

Volumen Especial - Julio/Septiembre 2015

REVISTA INCLUSIONES

REVISTA DE HUMANIDADES
Y CIENCIAS SOCIALES
ISSN 0719-4706

COLLOQUE FRANCO-LATINOAMÉRICAIN
DE RECHERCHE SUR LE HANDICAP

*Cuerpo, intimidad
Sexualidad*

COLOQUIO FRANCO-LATINOAMERICANO
DE INVESTIGACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD

INSHEA

FRANCIA

L'ÉCOLE
DES HAUTES
ÉTUDES
SCIENCES
SOCIALES

PHS
Programme
Handicaps
et Sociétés



UNIVERSIDAD DE LOS LAGOS
CAMPUS SANTIAGO

Portada: Felipe Maximiliano Estay-Guerrero



CUERPO DIRECTIVO

Directora

Mg. Viviana Vrsalovic Henríquez
Universidad de Los Lagos, Chile

Subdirectora

Lic. Débora Gálvez Fuentes
Universidad de Los Lagos, Chile

Editor

Drdo. Juan Guillermo Estay Sepúlveda
Universidad de Los Lagos, Chile

Secretario Ejecutivo y Enlace Investigativo

Héctor Garate Wamparo
Universidad de Los Lagos, Chile

Cuerpo Asistente

Traductora: Inglés – Francés

Lic. Ilia Zamora Peña
Asesorías 221 B, Chile

Traductora: Portugués

Lic. Elaine Cristina Pereira Menegón
Asesorías 221 B, Chile

Diagramación / Documentación

Lic. Carolina Cabezas Cáceres
Asesorías 221 B, Chile

Portada

Sr. Kevin Andrés Gamboa Cáceres
Asesorías 221 B, Chile



COMITÉ EDITORIAL

Mg. Carolina Aroca Toloza

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Dr. Jaime Bassa Mercado

Universidad de Valparaíso, Chile

Dra. Heloísa Bellotto

Universidad de San Pablo, Brasil

Dra. Nidia Burgos

Universidad Nacional del Sur, Argentina

Mg. María Eugenia Campos

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Lancelot Cowie

Universidad West Indies, Trinidad y Tobago

Lic. Juan Donayre Córdova

Universidad Alas Peruanas, Perú

Dr. Gerardo Echeita Sarrionandia

Universidad Autónoma de Madrid, España

Dr. José Manuel González Freire

Universidad de Colima, México

Mg. Keri González

Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México

Dr. Pablo Guadarrama González

Universidad Central de Las Villas, Cuba

Mg. Amelia Herrera Lavanchy

Universidad de La Serena, Chile

Dr. Aleksandar Ivanov Katrandzhiev

Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria



Mg. Cecilia Jofré Muñoz
Universidad San Sebastián, Chile

Mg. Mario Lagomarsino Montoya
Universidad de Valparaíso, Chile

Dr. Claudio Llanos Reyes
Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Dr. Werner Mackenbach
Universidad de Potsdam, Alemania
Universidad de Costa Rica, Costa Rica

Ph. D. Natalia Milanesio
Universidad de Houston, Estados Unidos

Dra. Patricia Virginia Moggia Münchmeyer
Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Ph. D. Maritza Montero
Universidad Central de Venezuela, Venezuela

Mg. Julieta Ogaz Sotomayor
Universidad de Los Andes, Chile

Mg. Liliana Patiño
Archiveros Red Social, Argentina

Dra. Rosa María Regueiro Ferreira
Universidad de La Coruña, España

Mg. David Ruete Zúñiga
Universidad Nacional Andrés Bello, Chile

Dr. Efraín Sánchez Cabra
Academia Colombiana de Historia, Colombia

Dra. Mirka Seitz
Universidad del Salvador, Argentina

Lic. Rebeca Yáñez Fuentes
Universidad de la Santísima Concepción, Chile

COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

Comité Científico Internacional de Honor

Dr. Carlos Antonio Aguirre Rojas
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dra. Patricia Brogna
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Horacio Capel Sáez
Universidad de Barcelona, España

Dra. Isabel Cruz Ovalle de Amenabar
Universidad de Los Andes, Chile

Dr. Adolfo Omar Cueto
Universidad Nacional de Cuyo, Argentina

Dra. Patricia Galeana
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Carlo Ginzburg Ginzburg
Scuola Normale Superiore de Pisa, Italia
Universidad de California Los Ángeles, Estados Unidos

Dra. Antonia Heredia Herrera
Universidad Internacional de Andalucía, España

Dra. Zardel Jacob Cupich
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Miguel León-Portilla
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Miguel Rojas Mix
Coordinador Cumbre de Rectores de Universidades Estatales de América Latina y el Caribe

Dr. Luis Alberto Romero
CONICET / Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dr. Adalberto Santana Hernández
Universidad Nacional Autónoma de México, México
Director Revista Cuadernos Americanos, México

Dr. Juan Antonio Seda

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dr. Miguel Ángel Verdugo Alonso

Universidad de Salamanca, España

Dr. Eugenio Raúl Zaffaroni

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Comité Científico Internacional

Ph. D. María José Aguilar Idañez

Universidad Castilla-La Mancha, España

Dr. Luiz Alberto David Araujo

Universidad Católica de San Pablo, Brasil

Mg. Elian Araujo

Universidad de Mackenzie, Brasil

Dra. Ana Bénard da Costa

Instituto Universitario de Lisboa, Portugal

Centro de Estudios Africanos, Portugal

Dra. Noemí Brenta

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Ph. D. Juan R. Coca

Universidad de Valladolid, España

Dr. Antonio Colomer Vialdel

Universidad Politécnica de Valencia, España

Dr. Christian Daniel Cwik

Universidad de Colonia, Alemania

Dr. Carlos Tulio da Silva Medeiros

Universidad Federal de Pelotas, Brasil

Dr. Miguel Ángel de Marco

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Universidad del Salvador, Argentina

Dr. Andrés Di Masso Tarditti

Universidad de Barcelona, España

Ph. D. Mauricio Dimant

Universidad Hebrea de Jerusalén, Israel

Dr. Jorge Enrique Elías Caro

Universidad de Magdalena, Colombia

Dra. Claudia Lorena Fonseca

Universidad Federal de Pelotas, Brasil

Mg. Francisco Luis Giraldo Gutiérrez

Instituto Tecnológico Metropolitano, Colombia

Dra. Andrea Minte Münzenmayer

Universidad de Bio Bio, Chile

Mg. Luis Oporto Ordóñez

Universidad Mayor San Andrés, Bolivia

Dr. Patricio Quiroga

Universidad de Valparaíso, Chile

Dra. María Laura Salinas

Universidad Nacional del Nordeste, Argentina

Dr. Stefano Santasilia

Universidad de la Calabria, Italia

Dra. Jaqueline Vassallo

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Dr. Evandro Viera Ouriques

Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil

Dra. Maja Zawierzeniec

Universidad de Varsovia, Polonia

Asesoría Ciencia Aplicada y Tecnológica:

CEPU – ICAT

Centro de Estudios y Perfeccionamiento

Universitario en Investigación

de Ciencia Aplicada y Tecnológica

Santiago – Chile



Indización

Revista Inclusiones, se encuentra indizada en:



Information Matrix for the Analysis of Journals





ISSN 0719-4706 - Volumen Especial / Julio – Septiembre 2015 pp. 121-131

CUERPO INVÁLIDO – CUERPO ÚTIL. TENSIONES EN LA POLÍTICA DE SALUD EN SANTA FE, DE LOS AÑOS '40¹

DISABLED BODY- USEFUL BODY. STRESS IN THE POLICY OF HEALTH IN SANTA FE, FROM THE 40S

Mg. Indiana Vallejos

Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina

Universidad Nacional del Litoral, Argentina

indiana_vallejos@yahoo.com.ar

Fecha de Recepción: 05 de mayo de 2015 – **Fecha de Aceptación:** 22 de junio de 2015

Resumen

Este artículo se enfoca en la construcción de la imagen del cuerpo discapacitado y su captura por parte de la medicina para volverlo productivo, en Santa Fe, Argentina, durante la década de 1940.

Se analizan brevemente los antecedentes de la década anterior, para centrarse luego en el discurso ante la invalidez de los niños, como producto de la *Parálisis Infantil*.

Las conclusiones dan cuenta de la puesta en el centro de la preocupación estatal a todas las enfermedades que podían causar invalidez o incapacidad, para evitar las interferencias a la integración de los trabajadores en el mercado de trabajo y la ampliación del circuito de producción y consumo.

Palabras Claves

Cuerpo – Santa Fe – Argentina – Década del 40

Abstract

This article is focused in the construction of the image of disabled body and its capture by the medicine for becoming it productive, in Santa Fe, Argentina, during the forties.

The precedents of the previous decade, are succinctly analyzed, for focusing later in the passage in front of disability of children, as a result of infantile paralysis.

Through the conclusions we can see the importance of the state worry given to every disease that could be reason of disability or handicap, for avoiding the interferences to the incorporation of workers in the market of work and extension of *circuit* of production and consumption.

Keywords

Body – Santa Fe- Argentina – Decade of the forties

¹ El presente artículo es parte de los resultados de la investigación “Las políticas de salud en Santa Fe entre 1930 - 1960. El caso de la *parálisis infantil*”, financiado por la Universidad Nacional de Entre Ríos.

Este artículo se enfoca en la construcción de la imagen del cuerpo discapacitado y su captura por parte de la medicina para volverlo productivo, en Santa Fe, Argentina, durante la década de 1940.

En los primeros años de esa década, las autoridades sanitarias de la provincia consideraban que

“la salud se conserva y se adquiere gracias a una permanente lucha contra los factores de perturbación del estado de equilibrio de quienes gozan de la normalidad orgánica y funcional: la alimentación insuficiente y equivocada, la vivienda insalubre, la miseria, las enfermedades sociales, la ignorancia y la imprevisión.”²

Y el gobierno busca desarrollar una política sanitaria destinada a generar las condiciones para la existencia de una generación de niños sanos y vigorosos, hombres energéticos y fuertes y educados, mujeres conscientes de su amplia y trascendental misión.

La enfermedad es considerada con un carácter eminentemente social, que no afecta exclusivamente al enfermo, sino que es un peligro colectivo, por la posibilidad del contagio, que “*puede ser vencida por el médico*” y evitarse su propagación. Este carácter social también se relaciona con el impacto que ésta tiene sobre la economía, con las causas sociales de la misma y la potencialidad de la educación en la conservación de la salud. La interrelación enfermedad – medio social es central, tanto en lo que refiere a la estructura física del medio como a la organización de la vida social.

Estas ideas tenían implicancias en la tarea de los médicos, que debían considerar al hombre como *miembro de una sociedad y su función en el medio en que vive*, buscando evitar las enfermedades y dirigiendo su esfuerzo a eliminar las causas que *perturban la salud*, actuando a la vez sobre el hombre y la sociedad.

El valor económico de la vida humana justificaba todos los esfuerzos por eliminar la enfermedad, ya sea previniéndola o curándola. El triunfo de la medicina sobre ésta suponía *ahorro de vida y de capital humano*, evitando las interferencias para la integración de los trabajadores en el mercado de trabajo y la ampliación del circuito de producción y consumo, a la vez que pone en el centro de la preocupación estatal a “...todas aquellas enfermedades que puedan causar invalidez o incapacidad, reclamando la acción dirigida a resguardar esa invaluable posesión colectiva...”³, vinculada a la capacidad productiva de los trabajadores combinada con los argumentos éticos que justifican la intervención estatal en defensa de la salud pública.

En la provincia de Santa Fe, en 1940 comienza a pensarse en términos de planificación en salud, de integración de prácticas preventivas a las curativas, intentos de vincular trabajo – bienestar – salud; se comienza a discutir sobre la integralidad del sistema de salud y la organización según niveles de complejidad. Se trata de un momento de construcción de una nueva institucionalidad, que supere la dispersión y las desigualdades que significaba la responsabilidad municipal de la salud y que pone énfasis en la responsabilidad estatal en la defensa de la salud considerada un bien social, la organización de un sistema técnico–administrativo centralizado de salud, la medicina preventiva y la

² Diario El Litoral. 16 de abril de 1943.

³ Susana Belmartino, “Coyuntura crítica y cambio institucional en salud: Argentina en los años '40”. En Salud Colectiva. 2 (3). Buenos Aires. Mayo – Agosto. 2007. Pág. 181.

construcción de instituciones que garanticen la hospitalización y atención adecuada de los enfermos.

1.- Los antecedentes de la década anterior: los *inválidos* como *merecedores legítimos* de la asistencia y las primeras preocupaciones por la *utilidad*

Si bien el foco de este artículo está puesto en la década del '40 en Santa Fe, la preocupación creciente (en Argentina y el mundo) por el capital humano y por la productividad económica de los trabajadores para el engrandecimiento de la Patria, las *secuelas invalidantes de las enfermedades*, ya sea de niños o de adultos toma relevancia a partir de la década del '30.

El *inválido* era, desde fines del siglo XIX, un individuo que se tornó objeto de la caridad, un destinatario de la simbólica '*sopa del convento*' para menesterosos; del asilo y del refugio mantenidos por complacencia del rico o del poderoso. Es parte de los "*merecedores*", de los beneficiarios legítimos (desde las leyes de pobres de tradición inglesa) de la ayuda social, porque no puede proveer -por su propia invalidez- los medios para su subsistencia.

Existe otra gran categoría de beneficiarios ilegítimos de la ayuda social: los "*pobres vergonzantes*", aquellos que han conocido los beneficios y las comodidades de la "*buena vida*" pero que han "*caído en la desgracia*" de la pobreza. Los "*pobres vergonzantes*" no serán privados de la asistencia, pero la recibirán a costo del señalamiento y la humillación.

El inválido, junto con los niños, las viudas, los sin razón, enfermos y los ancianos desamparados, engrosaba la larga lista de los destinatarios de las

“... prácticas asistenciales que nacía de una concepción moral de la pobreza, sobre la base de individuos carentes de responsabilidad y de capacidad para modificar su situación. Por ello eran concebidos en un estado de minoridad que justificaba su tutela física y moral. Los atendidos en los hospitales, asilos de ancianos y mendigos, eran los denominados desvalidos, pobres sin responsabilidad pero también sin derechos. Entonces, la idea subyacente a la falta de responsabilidad no nacía de una evaluación de las consecuencias de las desigualdades económicas y sociales, sino de su incapacidad para el trabajo”.⁴

Una asistencia que salva -sobre todo- a quien está en posición de ayudar, de ser sujeto de la caridad, la beneficencia o de la filantropía, que aunque desarrollada mayoritariamente con recursos estatales, facilita la salvación individual de quien la ejecuta; y que se entrama en una compleja red de significados morales sobre las desigualdades económicas y sociales -particularmente sobre la pobreza- pero también sobre las desigualdades políticas y culturales. Esta idea la asistencia cristaliza en organizaciones benéfico asistenciales en las que los dadores de ayuda ocupan -invariablemente- las posiciones de poder y autoridad y los *ayudados* son colocados en posiciones subordinadas, de mero objeto de la ayuda⁵.

⁴ María José Ortiz Bergia, De caridades y derechos. La construcción de políticas sociales en el interior argentino. Córdoba 1930-1943. Centro de Estudios Históricos “Prof. Carlos S. A. Segreti”, Córdoba, 2009, Pág. 61

⁵ Que en el caso de los *inválidos* persistirá –aunque metamorfoseada- en organizaciones específicas destinadas a brindar asistencia a las *necesidades* devenidas de las limitaciones que impone la

Para los años '30 este universo de significaciones respecto de la ayuda y la asistencia social comenzará un largo proceso de transformaciones, influido -entre otras cosas- por la magnitud y el impacto de la crisis internacional y su expresión nacional, la Encíclica Cuadragésimo Anno, y el cambio en la posición de los sectores católicos que se inscribirán paulatinamente en nuevas concepciones sobre la Reforma Social que comenzará a distinguir entre caridad y justicia, y en la puesta en acto de la Doctrina Social de la Iglesia irán comprometiéndose paulatinamente con la cuestión social.

Ya en la 1ª Conferencia Nacional de Asistencia Social (CNAS), realizada en Buenos Aires en 1933, la cuestión social comienza a plantearse -al menos discursivamente- como problema social del que deben ocuparse los poderes públicos y se establece que es el Estado quien debe proteger los intereses de la sociedad, prestando amparo, estableciendo leyes orgánicas para la prestación de los servicios sociales y previendo el “... futuro del pueblo, tratando de formar hombres sanos y fuertes física y moralmente, no solo para ellos mismos sino también para su descendencia en la que se asienta la grandeza de la patria”⁶.

Para esa misión, se buscó establecer un plan de asistencia social propendiente al *mejoramiento de la raza* -evitando su degeneración- *al aumento de la población* -que es útil al crecimiento de la economía del país y al aumento de la riqueza pública- *y a la felicidad del pueblo*, protegiendo especialmente a la madre y al niño, considerados la génesis de toda sociedad.

Krmpotic⁷ sostiene que este evento fue significativo en el proceso de profesionalización de la ayuda social, a la vez implicó una ruptura en las modalidades de intervención estatal en la cuestión social, constituyéndose en un punto de partida en la conformación de políticas sociales.

En este contexto, la aspiración de contribuir al *bienestar y el progreso del individuo, de la familia y del Estado*, instala un imperativo de solucionar los problemas que devienen de las enfermedades infecto-contagiosas, del deber patriótico de cuidar de la familia argentina, de la necesidad de educar a sus hijos, de propulsar las industrias y de propender a la formación de un pueblo sano, fuerte, culto y moral; porque *también se sirve a la República cuando se salva su capital humano, que es la riqueza principal de una nación*.⁸

En otras palabras: el progreso y el bienestar entran en escena como metas de la acción estatal y el hombre tiene, entonces, un valor productivo individual que al multiplicarse por el número de obreros y empleados que trabajan en un país, da una cabal dimensión del valor de la población entera. *La colectividad necesita ese capital humano* para que el balance de las utilidades que produce sirva a las conveniencias colectivas.

condición individual y la consecuente dificultad de acceder a los mismos bienes y servicios que el resto de la población.

⁶ Actas de la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social. Tomo I, II y III Buenos Aires, 1934. Pág. 87.

⁷ Claudia Sandra Krmpotic, “La Conferencia Nacional de Asistencia Social de 1933. Los debates en torno al progreso, la pobreza y la intervención estatal”. Scripta Ethnologica, 24. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Buenos Aires, Argentina. 2002.

⁸ Actas de la Primera Conferencia Nacional... 93.

Quien no produce ni consume conduce a la ruina de la familia y por consiguiente del Estado, lo que obliga a éste último a tener protagonismo en el impulso a la sociedad para resolver los problemas sociales, actuando sobre el comercio, la industria, sobre la producción y en materia social, contemplando la situación de los hombres afectados, haciendo sentir a los ciudadanos que *“tener patria es tener derecho a la protección de ella”*.

Es decir: se puede inferir una posición no totalmente ajustada a los principios del darwinismo social (expresado por Spencer) que establecen que el Estado debiera contemplar la evolución de las especies, dejando librada a la selección natural la desaparición de los más débiles y enfermos y su reemplazo por los más fuertes y vigorosos.

Si bien la existencia de grupo de individuos fuertes y vigorosos es una imposición de la leyes naturales, son necesarias centras normas científicas que orienten el esfuerzo que en ese sentido realicen pueblo y gobierno.

Fue el presidente de la Cámara de Diputados uno de los que lo expresó claramente como un deber republicano al plantear que

“No es posible, diré con Bourgeois que en una democracia como la nuestra, un ser humano sea dejado en la imposibilidad física de atender a las necesidades de su vida. No es posible que un ser humano muera de hambre o de frío en un Estado que se dice civilizado. Que perezca sobre el suelo de la República sin haber sido socorrido y sostenido.

Hay un minimum de existencia que el esfuerzo de todos debe asegurar a todos”⁹.

Pero el principio de justicia social como armonizador de la sociedad, que da sustento a esta obligación estatal de asistencia a los necesitados tardará una larga década en desplazar definitivamente a la caridad y la beneficencia. Todavía será un tiempo de convivencia de ambas perspectivas, la de la justicia y la del amor al prójimo: la primera sin la segunda quedaría incompleta, como lo expresa Caferatta:

“La caridad debe unirse a (la justicia) para ser como el cemento que une las piedras del edificio social”.

...

“Tenemos todos, individuos y Estado, un deber superior que cumplir. Deber que no está librado al capricho ni al egoísmo, sino que está condicionado por la solidaridad que obliga a todos los miembros del cuerpo social.

Que no está escrito en las leyes, pero que está impreso en la conciencia de los hombres...

El organismo social no es una ficción. Sus miembros estamos ligados por lazos que nada puede desatar. Como el dolor de una víscera enferma, es el dolor del organismo humano, el sufrimiento del último de los hermanos debe ser el dolor de la sociedad”¹⁰

Esta fue una larga década de reformulaciones de la relación Estado – Sociedad, de la que surgieron nuevos modos de desarrollo, nuevos actores y nuevas modalidades de intervención. En relación a los cambios percibidos en la acción estatal, Piazzesi¹¹ destaca

⁹ Actas de la Primera Conferencia Nacional... 94.

¹⁰ Actas de la Primera Conferencia Nacional... 98.

¹¹ Susana Piazzesi, Conservadores en provincia. El iriondismo santafesino 1937 – 1943 (Santa Fe: Ediciones UNL, 2009).

cómo a medida que la elite dirigente comprendió la profundidad de la crisis mundial, el Estado fue ganando en autonomía para arbitrar los conflictos y los intereses contrapuestos.

En materia de asistencia social, la mayor parte de las intervenciones estatales se fue organizando en torno a la salud y la atención de los enfermos, expandiendo la infraestructura sanitaria, intensificando las políticas preventivas y ampliando las capacidades de los aparatos públicos para intervenir en la sociedad. Se evidenciaron indicios de lo que posteriormente fue la estructuración de un Estado Social que avanzó en la desmercantilización de las necesidades de individuos y familias.¹²

En particular, cuando se trata del *lisiado* (débil y frágil por definición) la protección por parte de la Asistencia Social supuso a la vez la obligación de asistir a los que no estaban en situación de trabajar y mantenerse (ya sea por su edad avanzada o por sus *taras*), ya que si eso no sucedía y sin posibilidades de apoyo económico familiar, estaba destinado a ser un *mendigo que viviría de la caridad implorada en la vía pública*.

2.- La Parálisis Infantil. Un flagelo siniestro que se torna pesadilla de la ciencia médica

En la década de 1940, la preocupación por los *lisiados* incluyó la *invalidez obrera*, proveniente de afecciones clínicas que afectaban a los trabajadores, la *invalidez* devenida de los accidentes de trabajo, para la que existiría indemnización, y la *invalidez por causa fortuita*, según lo expresó el Secretario de Salud Pública de la Nación, Dr. Ramón Carrillo, en su Discurso Inaugural de la 2ª Conferencia Nacional para el Bienestar del Lisiado¹³.

Si bien en la literatura general sobre los *lisiados* y los *inválidos*, las secuelas invalidantes de la Poliomiélitis no aparece como la preocupación principal, la existencia en el país de brotes epidemiológicos (de distinta incidencia según la región) en los años '40 expresa la preocupación por la *invalidez*.

En la provincia de Santa Fe no se conservaron los registros epidemiológicos, de la enfermedad, pero las cifras -de autoría del Ministerio de Salud Pública- publicadas por la prensa¹⁴ al comenzar la década del '50 indicaban que se produjo esta incidencia:

Año	Casos producidos
1942	242
1943	66
1944	54
1945	149
1946	18
1947	63
1948	75
1949	50
1950	20

¹² María José Ortiz Bergia, "La salud pública en transformación. La estructuración de políticas sanitarias en Córdoba – Argentina, 1930 – 1943" en: *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*. Vol. LXIV, N° 1, enero – junio 2012. Pags. 121 – 146.

¹³ Realizado en Buenos Aires, Argentina, en octubre 1946, con la Organización de la Asociación de Ayuda y Orientación al Inválido.

¹⁴ Cuadro de elaboración de la autora, en base a datos publicados por el diario *El Litoral*, 3 de abril de 1951.

En este período, en sintonía con lo expresado una década antes, la enfermedad de Heine Medin o Poliomiélitis es nombrada en los periódicos como una *temible dolencia, un flagelo* que se cierne sobre la población. La *Parálisis infantil* es una *enfermedad siniestra, un azote* que condensa lo funesto, lo aciago, lo infeliz y temido y tiene *consecuencias desorganizadoras*¹⁵ sobre el conjunto social, haciendo cundir el *desasosiego* y *causando serios estragos en numerosos hogares de la República en otras oportunidades*¹⁶.

La prensa aludía a un sentimiento generalizado de incertidumbre, zozobra y miedo ante la presencia -real o potencial- de la *Parálisis Infantil*. Las noticias aportan a la construcción del miedo a la enfermedad, alimentando la inquietud y el desasosiego. La aparición de un caso es narrada como una amenaza a todas las familias.

Esta *enfermedad misteriosa* era mostrada en los periódicos como una *amenaza* imprevisible, que ataca de golpe sin que se pueda precisar sobre quiénes recaerá *el terrible mal*¹⁷, ya que se desconocían las causas de la *epidemia* y el escaso conocimiento de los vectores de su transmisión y los modos de contagio, es vago y ambiguo. Los propios médicos reconocían el escaso conocimiento acerca de la enfermedad.

Ante este desconocimiento de la medicina, la *familia* sufría, *en la amenaza de la Parálisis infantil, una de sus más grandes zozobras*¹⁸, la desazón y la incertidumbre eran alentadas por la prensa, que ponía en la *enfermedad de los más pequeños* el centro de la inquietud.

Aún más *alarma* se producía por el desconocimiento del *origen de la afección*, que convertía a la enfermedad en una *pesadilla de la ciencia médica*¹⁹, poniendo en duda también la eficiencia de *los organismos técnicos que debían actuar en estos momentos... frente a una enfermedad cuyos orígenes y medios de propagación en realidad se ignoraban*.²⁰

La *poliomiélitis* resistía volverse transparente a la mirada médica y continuó siendo misteriosa, por lo que no era posible decidir exactamente *cuáles (eran) las medidas apropiadas para defender a nuestros niños, hasta donde lo permite lo poco que sabemos respecto de la "parálisis infantil"*²¹, *no obstante el sensacional anuncio de haberse enfocado el germen bajo las lentes de 30.000 diámetros de aumento del microscopio electrónico*.

A diferencia de otras epidemias en las cuales se usaba frecuentemente la terminología y la metáfora militar, en el caso de la *Parálisis Infantil* fue reemplazada por el discurso fatalista de la irrupción de una amenaza imprevisible, un azote del destino que se cierne sobre la humanidad toda, y se ensaña particularmente con los niños.

Un riesgo que siendo generalizado, encarnaba en cada familia afectada por la enfermedad de uno de sus hijos; y venía a cuestionar las certezas de la medicina, que no lograba precisar el origen, definir las medidas profilácticas efectivas para evitar la transmisión, ni acordar el tratamiento más efectivo para revertir las secuelas.

¹⁵ Diario El Orden. 05 de abril de 1945.

¹⁶ Diario El Orden. 08 de noviembre de 1944.

¹⁷ Diario El Orden. 07 de septiembre de 1943.

¹⁸ Diario El Litoral. 01 de abril de 1943.

¹⁹ Diario El Litoral. 07 de septiembre de 1943.

²⁰ Diario El Litoral. 12 de abril de 1945.

²¹ Encomillado en el original.

3.- Una enfermedad misteriosa que amenaza en los niños al *porvenir* y la grandeza misma de la nación

Frente al sueño de la medicina de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física, la parálisis infantil era una pesadilla, que ocasionalmente generaba la muerte, pero por sobre todo, generaba consecuencias invalidantes y se presentaba como un ataque a lo máspreciado de la sociedad: los niños, aquellos que constituían el *provenir* y la grandeza misma de la nación.²²

Ya desde la década anterior, nación, raza y sociedad eran consideradas sinónimos; y la grandeza de éstas, un motivo merecedor del esfuerzo colectivo. La producción y el trabajo se desarrollaban al amparo de la “*fuera ingénita que viene de la raza*”. Por eso, la amenaza al *porvenir de la nación* reclamaba la intervención estatal: si la salud de la población favorecía el progreso del país, la salud infantil garantizaba el sostenimiento de ese progreso, porque los niños de hoy serían los trabajadores del futuro.

La protección del niño se constituía en uno de los deberes más grandes del estado. Atender eficientemente su salud física desde los primeros años era la base de la prevención de la disminución física y del cuidado del desarrollo intelectual, completo e integral de los futuros trabajadores.

Los discursos político, periodístico y científico del momento insistían sobre la amenaza de la *invalidez* causada por la *Poliomielitis*. Las consecuencias paráliticas de la enfermedad ponían en evidencia la existencia de niños de *salud enfermiza* y el costo económico y social de la misma, opuesta a la imagen vigorosa del futuro de los niños que hoy *gozan de buena salud*. De allí la creciente preocupación por las consecuencias *invalidantes* de la *parálisis infantil*.

La prensa expresaba una preocupación por la inexistencia de los elementos suficientes para asegurar los cuidados de los niños enfermos, pero sobre todo para combatir los efectos de la enfermedad, reeducándolos y corrigiendo los daños que ésta puede provocar, al colocarlos en desigualdad de condiciones físicas, afectando al organismo social. Proteger a la infancia era proteger a los futuros trabajadores que producirían y ampliarían la riqueza económica de la nación.

“Esos niños forman el substractum de la futura vida nacional. Ellos serán los que mañana llenarán nuestras industrias y con su esfuerzo labrarán la grandeza nacional. Una legión de ellos tempranamente entrarán (sic) en invalidez y es de entre ellos donde se reclutarán los futuros asilados de la sociedad”.²³

La niñez se miraba en clave social y se enunciaba en clave familiar: los niños, que constituían las víctimas inocentes de esta enfermedad, eran a la vez la alegría del hogar y el consuelo de la vejez de sus padres. Los niños lisiados e inválidos, solitarios y desvalidos, ya no tenían la cualidad de la alegría ni la capacidad de consuelo, a la vez que se convertían en una carga económica y afectiva para la familia y la sociedad.

²² Abelardo Irigoyen Freyre, “Hacia una sanidad integral”. En: Revista de la Federación Médica de la República Argentina. 7 (1). Buenos Aires, 1941.

²³ Germinal Rodríguez, Medicina preventiva (Buenos Aires: Editorial Americalee, 1945) 21.

La *invalidez* se consolidó como un tema de preocupación social, referida especialmente a la incapacidad para el trabajo que podían adquirir los obreros. Ésta era considerada como la "...muerte económica temprana del obrero, el cual pasa a ser una carga para la familia, y con las nuevas leyes de Seguro Social, son también cargas sociales"²⁴.

La preocupación respecto de los trabajadores se trasladó a los potenciales nuevos *inválidos*: los niños con secuelas paralíticas de la poliomielitis. Evitar que sean una carga económica en la vida familiar era, a la vez, una posibilidad de recuperar para la vida productiva a los futuros adultos *lisiados*.

"Uno de los puntos más importantes del problema, es y ha sido ha sido, la defensa y protección de los niños enfermos. Es necesario educarlos y enseñarles una profesión para que puedan ganarse honradamente la vida, ya que la enfermedad resta generalmente la inteligencia; estos enfermos pueden ocupar ciertos cargos y empleos que dignifican su vida. Esta obra de protección al niño paralítico, es muy importante y el Gobierno no puede dejarlos desamparados".²⁵

La protección de los *niños paralíticos* se inscribió en el marco de la protección de la infancia y convocó el sentimiento humanitario de otros actores sociales, a la *tarea altruista de posibilitar a los niños un porvenir venturoso*.

La protección del niño era una inversión a corto y a largo plazo para la salvación social... Objeto de investigación científica y de intervención social, la infancia se convirtió en el motor privilegiado de todos los proyectos de transformación biológica, social, económica y política de la población. En la infancia se conjugaban las mayores esperanzas e ilusiones de progreso y bienestar colectivo pero también profundos temores si las políticas públicas no conseguían recuperar a esa niñez desvalida.²⁶

Conclusiones

El triunfo de la medicina sobre la enfermedad supuso ahorro de vida y de capital humano, poniendo en el centro de la preocupación estatal a todas las enfermedades que podían causar invalidez o incapacidad, para evitar las interferencias a la integración de los trabajadores en el mercado de trabajo y la ampliación del circuito de producción y consumo.

Esta preocupación estatal cristalizó, en la provincia de Santa Fe en un entramado institucional destinado a la atención de la salud, y particularmente de la Parálisis Infantil, que puede pensarse como un antecedente directo de la actual institucionalidad social de la discapacidad: desde la creación de salas de atención hospitalaria hasta la creación de hospitales de rehabilitación, que surgidos en el espacio de la sociedad civil, serán traspasados a la órbita estatal a poco de su inauguración.

²⁴ Germinal Rodríguez, Medicina preventiva... 41.

²⁵ Diario El Orden. 09 de abril de 1945.

²⁶ Lucía Leonetti, La cuestión social en torno a los niños pobres. Las estrategias conjuntas de la escuela pública y las instituciones particulares en la primera mitad del siglo XX. MIMEO. IV Jornadas de Historia Política. Bahía Blanca, octubre de 2009. Pág. 9.

En la década siguiente, se continuarán creando instituciones gubernamentales y no gubernamentales con el mismo objetivo: rehabilitar a los *lisiados*. Esta dualidad permanece aún hoy como una constante en toda la institucionalidad social de la discapacidad, pero reconoce sus antecedentes en la década de 1940.

Bibliografía

Actas de la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social. Tomo I, II y III Buenos Aires, 1934.

Belmartino, Susana. “Coyuntura crítica y cambio institucional en salud: Argentina en los años '40”. En: Salud Colectiva. 2 (3). Buenos Aires. Mayo – Agosto. 2007.

Diario “El Litoral”

Diario “El Orden”

Krmpotic, Claudia Sandra. “La Conferencia Nacional de Asistencia Social de 1933. Los debates en torno al progreso, la pobreza y la intervención estatal”. Scripta Ethnologica, 24. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Buenos Aires, Argentina. 2002.

Irigoyen Freyre, Abelardo. “Hacia una sanidad integral”. En: Revista de la Federación Médica de la República Argentina. 7 (1). Buenos Aires, 1941.

Leonetti, Lucía. La cuestión social en torno a los niños pobres. Las estrategias conjuntas de la escuela pública y las instituciones particulares en la primera mitad del siglo XX. MIMEO. IV Jornadas de Historia Política. Bahía Blanca, octubre de 2009.

Ortiz Bergia, María José. De caridades y derechos. La construcción de políticas sociales en el interior argentino. Córdoba 1930-1943. Centro de Estudios Históricos “Prof. Carlos S. A. Segreti”, Córdoba, 2009.

Ortiz Bergia, María José. “La salud pública en transformación. La estructuración de políticas sanitarias en Córdoba – Argentina, 1930 – 1943” en: Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia. Vol. LXIV, N° 1, enero – junio 2012. Pags. 121 – 146.

Piazzesi, Susana. Conservadores en provincia. El iriondismo santafesino 1937 – 1943. Ediciones UNL. Santa Fe, 2009.

Rodríguez, Germinal. “Medicina preventiva”. Editorial Americalee. Buenos Aires, 1945.

Para Citar este Artículo:

Vallejos, Indiana. Cuerpo inválido – cuerpo útil. Tensiones en la política de salud en Santa Fe, de los años '40. Rev. Incl. Vol. Especial. Julio-Septiembre (2015), ISSN 0719-4706, pp. 121-131.

Las opiniones, análisis y conclusiones del autor son de su responsabilidad y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Inclusiones**.

La reproducción parcial y/o total de este artículo debe hacerse con permiso de **Revista Inclusiones**.