantes de la infección porque su situación económica les permitía una mejor nutrición, mejores viviendas y trabajos más descansados. Aún cuando contrajeran la enfermedad podían acceder a la consulta médica privada y a tratamientos diferenciales. En las clases obreras significaba abandonar el trabajo con la consecuente desprotección familiar.

En las primeras décadas del siglo XX, la clase obrera trabajaba en condiciones de explotación sin diferencias de sexo o edad, con extensas jornadas de trabajo, en muchos casos sin descanso dominical, careciendo de vacaciones y de licencia por enfermedad, en establecimientos antihigiénicos y sin ventilación. A medida que avanzaba el siglo, la preocupación por la situación de los trabajadores y sus protestas, especialmente entre los años 1917-1922, llevó a las autoridades a dictar leyes laborales que establecían la

---

<sup>12</sup> SAYAGO, Gumersindo (Dir.), *Tisiología. Quinto Curso de Perfeccionamiento*, Córdoba, Imprenta de la Universidad Nacional de Córdoba, 1937, p 10.

<sup>13</sup> Los Principios, 18 de junio de 1936, p. 11, c. 4.

jornada limitada de trabajo, el pago de salario en moneda nacional, la protección al trabajo de los menores, el descanso dominical entre otras medidas.

La aplicación de la nueva legislación fue deficiente al carecer de instituciones que vigilaran su fiel cumplimiento. La Oficina de Trabajo, creada en 1914 para regular los conflictos laborales, mostró carencia de personal y falencias en su capacidad ejecutiva. Se abocó a inspeccionar, señalar violaciones a las leyes y labrar actas, pero no tuvo facultades para aplicar multas ni obligar a aceptar las decisiones tomadas en los arbitrajes entre obreros y empresarios<sup>14</sup>. Esta situación continuó hasta 1928, cuando asciende al gobierno el Doctor Enrique Martínez, quien designó Ministro de Gobierno al Doctor Amadeo Sabattini. A partir de su gestión y durante su gobernación entre 1936-1940, se cumplieron con mas eficacia las leyes obreras, se implementaron nuevas, concretándose mejoras en las condiciones laborales de la población, como la disminución de la jornada de trabajo de adultos y menores según la ley, el descanso semanal, el pago de horas extras, el cumplimiento y el pago del sábado inglés, la protección al trabajo de la mujer instalando salas maternales en las fábricas y otras medidas.

La situación de los trabajadores en las tres primeras décadas del siglo XX, tuvo momentos caracterizados por los bajos salarios rurales y urbanos, especialmente los inmediatamente posteriores a las crisis económicas de 1913-1914 y 1930. Los jornales de los trabajadores rurales no eran homogéneos en toda la provincia, dependían de la región y de la tarea que desempeñaran. En el sudeste los salarios eran más elevados en comparación con el noroeste. Los peones rurales casi siempre eran jornaleros, con tareas estacionales que dependían de fenómenos naturales y climáticos, crisis económicas, enfermedades, etc.

En la ciudad, los salarios también variaban según la tarea y el sector en el que se desempeñaba el obrero. Las más bajas remuneraciones las recibían los trabajadores menos especializados, existiendo un predominio de la mano de obra nativa sobre la extranjera y de la masculina sobre la femenina. Las mujeres concentraron su labor en el trabajo doméstico, la alimentación, vestido y tocador, la educación y la salud. Los niños trabajaron especialmente en las actividades comerciales de la ciudad y en el campo

---

<sup>14</sup> ROGGIO Patricia, *El mundo del trabajo: discurso e instituciones del Estado, Córdoba 1913-1943*; en: MOREYRA Beatriz y SOLVEIRA Beatriz (Comp.), *Estado, Economía y Sociedad en Córdoba 1880-1950*, Tomo II, Los Procesos-Los Hombres-Las Vivencias, Córdoba, Centro de Estudios Históricos, 1997, p 393.

donde tuvieron una mayor actividad por las características familiares de las labores rurales.<sup>15</sup>

Los salarios sufrieron variaciones según la coyuntura económica y la región, lo mismo sucedía con los precios de los artículos de primera necesidad. El costo de esos artículos era más elevado en la campaña que en las ciudades. A pesar de estas diferencias en el período tratado, se dio un defasaje entre los salarios y los precios de los sectores trabajadores más humildes de Córdoba y el interior provincial. Por ejemplo, entre 1900-1914 los índices de salarios reales de los empleados públicos de menor jerarquía indicaron una pérdida del poder adquisitivo en relación a los alimentos, debido a sus bajas remuneraciones.<sup>16</sup>

El desempleo fue otro factor que agravó la situación sanitaria de los trabajadores y sus familias, persistiendo en el período 1917-1922. Superado el efecto de la posguerra en la década del veinte, se dio una recuperación de los niveles de empleo, presentándose nuevamente dificultades tras la crisis mundial de 1929<sup>17</sup>. En el segundo quinquenio de los años 30, los índices de desocupación variaron, especialmente en el área rural por razones estructurales, coyunturales y naturales. En los departamentos más pobres del noroeste respondía al modo de producción familiar, donde el trabajo escaseaba la mayor parte del año, expulsando continuamente a la mano de obra excedente. La situación desmejoraba por la falta de modernización en el tipo de producción y por el arribo de trabajadores de las provincias de Santiago del Estero, Santa Fe y La Rioja a los que se los contrataba por la mitad del jornal. Las sequías de los años 1937 y 1939 profundizaron el problema por la pérdida casi completa de las cosechas.

En esta realidad laboral, los obreros, los peones y los jornaleros, que se encontraban enfermos de tuberculosis, debieron resignar las posibilidades profilácticas e higiénicas por su imposibilidad de acceder a viviendas dignas, trabajos salubres y reposo necesario, siendo la mortandad en este grupo numéricamente superior a la de las clases acomodadas. En el sector obrero la diferencia estuvo dada por el sexo y la edad, mujeres en edades activas y reproductivas, niños entre 10-14 años, poseían las tasas más altas de mortalidad por tuberculosis<sup>18</sup>. Los casos congénitos de la enfermedad en los recién

---

<sup>15</sup> ROGGIO Patricia, *El mercado laboral en la ciudad de Córdoba 1914-1946*; en: Carlos S. A. Segretti *In Memoriam. Historia e historias*, Tomo II, Córdoba, Centro de Estudios Históricos, 1999, p 520.

<sup>16</sup> REMEDI Fernando J., *Entre el gusto y la necesidad: la alimentación en la Córdoba de principios del siglo XX*, Córdoba, Centro de Estudios Históricos, 1998, p.222.

<sup>17</sup> *Ibid.*, pp. 3-6

<sup>18</sup> CARBONETTI Adrián, *Enfermedad y Sociedad. La tuberculosis en la ciudad de Córdoba 1906-1947*, Córdoba, Editorial de la Municipalidad de Córdoba, 1997, pp. 34 y 79.

nacidos llevaba a la muerte en pocas semanas por generalizarse la infección al ser las defensas insuficientes para tal agresión. La tuberculosis no era hereditaria, la convivencia con una persona enferma era condición suficiente para la aparición de la infección, la intensidad y la virulencia dependía de la edad del niño, los de corta edad eran más sensibles que los mayores.

Otras miradas a la enfermedad motivaron la reflexión de médicos y estudiosos quienes vincularon como factores condicionantes para la aparición del mal, a los excesos en el alcohol y el sexo.

El abusivo consumo del alcohol se manifestó como una enfermedad que además de provocar la degeneración mental y orgánica, trascendía lo individual gravitando en el orden moral y económico de la sociedad. A la ingesta excesiva de alcohol se la relacionó como predisponente de la tuberculosis, las enfermedades mentales y el bajo rendimiento de la mano de obra, porque era una conducta peligrosa que debilitaba el organismo y las resistencias físicas y espirituales, predisponiendo a las infecciones y degenerando el sistema nervioso, llevando a la persona a un estado de denigración, aislamiento y exclusión.

La ignorancia y el hábito a la bebida de los sectores obreros, que comenzaban con la ingesta para adquirir mas fuerza, mas energía y disipar el cansancio, sólo conseguían el agotamiento, los trastornos hepáticos, los cuadros mentales que iban desde las simples pesadillas hasta la gravedad de las alucinaciones donde el sujeto afectado podía arribar a la locura, al suicidio o al homicidio. Los hijos de los alcohólicos llevaban las secuelas latentes del vicio de los padres y una fisonomía física y espiritual que los signaban de por vida<sup>19</sup>. En la tuberculosis y la sífilis, vulgarmente se consideró al alcoholismo como el recurso explicativo de la patogenia de estas enfermedades, descuidando su origen multicausal.

Los abusos en el sexo fueron un elemento más en la amplia gama de etiologías de la tuberculosis. La frecuencia, el modo y el tipo de actividad sexual en un contexto de promiscuidad, disminuía las defensas en el organismo favoreciendo el desarrollo de la enfermedad. Los excesos en la sexualidad fueron una preocupación de los médicos y tenía también una connotación moral y prescriptiva de las conductas humanas. La práctica profesional adquirió un carácter médico, higiénico y moral, es decir, la

---

<sup>19</sup> BARRANCOS Dora, *Socialismo, higiene y profilaxis social 1900-1930*; en: LOBATO Mirta Zaida (Editora), *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina*, Buenos Aires, Editorial Biblos-Universidad Nacional de Mar del Plata, 1996, p 145.

intervención de los médicos incluyó la aplicación de tratamientos específicos, la recomendación de medidas preventivas en el ámbito privado y social, con la obligación de abandonar cualquier conducta que trasgrediera las normas sociales y morales predisponente a la enfermedad.

Las enfermedades venéreas constituían el núcleo patológico social producido por prácticas sexuales desviadas. Eran males contagiosos contraídos generalmente por contacto sexual íntimo y promiscuo, en menor escala a través de la saliva, entre ellas se encontraban la gonorrea, la sífilis, el herpes, la blenorragia y otras. Erradicarlas implicaba vencer los agentes biológicos causantes de las mismas y moralizar a la sociedad para evitar las prácticas sexuales corruptas que iban en contra de las buenas costumbres, que degradaban un orden social preestablecido.

Las conductas individuales desviadas, consideradas un peligro colectivo, legitimaron la intervención pública a través de la legislación, la coerción, la represión y la difusión de informaciones con carácter educativo, donde se eliminaran concepciones erradas como la idea de que la iniciación a la práctica sexual en los jóvenes debía realizarse con las prostitutas. Era una ardua tarea erradicar la costumbre de buscar el placer sexual promiscuo que llevaba al contagio y difusión de las enfermedades venéreas y sus consecuencias personales y hereditarias, tales como la esterilidad del enfermo, los abortos a repetición, niños que nacían muertos o lo hacían a poco de nacer y aquellos que lograban sobrevivir muchos presentaban anormalidades físicas o psíquicas.

La sífilis fue de las venéreas la más común y era considerada un castigo, tanto para las prostitutas como para los hombres que las frecuentaban, violando un código moral que promovía una sexualidad restringida al matrimonio. No obstante, la prohibición de la prostitución no alcanzaba para detener el avance de las enfermedades venéreas, porque continuaban existiendo y funcionando prostíbulos enmascarados como “casas amuebladas”, negocio lícito, verdaderos focos de infección y contagio, donde se realizaba la prostitución clandestina, peligrosa para la salud pública<sup>20</sup>.

La atención médica de los enfermos venéreos quedaba librada al conocimiento, prejuicios y voluntad del paciente, aumentando los riesgos de contagio por la negligencia de los infectados que no tomaban conciencia de la necesidad de tratamientos médicos curativos en las fases tempranas de la enfermedad. A su vez los centros de atención no siempre contaban con locales adecuados para tratar esta clase de

---

<sup>20</sup> A.G.P.C. Ministerio de Gobierno e Instrucción Pública, Año 1940, Tomo 3, Decreto 44077 A, Folios 49r- 52r.

enfermedades. El Hospital San Roque informaba al Consejo de Higiene que en el periodo 1919-1923 la cantidad de enfermos con patologías venéreas se había duplicado, la mayoría de ellos llegaban en el tercer estadio siendo imposible atenderlos con sus recursos disponibles ya que la infección llevaba meses e incluso años y se manifestaba con daños severos en cerebro, nervios, ojos, corazón, vasos sanguíneos, hígado, huesos y articulaciones, pudiendo incluso a provocar la muerte. Para los responsables del Hospital las cifras demostraban con elocuencia la gran difusión que tenían las venéreas, especialmente la sífilis.<sup>21</sup>

A mediados de la década del treinta, los enfermos venéreos detectados recibieron tratamiento obligatorio y hospitalización forzosa en caso de no concurrir libremente como medida profiláctica y preventiva de la difusión de la sífilis principalmente<sup>22</sup>. El peligro y el miedo social despertado por las enfermedades del sexo clandestino justificaron las acciones contra el enfermo, más que contra la enfermedad, tendientes a disminuir el contagio segregándolos espacial y socialmente.

Igual suerte sufrieron los leprosos que fueron rechazados y discriminados por su repulsiva apariencia física y por el miedo al contagio. El individuo, según las creencias populares se enfermaban como consecuencia de una trasgresión de las normas preestablecidas, era una condena a los excesos y a las negligencias, a las conductas que afectaban el orden social. Este mal fue vulgarmente considerado un castigo por los pecados cometidos por los enfermos y un peligro por el riesgo que significaba para la salud física y espiritual de los otros.

En la provincia de Córdoba, la lepra tiene sus primeros antecedentes en la colonización española. En 1883 el intendente de la capital Don Manuel de la Serna mandó construir un lazareto, en la zona de Costa Cañada, en las barrancas al sudeste de la ciudad, para los enfermos en estado avanzado, situación que los hacía repugnantes y repulsivos. El incremento en el número de enfermos en la zona del establecimiento, hizo que en 1889, las autoridades trasladaran el lazareto a los altos de San Vicente, al lado del cementerio, donde desaparecían las posibilidades de contagio directo a personas sanas. En ese mismo lugar, se construyó más tarde, el Lazareto del Perpetuo Socorro, primero destinado a mujeres leprosas y en 1939 utilizado como hospital de tránsito para

---

<sup>21</sup> A.G.P.C. Ministerio de Gobierno, Año 1923, Tomo 30, Folio 200-201

<sup>22</sup> A.G.P.C. Ministerio de Gobierno, Año 1938, Tomo 38, Consejo de Higiene, Suministro y Maestranza, Dto. 40701 A, Folio 90r -117r.

los leprosos varones que debían ser trasladados al Sanatorio Colonia de San Francisco del Chañar<sup>23</sup>.

Los gobiernos de la provincia mostraban preocupación por esta enfermedad altamente contagiosa. Según el Dr. Domingo Tello<sup>24</sup> los censos de leprosos en Córdoba denotaron el aumento de la cantidad de enfermos entre 1928-1938. Se comprobó que el contagio era común en los convivientes con leprosos. Esta situación requería de medidas urgentes para que el mal no siguiera poniendo en peligro la salud de la población sana y la vida de los mismos enfermos.

El aspecto repulsivo y visible del leproso, junto con la misteriosa aparición y avance de la enfermedad, provocaban en él una reacción psicológica de pérdida del amor propio, intensificando la sensación de culpabilidad y castigo por los errores cometidos, reales o supuestos. Como consecuencia se da la negación de la presencia de la enfermedad lo cual acelera su avance. Al rechazarse a sí mismo el leproso trata de hallar un lugar en el hospital en donde vive, trabaja e incluso contrae matrimonio, se protege uniéndose a la colonia. Esto supone la disyunción entre su propia identidad y la social.

El aislamiento de los leprosos nos da la pauta del significado social de la enfermedad y la condena que llevaban de por vida quienes padecían este mal incurable. La marginación espacial, en las afueras de la ciudad o en cercanías del cementerio, creaba un espacio diferenciado que los desconectaba del mundo de los hombres sanos, impidiéndole el normal desenvolvimiento de las relaciones familiares, laborales, educativas, recreativas y sociales en general. El leproso estaba condenado al sufrimiento físico y espiritual, en un total autismo social.

### Los ritmos de la vida moderna

Con la urbanización producto del crecimiento demográfico y el paso de la vida rural a la urbana, donde los habitantes buscaban mejores oportunidades de trabajo y de vida, se desarrollaron nuevas enfermedades que estaba íntimamente relacionadas con el cambio en la alimentación, en el ejercicio físico, en las pautas de reproducción, en el comportamiento y en el entorno.

El número de muertes por enfermedades cuyas etiologías eran dudosas y desconocidas aumentaban progresivamente, provocando temor e incertidumbre en la

---

<sup>23</sup> A.G.P.C. Ministerio de Gobierno e Instrucción Pública, Año 1939 Tomo 18, Asuntos Varios, Folios 425r- 426r.

<sup>24</sup> *Ibíd.*, Folios 424 r-432r

sociedad. Entre estas patologías “nuevas” se encontraban el cáncer y las cardiopatías que movilizaron al plantel médico a buscar respuestas científicas por su creciente aumento en la población.

“El cáncer puede considerarse una de las enfermedades más terribles, y que más muertes causa según las estadísticas confeccionadas en todo el mundo. Como ninguna otra su mortalidad sigue avanzando paulatinamente, sin que hasta ahora se hayan encontrado los medios de aminorar sus efectos especialmente por incuria de los poderes públicos y por falta de conocimientos adecuados de los afectados, aunque científicamente el cáncer es curable, siempre y cuando se proceda en el principio de la enfermedad y se utilicen los medios convenientes para su curación”<sup>25</sup>

En 1920 el cáncer y las cardiopatías causaron el 0,74% y 1,40% de las defunciones respectivamente, en 1930 representaban cada una de ellas el 4,54% y 7%, en 1940 las cifras alcanzaron al 8% y 10%. Comparando todo el período 1920-1940, encontramos que el crecimiento de la mortalidad por cáncer fue de 887,8% y de las cardiopatías el 597,84%. En especial durante los años 1930-1940, las muertes por cáncer aumentaron un 100% y por enfermedades del corazón un 40%, llegando a equiparar e incluso en ocasiones a superar la mortalidad producida por las enfermedades infectocontagiosas de larga data como la tuberculosis y las neumonías, entre otras. La tuberculosis, la neumonía, el cáncer, las cardiopatías, las diarreas y enteritis ocasionaban en promedio el 40,79% de las muertes en la provincia de Córdoba en la década de 1930<sup>26</sup>.

Las patologías “nuevas” movilizaron a buscar respuestas científicas por su creciente aumento en la población. La falta de conocimientos sobre los tratamientos a seguir frente al cáncer no significó la ausencia de medidas terapéuticas que aplicadas temprana y preventivamente permitieran la curación. Se conoció que ciertos síntomas tomados a tiempo podrían mejorar el pronóstico de dicha enfermedad.

Recién en los últimos decenios del siglo XX, se reconoció que las enfermedades no contagiosas pueden tener origen ambiental y prevenirse cambiando las condiciones de vida y el comportamiento de los hombres<sup>27</sup>. Las ciencias médicas descartaron el origen infectocontagioso de estas nuevas patologías, adjudicándolas hipotéticamente a los ritmos de la vida moderna, los trabajos industriales, el sedentarismo, el hábito de fumar,

---

<sup>25</sup> A.G.P.C. Ministerio de Gobierno e Instrucción Pública, 1937, Tomo 28, Consejo de Higiene, Folio 327r.

<sup>26</sup> ANUARIOS ESTADÍSTICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA, Años 1920- 1940.

<sup>27</sup> MCKEOWN Thomas, *Los orígenes de las enfermedades humanas*, Barcelona, Crítica, 1990, página 214.

la ausencia de ejercicio físico, etc. Todos los hombres pueden resultar perjudicados o morir al someterse a contaminaciones, pesticidas, radiaciones, contacto con sustancias químicas nocivas y otros.

Los seres humanos se exponen a las condiciones de vida con la misma genética que hace miles de años, produciéndose una inadaptación que puede ser causa de enfermedad. Los hombres al transformar el medio, generan riesgos y peligros para la salud, provocando nuevas patologías a las que deberán adaptarse con su potencial genético. Las variaciones en los modos de enfermarse del ser humano son el fiel reflejo de las profundas transformaciones producidas sobre el substrato biológico por el largo y complejo proceso de socialización, donde el mecanismo de la mediatización de lo biológico por lo social condiciona la correlación de las propiedades heredadas y las adquiridas en el proceso de desarrollo individual y social.<sup>28</sup>

#### Los vaivenes de la política provincial

El Estado Nacional estuvo dominado, desde fines del siglo XIX, por gobiernos controlados por una elite que hegemonizó el poder legitimada en la riqueza, la educación y el prestigio. Esta elite controló los cargos del gobierno y de la administración, reuniendo en sus manos el poder político y económico, ejerciendo su dominio sobre la mayoría de la población al igual que sobre los sectores que perteneciendo a los estratos superiores se manifestaban como opositores. El accionar político se mantuvo dentro de las reglas de la democracia formal, los ciudadanos ejercían el derecho al sufragio y elegían representantes. Esto fue solo una apariencia, en las elecciones primaba el fraude con el voto doble, la compra de sufragios y la presión a los electores.

En el orden político establecido coexistieron principios liberales y conservadores, ambos adquirieron distintos significados. El liberalismo reunió un conjunto de ideas que incluyeron el *laissez faire* económico, el establecimiento de garantías constitucionales protectoras de los derechos individuales y la secularización social que redujera o eliminara la influencia de la Iglesia. Estas ideas debieron conciliarse con la necesidad y aceptación de un conservadurismo que permitiera defender un Estado fuerte y centralizado de la amenaza que representaban las luchas internas del pasado y que habían obstaculizado la estabilidad política. El conservadurismo fue una adaptación que

---

<sup>28</sup> HUERTAS Rafael, *Neoliberalismo y Políticas de Salud*, España, El Viejo Topo Fundación de Investigaciones Marxistas, 1998, p. 152.

impidió las reformas institucionales drásticas provenientes del liberalismo, proponiendo algunos sectores cambios políticos graduales y otros la reivindicación de la postergación política de las mayorías.<sup>29</sup>

El sector político liberal conservador consideraba que la sociedad avanzaba por la acción individual y que los individuos se bastaban a sí mismo sin necesitar la mediación grupal o del Estado para alcanzar sus objetivos de vida. Sostuvieron teóricamente los principios de la soberanía popular y la igualdad de derechos para todos los miembros de la sociedad, pero en la práctica política ese orden liberal no se dio, reflejándose otro minuciosamente institucionalizado destinado a evitar la participación político-social de los ciudadanos y los desbordes de las fuerzas populares que reclamaban por sus derechos ignorados.

Dentro de la clase gobernante, se encontraba el germen de un cambio político. Sectores internos disidentes definieron al régimen como oligárquico, cuestionando la restricción política y el fraude como prácticas corruptas. Ante las amenazas de las luchas sociales, la peligrosidad de los radicales con su estrategia de abstención y revolución, sumada a la crisis interna de la elite, surgió la respuesta reformista que combinó los ideales de progreso y modernización con principios de reparación moral que terminaran con los vicios de la oligarquía. Se concedieron parte de los derechos políticos a los grupos propietarios nativos de clase media y a la minoría de trabajadores nacidos en el país, dejando afuera a la gran mayoría de trabajadores inmigrantes, para quienes no se dictó ninguna ley que facilitara su naturalización. La Ley Sáenz Peña tendió a restaurar la estabilidad política y resguardar los intereses de la elite, concediendo en la práctica una apertura política muy limitada, ya que sólo los nativos varones mayores de 18 años consiguieron el voto secreto y obligatorio.

La Unión Cívica Radical, nacida en 1892 como partido opositor, se abrió camino al poder denunciando el carácter oligárquico del alineamiento dominante y proponiendo el control del Estado a través de elecciones limpias. Apareció activamente en el campo político en el siglo XX tras la apertura generada por la Ley Sáenz Peña que le permitió su llegada al poder central en 1916.

En Córdoba, la dirigencia política se identificaba con las ideologías liberales y conservadoras nacionales a las que se sumaba una arraigada tradición católica. Uno de los sectores era el liberal, laico y anticlerical, que poseía una mayor apertura a los

---

<sup>29</sup>ZIMMERMANN Eduardo, *Los liberales reformistas...cit.*, pp. 21-24.

cambios y estaban alineados a la corriente nacional. El otro sector era el católico vinculado con los sectores conservadores, de alto prestigio social, a los que se sumaban pequeños y medianos productores rurales, comerciantes y profesionales de prestigio. Los católicos responsabilizaban al liberalismo económico y a la secularización por los emergentes conflictos sociales, debido a que eliminaban las instituciones intermedias, como la familia y la Iglesia, que tradicionalmente protegían a los más necesitados<sup>30</sup>. Ambas líneas coincidían en la defensa del orden institucional dispuesto por la Constitución Nacional frente a posturas que lo cuestionaban como el caso del anarquismo.

Para las elites clericales la promulgación de la Ley de sufragio significó el avance de la modernidad con la secularización de la política y de las ideas, que si bien se habían iniciado en la década del ochenta, ahora se legitimaban por ley y consenso social, haciendo peligrar las estructuras políticas y sociales vigentes en la provincia.

Desde la Reforma Electoral de 1912, en Córdoba como en el resto del país, actuó un sistema de partidos caracterizado por el bipartidismo. Frente a la Unión Cívica Radical nació en 1913 el Partido Demócrata, que estaba integrado por una alianza de facciones provenientes del antiguo Partido Autonomista Nacional, del Partido Constitucional, de la Unión Nacional y de otros grupos locales ligados a las familias tradicionales de la provincia.

Las elite demócrata estaba constituida por representantes de los sectores dominantes cordobeses siendo su base de sustentación los hombres mas encumbrados, doctores y licenciados de la Universidad Nacional, que reforzaban su poder con un cierto control de la vida económica, ya que eran propietarios de campos o de predios urbanos y suburbanos. A ellos se sumaban los estancieros del interior, parte de la burocracia estatal y los medianos y grandes comerciantes.

Los demócratas en su declaración de principios manifestaron su aspiración de constituir una fuerza impersonal, popular y progresista, que sostuviera la Ley electoral vigente. Proponían la defensa de la propiedad privada, de las instituciones tradicionales como la familia y se mostraron abiertos a las nuevas orientaciones que apuntaban a reformas sociales y obreras que contribuyeran al bienestar y a la justicia en la distribución de la riqueza. Junto a estas ideas postularon el progreso económico

---

<sup>30</sup> FERREYRA Ana Inés, “*Universidad y política a comienzos del siglo XX. El impacto de la cuestión social*”, en Revista de la Junta Provincial de Historia de Córdoba, N° 18, Córdoba, 2001, pp. 146-148.

provincial mediante la explotación de los recursos naturales y la protección a la industria basada en los recursos del suelo.<sup>31</sup>

El Partido Demócrata constituyó una agrupación que sólo cumplió en parte con sus principios, con predominio del carácter conservador sobre el renovador y modernista, los sectores internos liberales del partido quedaron relegados a un segundo plano. Durante el gobierno de Núñez, entre los años 1919-21 se suscitaron grandes huelgas de trabajadores rurales y urbanos que reclamaban mejoras en las condiciones de vida y aumento de salarios. Las protestas arrancaron al gobierno la Ley de ocho horas que sólo encontró aplicación en las ciudades. En las áreas rurales, la respuesta estatal a la protesta fue la disolución de las concentraciones, la persecución de los dirigentes, los asaltos a los locales gremiales y el encarcelamiento de los líderes, ya que el gobierno no estaba dispuesto a aceptar la alteración del orden establecido.<sup>32</sup>

Los triunfos electorales demócratas alcanzados desde 1918 y hasta 1928, se vieron favorecidos por las reformas realizadas a la Ley Electoral provincial que alteraban el funcionamiento del sistema de partidos, persistiendo las prácticas fraudulentas y clientelísticas, donde el electorado era manejado por caudillos regionales o vecinales que utilizaban la presión y el otorgamiento de beneficios como medios para favorecer a los candidatos oficialistas.

La permanencia de los demócratas en el gobierno cordobés también se vio facilitada por la abstención electoral y la situación interna de la UCR, que por las luchas de las facciones conservadora y renovadora, lo llevó a presentarse en las elecciones con listas separadas disminuyendo la posibilidad de triunfo del partido. Entre los años 1930-1935, continuó la fragmentación interna de los radicales y la abstención que posibilitó nuevamente el triunfo del Partido Demócrata para el período 1932-1936.

El radicalismo cordobés en su origen estuvo compuesto por una amplia gama ideológica que coincidía en sus objetivos de incorporar a las mayorías a la actividad política y terminar con el fraude electoral. La fragmentación interna del partido condicionó su accionar político y el triunfo electoral. La dirigencia partidaria hasta la década del veinte estuvo ligada a sectores conservadores y católicos, donde figuraban los apellidos más tradicionales de la provincia.

---

<sup>31</sup> ORTIZ, Esteban Rafael, *Los Conservadores de Córdoba en el poder*, Córdoba, Edición del Autor, 1992, pp. 103-104.

<sup>32</sup> FERRERO, Roberto, *Sabattini y la decadencia del Yrigoyenismo*, Tomo I, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1984, p. 52.

Lentamente se enrolaron a las filas del radicalismo jóvenes hijos de inmigrantes motivados por sus preocupaciones en las cuestiones sociales que denunciaban las arbitrariedades, excesos y abusos de los gobiernos conservadores. Estos nuevos sectores fueron delineando en el interior del partido un ala liberal, laica y progresista, con una orientación democrática más amplia y opuesta a la dirigencia provincial conservadora, que promovió la progresiva renovación del liderazgo y se alineó tras el personalismo yrigoyenista. Este grupo alcanzó los cargos superiores dentro del partido, pero no logró concretar mayormente sus aspiraciones renovadoras, porque la corriente conservadora mantuvo una posición dominante en el accionar radical.

Los radicales llegaron al poder sólo en dos oportunidades antes de 1930. En 1916 con el triunfo para gobernador y vice de Eufrasio Loza- Julio César Borda que accedieron al poder con un ajustado margen de votos a favor y en 1928 con el binomio Enrique Martínez- José Antonio Ceballos. Los escasos triunfos electorales eran producto de múltiples factores, entre los cuales se destacaba la permanente fragmentación interna que llevaba al electorado radical a dividirse entre las diferentes fórmulas del partido ocasionando un debilitamiento progresivo. A ello, se sumaba la estrategia de la abstención electoral, que impedía la participación en las elecciones y provocaba un decantamiento en las filas del partido por la emigración de grupos que pretendían alcanzar cargos públicos. Por último, las prácticas y políticas tradicionales de los demócratas que favorecían a sus propios candidatos a través del fraude y el clientelismo político.

#### Un estado prescindente y el modelo benéfico asistencial

En Córdoba, entre las primeras década del siglo XX se desarrolló una política conservadora renuente a la participación incontrolada de las mayorías, favorable a la incorporación gradual y regulada de las masas que irían paulatinamente alcanzando la libertad y la igualdad políticas. Estos gobiernos se mostraron contrarios a los cambios drásticos, defendiendo las instituciones tradicionales como la familia y la Iglesia. Las corrientes liberales de los diferentes partidos, con ideas laicas, progresistas y renovadoras se mantuvieron como facciones que no alcanzaron a efectivizar las transformaciones del sistema político.

En el orden económico, se vio reflejado un Estado liberal que defendió los principios del laissez faire, la propiedad privada, las libertades individuales, donde la acción estatal alentaba el progreso de la provincia, propiciando el orden para el normal

desenvolvimiento de las instituciones y de las actividades económicas. Confiaban en la capacidad y potencialidad del mercado para regular las relaciones económicas y sociales.

Ante las crisis económicas, el Estado intervino en el mercado a través de medidas que restauraran el equilibrio perdido. Entre 1913-1914, ante la pérdida de las cosechas por las sequías y la limitación de las exportaciones e importaciones como consecuencia de la Gran Guerra, las autoridades intervinieron en la economía a partir de reformas fiscales y presupuestarias, al tiempo que alentaban el desarrollo de las industrias de sustitución de importación.

El ámbito social fue el más liberal en comparación con los sectores político y económico, predominando una concepción individualista, donde la sociedad quedaba sujeta a la expresión de la libre competencia, el interés individual ocupaba un lugar preeminente. Cada sujeto buscaba construir su propio destino colocando en primer término las necesidades personales. La sociedad estaba constituida por una suma de voluntades individuales cuyas finalidades no coincidían necesariamente.

La intervención del Estado en lo social, se dio ante la emergencia de situaciones riesgosas para la comunidad, caracterizándose, por un lado, por la reglamentación y el control de los modos de vida a través de nuevos organismos estatales y, por otro, prestando una mayor atención y apoyo económico a las organizaciones de beneficencia y caridad que actuaban conjuntamente con los poderes públicos.

La atención de la salud se vio impregnada del individualismo liberal reflejándose en consideraciones que responsabilizaban a los sujetos por el cuidado de sí mismos. Los individuos eran responsables de sus enfermedades, por su falta de previsión, malos hábitos, vicios, degeneración física y moral, lo que llevó a ignorar o enmascarar las causas sociales de muchas patologías. Pero a diferencia de las otras áreas de la cuestión social, el Estado intervino tempranamente en los problemas de la salud, especialmente cuando las enfermedades contagiosas se propagaron a manera de epidemias y cuando los médicos higienistas reclamaron y promovieron dicha intervención para preservar la salud de la población.

Las autoridades de la provincia, en las primeras décadas del siglo XX, adhirieron a una política económica que sostuvo un gasto público reducido en el sector social, invirtiéndose en obras de modernización y en el aparato institucional del Estado. Los recursos estatales destinados a la inversión social fueron escasos. Los aumentos en esa área dependían de la prioridad que el gobierno concediera a la cuestión social y del

incremento en la percepción de los impuestos. Las asignaciones se realizaron según una estructura de presupuesto de presupuesto múltiple, esto es, gastos ordinarios, leyes especiales y ampliaciones presupuestarias que no siempre contaron con la específica imputación de fondos.

Las acciones sanitarias ejercidas desde el Estado se canalizaron a través del Consejo de Higiene Pública, creado en 1881 y reformado en 1889 por Ley 1180. Era el único organismo técnico estatal abocado a la salud, que intervino combatiendo las epidemias, encargándose de las campañas de vacunación, regulando y controlando los honorarios profesionales del área, realizando los informes médico-legales, inspeccionando farmacias y denunciando a los infractores a las disposiciones vigentes sobre el ejercicio de la medicina y el arte de curar, además de aquellos que fabricaran o introdujeran productos nocivos por la salubridad pública.

A fines de la segunda década del siglo XX, las autoridades del Consejo plantearon al Ejecutivo provincial la necesidad de reorganizar la repartición, atendiendo a que desde su creación se han “ampliado los servicios, creándose numerosos puesto por acuerdos de ministros”, proponiéndose la sustitución del Consejo de Higiene por un Departamento Provincial de Higiene. El proyecto de ley propuso un nuevo cuadro de funcionarios cubiertos por profesionales con títulos expedidos por la Universidad Nacional de Córdoba o revalidados en el país y la dependencia de las Gotas de leche de la ciudad de Córdoba, Dispensario de Lactantes de Río Cuarto, Dispensarios de Tuberculosos y oficinas anexas de Cosquín y Alta Gracia y todas las instituciones que se crearan en lo sucesivo. Entre las funciones se planteó que el futuro Departamento de Higiene se encargaría de vigilar el cumplimiento de la ley sobre el ejercicio de la medicina, velar por la aplicación de las leyes relativas a higiene, profilaxis y conservación de la salud pública, aconsejar a las autoridades para mejorar o adoptar las medidas profilácticas para prevenir o combatir las medidas epidémicas, informar sobre casos de medicina legal y regular los honorarios médico-legales, visitar hospitales, sanatorios, casa de huéspedes y cualquier establecimiento público o privado que pudiera afectar la salud pública, indicar a las municipalidades las faltas a la higiene pública en dichos establecimientos, aconsejando las medidas para repararlos, inspeccionar farmacias y droguerías, someter a aprobación del poder ejecutivo las reglamentaciones sobre venta de sustancias medicamentosas o tóxicas, someter al tribunal que corresponda a los que fabriquen, introduzcan o vendan sustancias alimenticias nocivas para la salud pública a in de que sean juzgados, solicitar o proponer al Poder Ejecutivo,

las medidas de orden público, policial o administrativo necesarias para facilitar o asegurar su acción.

Aunque el asunto de la reorganización del Consejo provincial de Higiene pasó al archivo y no se tomaron medidas al respecto, la propuesta demuestra que la ampliación de las funciones responde a la misma concepción de intervención en material de salud: un Estado vigilante y policial de la salud de la población, que se limita a “aconsejar”, “visitar”, “denunciar”, “inspeccionar”. El accionar del Estado es pasivo en la mayoría de las cuestiones de la salud, solo en lo referido a las Gotas de Leche, la tuberculosis en áreas muy focalizadas de la provincia y en la prevención o combate de epidemias, se instituye como protagonista de la acción sanitaria.

El Consejo Provincial de Higiene continuó desempeñando sus funciones con escasas atribuciones acompañadas por un presupuesto muy limitado. La inversión del Estado en salud hasta la década del treinta se hacía a través de los recursos otorgados al Consejo de Higiene y el 3% de las utilidades líquidas del Banco de la Provincia de Córdoba. Los recursos para la salud eran mínimos, tal el caso registrado entre 1900-1914 en que el gobierno provincial destinó solo un 1% del gasto público a la asistencia sanitaria.<sup>33</sup> En la década del veinte, continuó la escasa asignación presupuestaria, apenas alcanzando el 2% del gasto público en 1924.<sup>34</sup>

Ante el reducido compromiso estatal con la sociedad, el sector más desprotegido fue el de la salud, limitando su gestión solamente al cuidado de la higiene pública, control de epidemias y atención de las emergencias<sup>35</sup>. El cuerpo y su cuidado, para la mayoría de los gobernantes, eran una responsabilidad privada, los pobres alejados del proceso productivo, recibirían ayuda de la caridad, mientras la acción estatal se caracterizó por la superficialidad en el trato de la problemática sanitaria.

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

---

<sup>33</sup> MOREYRA Beatriz; *Crecimiento y desajustes sociales en Córdoba (1900-1930)*; en: MOREYRA, Beatriz y otros, *Estado y Sociedad*, Córdoba, Centro de Estudios Históricos, 2000, p 292.

<sup>34</sup> MOREYRA Beatriz, *La política social: caridades, Estado y sociedad civil en Córdoba (1900-1930)*; en: MOREYRA Beatriz y otros, *Estado Mercado y Sociedad*, Tomo II, Córdoba, Centro de Estudios Históricos, 2000, p 263.

<sup>35</sup> *Ibíd*, pp. 248-249.

estos últimos los, entregaba el gobierno provincial con carácter extraordinario y por única vez. Sólo un número reducido de instituciones obtuvieron aportes estatales de manera casi permanente, entre ellos se encontraban en la capital, los Hospitales de Niños, San Roque, Italiano, de Misericordia, en el interior la Casa de Expósitos, el Asilo de Mendigos, el Maternal del Norte, el de la Inmaculada Concepción, el Comedor de Pobres.<sup>36</sup>

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

Los centros dedicados a atender las enfermedades de la población de nuestra provincia eran múltiples en cuanto a su tipo y jurisdicción: la asistencia pública municipal, hospitales, asilos, salas de primeros auxilios y mutualidades. Estas últimas eran instituciones que mantenían un fuerte lazo entre los miembros de las diferentes colectividades o entre obreros, y muchas de ellas suplieron los vacíos de los servicios sanitarios creando hospitales y centros asistenciales. A los mencionados deben agregarse los consultorios médicos particulares. La dispersión y diversidad institucional, mas la escasa presencia y control de Estado, dio por resultado un funcionamiento aislado, autónomo, sin planificación, contando con escasos recursos humanos, materiales y económicos.

En el interior de la provincia, entre 1900 y 1920, había un número reducido de hospitales situados en localidades importantes, como Villa Dolores, Río Cuarto, Cruz del Eje, Villa María, La Carlota, Laboulaye, Río Segundo, Deán Funes y otras. Estos nosocomios contaban con escasa cantidad de camas, insuficiente personal profesional y amplios radios de cobertura que hacían dificultosa la atención eficiente de los pacientes, debiendo muchos de ellos concurrir a los centros de la capital.

El Hospital San Roque de la ciudad de Córdoba fue uno de ellos y vio incrementada permanentemente la demanda de prestaciones, desbordando su capacidad médica. Los enfermos de las provincias limítrofes también concurrieron en busca de una mejor atención en las instituciones capitalinas. Este hospital había sido destinado desde su fundación a la asistencia gratuita de los pobres, gobernado y administrado por el Poder Público a partir de 1850, cuando falleció el último Betlemita, orden que estuvo a cargo

---

<sup>36</sup> *Ibíd.*, p. 258.

de la atención desde sus comienzos. Entre 1879 y 1914 el establecimiento dependió de la Facultad de Medicina como hospital escuela hasta la habilitación del Hospital Nacional de Clínicas, volviendo a pertenecer al gobierno provincial. Desde entonces, la dirección y administración del nosocomio estuvo a cargo de una comisión técnica administradora autárquica, régimen de excepción respecto de los otros establecimientos sanitarios de la provincia.<sup>37</sup>

La acción social se enmarcó dentro de un modelo benéfico asistencial que implicaba una responsabilidad residual y no institucional del Estado. La acción se concretó en la protección que aseguraba al individuo el mínimo de subsistencia, sin previsión alguna, a través de la combinación de la intervención privada, pública y organizaciones sociales que actuaron conjuntamente y de manera descentralizada. Este modelo permitió asegurar el control social y la acción civilizadora a través de mensajes de religiosidad, rehabilitación moral y el reforzamiento de lazos sociales, que apuntaban a las buenas costumbres en el ámbito familiar, laboral, vecinal, del ocio y la recreación.<sup>38</sup>

Ese modelo asistencial siguió vigente durante las tres primeras décadas del siglo XX como un paliativo a la situación reinante, la que no se vio modificada durante la alternancia en el poder político de los demócratas, los radicales y las intervenciones federales. Su actuación deficiente, desorganizada y atomizada, donde se superponían múltiples instancias asistenciales, no logró optimizar el funcionamiento y la atención sanitaria provincial. No obstante, la red de la beneficencia y la caridad velaban por la vida y la salud de los pobres y necesitados.

### Conclusiones

Este avance de investigación nos ha permitido comprobar que entre 1900-1940 muchas enfermedades como las gastrointestinales, la tuberculosis, la sífilis, la lepra, el paludismo, el tracoma, el Chagas, la brucelosis, la peste bubónica, la fiebre tifoidea y el alcoholismo, tuvieron una presencia permanente en la población cordobesa, mientras que fueron creciendo paulatinamente nuevas patologías entre las que se encontraban el cáncer y las cardiopatías.

Las enfermedades que existieron en la provincia de Córdoba desde comienzo del siglo XX, mostraron cambios y continuidades íntimamente condicionados por la

---

<sup>37</sup> A.G.P.C. Ministerio de Gobierno e Instrucción Pública, Año 1940, Tomo 11, Asuntos Varios, Folio 102 r-v.

<sup>38</sup> MOREYRA, Beatriz *La política social: caridades, Estado y sociedad civil en Córdoba (1900-1930)*... cit., pp.246-248.

existencia de los gérmenes patógenos, el recrudecimiento de las endemias, la aplicación de normas higiénicas individuales y colectivas, la influencia de factores naturales, de la vida cotidiana y las medidas adoptadas por las entidades del Estado y otras, para prevenir la aparición de las enfermedades y las epidemias en la población.

Con los avances en el conocimiento científico médico, comenzó desde principio de siglo XX y a medida que éste avanzaba, a experimentarse un cambio en la concepción de la enfermedad. La idea de contagio fue desplazando a la de castigo por conocerse los agentes patógenos y los factores de la vida cotidiana productores de la enfermedad, mientras continuaba el miedo, la segregación y la exclusión en la sociedad. Se comprendió que además de los microorganismos patológicos, los factores que daban vida al hombre, podían volverse fuente de enfermedad como el agua, el clima, la alimentación, la habitación, el trabajo y las relaciones sociales.

En Córdoba, desde inicios del siglo XX, los problemas sociales fueron provocados por el incremento de la población, viéndose reflejados en el plano laboral, habitacional, alimentario y en las formas de vida afectando el estado sanitario de la población. Los contingentes de inmigrantes se encontraron con carencias habitacionales, que los llevó al hacinamiento en viviendas insalubres, mal ventiladas y con insuficientes servicios de agua potable, creándose espacios propicios para el desarrollo y la propagación de diversas enfermedades. En cuanto al trabajo, la oferta laboral no respondía al incremento de la demanda, con bajos salarios, extensas jornadas, insuficiente descanso, muchas veces en malas condiciones de higiene y en contacto con sustancias nocivas para la salud.

Esta cuestión social generó diferentes respuestas del Estado y de la sociedad civil. En las primeras décadas del siglo XX, las soluciones a la cuestión social y sanitaria, fueron de tipo benéfico asistencial, motivadas por el sentido humanitario y cristiano de los grupos gobernantes tanto conservadores como radicales, que ayudaron a los desposeídos con fines caritativos. El Estado intervenía ante la emergencia de situaciones riesgosas para la comunidad, llevando adelante una política social sin Estado que no comprometía la estructura estatal. Se caracterizó, por un lado, por la reglamentación y el control de los modos de vida a través de nuevos organismos estatales y, por otro, prestó una mayor atención y apoyo económico a las organizaciones de beneficencia y caridad que actuaban conjuntamente con los poderes públicos de manera desorganizada y espontánea.

Prevalcieron las instituciones filantrópicas y las dependientes de la Iglesia, junto a algunas públicas, que desarrollaron acciones atomizadas y dispersas, sin planificación sanitaria, no cubriendo el total de las necesidades por lo limitado de sus fines, la carencia de recursos económicos, humanos, materiales y la insuficiente infraestructura.

El Estado provincial aportó subvenciones y subsidios, porque consideraba que la salud como otras cuestiones, eran responsabilidad del individuo, cada uno debía procurarse y asegurarse su propio bienestar. A diferencia de las otras áreas de la cuestión social, en la salud el Estado debió intervenir cuando las enfermedades contagiosas se propagaban a manera de epidemias y cuando los médicos higienistas reclamaron y promovieron su intervención para preservar la salud de la población.

En la década del veinte, los sectores progresistas enrolados en las filas del radicalismo, reclamaron una intervención del Estado que asumiera acciones comprometidas y permanentes en la defensa de los derechos sociales. En el breve período 1928-1929, cuando el Doctor Amadeo Sabattini fue Ministro de Gobierno, comenzó a experimentarse una intervención en la cuestión social, que buscaba centralizar y organizar las políticas públicas en la salud, la educación, el trabajo y en las condiciones generales de vida. Sabattini partió de una concepción integradora de lo social, es decir que optimizar el estado sanitario implicaba también efectivizar cambios en las otras áreas sociales. La política social comenzaba a asumirse progresivamente como deber público el bienestar de la población, otorgando mejoras en las condiciones de vida.