

## Capítulo 7

### La lucha antituberculosa

Desde fines del siglo XIX y especialmente durante la primera mitad del siglo XX los cambios en la infraestructura de salud y en las tendencias de la morbilidad y mortalidad se articularon con una suerte de catecismo laico de la higiene que logró penetrar con bastante eficacia en la sociedad y la cultura de Buenos Aires. Fueron años en que todo tipo de materiales impresos –libros, folletos, volantes– y a partir de los años veinte también programas de radio prescribían con tono más o menos pontificador qué hacer para vivir saludablemente.<sup>1</sup> Muchas de esas prescripciones se transformaron en necesidades materiales y morales de la vida en la ciudad moderna, tanto en el deporte y el uso del tiempo libre como en la sexualidad y la crianza de los hijos, la vestimenta y la comida, la organización de la vivienda y de los espacios públicos, la escuela y el lugar de trabajo.

Los médicos fueron un grupo clave en la sostenida ampliación, maduración y difusión de estas ideas y conductas que, incorporadas en la vida cotidiana, debían contribuir decisivamente en el esfuerzo de “profilaxis indirecta” de la tuberculosis. En 1940 un folleto publicado por el Centro de Investigaciones Tisiológicas estimaba imprescindible lanzar un plan de educación higiénica, coherente y con continuidad, basado en el uso de la prensa y la radio, en los matasellos del correo, en los carteles de anuncio en sitios públicos y en tranvías, colectivos y trenes. Todos estos medios debían facilitar la transmisión de un mensaje claro, simple, ágil y atractivo que pudiera “sorprender al sujeto que se desea educar”, que permitiera “ir a buscarlo y solicitar su atención”.<sup>2</sup> Estos esfuerzos por difundir las conductas higiénicas que supuestamente debían evitar el contagio de la tuberculosis con el lenguaje y las estrategias discursivas de la publicidad moderna no eran una novedad. Estuvieron tímidamente presentes en los años del entresiglo, cuando todavía dominaba el discurso del temor y de la higiene defensiva siempre dispuesta a combatir incesantes peligros epidé-

micos y también durante los años veinte, en que serían incorporados con redoblado entusiasmo cuando el dominante discurso de la vida sana y la higiene positiva anunciaba e introducía otros más abarcadores como el de la armonía y el consenso social, las embrionarias ideas asociadas a la justicia social o los derechos ciudadanos.

A comienzos del siglo XX ya eran habituales las campañas contra la tuberculosis que utilizaban profusamente carteles, afiches, folletos y volantes redactados en un “lenguaje al alcance de todos” y a veces en varios idiomas que buscaban informar y educar –al igual que sus equivalentes contra el alcohol, las moscas o las enfermedades venéreas–, trataban de atraer la atención del público y recurrían a encabezamientos cuasi religiosos o cuasi militares como “Catecismo contra la Tuberculosis” o “Guerra a la Tuberculosis”. Sólo entre 1901 y 1902 se distribuyeron en trenes y fábricas, sociedades mutuales y hospitales, centros obreros, iglesias y escuelas varias centenas de miles de piezas de material impreso. Hubo también otros modos de difusión. Las conferencias fueron frecuentes, tanto en un exclusivo salón como el de la sede de la Sociedad Rural, cuanto en los más plebeyos y modestos locales de las asociaciones étnicas. Más novedosa fue la impresión de “Instrucciones sobre cómo evitar el contagio de la tuberculosis” en las cajitas de fósforos, en el reverso de las recetas farmacéuticas y en los certificados de pobreza. En las escuelas primarias se alentó la campaña del timbre antituberculoso y se buscó atraer la atención de la población en general organizando concursos públicos que premiaban “al niño más sano”, el mejor diseño de salvaderas personales o el recurso “propagandístico” más original. De esa época también data la primera iniciativa, no concretada, de un Museo de Higiene y las convocatorias a utilizar más sistemática e intensamente el cine y los diarios y revistas de tirada masiva.<sup>3</sup>

Todos estos esfuerzos de difusión que puntean las primeras décadas del siglo XX fueron tejiendo una trama donde el mensaje de la higiene moderna se mezclaba con la propaganda y el consumo. En los años treinta, cuando los sectores medios, pero no sólo ellos, consumían más y más productos –desde los jabones “higiénicos” y calefones que permitían la ducha frecuente en el invierno a los tónicos y jarabes de venta libre que prometían “fortificar el cuerpo”– algunas propagandas se ocupaban de recordar al lector que necesitaba una aspiradora si se buscaba combatir seriamente a “los microbios más peligrosos”. Para esos años, fueron frecuentes los programas radiales que igualaban salud a belleza y que participaban de este esfuerzo por crear una “conciencia higiénica” destinada a “mejorar la raza” utilizando recursos y estrategias de nutrimento, de la buena alimentación a la difusión de conductas apropiadas y saludables.

Desde muy temprano el empeño por diseminar con efectividad hábitos que disminuyeran el riesgo de contagio de la enfermedad no sólo tuvo la moderna impronta del *marketing*, sino que también fue parte esencial del diseño, debate y puesta en práctica de lo que se dio en llamar la “lucha antituberculosa”, esto es, el conjunto de iniciativas específicas que intentaron controlar la enfermedad. En gran medida, la historia de esa lucha es una historia donde las continuidades dominan sobre los cambios y donde las incertezas biomédicas y la falta de un tratamiento eficaz parecen haber sido decisivos en la muy lenta caída de la mortalidad tuberculosa, que se mantuvo casi en una suerte de meseta hasta la llegada, en la segunda mitad de la década del cuarenta, de los antibióticos. A partir de entonces la mortalidad tuberculosa en Buenos Aires comenzó a disminuir de modo acelerado, poniendo de relieve ya no el problema de los que se morían por tuberculosis sino el de los que se enfermaban y debían ser atendidos. Pero hasta que esto ocurra, la “lucha contra la tuberculosis” estuvo marcada por una sensación de impotencia. Hubo sin duda una retórica antituberculosa, en ocasiones muy articulada e informada. Hubo propuestas ambiciosas, por lo general presentadas por los médicos higienistas primero y por los tisiólogos más tarde. Apenas esbozadas a comienzos de siglo fueron tomando forma en sucesivas reelaboraciones en los decenios posteriores. Pero todo ello transcurrió a lo largo de casi cinco décadas, marcadas por repetidos reclamos dirigidos a lograr un mayor protagonismo estatal, a disponer de más recursos que permitieran un más acelerado crecimiento de la infraestructura hospitalaria, a crear un seguro antituberculoso, a profundizar la educación higiénica como modo de prevención de la enfermedad. Algo de estas iniciativas llegó a plasmarse en políticas públicas específicas pero muchos de los contemporáneos las juzgaron insuficientes.

Esta sensación de inercia apareció claramente en un artículo de Gregorio Aráoz Alfaro, escrito en 1936 y titulado “Organización de la lucha social contra la tuberculosis”, donde no dudaba en indicar que estaba repitiendo lo que ya había dicho diez años antes en ocasión del Primer Congreso Panamericano de la Tuberculosis, celebrado en Córdoba en 1927. En esa ocasión, y frente a una audiencia de especialistas, informaba que si

en los últimos decenios la mortalidad general ha descendido gradualmente y la debida a las enfermedades infecciosas de un modo considerable y relativamente rápido, la ocasionada por la tuberculosis se ha mantenido sensiblemente en la misma proporción general. [...] Todo lo que se ha hecho hasta ahora frente a este flagelo moderno

por excelencia es ínfimo en relación con lo que es necesario hacer para contrarrestarlo [...]; desde entonces hasta ahora estamos en la misma penosa situación, [...] falta de legislación social y de organización sanitaria eficiente, insuficiencia de medios de asistencia, carencia de un plan orgánico y métodos de lucha.<sup>4</sup>

### La tuberculosis como problema público

La tuberculosis fue probablemente la enfermedad que más atención concitó en las primeras décadas del siglo XX. Fue un tópico relevante en una agenda que destacaba los asuntos de la higiene, el ambiente urbano y el asistencialismo en el marco más general de una imprecisa ideología de lo público que desde la cima del Estado se proponía definir los rasgos dominantes de la sociedad argentina. Esta ideología de lo público aspirará a ir definiendo las bases de un nuevo Estado social, obligado y responsable de la protección y bienestar de la población. Reformista y ambiciosa, invocando la solidaridad social, el orden y la expansión de ciertos derechos sociales, esta ideología de lo público apuntará a crear instituciones y expertos lanzados a producir políticas específicas que debían permitir dejar en el pasado a la filantropía y la caridad particular y limitar las atribuciones de las instituciones religiosas.

En el último tercio del siglo XIX el Estado estaba en franca consolidación. Para ese entonces el proceso modernizador —la inmigración masiva, la urbanización acelerada, los primeros y modestos desarrollos industriales— fue dando forma y sustento a una cuestión social que destacaba dos grupos de problemas. Por un lado, el agravamiento de los conflictos entre el capital y el trabajo, la creciente organización laboral, y las respuestas de la elite —en clave reformista, interesada en la legislación y en facilitar el rol regulador del Estado en los conflictos, o en clave represiva, lidiando con los conflictos como una amenaza social a la que se debía combatir sin tregua—. Por otro, la higiene y la enfermedad en la ciudad, especialmente luego de la epidemia de fiebre amarilla de 1871. Frente a esta dimensión urbana de la cuestión social el reformismo y la ideología de lo público presentaban una agenda tal vez más homogénea que frente a la cuestión obrera. El reformismo higienista finisecular —en todos sus matices— tendió a confrontar las enfermedades urbanas, en especial las infectocontagiosas y la tuberculosis, como enfermedades sociales. Las asoció a otras urgencias y las abordó con una nueva convicción que indicaba que era necesario, y en algunos casos posible, hacer algo que las evitara.

Ya en 1868 José Antonio Wilde consignaba que

salud del pueblo quiere decir instrucción, moralidad, buena alimentación, buen aire, precauciones sanitarias, asistencia pública, beneficencia pública, trabajo y hasta diversiones gratuitas; en fin, todo lo que puede constituir una exigencia por parte de cada uno y todos los que habitan en la ciudad.<sup>5</sup>

La prédica higienista anunciada por Wilde fue cambiando en el tiempo, en gran medida como reflejo de los cambios que tenían lugar en el mundo urbano. Pero mantuvo un núcleo perdurable. Se trataba de la ciudad como artefacto y como trama social donde se mezclaban los temores generalizados al contagio, la moralización y las condiciones de vida de las masas urbanas, las preocupaciones por el deficitario equipamiento urbano. Cuando la construcción de las obras de salubridad facilitó el control de los ciclos epidémicos —no de la tuberculosis— la higiene destacó más directamente la problemática de la pobreza y la necesidad de levantar una red de instituciones de asistencia.

Esta agenda de intervención y reforma en el mundo urbano tuvo buena recepción en grupos políticos de muy diverso origen ideológico. Sin duda entre reformadores liberales y conservadores, católicos sociales o socialistas. Pero también entre grupos anarquistas que participaron con entusiasmo de algunas dimensiones prácticas del credo higiénico. Todos proclamaron y defendieron el moderno ideal de la higiene, más allá de que enfatizaran sus contenidos preventivos o disciplinadores, discreparan en los modos de llevar adelante tal o cual proyecto, o especularan sobre sus resultados en la vida cotidiana. Esta suerte de consenso fue, en gran medida, facilitado por la convergencia de una serie de factores que permitió la transformación de los débiles y tímidos escauceos de la higiene antes de 1870 en un programa moderno de intervención en la ciudad. A partir de los años del entresiglo, y durante toda la primer mitad del siglo XX, las preocupaciones por lo urbano contribuyeron a dibujar los rasgos más gruesos de una medicina colectiva y social que pivoteaba sobre los avances de la bacteriología moderna, el desarrollo de la estadística como disciplina, la consolidación de instituciones estatales con agendas específicamente abocadas a las cuestiones de la salud pública, la creciente presencia de la profesión médica en la sociedad y el Estado. Era una medicina de las cosas urbanas modernas y una empresa político-médica donde el Estado debía ser el principal gestor de una densa red de medicalización apoyada en obras de infraestructura sanitaria, instituciones de atención y asistencia, campañas específicas y creciente presencia e intervención del médico y de la medicina moderna.

La transformación de la cuestión de la tuberculosis en problema público comenzó a tomar forma a todo lo largo del último tercio del siglo XIX y hasta la apertura democrática que siguió a la reforma electoral de 1912, cuando los gobiernos conservadores ofrecieron el marco político que permitió la creación y consolidación de una modesta burocracia administrativa. Trabajando desde el Departamento Nacional de Higiene o desde la Asistencia Pública Municipal los médicos higienistas lideraron este esfuerzo. No fue un grupo totalmente homogéneo. Algunos explicaban este nuevo rol técnico-burocrático a partir de lo que en ese entonces se entendía como solidarismo social, otros reconocían que el cuidado de la salud, en tanto cuestión social, era parte de los derechos individuales, y otros, por fin, encontraban en el problema de la tuberculosis una prioridad en una agenda destinada a construir la “raza nacional”. Pero estas diferencias tendían a diluirse al momento de pensar el activo rol que debían jugar el Estado y sus funcionarios. En efecto, llevar adelante esas iniciativas necesitaba de la competencia técnica de un nuevo grupo profesional que muy pronto quiso delimitar su área de influencia, que se pretendía iluminado y eficaz, que aspiraba a ser independiente de la presión de las fuerzas sociales y los grupos políticos, que se presentaba a la sociedad por arriba de la política de los notables y que podía —o debía— prescindir de la política representativa para concretar sus promesas.

En este contexto, la emergente burocracia médico-administrativa fue construyendo con relativa autonomía las modestas bases de una red de instituciones estatales de asistencia antituberculosa, una tarea en la que el Congreso Nacional no parece haber jugado un decisivo rol toda vez que la producción legislativa en la materia fue muy limitada. El tema de la tuberculosis no faltó en las discusiones parlamentarias del entresiglo pero las más de las veces quedaba subsumido a otros problemas como la lucha antiepidémica, la vivienda popular, el descanso dominical, la higiene, la jornada laboral de ocho horas, el trabajo infantil y femenino, la defensa social y la selección del inmigrante. En unas pocas ocasiones fue motivo de discusiones específicas que terminaron en la aprobación de un par de leyes destinadas a acelerar la creación o, más tarde, la nacionalización del Sanatorio Santa María en las sierras de Córdoba. Los argumentos esgrimidos que acompañaron esas discusiones señalaban desde “el valor económico” que se perdía como resultado de la mortalidad tuberculosa a la necesidad de democratizar una terapia —la de la cura de reposo en sanatorios— que “había sido efectiva entre los ricos y también debe serlo entre los pobres”, a la conveniencia de complementar las acciones estatales con las privadas en materia de “lucha antituberculosa”, al reconocimiento de que la inter-

vención estatal en el asunto era “parte de un socialismo de Estado que forzosamente tiene que venir”. La perspectiva y desempeño del Poder Ejecutivo no fueron muy distintos. A diferencia de sus cambiantes posturas frente a la cuestión obrera –oscilantes entre la represión y la reforma– los presidentes de la república conservadora también participaron de esa ideología de lo público que registraba las dimensiones sociales de la tuberculosis. Con más o menos prudencia, nunca de modo particularmente enérgico pero nunca oponiéndose, reconocieron allí un problema público, lo discutieron y en alguna medida, y como resultado de sus acotadas convicciones políticas, imposibilidades o incapacidades, desplegaron modestas iniciativas específicas. En un mensaje al Congreso, en 1906, el presidente Amancio Figueroa Alcorta expresaba bien este modo de ver el asunto cuando tomaba nota de la saturación de los hospitales de la ciudad y la dificultad de no poder recibir enfermos para quienes “el Estado tiene el deber de proteger en salvaguarda de los intereses de la sociedad”.<sup>6</sup>

Las administraciones radicales no produjeron grandes cambios aunque la tuberculosis ganó más presencia y entidad como un ineludible tema de la cuestión social. La novedad vino por el lado de un discurso más enfáticamente intervencionista desde el punto de vista de las responsabilidades del Estado que, con paso firme, ya se había lanzado a desplazar a la filantropía asistencialista. En 1917 Gregorio Aráoz Alfaro esbozaba con claridad esa tendencia –que culminaría en la primera experiencia peronista pero que aparece anunciada y en parte concretada en las décadas inmediatamente anteriores–, cuando invitaba a dejar

a la beneficencia privada un papel subsidiario en la asistencia ordinaria y un rol importante, pero transitorio, en las desgracias accidentales, en las calamidades públicas o grandes males imprevistos; [el objetivo era organizar] en forma eficaz y completa la asistencia social permanente, creada y dirigida por el Estado, que tiene la obligación indiscutible de proveer a estas grandes necesidades generales sin perjuicio de buscar suscitar la colaboración popular.<sup>7</sup>

Para esos años se reconocía en el Estado un árbitro clave en la resolución de conflictos obrero-patronales y un actor decisivo al momento de promover una agenda reformista de cambios progresivos y justicia social. Esto fue así tanto entre los sectores mayoritarios del movimiento obrero –donde la prédica por el cambio revolucionario ya había perdido la fuerza que lo había caracterizado en

el entresiglo— como entre las fuerzas políticas que participaban de la ampliada vida parlamentaria y la democracia política posterior a la reforma electoral de 1912.

En el movimiento obrero la tuberculosis aparecía como una evidencia que ilustraba un malestar y la necesidad de un cambio. Los socialistas la inscribían en un proyecto más ambicioso que apuntaba a conquistar paulatinamente las dependencias del Estado para luego ponerlas al servicio del bienestar de los trabajadores. Los anarco-sindicalistas hacían referencia a ella como una evidencia más de la necesidad de afianzar su control sobre el lugar de trabajo y desde allí minar el capitalismo. Pero los reclamos sindicales relacionados con la tuberculosis fueron definitivamente esporádicos —con la excepción de los panaderos— ya que, por lo general, las organizaciones sindicales —no importa su ideología o adscripción política— no alentaron o lideraron acciones específicas. Sin duda hablaron de la tuberculosis, pero lo hicieron en términos generales, como una evidencia de la injusticia social o el sobretrabajo, o como un tema asociado a otros problemas como la larga lucha por la reducción de la jornada laboral, las condiciones ambientales de trabajo, los esfuerzos organizativos de origen étnico o laboral destinados a la ayuda mutua y la atención médica.

En el Congreso Nacional la cuestión de la tuberculosis apareció con cierta frecuencia, impulsada tanto por el Poder Ejecutivo como por legisladores —muchos de ellos médicos— socialistas, católico-sociales, liberales, radicales o incluso conservadores. Fueron debates informados, sin improvisación y marcados por un tono moderadamente reformador que permeaba el modo en que casi todos, más allá de sus diferencias político-partidarias, confrontaban el problema. En este contexto de inocultado consenso sobre la necesidad de impulsar “la lucha antituberculosa” estaba ausente la forzada ideologización que por esos años saturó otros debates, en que los socialcristianos aparecían en la mirada de los socialistas como militantes constructores del capitalismo, los socialistas como entusiastas revolucionarios colectivizantes en la de los socialcristianos, y los radicales buscando afanosamente razones para diferenciarse de conservadores y socialistas.

Sin embargo, al momento de materializar en políticas concretas la retórica de la lucha antituberculosa, los resultados fueron definitivamente modestos y, en tal sentido, consistentes con una actividad parlamentaria que no logró transformar iniciativas y debates en leyes específicas. Entre 1916 y 1930 el Poder Legislativo quedó entrampado en una extraña parálisis que le impidió hacer de la legislación un instrumento efectivo de reforma política y social, en parte por la creciente intensidad de conflictos inter e intrapartidarios y en parte por la incapacidad del Congreso de canalizar demandas sociales más fragmentadas.<sup>8</sup>



Se presentaron proyectos que se fundamentaban en argumentos no demasiado novedosos respecto del período anterior. Así, se mencionaban “pérdidas pecuniarias”; “la necesidad que el Estado intervenga frente al flagelo social”; el reconocimiento de la “defensa de la salud” como una “función primordial del Estado”; la lucha antituberculosa como “una obra esencialmente de gobierno”; la realidad de que “la acción privada no basta para abordar el problema”; la convicción de que “la defensa contra la tuberculosis debe ser colectiva y el Estado debe mirar al individuo como parte de un organismo social”; la certeza de que “la tuberculosis es toda la cuestión social” y que su resolución requería “cambios de estructura” pero las respuestas parciales eran “necesariamente útiles”. Los proyectos, algunos puntuales y otros muy ambiciosos, proponían la creación de una Comisión Nacional Antituberculosa y de sanatorios y hospitales urbanos y de montaña, de preventorios antituberculosos infantiles y colonias de vacaciones para niños débiles, la prohibición de la fabricación nocturna de pan, la aprobación de recursos para sufragar los gastos de la lucha antituberculosa estatal y privada, la puesta en marcha de un seguro nacional obligatorio de prevención, higiene y profilaxis de la tuberculosis, la creación de diversos institutos destinados a producir sueros profilácticos y curativos, formar especialistas en fisiología y organizar la educación higiénica antituberculosa en la sociedad.<sup>9</sup> Algunas de estas iniciativas, como el seguro obligatorio contra la enfermedad que debía aunar los esfuerzos del Estado, del capital y del trabajo, canalizaron el persistente reclamo de los especialistas, por lo general médicos ya firmemente instalados en agencias del Estado y también activos en organizaciones antituberculosas de la sociedad civil.<sup>10</sup> Pero estos intensos debates sólo lograron la aprobación de unas pocas leyes menores que otorgaron fondos para algún proyecto muy puntual o, como en el caso de la ley 11.338, enfocada en la prohibición del trabajo nocturno en las panaderías.

Durante la década que sigue al golpe militar de 1930, el Estado no dejó de afianzarse y con él la posición de la burocracia médico-administrativa. Fueron años en que se subrayó la necesidad de una dirección única de la lucha antituberculosa a nivel nacional –un tema anunciado en la década anterior– y se consolidó a nivel de la administración comunal el departamento de Lucha Antituberculosa Municipal.<sup>11</sup>

El movimiento obrero, unificado en la Confederación General del Trabajo creada en 1930 con la participación de sindicalistas, socialistas y comunistas, reafirmó aún más su vocación por el logro paulatino y negociado de mejores condiciones laborales y de vida desplegando por lo menos dos estrategias respecto de los problemas de la enfermedad y la salud. Por una parte, su pro-

grama de acción apuntaba a la cuestión salarial, la regulación de la jornada de trabajo, la construcción de vivienda pública, las vacaciones con goce de sueldo y el seguro nacional de salud. Por otra, y de modo incipiente en la década del treinta y con paso firme y decidido durante el primer peronismo, algunos sindicatos comenzaron a crear mutualidades capaces de ofrecer prestaciones médicas, hospitalarias y farmacéuticas que funcionaban con aportes de los trabajadores y los empleadores.<sup>12</sup>

Las dificultades en plasmar en leyes los temas discutidos con gran detalle no desaparecieron pero los debates perdieron algo del lustre que tuvieron en la década anterior. Durante la segunda mitad de la década, en tiempos de Agustín P. Justo y Roberto M. Ortiz, registraron algunos logros legislativos que aun cuando tardaron en materializarse en acciones concretas revelan no sólo una relativamente más efectiva producción de instrumentos legales sino también una suerte de nacionalización de la cuestión de la tuberculosis. En 1935 se aprobaron las leyes 12.229 y 12.294 y en 1938 la 12.560, destinadas a concretar la ampliación del Hospital Tornú en Buenos Aires y la construcción en distintos lugares del territorio nacional de 18 hospitales suburbanos y 12 sanatorios de llanura, así como la ley 12.233, de 1935, de subvención estatal a la Liga Argentina contra la Tuberculosis para crear el Instituto de la Tuberculosis. En 1938 la ley 12.397 creaba la Comisión Nacional contra la Tuberculosis, indicando la necesidad de expansión de la infraestructura de servicios de atención en el interior y en Buenos Aires, definiendo una estructura de gestión a nivel nacional, provincial y municipal, alentando con subsidios estatales las actividades de organismos antituberculosos de la sociedad civil, considerando la urgente necesidad de estudiar la implantación de un seguro contra la tuberculosis.

Unos años antes, en 1933, el Poder Ejecutivo había presentado al Congreso un proyecto de ley de asistencia y previsión social que en uno de sus artículos indicaba que “todo argentino [...] tiene derecho [...] a ser reconocido gratuitamente por las autoridades públicas en los actos de desamparo ocasionados por [...] enfermedad”; en 1935 apoyaba con un decreto la Cruzada contra la Tuberculosis de ese año y con otro, de 1936, la inclusión de la tuberculosis en una nueva y ampliada lista de enfermedades profesionales siempre y cuando pudiera probarse una relación de causalidad entre la tarea o ambiente laboral y el comienzo de la enfermedad.<sup>13</sup>

Tanto el Poder Ejecutivo como el Legislativo fundamentaron sus iniciativas y acciones con argumentos ya anunciados en décadas anteriores. No sólo hay continuidad en ese sentido sino también más claridad respecto de los em-

peños dirigidos a construir el Estado social. El Presidente Agustín P. Justo los sintetizaba en un discurso en 1935, señalando que

la salud del pueblo, en su más amplio significado, es misión primordial de los poderes públicos, porque toda acción social debe tender al bienestar de la población; [en la lucha contra la tuberculosis] se impone desarrollar una acción conjunta y amplia, tomar el cuidado del ser desde el seno mismo de la madre y no abandonarlo ni en la muerte; [...] tomar al hombre aislado y también al pueblo, a la ciudad, a la metrópoli y a la República toda y hacerla sana, para precaverla contra el mal y hacerla alegre para verla más feliz.<sup>14</sup>

El primer peronismo, entre 1943 y 1955, retomó muchas de las ideas e iniciativas que en materia de salud pública se habían anunciado en los debates parlamentarios desde comienzos de siglo y las transformó en leyes y decretos. El Poder Ejecutivo devino en un dinámico hacedor de proyectos que el Congreso aprobaba sin mayores discusiones. En cuanto a la lucha antituberculosa hizo bien explícita su intención de llegar a las regiones menos equipadas de dispensarios, hospitales y sanatorios. El *Plan analítico de salud pública*, de 1947, establecía claramente estas prioridades indicando que Buenos Aires tenía suficientes camas y que las inversiones debían ser realizadas en los lugares del interior desde donde provenían muchos de los enfermos que terminaban internándose en los hospitales de la capital. Más en general, y en este caso incluyendo a los tuberculosos porteños, se anunciaba un redoblado esfuerzo orientado a la temprana identificación, tratamiento y seguimiento de los enfermos así como la reincorporación laboral de los que se habían curado.<sup>15</sup>

Fueron años signados por la creación de nuevas agencias estatales que recuperaron viejos proyectos nunca materializados y provenientes de matrices ideológicas tan diversas como el socialismo, el liberalismo y el nacionalismo católico. También por los sustanciales empeños centralizadores que no terminarían de conformar un sistema de atención a la salud único, estatal y universal. Finalmente, por una importante expansión —mucho más relevante en el interior que en Buenos Aires— de la red de servicios de atención hospitalaria. Con el Segundo Plan Quinquenal, hacia 1952, esta expansión se frenaría significativamente, no sólo como resultado de las ya inocultables limitaciones del proyecto peronista de crecimiento sostenido y bienestar generalizado sino también por las resistencias del gremio médico, de los sindicatos y de las organizaciones mutualistas y de caridad a un sistema de atención médica socializado o estatizado.

En materia de políticas sociales en salud este proyecto había desplegado un discurso particularmente enfático en concebir la atención de la salud como un derecho al que todos, de modo universalista e igualitario, debían tener acceso. En los hechos el Estado social o Estado de bienestar del peronismo produciría una red bastante poco integrada y de relativa efectividad basada, por un lado, en instituciones estatales de salud pública potencialmente universales y, por otro, en un nutrido grupo de asociaciones de trabajadores, fragmentadas y diferenciadas, algunas existentes desde los años treinta y otras creadas en la segunda mitad de los cuarenta, que lograrían obtener contribuciones financieras del Estado, politizarían como nunca antes en el pasado el vínculo asociativo, acelerarían el estancamiento o crisis del mutualismo más tradicional y terminarían consolidándose en un sistema de obras sociales dependientes de los sindicatos y del apoyo estatal.

En la década del cuarenta y del cincuenta, y como resultado del atractivo mercado laboral que acompañaba el proceso de sustitución de importaciones y mejores salarios, algunas provincias del interior comenzaron a expulsar población hacia el Litoral y la tuberculosis en Buenos Aires —que ya había perdido su dominante peso en las causas de muerte de los porteños— terminó asociada a los migrantes internos. Recargando la demanda de servicios asistenciales que siempre habían sido deficitarios, a comienzos de los años cincuenta el gran desafío fue facilitar el acceso a los antibióticos, en particular de los recién llegados migrantes del interior que se incorporaban a la vida urbana e industrial con niveles de inmunidad antituberculosa comparativamente más bajos. Ya no se trataba entonces de tuberculosos que se morían sino de tuberculosos que debían acceder a una terapia que finalmente era eficaz. Este acceso no fue igual para todos puesto que en los hechos el Estado social del peronismo avanzó como nunca antes en el pasado pero no llegó a universalizar su política de salud. Por otra parte, y por su propia acción, por iniciativa del Estado en un esfuerzo de cooptación o por ambas vías a la vez, los trabajadores sindicalizados que accedían a estos servicios terminaban distanciándose de los principios igualitarios y universalistas declamados desde el Estado pero nunca efectivamente llevados a la práctica y participaban con entusiasmo de un sistema asentado en un acceso diferenciado a los nuevos derechos a la salud y la ciudadanía social.<sup>16</sup>

### **Grupo profesional y lucha antituberculosa**

Las iniciativas por controlar la tuberculosis que recorren el período que va de 1870 a 1950 fueron impulsadas por un ideológicamente heterogéneo grupo de médicos higienistas, sanitaristas y, más tarde, tisiólogos, todos ellos marcados por un cierto humanitarismo que, según los casos, podía mezclar en proporciones diversas, intentos por controlar, ordenar, asistir y reformar la sociedad porteña. Eran médicos que a la práctica privada de su profesión habían sumado una vocación por la salud pública que los llevaría a participar en las nuevas reparticiones nacionales o municipales específicamente enfocadas en la lucha contra la tuberculosis. Algunos trabajaban a tiempo completo, por lo general en posiciones de cierta jerarquía. Otros combinaban la atención en el consultorio particular con la hospitalaria. Y si el trabajo en el hospital era para algunos un medio de vida, para los que lo hacían de modo honorario se trató de una vía de legitimación frente a sus pares, o una manera de reforzar sus credenciales profesionales de cara a potenciales pacientes particulares, o un modo de compromiso profesional que les permitía servir a la sociedad, o una mezcla de todas de estas razones.

La ausencia de una terapia eficaz y la naturaleza social de la tuberculosis tendió a reforzar una definición de su práctica profesional no sólo en términos médicos e higiénicos sino también políticos y morales. En ese contexto emergió la figura del médico de la acción social que no pocas veces terminó anudada a la del médico político y facilitó la llegada de algunos de ellos a puestos de intendentes, gobernadores, diputados, senadores o ministros de gobierno. Pero para la mayoría de estos médicos el proceso de expansión, complejización y burocratización de la red asistencial del Estado a nivel municipal y nacional los transformó en integrantes de un informal grupo técnico-profesional que tendría larga vida, que con frecuencia lograba sobrevivir a las administraciones políticas y que pautaba las jerarquías y trayectorias de una carrera profesional.

En 1880 se creó el Departamento Nacional de Higiene y en 1883 la Asistencia Pública de Buenos Aires. Para esos años el gobierno de la ciudad ya indicaba la necesidad de crear una comisión específicamente abocada a la lucha contra la tuberculosis. Hacia fin de siglo se hablaba de planes de profilaxis, desinfección y prevención, de empeños dirigidos a la hospitalización separada de los tuberculosos, que saturaban tanto las salas generales de los hospitales como las específicamente destinadas a los enfermos infecciosos. Con el siglo comenzaron a materializarse algunos de los objetivos definidos dos décadas atrás, en primer lugar la creación de instituciones como el Hospital Tornú en

Buenos Aires y el Sanatorio Santa María en las sierras de Córdoba, ambos específicamente dedicados al tratamiento de la tuberculosis. A partir de 1910 el asistencialismo antituberculoso se expandió de modo sostenido, ofreciendo consultorios externos dependientes del Hospital Tornú y dispensarios barriales. En la década del veinte, la Asistencia Pública Municipal ya contaba con una repartición específica, la Dirección de la Lucha Antituberculosa Municipal, que hasta entrada la década del cuarenta impulsaría la ampliación de una red asistencial antituberculosa con hospitales de internación y consultorios externos, sanatorios, dispensarios barriales, un servicio de maternidad para tuberculosas, un servicio de colocación familiar de niños de madres tuberculosas, colonias marítimas y preventorios urbanos para niños débiles o “pretuberculosos”, un servicio de vacunación de la BCG. A nivel nacional, en la década del treinta el Departamento Nacional de Higiene crearía una sección específicamente abocada a la profilaxis de la tuberculosis.<sup>17</sup>

Todas estas iniciativas eran parte del reformismo higienista que, antes y después de la reforma electoral de 1912, apuntó a ampliar los contenidos de la ciudadanía social en un esfuerzo de incorporación de vastos sectores sociales. Fue un proceso lento, no sólo de expansión y consolidación de instituciones y servicios de atención y asistencia sino también de creciente aceptación de la medicina en la sociedad. Lo lideró un grupo médico-profesional con una firme convicción respecto del rol que debía jugar el Estado en esa empresa. Retomando la tradición higienista de las décadas de 1880 y 1890 –que en materia de lucha contra la tuberculosis era todavía demasiado vaga y por esa razón fácilmente asimilable a los empeños higienistas en general–, estos médicos lograron en las primeras décadas del siglo XX articular desde el Estado, y particularmente a nivel municipal, un esfuerzo que no pudo acabar con la tuberculosis pero que sí logró no sólo diseminar con relativo éxito en el largo plazo un nuevo catecismo higiénico y anticontagioso sino también consolidar, por primera vez, una burocracia médico profesional especializada.

El municipalismo reformista –que en el caso de Buenos Aires sumaba las iniciativas del Estado nacional por su condición de ser capital de la república– facilitó este proceso tanto al despuntar el siglo como en el período de la entreguerra. En esos años, el municipio devino en un agente de mediación entre los intereses del Estado, los intereses económicos y las necesidades locales y de la sociedad, las más de las veces originadas en el mundo del consumo. La burocracia asistencialista y antituberculosa apareció y se desarrolló en este contexto. Sus médicos jugaron un rol decisivo en la creación, dirección y afianzamiento de las nuevas reparticiones municipales –y también en las nacionales–

abocadas a la lucha antituberculosa. Allí lograron definir un ámbito de relativa autonomía y así se fue consolidando un grupo profesional, los tisiólogos, que venía no sólo a satisfacer las demandas originadas en el Estado sino también reconocería en la tisiología una necesaria especialización de la práctica médica capaz de canalizar renovados requerimientos de atención de la salud en la sociedad.

Los empeños asociacionistas de los tisiólogos comenzaron a fructificar cuando el tema de la tuberculosis ya estaba instalado en la agenda pública y se había transformado en una cuestión que debía ser gobernada. Se trata de un proceso de profesionalización peculiar, que parece haber ignorado la típica sucesión de etapas donde a la creación de escuelas de formación y entrenamiento le sigue el asociacionismo a nivel local y luego nacional y culmina con la legislación que define las credenciales necesarias para ejercer la práctica y también sus prerrogativas.<sup>18</sup> En cambio, fue recién a principios de 1920, y después de varias décadas de lucha antituberculosa liderada por los médicos higienistas instalados en las nuevas dependencias del Estado, cuando emergió con claridad la cuestión de la tisiología como especialidad. En 1918 se creó la Asociación de Médicos del Hospital Tornú, que en 1925 fue aceptada por la Asociación Médica Argentina como Sociedad Argentina de Tisiología. También en esos años empezaron a publicarse los *Archivos Argentinos de Tisiología* y en los estudios de grado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires la tisiología fue ganando más reconocimiento. Desde comienzos de siglo hubo infructuosos empeños por establecer una cátedra enfocada en la clínica de la tuberculosis. Pero entre mediados de la década del veinte y la del treinta, y tal como ocurrió en otros lugares, esta idea sumó más y más adeptos. A comienzos de los cuarenta, y luego de un debate sobre la conveniencia de crear una cátedra independiente o incluirla como parte de las asignaturas clínicas comunes, se estableció la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis. Desde su creación la cátedra publicó sus *Anales*, sumando de ese modo otra revista médica a las ya existentes y especializadas en cuestiones relacionadas con la tisiología. También en esos años, la Facultad de Medicina incluyó entre sus carreras de posgrado la de médico tisiólogo y en 1940 el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina resolvió que todos los interesados en adscribirse a la cátedra debían ser médicos con ese entrenamiento y título. Los cursos de especialización duraban dos años y a todo lo largo de la década del cuarenta se inscribieron entre 40 y 50 médicos por año, de los cuales la mitad egresaba como especialistas en tisiología.<sup>19</sup>

Hacia finales de 1940 se creó el Colegio de Médicos Tisiólogos Universitarios y al año siguiente la Sociedad de Tisiología del Hospital Nacional Central y la Sociedad de Médicos de Estaciones y Sanatorios de Montaña. No fueron iniciativas alentadas por los médicos tisiólogos más reconocidos sino por los egresados de los cursos de especialización ofrecidos por la facultad. Eran instancias organizativas orientadas a lograr el reconocimiento oficial del título de médico tisiólogo y por esa vía afianzar sus prerrogativas respecto del status profesional, prestigio social y lugar en el mercado de prestaciones médicas especializadas, en primer lugar frente a los médicos que atendían tuberculosos pero sin haberse especializado. Se trataba de aspiraciones que, formuladas con mayor o menor precisión, rondaban desde mucho antes de la creación del Colegio. En 1924, por ejemplo, una iniciativa en la Cámara de Diputados apuntaba a combatir no sólo la proliferación del curanderismo sino también lo que se dio en llamar el “charlatanismo médico” o la oferta de servicios de atención por parte de médicos clínicos que anunciaban en diarios y revistas de gran circulación su supuesta condición de “especialista en enfermedades sociales”, en particular la dupla constituida por dos patologías muy distintas –respiratoria una y venérea la otra– como fueron la tuberculosis y la sífilis.<sup>20</sup>

Pero la aspiración a un efectivo monopolio del derecho de intentar curar al tuberculoso fue muy difícil de concretar, entre otras razones, por la falta de una cura eficaz, por los diversos tiempos y modos en que se manifestaba la enfermedad, por la enorme cantidad de gente afectada, por el limitado número de tisiólogos diplomados disponibles. Además, y en dirección contraria a lo predicado por los tisiólogos agrupados que buscaban monopolizar la oferta de atención especializada al tuberculoso, no faltaron médicos, ellos mismos envueltos en la cada vez más vasta problemática de la salud pública, que indicaban que se estaba creando una “formidable burocracia asociada a enfermedades –la tuberculosis en primer lugar– no tanto para combatirlas sino para vivir de ellas”, y que se intentaban sancionar leyes específicas que antes que atacar el problema de raíz apuntaban a crear empleos y puestos.<sup>21</sup>

Así, el caso de la tuberculosis parece estar revelando la existencia de un grupo profesional –el de los médicos tisiólogos– que recién avanza en su organización asociativa y corporativa entre los años veinte y cuarenta del siglo XX pero que desde fines del siglo XIX, y como resultado de la presencia de médicos funcionarios en las nuevas reparticiones del Estado, ha sido capaz de transformar la cuestión en un asunto público. Hasta mediados de los años veinte los especialistas en tuberculosis no hablaron como miembros de un grupo profesional especializado toda vez que el grupo como tal no existía. A pesar de ello,



y puesto que la lucha antituberculosa era una cuestión que involucraba a muchos y que ya se había politizado como parte sustantiva de la más amplia e imprecisa cuestión social, lograron articular con cierta autonomía discursos e iniciativas impulsados tanto desde las instituciones del Estado como desde la sociedad civil.

### **La Liga Argentina contra la Tuberculosis**

Muchos de los médicos que terminaron integrando el grupo burocrático profesional que animó los empeños estatales en materia de lucha antituberculosa hicieron sus primeras experiencias en iniciativas originadas en la sociedad civil. Así, con un pie en el Estado y otro en organizaciones públicas de diverso tipo, este grupo intentó definir el estilo con que se debía enfrentar a la así llamada peste blanca. De todas estas organizaciones, la más relevante fue la Liga Argentina contra la Tuberculosis. Creada en 1901, la Liga buscó replicar en el ámbito local la performance de su similar norteamericana, esto es, una institución privada apoyada en ocasiones por el Estado. Desde el comienzo apuntó a construir un consenso en torno a la urgencia de combatir la enfermedad. Esa agenda adquirió toda su relevancia en 1935 cuando la primera Cruzada Nacional contra la Tuberculosis fue presentada a la opinión pública como un esfuerzo destinado a reunir grupos políticos y sociales muy diversos.<sup>22</sup>

Las finanzas de la Liga resultaban del aporte de sus socios y de no muy generosos subsidios del gobierno, especialmente cuando se los compara con los que recibían las tradicionales sociedades de beneficencia. Con frecuencia las conexiones de sus dirigentes con la clase política o la burocracia facilitaban el acceso en forma gratuita a los talleres tipográficos del Estado, la distribución sin cargo de sus revistas de difusión o el control de la recaudación de una jugada especial de la lotería. Su precaria situación financiera la llevó a impulsar variadas iniciativas –como la “Semana de Lucha Antituberculosa”, las periódicas “Colectas Públicas en el Día de la Flor”, la venta de estampillas o la ya mencionada “Cruzada Nacional contra la Tuberculosis”– destinadas a recolectar contribuciones del público y al mismo tiempo difundir el código higiénico y antituberculoso.<sup>23</sup>

La Liga buscó influir en el Estado y la sociedad “creando conciencia pública”. Fue un empeño bastante exitoso, en gran medida resultante de la presencia a todo lo largo de la primera mitad del siglo XX de médicos activos en la Liga que se desempeñaban en puestos de las reparticiones nacionales o munici-

pales abocadas a la atención de la salud pública. Las biografías profesionales de Gregorio Aróz Alfaro, Rodolfo Vaccarezza, Alberto Zwanck o Juan Cafferata ilustran con elocuencia la doble inserción de estos médicos que con indudable espíritu de cruzados contra la tuberculosis construían y trajinaban los servicios ofrecidos por el Estado mientras animaban incansablemente diversas iniciativas en la sociedad civil. La Liga jerarquizó la “educación popular antituberculosa” con el objetivo de difundir el código higiénico. Con tal motivo impulsó, además de campañas específicas, publicaciones como *La Revista de la Tuberculosis*, *La Lucha Antituberculosa* y *La Alianza de Higiene Social* a comienzos de siglo o *La Doble Cruz* en los años treinta. Creó y sostuvo financieramente instituciones destinadas a atender las necesidades del tuberculoso pobre que luego servirían de modelo de referencia para iniciativas similares desarrolladas por el Estado y las mutualidades étnicas u obreras. Así, al despuntar el siglo, la Liga bregó enfáticamente por el sanatorio como el recurso institucional más propicio para difundir la entonces muy aceptada cura de reposo en las sierras basada en el descanso y la buena alimentación. Más tarde, y una vez que se hizo evidente que el sanatorio de montaña difícilmente podría transformarse en una real alternativa para los miles y miles de enfermos provenientes de sectores sociales con limitados ingresos, la Liga también centró todo su esfuerzo en ampliar el número de camas en los hospitales y en crear y sostener dispensarios antituberculosos en los barrios y preventorios para los así llamados “niños pretuberculosos”. Junto a la Sociedad Argentina de Tisiología la Liga insistió en la necesidad de coordinar los esfuerzos de las organizaciones antituberculosas. Fue en el marco de esa agenda que se creó en 1936 la Federación Antituberculosa Argentina con el objetivo –nunca materializado– de hacer un uso más eficiente de los recursos de atención desarrollados por más de veinte instituciones privadas asistenciales, étnicas, laborales y profesionales.<sup>24</sup>

La Liga fue la referencia institucional más influyente y perdurable de todos los esfuerzos originados en la sociedad civil. Desde la segunda década del siglo y hasta bien avanzada la del cuarenta hubo otros empeños, de vida más efímera y campo de acción mucho más limitado, alentados por sociedades de fomento, asociaciones mutuales o incluso médicos particulares como la Asociación de Ayuda al Niño Débil de Nueva Pompeya, la Liga Israelita contra la Tuberculosis, la Liga Anglo Americana Antituberculosa, la Liga Antituberculosa del Ferrocarril Central Argentino, la Mutualidad Antituberculosa del Personal Civil del Ministerio de Marina o los Servicios Médicos de la Mutualidad del Magisterio que articulaban su agenda de trabajo a la de la Liga o terminaban asociados a ella. La Liga Obrera contra la Tuberculosis o la Liga Roja contra la

Tuberculosis fueron esfuerzos mucho más ideologizados. Ambos tendían a subrayar un perfil clasista que se pretendía distinto y crítico del reformismo higienista que marcaba la agenda de la Liga. Encontraban en la tuberculosis un mal del capitalismo que sólo desaparecería con una profunda reorganización social. Esta postura, sin embargo, no les impedía asumir como propio, o con matices que no cambiaban la sustancia del mensaje, la prédica y acción asistencialista de la Liga o de las reparticiones del Estado activas en la cuestión de la tuberculosis. Así, mientras en el plano ideológico insistían en los problemas más vastos de la explotación y la utopía de una sociedad sin “males y enfermedades sociales”, en un plano más concreto, más práctico, ofrecían efímeras iniciativas asistencialistas que apenas sumaban una fuente más desde donde se difundía el mismo código higiénico antituberculoso pregonado por sectores menos contestatarios o proponían la creación de una “Federación de Organizaciones Antituberculosas” que de modo autónomo pero usando recursos del Estado “organice, dirija y oriente la campaña sanitaria”.<sup>25</sup>

### **La cruzada antituberculosa de 1935**

Un evento clave en la historia de la lucha contra la tuberculosis ocurrió en 1935, en ocasión de la cruzada nacional organizada por la Liga. La Cruzada Nacional contra la Tuberculosis –así se la llamó– condensa muchos de los logros y fracasos que puntean siete décadas de combate contra la enfermedad. La cruzada duró varios meses y tal como había sido inicialmente diseñada Buenos Aires debía ser la primera ciudad de una serie que también incluiría al interior del país, pero que nunca llegaría a concretarse. Tuvo una estructura organizativa basada en una comisión de honor y numerosas comisiones y subcomisiones. La comisión de honor estuvo presidida por el presidente de la nación e integrada por el vicepresidente, varios ministros del Poder Ejecutivo, el intendente municipal, el jefe de policía, autoridades del Senado y de la Cámara de Diputados, autoridades religiosas, representantes diplomáticos acreditados, jefes militares, autoridades universitarias, representantes de organizaciones industriales, mercantiles, financieras, deportivas y estudiantiles.

Los objetivos de la cruzada no podían ser más explícitos. Por un lado, se trataba de desarrollar una “campaña permanente de divulgación y educación popular” y lanzar una gran conscripción de socios a la manera de una “propaganda viviente”. Por otro, apuntaba a juntar fondos para la construcción del Instituto Nacional de la Tuberculosis con capacidad para 1.200 camas, un pro-

yecto que se venía arrastrando, sin lograr concretarse, desde 1924. Bien pronto fue evidente que los resultados no fueron igualmente satisfactorios. Sin duda el ejercicio de difusión y propaganda realizado fue impactante y su escala y dimensión ciertamente inéditas. “Todo el mundo se enteró de la cruzada”, evaluaba ufano uno de sus organizadores. Y la estadística de la propaganda realizada parece avalarlo: 432.000 afiches y carteles pegados en las paredes de la ciudad, 156.000 “transparentes” fijados en medios de transporte, 1.200 cartelones de gran tamaño colocados en sitios estratégicos, 312.000 cartillas ilustradas para los niños de las escuelas y colegios, cerca de 250.000 escarapelas y distintivos de la cruzada, algo menos de cinco millones de estampillas por valor de 10 y 20 centavos.<sup>26</sup> Junto a estas estadísticas también deben listarse una serie de iniciativas que revelan la sofisticación de los “modernos modos de difusión” que, se suponía, permitían llegar a vastos sectores. La Memoria de la Cruzada los explicita con detalle: todos los abonados que figuraban en la guía telefónica de la ciudad recibían la revista de la cruzada en su casa; sin previos anuncios los actores arengaban al público en los entreactos de las funciones de cine y teatro; en la escuela, las maestras leían a los niños cuentos donde la tuberculosis aparecía como “el enemigo número uno” o “el lobo feroz”; en las calles los paredones se empapelaban con afiches; en las estaciones de tren se colgaban grandes cartelones de tela y, en pleno centro de la ciudad, los transeúntes podían leer leyendas alusivas en los entonces novedosos letreros luminosos; de tanto en tanto, un vagón de tranvía se transformaba en un gran cartel rodante; la radio emitía programas de salud y anuncios sueltos que repetían con insistencia los consejos antituberculosos y algunas emisoras transmitían en forma gratuita el boletín informativo de la cruzada; los diarios y revistas le dedicaron una extensa e intensa cobertura; comisiones de señoras y señoritas vendían escarapelas alusivas en los vestíbulos de cines, teatros y grandes tiendas; hubo más de 200 conferencias en fábricas y talleres tituladas “Palabras a los trabajadores” y “Conferencias de divulgación popular sobre tuberculosis”; numerosas alcancías invitaban a los transeúntes a colaborar con la campaña en la vía pública; los altoparlantes de las canchas de fútbol se usaban para anunciar consejos antituberculosos que proclamaban “hacer patria cuidando de la salud”; las parroquias organizaban conferencias alusivas y distribuían folletos entre sus feligreses; las grandes tiendas armaban vidrieras alegóricas a la lucha contra la tuberculosis; los deportistas famosos hacían público su apoyo a la campaña. Uno de estos empeños combinaba el moderno optimismo higiénico de los años veinte y treinta con la decisión y aplicación usualmente asociada a los caballeros medievales lanzados a la conquista de la tierra santa: recortada en

madera, la silueta de “El Cruzado contra la Tuberculosis”, con escudo, casco y espada, interpelaba a niños y adultos en la puerta de grandes negocios, en esquinas concurridas y en estaciones de tren y los invitaba a sumarse a un ejército de civiles lanzado a la conquista de otra tierra santa, la de la salud, que la higiene estaba prometiendo.<sup>27</sup>

En términos recaudatorios los resultados no fueron tan espectaculares. La meticulosa rendición de cuentas que incluye la memoria de la cruzada revela un estilo ejemplar en una época donde abundaban los negociados económicos que hacían titulares en los diarios.<sup>28</sup> Y un análisis de lo recaudado indica que la campaña fue bastante popular, con numerosas colaboraciones de bajo y mediano monto que en el total resultaron ser las más significativas. Otra vez, y a pesar de haber tenido una ostensible presencia en la comisión de honor de la cruzada y en muchas de sus comisiones, la elite tradicional argentina se reafirmaba en su perdurable conducta pública de hacer filantropía sin gastar de su propio bolsillo. Participaba —y esta vez no sólo a través de sus mujeres—, ofrecía sus influencias políticas para captar fondos del Estado o involucrar a algunas de sus agencias pero sus contribuciones monetarias distaron de ser decisivas.

A través de la Unión Industrial Argentina la cruzada convocó a los empresarios. Señalando las nocivas consecuencias que la tuberculosis estaba causando en la mano de obra los invitaba a considerar la necesidad de crear un seguro social con fondos originados en el Estado, el sector laboral y el patronal y a coordinar esfuerzos con los gremios. Desde la perspectiva de los organizadores la cruzada contra la tuberculosis debía servir para superar diferencias sociales, políticas, ideológicas o religiosas. Se trataba, en palabras de Rodolfo Vacarezza, el presidente de la cruzada, de que la sociedad argentina proclamara “su buena voluntad para propulsar el bienestar obrero, sea por inclinación generosa, adaptación inteligente o propensión demagógica”. A través del Partido Socialista se apeló a los trabajadores pero más como destinatarios de recomendaciones profilácticas que como activos participantes de la campaña. Eran tiempos en que el anarcosindicalismo estaba en retirada y los socialistas se hacían fuertes en la Unión Ferroviaria, que sí participó, y muy activamente, en la cruzada. Otros gremios, como el maderero, el metalúrgico, el textil y el de la construcción, todos con fuerte presencia comunista y todos protagonistas de recientes y sonados conflictos laborales, no dieron cuenta de un explícito apoyo aún cuando los tres últimos habían usado la intermediación de monseñor De Andrea —un entusiasta de la cruzada antituberculosa— en sus negociaciones con la patronal. Dieciséis gremios de menor envergadura, como la Unión de Obreros Municipales o la Asociación de Empleados de Farmacia, manifestaron su adhesión.

La campaña aparecía como una empresa nacional que destacaba ante todo la idea de la convergencia nacional. Así, el esfuerzo fue presentado a la opinión pública como “una empresa de todos sin distinciones de tendencias filosóficas y políticas”. Tres ejemplos dan cuenta de este empeño consensualista. En primer lugar, la composición de la comisión directiva honoraria, que además de contar con la presencia del presidente Agustín P. Justo y del intendente de Buenos Aires, Mariano de Vedia y Mitre, reunió a figuras tan dispares como el arzobispo de Buenos Aires Luis Copello y el gran rabino de la Argentina David Mahler, el senador socialista Mario Bravo y quien había sido presidente de la nacionalista y filofascista Liga Patriótica Argentina Manuel Carlés, el senador demócrata progresista Lisandro de la Torre y el presidente de la Bolsa de Ganados Roberto Dowdall, el presidente del Jockey Club Manuel Alzaga Unzué y el del Centro de Almaceneros Manuel Entenza. Luego, los discursos del acto inaugural, el del monseñor Miguel de Andrea convocando a “todos los hombres que tienen ideales, [a no buscar] tanto por los lados de nuestras divergencias y sí un poco más por el lado de nuestras convergencias [que son] fundamentales y permanentes; [e invitaba a mirar hacia] adelante para el bien de la patria [tratando de ser] más tolerantes, más hermanos, más argentinos, más cristianos”, y el del socialista Alfredo Palacios que celebraba “el profundo sentimiento de justicia social” expresado por el “admirable cristiano” que lo había antecedido en el uso de la palabra. Y finalmente, el de uno de los dirigentes de la cruzada, insistiendo en que “nadie puede decir que la lucha antituberculosa es mi obra, la obra de mi profesión, la obra de mi grupo, la obra de mi partido, la obra de mi clase, la obra de mi religión; debe decirse, en cambio, que es la obra del pueblo y del gobierno, es la obra de todos, la obra de la cual a nadie se excluye”.<sup>29</sup>

### **Lucha antituberculosa, consenso y código higiénico**

Las iniciativas dirigidas a combatir la tuberculosis a partir de la diseminación de ciertos modos de vida considerados higiénicos, sanos y moralmente respetables, la producción de legislación específica y la oferta de servicios integrados a una red institucional de atención y prevención conformaron el núcleo en torno del cual se armó “la lucha antituberculosa”. Mensurar sus influencias en el corto y mediano plazo es una tarea difícil, casi imposible. Es evidente, de todos modos, que no logró acelerar o marcar significativamente los tiempos de descenso de la mortalidad tuberculosa. Tampoco logró incluir en sus renovados y ampliados servicios de atención a la mayoría de los enfermos. Por ello, y hasta

comienzos de los años cuarenta –antes del uso más o menos generalizado de los antibióticos– la tuberculosis estuvo persistentemente asociada a la impotencia y la ausencia de soluciones y estrategias biomédicas eficaces.

De todas maneras, es evidente que la lucha antituberculosa causó un impacto en la vida de Buenos Aires. El informal grupo de médicos que la lideró e impulsó, tanto desde el Estado como desde la Liga Argentina contra la Tuberculosis, logró definir una ambiciosa agenda que muy diversos sectores políticos apoyaron con moderado entusiasmo. Estos sectores podían enfatizar en uno u otro aspecto, incluso disentir en las explicaciones de las causas sociales profundas de la tuberculosis en la sociedad moderna. Pero todos tendían a reconocer que se trataba de una enfermedad social, que era imperioso mejorar los estándares de vida y que, en el mientras tanto, se debía acelerar la educación higiénica de la gente y ampliar la oferta y accesibilidad a los servicios de atención. Sin duda es posible identificar tensiones, conflictos y matices entre esos sectores provenientes de tradiciones ideológicas tan dispares como el catolicismo social o el socialismo reformista. Pero estas diferencias fueron siempre muy puntuales, nunca aparecieron claramente articuladas en iniciativas legislativas, formulación de políticas o políticas efectivamente llevadas a la práctica y, las más de las veces, terminaron diluidas o tapadas por el accionar y discurso del grupo médico, heterogéneo ideológicamente pero, en general, compartiendo una agenda de intervención profesional con más coincidencias que diferencias.

En el centro mismo de esta agenda estaba el empeño por difundir el catálogo de hábitos y conductas higiénicas que supuestamente servían para evitar el contagio de la tuberculosis. Y si en general “la lucha antituberculosa” estuvo signada por la impotencia y la incapacidad de acelerar decisivamente la caída de la mortalidad y morbilidad producidas por la enfermedad, en la aceptación de ese catálogo tanto por la gente común como por los más diversos sectores ideológicos el resultado fue otro muy distinto que bien puede calificarse como relativamente exitoso.

La difusión de esa cultura higiénica antituberculosa fue un proceso que, al igual que tantos otros en el mundo moderno, cabalgó sobre la imitación social, el aprendizaje, la novedad, la tradición y la coerción. El código higiénico antituberculoso definía no sólo los tipos de conducta que se suponían limpios y saludables sino también los que se suponían sucios y antihigiénicos. En relativamente pocos años muchas de esas prescripciones –más allá de algunas recomendaciones imposibles de llevar a la práctica– se transformaron en necesidades materiales y morales de la vida en la ciudad moderna.

El esfuerzo de difusión de estas nuevas conductas higiénicas estuvo presente tanto a comienzos del siglo XX, cuando los discursos del temor y de la higiene defensiva todavía aparecían como los recursos de combate frente a los incesantes ataques epidémicos, cuanto a partir de los años veinte, en que la idea de la higiene positiva devino en dominante. La recepción y asimilación de ese código distó de ser uniforme o absoluta y fue parte integrante no sólo de una muy generalizada aspiración a una nueva respetabilidad alentada por los trabajadores organizados sino también de la tesonera búsqueda individual desplegada por los que sin involucrarse en esos empeños colectivos apostaban al mejoramiento y el ascenso social. Así, los hábitos sugeridos por el código –los de neto corte disciplinario, los moralizantes, los presentados a la sociedad como parte del buen gusto, los que se difundían simplemente avalados por la razón higiénica– terminaban cargándose de elementos no necesariamente explicitados por el grupo médico que los impulsaba. En ocasiones aparecieron los empeños de otros grupos –católicos, socialistas, anarquistas, comunistas– por ideologizar ciertas conductas y hábitos individuales o familiares, dando cuenta de una suerte de contestación que unas veces moralizaba aún más los contenidos disciplinadores del código higiénico y otras los cuestionaba por ser instrumentos de un sistema social injusto. En cualquier caso, y antes que en sus traducciones ideologizadas, los hábitos de la gente común sobre la higiene parecen haber sido modelados, las más de las veces, por las limitaciones materiales en las que debía poner en práctica el código higiénico así como por su subjetividad respecto de las explicaciones y verdades ofrecidas por la bacteriología doméstica.

Nada de esto se logró con la celeridad y eficacia deseada y por eso no faltaron los médicos, algunos muy activos en “la lucha antituberculosa”, que advertían sobre las limitaciones de la difusión del código higiénico. En 1940, apenas un par de años después de la sonada cruzada antituberculosa de 1935, Roque Izzo y Florencio Escardó indicaban que las campañas, además de ser “genéricas y positivas”, debían “enfaticar en la alimentación, la vivienda y el examen periódico de la salud”, descartando las estrategias espectaculares y esporádicas que, aún siendo bienintencionadas, contribuían poco a la educación higiénica de la gente común y al final eran tan inefectivas como los “sermones higiénicos que se escuchan en la radio y que invitan a correr el dial cuanto antes” o las aburridísimas conferencias magistrales cuya “capacidad de penetración” en la audiencia era ciertamente limitada. Por eso convocaban a buscar activamente al público destinatario del mensaje. Decían que era “necesario hacer aceptar ideas y normas sanitarias como se impone la marca de un producto”.<sup>30</sup> Cuando Izzo y Escardó pensaban la difusión del código higiénico



con los emergentes y cada vez más sistematizados recursos publicitarios la cultura de la higiene antituberculosa ya estaba afirmándose como un valor compartido por los sectores medios, los populares y los trabajadores en franco proceso de sindicalización. Al despuntar la década del cuarenta, y aún más intensamente durante la primera experiencia peronista, todos ellos la fueron asumiendo a la manera de un nuevo derecho a la atención de la salud y la enfermedad donde se complementaban en modo creciente la responsabilidad del Estado y la de los individuos.

## Notas

<sup>1</sup> José Antonio Wilde, *Compendio de higiene pública y privada al alcance de todos*, Buenos Aires, Peuser, 1868; Intendencia Municipal de la Capital, *Instrucciones contra la propagación de la tuberculosis*, Buenos Aires, 1894; Franciso Otero, “La higiene y la tuberculosis”, *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Año XVI, n.º 12, diciembre, 1909; Municipalidad de Buenos Aires, *Los peligros de las moscas. Medios eficaces para destruirlas*, Buenos Aires, 1914; *Disposiciones generales para evitar la propagación de enfermedades epidémicas*, Buenos Aires, 1916; *Preceptos de higiene y economía alimenticias*, Buenos Aires, 1924; Antonio Cetrángolo, *Consejos para evitar la propagación de la tuberculosis*, Buenos Aires, 1930; Pedro Escudero, *El contagio tuberculoso por el consumo de leche en la ciudad de Buenos Aires*, Buenos Aires, 1936; Cátedra de Higiene Médica y Preventiva, *Educación sanitaria popular y propaganda higiénica*, La Plata, 1942.

<sup>2</sup> Roque Izzo y Florencio Escardó, *Una campaña de propaganda sanitaria*, Buenos Aires, Centro de Investigaciones Tisiológicas, 1940, pp. 16, 25.

<sup>3</sup> *Revista de la Tuberculosis*, 1901, p. 184; *La Lucha Antituberculosa*, 1902, pp. 200-201; *La Semana Médica*, n.º 15, abril, 1902; n.º 22, mayo, 1902; n.º 21, mayo, 1919.

<sup>4</sup> *La Doble Cruz*, vol. I, n.º 2, octubre, 1936, pp. 8-9.

<sup>5</sup> José Antonio Wilde, *Compendio de higiene pública...*, *op. cit.*, p. 70.

<sup>6</sup> Congreso Nacional, *Leyes sancionadas*, vol. II, septiembre 1899, p. 930; vol. I, junio, 1908, pp. 212-214; Congreso de la Nación, Cámara de Diputados, *Diario de Sesiones*, junio, 1912, p. 277; julio, 1912, p. 543; julio, 1906, pp. 392-393.

<sup>7</sup> Citado en Emilio Tenti Fanfani, *Estado y pobreza. Estrategias típicas de intervención*, Buenos Aires, CEAL, 1989.

<sup>8</sup> Tulio Halperín Donghi, *Vida y muerte de la república verdadera (1910-1930)*, Buenos Aires, Ariel, 1999, pp. 153-164.

<sup>9</sup> Congreso de la Nación, Honorable Cámara de Diputados, *Diario de Sesiones*, julio 28, mayo 20, 1918; junio 6, 1918; julio 29, 1918; septiembre 2, 1918; junio 13, 1919; junio 9, 1920; junio 10, 1920; marzo 2-11, 1921; junio 3, 1921; junio 8, 1921; julio 30, 1921; agosto 1, 1924; agosto 21, 1924; septiembre 30, 1924; octubre 21, 1924; mayo 15, 1925; junio 24, 1925; septiembre 17, 1925; septiembre 3, 1926; septiembre 28, 1926; agosto 10, 1927; septiembre 7, 1927; septiembre 23, 1927; septiembre, 1929.

<sup>10</sup> *La Semana Médica*, n.º 20, junio, 1919; n.º 47, noviembre, 1925; *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, vol. I, 1923, p. 31; vol. XXXIV, 1930, p. 12; Liga Argentina contra la Tuberculosis, *Memoria de la Primera Cruzada Contra la Tuberculosis*, Buenos Aires, 1936, pp. 103-105.

<sup>11</sup> *La Semana Médica*, n.º 25, junio, 1919; *La Vanguardia*, mayo 10, 1925; Liga Argentina contra la Tuberculosis, *Memoria de la Primera Cruzada...*, op. cit., pp. 61-68, 79; *Revista Argentina de Tuberculosis*, vol. III, 1937, p. 279; Municipalidad de Buenos Aires, *Memoria del Departamento Ejecutivo Dr. Mariano de Vedia y Mitre, intendente municipal. Año 1933-1934*, Buenos Aires, 1935, pp. 715-733.

<sup>12</sup> Luciano Andreacci, Fernando Falappa y Daniel Lvovich, “En torno a los orígenes del Estado de Bienestar argentino, 1880-1955”, *s/f*, p. 21, mimeo; Susana Belmartino et al., *Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina 1940-1960*, Buenos Aires, OPS, 1991, cap. 4.

<sup>13</sup> Poder Ejecutivo Nacional, decreto 63.914, julio 23, 1935; decreto 81.566, abril 20, 1936.

<sup>14</sup> Liga Argentina contra la Tuberculosis, *Memoria de la Primera Cruzada...*, op. cit., pp. 139-142.

<sup>15</sup> Secretaría de Salud Pública de la Nación, *Almanaque de la salud, 1948*, Buenos Aires, 1948, pp. 18-20, 136-139.

<sup>16</sup> Susana Belmartino et al., *Fundamentos históricos de la construcción...*, op. cit., pp. 363-364.

<sup>17</sup> Municipalidad de Buenos Aires, *Memoria de la Intendencia Municipal de la Ciudad de Buenos Aires correspondiente a 1883 presentada al Honorable Concejo Deliberante*, Buenos Aires, Martín Biedma, 1884, pp. 24-36. Municipalidad de Buenos Aires, *Memoria del Departamento Ejecutivo Municipal de la Capital Federal presentada al Honorable Concejo Deliberante por el intendente municipal Dr. Joaquín Llambías, 1918*, Buenos Aires, G. Kraft, 1919, pp. 1818-192; Municipalidad de Buenos Aires, *Memoria del Departamento Ejecutivo presentada al Honorable Concejo Deliberante por el intendente municipal Carlos M. Noel, 1925*, Buenos Aires, Jacobo Peuser, 1926, pp. 418-422; *Memoria Municipal de la Ciudad de Buenos Aires. Año 1933-1934*, op. cit., pp. 602-642; *Memoria del Departamento Ejecutivo de la Municipalidad de Buenos Aires. Año 1935*, pp. 715-734; *Memoria del Departamento Ejecutivo de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Año 1936*, t. II, pp. 545-585; *Archivos Argentinos de Tisiología*, t. XV, n.º 2, abril-junio, 1939, pp. 204-261.

<sup>18</sup> Harold Wilensky, “The Professionalization for Everyone”, *American Journal of Sociology*, n.º 70, 1964, pp. 137-158, citado en Ricardo González Leandri, *Las profesiones. Entre la vocación y el interés corporativo. Fundamentos para su estudio histórico*, Madrid, Catriel, 1999.

<sup>19</sup> *Revista de la Asociación Médica Argentina*, t. XLVII, 1933; *Anales de la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis (1942-1950)*.

<sup>20</sup> *La Semana Médica*, n.º 35, agosto, 1941, p. 548; n.º 36, septiembre, 1941, p. 608, n.º 50, diciembre, 1940, p. 1380; Congreso de la Nación, Honorable Cámara de Diputados, *Diario de Sesiones*, agosto 13, 1924.

<sup>21</sup> *La Nación*, octubre 22, 1941.

<sup>22</sup> Liga Argentina contra la Tuberculosis, *Memoria de la Primera Cruzada...*, op. cit., p. 12.

<sup>23</sup> Emilio Coni, *Memorias de un médico higienista*, Buenos Aires, A. Flaiban, 1918, pp. 518-520, 592-593; *La Semana Médica*, n.º 28, julio, 1917; *La Vanguardia*, noviembre 11, 1925.

<sup>24</sup> Liga Argentina contra la Tuberculosis, *Memoria de la Primera Cruzada...*, op. cit., p. 16.

<sup>25</sup> *La Vanguardia*, septiembre 18, 1919; febrero 17, 1922; *Reflexiones*, noviembre, 1921, p. 5.

<sup>26</sup> Liga Argentina contra la Tuberculosis, *Memoria de la primera cruzada...*, op. cit., pp. 110-118, 156-160.

<sup>27</sup> *Ibid.*, pp. 117-118.

<sup>28</sup> Héctor Recalde, “La primera cruzada contra la tuberculosis, Buenos Aires, 1935”, en José Panettieri (org.), *Argentina: trabajadores entre dos guerras*, Buenos Aires, Eudeba, 2000 p. 80.

<sup>29</sup> Liga Argentina contra la Tuberculosis, *Memoria de la Primera Cruzada...*, op. cit., pp. 29-31, 143-144.

<sup>30</sup> Roque Izzo y Florencio Escardó, *Una campaña de propaganda sanitaria...*, op. cit., p. 25.

