

CLAUDIA SANDRA KRMPOTIC
MARÍA MERCEDES SAIZAR
(coordinadoras)

POLÍTICAS SOCIO-SANITARIAS Y ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS

Intersecciones bajo la lupa

ESPACIO
EDITORIAL

teras empíricas 'en ejercicio', opción fortalecida por la OMS. En este contexto, debemos resaltar que los procesos formativos no ha tenido la intención de revalorizar saberes populares de las parteras empíricas sino que debemos leerla como una estrategia para 'acercar' a las mujeres al sistema de salud institucionalizado. Los organismos internacionales se han concentrado en la elaboración de manuales que fragmentan, reducen y limitan la actividad de la comadrona. De esta manera, se han concentrado en implementar capacitaciones desde la perspectiva biomédica lo cual contribuye a consolidar subordinación del oficio de partera al médico y han, permanentemente, desconsiderando las prácticas que han desarrollando las comadronas históricamente como también los significados atribuidos a ellas alejándose de la perspectiva de la diversidad cultural.

Esto, a su vez, permite visualizar la fuerza de la perspectiva biomédica, dado que estamos marcando que durante la segunda mitad del siglo XX las comadronas prácticamente se 'extinguieron' en el contexto local (Tandil) aunque también provincial y nacional, aunque se mantuvieron con mucho menor auge en las provincias del norte de nuestro país. No obstante, es el periodo, particularmente en latinoamericana, en el que afloran perspectivas alternativas a la biomedicina. La corriente de la medicina social primero y luego de la salud colectiva parece que poco pudieron hacer para contrarrestar la embestida de los biomédicos sobre el nacimiento en particular.

VII

Entre médicos y paisanos. Medicina de masas y cobertura sanitaria en poblaciones rurales jujeñas

Evelia Fernández
Claudia Sándra Krmpotic

1. Presentación

El objetivo del presente capítulo es comprender algunas claves en el desarrollo de la política sanitaria estatal argentina, tomando como caso la Provincia de Jujuy. La tarea del Dr. Alvarado y su Plan de Salud Rural como algunas experiencias previas y trascendentes como las encauzadas por el clérigo Escolástico Zegada con el objeto de abandonar el pensamiento mágico, extirpar las idolatrías y las prácticas del curanderismo, pusieron a prueba distintas estrategias de poder para imponer la biomedicina como medicina oficial, e incorporar los saberes de la clínica como matriz de pensamiento en la atención de la enfermedad. Para ello, la tarea debió enfocarse en los cambios de los modos de vida y en las arraigadas concepciones de la cura y la enfermedad que particularmente la provincia de Jujuy presenta a lo largo de su historia.

Si bien aquí se trata de analizar los desafíos de la biomedicina a través de la atención sanitaria oficial a mediados del siglo XX, no podemos dejar de introducir algunos rasgos que en retrospectiva describen las múltiples combinaciones en las prácticas del curar, así como plantear algunos pasajes significativos, entre hechiceros y curanderos (sus presuntos antagonistas), y entre éstos y los médicos quienes lucharán por erradicar el curanderismo y así mejorar los indicadores sanitarios básicos, de la mano del poder del Estado nacional y local, de las mediaciones de la iglesia, y la ayuda fundamental de paisanos en su rol de agentes sanitarios.

2. Algunas notas distintivas del Jujuy colonial

Jujuy formaba parte de la Gobernación del Tucumán, cuyo ejido reunía a las actuales provincias del noroeste. El Gobernador era electo por un cabildo compuesto por aquellos vecinos de pleno derecho (los que vivían en la ciudad y poseían bienes raíces), modelo de administración que también se reproducía en los pueblos de indios a partir de las Ordenanzas de Alfaro (1612) con los cabildos indígenas. Además de la encomienda que favoreció la catequización, el control fiscal y de la mano de obra, a partir de 1640 la población nativa comienza una franca declininación por las razones comunes a los demás pueblos indígenas de América, pero además a los traslados compulsivos, a las epidemias, como al ataque de los pueblos chaqueños. Asimismo, el territorio albergó otra población indígena y forastera que migraba de otras regiones del Tucumán, del Perú y Paraguay, instalándose tanto en las ciudades como en la Puna, atraídos por la actividad minera.

Desde el punto de vista social la élite agrupaba desde el siglo XVII a los encomenderos, junto a otras familias principales emparentadas con ellos o descendientes de los fundadores. En la medida que se diversificaban las actividades se fortalecían españoles, pobres y mestizos dedicados al comercio al menudeo, y se reagrupaban indios, esclavos, africanos y criollos. Con las reformas borbónicas se produjo en Jujuy un incremento de inmigrantes españoles, muchos de los cuales formaban parte de redes familiares ya instaladas en la región.

La atención de la salud promovida oficialmente en el período colonial como en la transición posterior, debe comprenderse en el marco de la noción de 'hospitalidad', lo que se tradujo en un conjunto de acciones socio-asistenciales que caracterizarían el antiguo régimen hispano-colonial. La respuesta terapéutica

incluía diversas ofertas, que pueden resumirse en: a) la profesional, a través de enfermerías y boticas, médicos y prácticos en cirugía y medicina (bajo control del Real Protomedicato del Perú, desde 1570); b) la atención médica empírica (curanderos, hechiceras y chamanes, indios o mestizos; y c) la autoatención a través de la medicina casera (Cruz, 2009). Asimismo, el hospital colonial según los principios del 'hospicio', asistía a pobres y enfermos con financiamiento a través del diezmo y donaciones, denotando ya una particularidad como es la relación estrecha entre pobreza y enfermedad.

Dentro de la categoría de atención médica empírica la diversidad de prácticas, algunas de las cuales ligadas a las actividades mágicas, evidenciaron el proceso de hibridación cultural "en buena medida de abajo hacia arriba" como señala Farberman (2005: 25) para el caso particular de la magia *"ya que la magia es capaz de unir, aunque más no sea temporalmente, a sujetos de jerarquías sociotécnicas contrapuestas, en un marco en el que pocos descreían de su eficacia. Para bien o para mal, el español que acudía a la hechicera indígena o al curandero negro debía someterse a su voluntad: una temporaria reversión de las relaciones de poder tiene lugar en el acto de curación, adivinación o daño a terceros"*. Asimismo es muestra elocuente de las reacciones sociales: persecución oficial a través fundamentalmente de jueces, a través de procesos que volvía a poner 'en su lugar' el orden social. Efectivamente, si bien la clientela era diversa, mostraba una ambigüedad de sentimientos entre el temor, la extrañeza pero también la confianza, que en la intimidad de los padeceres despertaba la alteridad cultural.

Configuraban una dinámica en la que a los brujos se oponían sus contrabrujos o magos blancos, a través del adivinar, del curar, del buscar objetos perdidos y el descubrir hechiceros, Siguiendo a Farberman (2005) tanto hechiceros como curanderos, es decir, brujos y contrabrujos *"despertaban temor en sus comunidades de origen, pero los prestigiaban a su paso por las aldeas vecinas, de aquí su incansable movilidad espacial y su generalizada condición de forasteros"* (136). Denotan además una distinción de género pues las hechiceras eran por lo general mujeres e indígenas, mientras los contrabrujos eran hombres y mestizos. Estos últimos obtenían reconocimiento adicional en la medida que solían ser convocados como testigos o auxiliares de la justicia en los procesos por hechicería.

En representación del mal, la fama de las hechiceras se proyectaba en su vida diaria pues eran además malas criadas, vecinas y esposas. De allí que la disciplina estuviera orientada principalmente por la Iglesia a custodiar los hábitos sexuales de los oprimidos, a través del arte sacro, la educación y el disciplinamiento del cuerpo en el desarrollo de las destrezas hogareñas y en la

enseñanza de la piedad doméstica. Por el lado del curandero, éste representaba el bien en la medida que acertaba en el diagnóstico y lograba invertir la cadena causal del malestar. El resentimiento y el enojo eran por lo general el motor del daño que se expresaba en el cuerpo, y en ambos papeles se creía en la transmisión hereditaria de los poderes y saberes, junto al aprendizaje que se daba en el espacio de la 'salamanca'[1].

La virtud sanadora (propia de la cosmología cristiana) como una gracia '*gratis data*', un don gratuito que la divinidad otorgaba a determinados individuos para beneficio del pueblo cristiano, comienza a cuestionarse cuando los médicos comienzan a formarse en las universidades, y los empíricos se afirman en las medicinas naturales, o el don se reduce a la creencia en un mero pacto con el diablo para obtener o conservar dicho poder.

Las preocupaciones en torno del control de la mortalidad infantil, de las prácticas de higiene y de los nacimientos fuera del matrimonio sancionando el concubinato o amancebamiento, se mantuvieron como foco de atención en el Estado colonial y en la transición hacia un Estado liberal, y como veremos seguidamente formó parte de las acciones fundantes de la política socio-sanitaria hasta bien entrado el siglo XX.

3. Poder temporal y poder celestial en la Argentina de mediados del siglo XIX

Una combinación interesante entre ambos poderes se encuentra en los albores del Estado moderno argentino y en el contexto de la ilustración católica. El catecismo Instrucciones Cristianas del clérigo jujeño Escolástico Zegada (1813-1871) es ilustrativo de la eficacia de las formas de catecismos en transmitir y persuadir acerca de diversos contenidos. En el contexto de la Reforma protestante y el Concilio de Trento se inició 'el tiempo del catecismo' en el mundo occidental (Lemaitre, 2002). Puntualmente Trento esperaba que los clérigos instruyeran a los fieles en materia de fe a fin de recuperar a los perdidos del dogma, y con la expectativa que el catecismo facilitaría la explicación del evangelio de manera fácil y comprensible, emulando la forma en que lo hacían los reformadores (Medina, 2014). Los catecismos no sólo divulgaron contenidos religiosos sino que también se escribieron catecismos políticos asociados a la formación del hombre civilizado. La articulación de elementos políticos, religiosos y cívicos también se proyectó a los libros de lectura destinados a la enseñanza de los niños, combinando normas de civilidad y principios religiosos muchas veces implícitos.

1. Otro exponente de una cultura híbrida, propiamente mestizo aunque continuando rasgos propios de un origen hispano.

El caso de Zegada bien ilustra las mediaciones de la Iglesia en la integración de la magia, la medicina tradicional y las prácticas modernas de la medicina científica. Este hombre –que vivió la mayor parte de su vida en Jujuy– era descendiente de dos de las familias más ricas del Tucumán colonial: los Zegada y los Gorriti, y se constituyó en uno de los dirigentes más influyentes de la sociedad salto-jujeña del siglo XIX, combinando la acción religiosa y la política, a partir de una red de relaciones que sostuvo a una escala que trascendió el espacio local[2].

Si bien la instrucción en la que pensaba Zegada estaba orientada a instruir a la masa del pueblo argentino, insistió con recurrencia en el sector social que denominó vulgo. Abogaba por inculcar normas de convivencia armoniosa, la fraternidad, el respeto y la amabilidad en el trato hacia las otras personas, el control por la conducta en la sociedad y las pasiones, y el aseo personal; urbanidad y cortesía en el sentido del proceso civilizatorio de Elías (2009). No era secundario además el carácter de ciudadanos útiles y laboriosos, perfil necesario para acabar con la ociosidad, como era de consenso sostener entre los dirigentes de su época. Su catecismo como eje del cambio cultural, no sólo trataba de reprimir prácticas ligadas a los vicios y la vagancia, sino que incorpora como prioridad la enseñanza de la mujer en la sociedad moderna. Esto respondía básicamente a dos problemas: uno referido a la elevada ci-

2. Ordenado como sacerdote en Chuquisaca hacia 1836, logró un lugar prominente dentro de la esfera eclesiástica pues además de ser párroco de la Iglesia Matriz, fue vicario foráneo de toda la provincia. Su actividad trascendió el ámbito religioso y se insertó en la esfera política local, como diputado por la Capital jujeña y por Yavi en varias oportunidades. En 1849 durante algunos meses fue gobernador de la Provincia; más tarde ocupó la presidencia y vicepresidencia de la Cámara entre 1852 y 1853. Presidió de 1855 a 1856, la Convención encargada de dar a Jujuy su Carta Constitucional, en consonancia con la de la Confederación Argentina, siendo luego Senador suplente en 1862. Durante los últimos años de su vida actuó como Presidente del Cuerpo Municipal hasta morir en 1871. Como religioso su actividad no fue menor, ya que fue nombrado Canónigo Honorario de Salta y Benefactor de Jujuy; asimismo, en San Salvador de Jujuy ordenó la fundación del Colegio de Dolores para educación de niñas, la realización de reformas en el Convento de San Francisco y fundó la primera Sociedad de Beneficencia en la Provincia, la que presidió inaugurando desde allí el San Roque, el primer hospital provincial.

fra de niños ilegítimos, nacidos fuera del matrimonio, que había registrado el Censo Nacional de 1869, lo que junto a la mortalidad materno-infantil, eran interpretados como resultado de la ignorancia de los métodos de higiene y alimentación (consistente con la noción de *diaetética*[3]), como de la falta de instrucción de las mujeres de los sectores populares para cuidar bien de sus hijos –consideradas como negligentes por naturaleza– y por lo tanto demandando ayuda (Teitelbaum, 1998). El rol moralizador del Estado en formación y aun en un contexto turbulento, reunía por un lado las fuerzas de las familias más poderosas quienes extendían su influencia a través del jefe de familia no solo al interior del propio núcleo familiar sino también hacia los parientes, sirvientes, personal doméstico y sus núcleos familiares, mientras que en los sectores más bajos era la mujer quien cumplía con estas expectativas de control tanto sobre su esposo como sobre sus hijos, por lo que la maternidad alcanza proyecciones políticas. Proceso que Nari (2004) distinguió en términos de una maternalización de las mujeres y de una politización de la maternidad.

Las ideas vertidas en sus Instrucciones Cristianas (versión original de 1847) proponen una vida honrada, cristiana y saludable. Para alcanzar la salud, Zegada coloca en primer lugar la necesidad de recurrir a los saberes de la práctica médica de profesionales, *"quienes encarnan el espíritu altruista del cristianismo, al tiempo que combate las representaciones populares basadas en supersticiones que trasmiten los curanderos, a quienes condenaba al igual que a quienes recurrían a tales sanadores. Así señala que "los desmanes en las enfermedades quitan la vida de muchos, mayormente a los del campo donde no tienen médico ni persona capaz de dirigirlos, por lo cual se entregan a cualquier curandero ignorante, atrevido y embustero; toman a ciegas lo*

3. Como señala Madrid (2008: 59-60) si bien la *diaetética* se inicia en la antigüedad clásica *"cuando la medicina entró en el período empírico, la diaetética se convierte en una dimensión que formaba parte del arte de curar"*. Recordemos que en la Edad Media la medicina se componía de la *diaetética*, la *pharmaceutica* y la *chirurgica*. Por su parte, *"la medicina española de los siglos XVI y XVII establecía la diaetética en dos sentidos diferenciados: como medio para reestablecer la salud (diaetética para enfermos) y como instrumento para mejorarla o prevenir la enfermedad (diaetética para sanos). En tanto régimen de vida fijaba normas tanto para conservar la salud física como para orientar hábitos y costumbres. Desde entonces las orientaciones diaetéticas apuntaron a la normativización de la conducta del hombre a partir del ejercicio explícito de un control social del propio cuerpo"*. De acuerdo a su tradición, comprende un corpus de saberes y reglas referidas a los ejercicios, los alimentos, las bebidas, los sueños y las relaciones sexuales, atendiendo diversos tópicos como la luz y el aire, las comidas y bebidas, el trabajo y el descanso el sueño y la vigilia, las emociones y los estímulos afectivos.

que les da, y se cargan de cuanto se les ocurre sin saber si les será dañoso o provechoso, sin saber que un mismo remedio puede sanar a unos y matar a otros... No hay que usar remedios desconocidos... cuando la enfermedad sea un resfrío, o costado o tabardillo o cualquier otra fiebre o calentura, si no hay quien recete con acierto, el enfermo no debe hacer otra cosa que ponerse en cama, conservarse abrigado, privarse de alimentos, aún de caldos, hasta que baje la fiebre y evitar la conversación y cualquier bulla que moleste. (...) En las incomodidades, pesadumbres y demás pasiones que agitan el espíritu, se debe hacer todo esfuerzo por distraerse, pues esto ofende mucho a la salud, y también quita la vida a veces".

Refiere a los principios de un estilo ideal de vida cotidiana: *"...Comer y beber con moderación, usar alimentos sencillos, como granos, verduras, frutas y poca carne. El aseo, lavarse todos los días, hacer ventilar y asolear la ropa de cama. (...) Asistir a los enfermos oliendo ruda o vinagre, o algún preservativo y estar lo menos que se pueda cerca del enfermo... Acostumbrarse a madrugar, pero antes de salir demorarse un rato abrigado, para orar al menos... La vida activa y laboriosa. El dedicarse a poner árboles, hortalizas, flores y otras plantas, también es muy conveniente a la salud, porque esto distrae el espíritu de las tareas y penas de la vida, da vigor al cuerpo, proporciona yerbas medicinales, frutas, legumbres y otros alimentos sencillos y agradables; el cultivo fue la primera ocupación corporal que Dios dio al hombre. Ante la codicia, condena a quienes se niegan a gastar en curarse".*

Para los inicios del siglo XX, el curanderismo ya era considerado una 'plaga' aunque persistente ante las vacancias que la biomedicina dejaba. Las prescripciones higiénicas y las disposiciones sanitarias estaban estrechamente entrelazadas con el ritual religioso, las que se constituían en normas observadas por el poder de policía que resultaba de la unidad Iglesia-poder político. Así la mediación religiosa fue indispensable en el cambio de hábitos cotidianos y el control social, en especial del comportamiento femenino.

4. Políticas de salud pública, biomedicina y poder estatal. El contexto de actuación del Dr. Carlos Alvarado

En 1939 el médico santiagueño Orestes Di Lullo describía *"La argentina es el país de la vaca y el trigo, de la mortalidad infantil, de las uniones ilegítimas, de la desnutrición, de las endemias, del analfabetismo, del despilfarro y del curanderismo"... "El médico está ausente de la campaña, se refugia en centros*

poblados pero alejados de las poblaciones, éstos no pueden vivir allí por los escasos recursos, pero si están, ahí vecinos: la herborista, la vieja médica, la partera, la práctica en embrujos y hechicerías, el curandero, el mano santa o baquiano, experto o inútil manipulador de yuyos y grasas, "hábil por veces en el diagnóstico, y de los cuales se cuentan maravillas, éxitos portentosos, que la gente crédula y humilde se encarga de propagar inocentemente" (92).

Este curandero –aquel contrabrujo– era ahora el perseguido. Se buscaba llamar la atención sobre su activa presencia muchas veces amparado por las propias autoridades, quienes competían con los médicos a favor de la superstición y de aquel oscurantismo que les atribuía virtudes mágicas o diabólicas. Claro que para entonces, se distinguía el curandero de hoy al de antaño, elaborando argumentos que fomentaban la desconfianza y la duda. De aquel que antes aplicaba su conocimiento empírico con honradez y experiencia, que heredaba de sus padres la sabiduría, de quien era religioso y por consiguiente noble, y practicaba el oficio con sentido de la caridad, se describe en contraste al *"ignorante, vivillo, especulador, charlatán, que usa a su favor la ingenua fe del pueblo, amparado por los gobiernos que lo explotan electoralmente, y en negocio con farmacias y médicos inescrupulosos, como síntoma inequívoco de la corrupción y de la incultura ambientes"* (Di Lullo, 1939: 24).

Siguiendo la tendencia internacional de crear en los límites de las ex-colonias centros de estudio de enfermedades, se promovió la creación de la Misión de Estudios de Patología Regional, en la que el Dr. Salvador Mazza desarrolló una experiencia de investigación médica y avance sobre el control del Mal de Chagas como patología del Noroeste, generando múltiples actividades (encuentros regionales e internacionales, revistas científicas, formación profesional) que constituyeron un paso más hacia el fortalecimiento de la corporación médica. Mientras tanto se reafirmaba la estrategia política de los gobernantes jujeños en orden a *"sustraer a los habitantes de sus sistemas curativos propios, basados en la aplicación de hierbas medicinales o en la acción sugestiva y torpe de los curanderos que explotan la ignorancia de los pacientes"*, proveyendo de atención médica hasta los *"puntos más apartados de la provincia, en donde jamás se dejó sentir los beneficios de la ciencia"* (Discurso a la Legislatura del Gobernador Quintana, 1933).

Si bien a partir del '30 los médicos higienistas y los reformadores sociales consiguen institucionalizar respuestas más profesionalizadas a la cuestión social, dicho impulso se afirma sobre todo a partir de 1943. La etapa de crecimiento industrial basada en la sustitución de importaciones se tradujo en materia sanitaria en la ampliación y creación de servicios nuevos como de los existentes, puesto que *"se impuso una concepción del cuerpo cuidado y bien*

administrado, capaz de desarrollar una funcionalidad armónica con el medio de producción" (Fleitas, 2007: 503).

Efectivamente, en materia de políticas socio-sanitarias este segundo tramo que se extiende hasta 1955, colocó a la salud en el conjunto de derechos de ciudadanía, en un contexto de bonanza económica y de expansión del mercado interno[4]. No obstante, como se advertirá tiempo después, ello tuvo un alcance anclado en la condición de trabajo y pertenencia a la rama de producción, lo que propició un acceso diferenciado de la población a los beneficios, fragmentando el sistema de atención en lo que luego se consolidarán como los tres sub-sectores: público, privado y el de las Obras Sociales. En la provincia de Jujuy en particular, se mejoraron las prestaciones en todas sus dimensiones aunque haciendo eje en el hospital. La erradicación de endemias y epidemias fue notoria al igual que la prolongación de la expectativa de vida. Por su parte, si bien disminuyó el índice de mortalidad infantil, siguió persistiendo.

El titular de la cartera sanitaria, Dr. Ramón Carrillo afirmaba que *"para comprender bien nuestros objetivos de gobierno en materia sanitaria, es necesario fijar previamente los fines de la ciencia médica, organizada y dirigida por el Estado, en beneficio de la mayoría, es decir de los no pudientes"* (Alzugaray, 1977: 10). Será con la incorporación de los derechos sociales a la Constitución Nacional en la reforma de 1949, que se concreta el derecho a la salud y por consiguiente el deber de los gobernantes de proveer las prestaciones para que ello se haga efectivo. En ese marco la política sanitaria argentina da un nuevo giro, para focalizar en la realización de tres principios: i) todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la sanidad; ii) no puede haber política sanitaria sin política social; y iii) de nada sirven las conquistas de la técnica médica si ésta no puede llegar al pueblo por medio de dispositivos adecuados.

Sin duda, la medicina como profesión se vio fortalecida a partir de la hegemonía estatal, y en respuesta al reclamo que se había hecho ostensible años antes. Volvemos a Di Lullo (1939) cuando señala la necesidad de una 'unidad de comando' que el Estado debe ocupar, no solo por solidaridad sino por deber, por obligación. Ausencia y omisiones de un Estado nacional que tampoco ampara al médico que en solitario *"cumple su función social, forma parte de la milicia humanitaria luego de los sacrificios que ha pasado para obtener su título, y de los esfuerzos para mantenerlo limpio y honrado"* (*op. cit.*: 17).

4. El crecimiento industrial promovida por las medidas del primer gobierno justicialista, impactó en Jujuy con el desarrollo de aserraderos, la explotación minera (estaño en Mina Pirquitas; plomo, estaño y zinc en Mina Aguilar; hierro en Altos Hornos Zapla a cargo de la Dirección General de Fabricaciones Militares) y la industria tabacalera en El Carmen.

Para 1955, y en el transcurso de los dos primeros gobiernos peronistas, Jujuy contaba con trece hospitales que habían incorporado tecnología diagnóstica y de tratamiento, sesenta y siete salas de primeros auxilios, una Escuela de Parteras y Enfermeras y una de Auxiliares de Medicina.

Ese fue el contexto de formación y práctica médica de Carlos Alvarado, a quien reseñamos particularmente dado el impacto de su labor. Nació en San Salvador de Jujuy en 1904 y falleció en 1986 a los 82 años de edad. Estudia en la Universidad Nacional de Buenos Aires, egresando en 1928 con el título de Doctor en Medicina. Realiza diversas especializaciones: en la Scuola Superiore di Malariologia Roma-Italia (1929), en Medicina Tropical e Higiene en la London School of Hygiene and Tropical Medicine, Inglaterra (1930), y en Tratamiento del Paludismo en la Universidad de Buenos Aires (1941). Además de profesor universitario, ocupó diversos cargos públicos provinciales, nacionales e internacionales[5].

Jauretche recupera la figura del Dr. Carlos Alberto Alvarado en un texto publicado originalmente en 1967[6], reconociendo en éste a una figura indiscutible de la Salud Pública argentina, quien en tiempos en que Ramón Carrillo era Secretario de Salud Pública de la Nación, descolló por el éxito alcanzado en la campaña para controlar el paludismo en el noroeste argentino, lo que no sólo puso en práctica sus descubrimientos previos sino que le permitió alcanzar proyección mundial. Tanto es así que cuando Alvarado es separado de su cargo en 1955, la Organización Panamericana de la Salud lo designa asesor regional, y entre 1959 y 1964 jefe del programa de erradicación de la malaria de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra. Será a su regreso al país y a su Provincia en 1966 cuando organiza el Plan de Salud Rural, anticipándose a conceptos que varios años después se plasmarían en la consigna atención primaria de la salud (Alma-Ata, 1978)[7].

La 'lucha sanitaria' que Alvarado encaró contra el paludismo, se organizó bajo el concepto de 'disputar palmo a palmo y casa por casa el terreno que había invadido el *Anopheles seudo puncti penni*', aspecto clave que luego constituirá la base de su Plan de Salud Rural. El emprendimiento sanitario fue descollante debido al éxito alcanzado con una franca disminución de casos nuevos, de 300.000 en 1946 a 137 en 1950, pero además por la cantidad de técnicos, vehículos y equipos movilizados, y la importante superficie abarcada.

Durante su gestión al frente del Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy, en el marco de la interrupción del mandato constitucional del Dr. Illia, y durante el gobierno de facto del Gral. Onganía, presentó un plan dirigido a la 'Atención primaria o prioritaria de la salud', en el que definió objetivos de la atención médica para que la familia humilde pueda tener una mejor calidad de vida, integrando: a) un énfasis en la lactancia materna; b) en la planificación familiar con foco en la mujer y el auto-cuidado; c) el saneamiento ambiental (que para entonces incluía la educación acerca de hábitos de higiene, el cuidado del medio ambiente, la construcción de letrinas, etc.); y d) en la prevención de contagios en las enfermedades de transmisión sexual.

Si bien la provincia contaba con recursos en salud pública que eran satisfactorios, denotaban escasa complejidad y diferenciación de acuerdo a patologías. Asimismo, y acompañando el proceso de urbanización, su distribución era inconveniente para la gente que residía en la campaña. Si bien había formación en enfermería, continuaba predominando la figura del 'enfermero empíri-

5. **Cargos públicos nacionales**

1931. Médico de la Defensa Antipalúdica del Departamento Nacional de Higiene.

1933. Director Regional de Paludismo de la capital jujeña, dependiente de la Dirección Nacional de Higiene.

1935/37. Secretario General del Departamento Nacional de Higiene.

1937/49. Director General de Paludismo del Ministerio de Salud Pública de la Nación.

1945/47. Dirige una campaña, en tiempos en que el Dr. Ramón Carrillo fue Secretario de Salud Pública de la Nación, que logra controlar el paludismo en el noroeste argentino, alcanzando una amplia repercusión mundial por sus logros.

1950. Desarrolla el programa de lucha antituberculosa y otras enfermedades epidémicas para el Noroeste Argentino. Promovió la creación de centros rurales para la asistencia de los enfermos mentales.

Cargos públicos provinciales

1966/67. Ministro de Salud de Jujuy. En su gestión desarrolla el Plan de Salud Rural, anticipándose a lo que luego la OPS/OMS en 1978 definiría como estrategia de Atención Primaria de la Salud.

1968/69. Ministro de Salud de Salta.

Cargos públicos internacionales

1940. Miembro de la Comisión Panamericana de la Malaria de la OPS/OMS.

1950/55. Consultor OPS en Paludismo. México.

1957/58. Consultor OPS en Paludismo. Washington. EE.UU.

1958/64. Director de la Lucha Antipalúdica Mundial de la OMS. Ginebra-Suiza.

6. El texto de Arturo Jauretche –pensador, escritor y político argentino (1901-1974)– fue publicado originalmente en 1967 en el libro *Los profetas del odio*, por la editorial de Arturo Peña Lillo, y reeditado en Salud Colectiva, 2012.

7. 134 Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud se reunieron en la antigua capital kazaka, Alma-Ata, con motivo de con motivo de una conferencia internacional que tuvo como telón de fondo la guerra fría para llegar a un acuerdo decisivo: adoptar la atención primaria de salud como la estrategia clave para alcanzar la "salud para todos" en el año 2000.

co' en las 140 enfermerías que había para 1966. A Alvarado le preocupaban dos índices que colocaban a Jujuy en el primer lugar nacional: la mortalidad infantil y la prevalencia y muerte por tuberculosis.

Su propuesta implicó la implementación de una acción médica en las dimensiones preventiva y asistencial, en la educación sanitaria, la rehabilitación y otras medidas domésticas de saneamiento ambiental. Puso el acento en una 'medicina de masas', lo que debía interpretarse en clave de medicina para el pueblo, pensando básicamente en los usuarios reales y potenciales del sistema público. En línea de continuidad con lo iniciado por el Dr. Carrillo a nivel nacional, el Dr. Alvarado sostuvo la necesidad de crear una nueva estructura sanitaria que permitiera ampliar el alcance –hasta entonces restringido– de los hospitales a través de los nuevos puestos sanitarios. En este sentido, la cuestión territorial constituyó un aspecto fundamental del giro que se procuraba dar hacia un enfoque médico integral y preventivo. Si bien no se utiliza el término cuidar, los discursos programáticos enfocados en la prevención daban cuenta de los límites y consecuencias negativas de una estrategia solo encauzada hacia el curar. Además había razones de imperiosa justicia social, pues en las comunidades rurales el desamparo era el resultado de diversos factores: desde la baja densidad poblacional, las dificultades para el transporte, los altos niveles de natalidad, morbilidad y mortalidad, hasta el bajo nivel educativo y de vida en general.

Este era el panorama social sobre el que pretendían incidir las "Pautas para la cobertura sanitaria de la población rural" (Alvarado, 1967), las que condensadas en ocho premisas buscaban alcanzar la mejora del 'nivel de vida y espiritual' de nuestros hermanos, según expresaba Alvarado. Las claves de este ideario residían en: i) la figura del 'agente sanitario'; ii) en la modalidad llamada de 'medicina simplificada' a partir de los cursos de formación para aquellos, organizados como en situación de 'clausura' durante 30 días en lo que se compartía mucho más que conocimientos acerca de cómo detectar patologías, aplicar técnicas simples y asesorar sobre conductas a seguir en ausencia o tardanza del médico; y iii) en la 'efectividad educativa' a través de las visitas domiciliarias reiteradas, el uso de ejemplos y lenguaje sencillo, y el registro de lo sucedido en cada 'ronda', resumido en lo que Alvarado insistía: cuántos son, dónde viven, cómo viven y cuánto han sufrido el último año.

En lo que sigue un resumen y comentarios de las ocho pautas para la cobertura sanitaria de las poblaciones rurales pensadas por el Dr. Alvarado (1967):

Pauta N° 1. Propone un cambio de óptica, al colocar el acento en una medicina de masas y no sobre el individuo. Se debe pues revertir el viejo aforismo

(de indiscutible importancia clínica) y decir y proceder con el criterio sanitario *"no hay enfermos sino enfermedades"*. Para que esta pauta tenga efectividad, la autoridad responsable de Salud Pública tendría que redistribuir y racionalizar los recursos humanos y físicos de que dispone a fin de lograr la máxima productividad posible. El enfermero, al cual daremos en adelante el nombre genérico de 'agente sanitario' no deberá estar sentado esperando al enfermo sino recorriendo permanentemente su área programática, visitando casa por casa, cumpliendo las actividades de medicina preventiva, medicina asistencial y educación sanitaria y rehabilitación. El nivel o grado de esta atención primaria y su cronología dependerá del número de efectores disponibles y de la población a cubrir. Lo importante de esta pauta es que es perfectamente posible cambiar el concepto de un operativo estático a un operativo dinámico, que es el que define la actitud y la aptitud frente al problema, y desde el que se fijan los objetivos y metas a alcanzar con los elementos humanos y físicos con los que se cuenta, *"que permita ya mismo empezar con lo que ya se tiene"*.

Pauta N° 2. Refiere aquí a la cobertura total de la población, mediante visitas periódicas de todas las casas, en ciclos bien definidos, realizando acciones mínimas de atención primaria con el objeto de resolver un elevado porcentaje de los problemas básicos de la salud de la población; por ello el agente sanitario debe tener un conocimiento acabado del número y distribución de la población en su área programática.

Pauta N° 3. Dado el carácter dinámico de la atención primaria y el significado de la cobertura sanitaria de la población rural es conveniente dejar establecido, en homenaje a la claridad y al pragmatismo, que la estrategia que se postula tiene el propósito de mostrar que no deben quedar lagunas o vacíos en la cobertura de la población, y que los recursos humanos y físicos deben distribuirse *"como la manteca con un cuchillo sobre toda la superficie del área programática"*.

Pauta N° 4. El hombre clave de la organización a quien he llamado Agente Sanitario es el verdadero efector del programa y puede ser un médico con alma de misionero, o un grupo de médicos recién graduados dispuestos a hacer una 'residencia rural', o los famosos enfermeros diplomados con todos los títulos, o alumnos de la escuela de enfermería, o una modesta auxiliar de enfermería, o finalmente un enfermero práctico sin diploma o certificado alguno, que aprendió algo a su paso a veces fugaz, por una sala de hospital. Este agente sanitario estará capacitado en patologías básicas, con conocimiento particular en lo que hace a la recopilación de información, porque sabe qué mujer en su aldea está embarazada, quién no hace planificación familiar, quién es víctima y victimario de violencia familiar, dónde están los chicos discapacitados, familias

donde se dan relaciones incestuosas, etc., todo lo que transcribe en un informe sanitario, y a resultas de ello, vuelca en una intervención entendida como de educación para la salud.

Pauta N° 5. La supervisión y la evaluación forman parte de un sistema donde hay que dar crédito al trabajo realizado, examinar los datos recogidos, estudiar sus valores y tendencias y tomar las correspondientes decisiones. Por ello el agente sanitario debe ser cuidadosamente supervisado y se recomienda para ello dos niveles de supervisión: la llamada supervisión intermedia no profesional y la supervisión médica.

Pauta N° 6. El sistema de información tiene que ser sencillo, completo, riguroso, pues cada columna de un formulario es como un monitor en una sala de terapia intensiva. De la correcta información que se recoja dependerá el curso de los acontecimientos.

Pauta N° 7. El financiamiento debe provenir de distintas fuentes: nacional, provincial, municipal, local y comunitaria (resumiendo aquí algunas de las expresadas en el texto original).

Pauta N° 8. Si hay Hospital ¿qué papel juega este Hospital? El Hospital es una pieza fundamental en la correspondiente cobertura sanitaria. Allí se cuenta con una herramienta indispensable como es la "sala de situación": una dinámica del equipo de trabajo plasmada en paredes llenas de cuadros y gráficos, como si fueran pantallas de un circuito cerrado de televisión, que muestran al día todo lo que está pasando en un área programática.

El papel de los médicos ya había ganado reconocimiento y espacios laborales si recordamos aquellos reclamos de la corporación a inicios del siglo, por lo cual lo más relevante para analizar del plan de Alvarado es a nuestro juicio el rol asignado al agente sanitario. ¿Quién era este nuevo agente capaz de efectivizar ese plus necesario para torcer la realidad y los críticos índices sanitarios? Una imagen acabada de esta figura resulta bien descripta por el Dr. Tanoni quien fuera en la época el jefe del Primer Distrito piloto Tilcara-Tumbaya "ustedes van a tener ayudantes, señalaba Alvarado. Nosotros pensamos en enfermeras, en asistentes sociales, pero no: los ayudantes van a ser paisanos de las mismas aldeas y pueblos y ustedes los van a tener que entrenar. El criterio de selección de los ayudantes era buscar al paisano o a la paisana que supiera leer y escribir... traten de identificar que sea una persona muy respetada por los otros paisanos y vecinos, en lo posible que sea joven porque físicamente es un trabajo duro, y si es posible traten de identificar aquellas personas que son solidarias, es decir esas personas que ayudan a otras personas" (Jankilevich, 2003: 12); paisano y vecino, denotando allí una distinción étnica típica de la época que no debe pasar desapercibida.

Un entrenamiento focalizado en la incorporación de información básica para la sobrevivencia; al decir de Tanoni "referido a todo lo que tenía que saber el vecino para que no se le muera el niño, para que su niño crezca bien nutrido, para controlar el embarazo de la madre" (Jankilevich, 2003: 13). Pero también una adhesión a la estrategia que se apoyaba en una mística especial que permitió sostener el trabajo médico y fundamentalmente, el compromiso con los pobladores.

Dado el momento socio-político el plan significó un logro del Estado provincial que recuperaba su papel regulador utilizando mecanismos técnicos en lugar de políticos, menos conflictivos. Ya durante el primer año de implementación se observó un aumento de la cobertura en las acciones de inmunización, de las consultas pediátricas, y de los partos institucionales. Trabajar casa por casa, cuerpo a cuerpo, persuadir y enseñar, formaron parte de esta matriz de atención que ofreció nuevas herramientas para detectar problemas nutricionales, evitar la mortalidad infantil, las enfermedades diarreicas, la poliomielitis, la parasitosis, la hepatitis y la tuberculosis. No obstante, el propio Alvarado reconoció como obstáculos los culturales, a lo que atribuía menores logros en las rondas sanitarias, como respecto de la respuesta de la comunidad a la cuestión ambiental. Por su parte, entendía que la pérdida del vínculo con su terruño en el caso del trabajador temporario o golondrina no contribuía a la incorporación de hábitos preventivos.

A modo de cierre

Si bien quisimos ocuparnos de la medicina de masas y su proyección al mundo rural jujeño en particular a partir de los planteos del Dr. Alvarado en la década del '60 del siglo XX, la breve retrospectiva realizada nos permite afirmar dos caras de un mismo proceso: mientras la biomedicina gana hegemonía de la mano del Estado Nacional y el derecho a la salud, la propia fragmentación y diversificación de los servicios médicos como tendencia de su desarrollo, abre el juego a la recuperación de la diversidad y a la vitalidad de las múltiples combinaciones que las prácticas del curar han desenvuelto en Jujuy hasta el presente. Incluso a pesar de las continuas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud a los países con multiculturalidad respecto de la necesidad de incorporar al sistema de atención de la salud oficial otras medicinas que fuesen representativas para los usuarios, en nuestro país el sistema biomédico es el único con carácter oficial.

Cuando Carrillo (1974) manifiesta *"frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causa de enfermedades, son unas pobres causas"* esconde una realidad: la lucha eficaz contra las enfermedades infecciosas es contemporánea al nacimiento de los grandes sistemas de seguro social. Su pensamiento, que fortalece esa noción de medicina social que promueve un sentido de salud que tiene relación con la comunidad, de salud como valor social y de salud como política social, se concretó a partir de esas 'pobres causas', los microbios; lo que de hecho constituyó la llamada revolución epidemiológica (Terris, 1982).

Alvarado por su parte, persigue de alguna manera humanizar la medicina, como estrategia para ganar la confianza en aquellas poblaciones rurales todavía apegadas a sus prácticas tradicionales, y alcanzar así mejoras en los indicadores sanitarios críticos. La figura clave fue el agente sanitario que arraigaba en una ideología que reconocía tanto al médico con alma de misionero como a un enfermero, a un auxiliar de enfermería, o a un empírico, que capacitación mediante, podrían comprender la lógica de la atención primaria. La inclusión de personas de la comunidad en el sistema oficial de atención las que además pasaron a formar parte del cuerpo de empleados públicos, constituyó un elemento positivo de integración social como de logros sanitarios indiscutibles. Desde el punto de vista de la circulación de saberes, la táctica fue exitosa a los fines de la hegemonía biomédica, tal como se pregonaba, sin reconocerles a los agentes sanitarios los propios saberes producto del recorrido ancestral de muchas de sus prácticas, como sus habilidades para adecuar los conocimientos médicos a la realidad en la que vivían y trabajaban.

Por su parte, y coincidiendo con Fleitas (2007) la implementación de esta estrategia en los territorios rurales reforzó la fragmentación del sistema de atención, distinguiéndose los servicios destinados a los residentes de las grandes áreas urbanas de San Salvador o San Pedro, los que utilizaban las ofertas privadas y de las Obras Sociales, y circunscribiendo la atención primaria al interior rural.

Finalmente, el capítulo procuró demostrar cómo el ejercicio del poder de curar fue creando sucesivas figuras antagónicas que dieron lugar a pasajes significativos desde la medicina tradicional indígena, de los hechiceros a los curanderos, y de los curanderos a los médicos, con la mediación fundamental de la Iglesia, del Estado, y de los propios miembros de la comunidad.

VIII

Los recursos biomédicos en las trayectorias terapéuticas de pobladores de Molinos, Provincia de Salta (1976-2014)

Marta Crivos
María Rosa Martínez

Molinos es un pueblo rural emplazado a 2200 msnm en el valle Calchaquí de la provincia de Salta, noroeste de la República Argentina. En él residen en la actualidad aproximadamente 1000 personas. A ello se suma la población dispersa en fincas y parajes, alcanzando un total de 2523 personas para el Departamento del mismo nombre.

Nuestra investigación etnográfica centrada en los procesos de salud-enfermedad-atención, tuvo su inicio en la década del '70 y aún continúa. Ello nos ha permitido contar con un amplio registro observacional y oral de las concepciones y vivencias de los pobladores en torno a la problemática y sus transformaciones a lo largo del tiempo. En particular la narrativa acerca de casos o episodios de enfermedad extraída de entrevistas en profundidad realizadas a una muestra representativa de la población de la región, nos permitió