



Tuberculosis y migración hacia Córdoba a inicios del siglo XX: discursos y concepciones sobre la figura del migrante interno

María Laura Rodríguez¹

Lila Aizenberg²

Adrián Carbonetti³

Resumen

El trabajo amplió el conocimiento que posee la historiografía especializada sobre las problemáticas de la migración y la tuberculosis en las primeras décadas del siglo XX, en el contexto de la migración interna que llegaba a la provincia y a la ciudad de Córdoba. Articulamos bibliografía especializada y testimonios de la época dividiendo la indagación en dos partes. Por un lado, analizamos el tipo de migración que llegaba a la ciudad en el marco de un sistema antituberculoso en construcción. Por el otro, estudiamos los discursos y concepciones que surgieron desde los actores de poder locales ante un escenario caracterizado por un tipo de migración de escasos recursos. El trabajo identificó la existencia de posturas que tendieron a convertir al inmigrante tuberculoso en el responsable tanto del contagio a los residentes “sanos”, la “invasión” de enfermos a la provincia y a la ciudad de Córdoba, así como de llevar al sistema antituberculoso al límite de sus posibilidades de respuesta.

1 Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad-Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas/Escuela de Historia-Facultad de Filosofía y Humanidades-Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. Correo electrónico: correodelaura80@hotmail.com

2 Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad-Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas/Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. Correo electrónico: lilaaizen@hotmail.com

3 Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad-Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas/Centro de Estudios Avanzados-Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. Correo electrónico: acarbonetti2001@yahoo.com.ar



Palabras clave: migración; tuberculosis; ciudad de Córdoba; discursos.

Tuberculosis and migration to Cordoba in the first decades of the twentieth century: discourses and conceptions of the figure internal migrants

Abstract

This paper aims at increasing the knowledge related with specialized historiography on the field of migration and tuberculosis in the early decades of the twentieth century, within the context of the internal migration that arrived to the province and the city of Córdoba. Technical literature and testimonies of the time are used as sources. The article is organized in two main sections. On the one hand, it analyses the type of migration that arrived to the city in the context of a healthcare system regarding tuberculosis' treatment under construction. On the other, it analyses the discourses and concepts that emerged from local power sectors in a scenario characterized by low-income immigrants and a weak healthcare system regarding tuberculosis' treatment. The paper identifies the existence of concepts and discourses that tended to make the immigrant responsible for spreading the diseases to "healthy" residents and "invading" the city of Cordoba with sick people as well as to bring the collapse of the healthcare system.

Key words: migration; tuberculosis; Cordoba city; discourses.

Fecha de recepción de originales: 19/05/2014.

Fecha de aceptación para publicación: 02/08/2015.

Tuberculosis y migración hacia Córdoba en las primeras décadas del siglo XX: discursos y concepciones sobre la figura del migrante interno

Introducción

La migración de enfermos tuberculosos a Córdoba durante gran parte de la primera mitad del siglo XX nos introduce a dimensiones aún no estudiadas del desarrollo de una enfermedad que marcó la vida de la sociedad argentina. Antes del descubrimiento de los antibióticos a mediados del siglo XX –momento en que se generó un descenso considerable de la morbimortalidad por tuberculosis–, las incertidumbres biomédicas en materia de cura de la enfermedad colocaron la alternativa de los tratamientos climatéricos en las sierras de Córdoba en un lugar superlativo en el imaginario social. Las sierras cordobesas habrían desplazado incluso a otros destinos de la geografía argentina como opciones para esta terapéutica (Armus, 2007, p. 344). La "carga de ozono" en el

aire de la provincia llevó a que el territorio fuera recomendado por los médicos argentinos para la cura de los enfermos de las vías respiratorias, especialmente para los que sufrían de tuberculosis (Cárcano, 1927, pp. 193,194). El reconocimiento que poseía la terapia climatérica en el tratamiento de la enfermedad creó condiciones para que desde fines del siglo XIX hasta mediados del siglo XX, se desarrollara en esta zona de Argentina un importante flujo migratorio de “enfermos de pecho”,⁴ fundamentalmente desde otras provincias del país (Cárcano, 1927, p. 194; Sayago, 1921, p. 108).

Diego Armus (2007, pp. 341-350) ha reconocido este proceso desde una perspectiva orientada a comprender cómo esta enfermedad fue parte de la vida de la ciudad de Buenos Aires y cómo en ciertos sentidos la vida de las sierras podría ser entendida como una continuidad con la de Capital Federal. Claro que la migración de tuberculosos a Córdoba en las primeras décadas del siglo XX no se agotó en los enfermos porteños que llegaban a estas zonas de la provincia. Existe todo un conjunto de interrogantes que se tejen alrededor del destino de aquellos enfermos migrantes que, como refiere el propio Armus, solo podían soñar con las sierras por carecer de los recursos económicos para afrontar el gasto que suponía el tratamiento en sus estaciones climatéricas. Es que a pesar de la importancia que adquirió en aquellos años esta región en el contexto de la alta morbilidad tuberculosa, los intentos del Estado nacional de aislar y curar a los enfermos de manera gratuita se restringieron a la creación de un único sanatorio, el cual se convertiría en emblema de las sierras de Córdoba: el Sanatorio Santa María, de difícil acceso sin favores políticos (Garzón Maceda, 1917, p. 728).

Las fuentes estadísticas disponibles no permiten dar cuenta del itinerario de los enfermos migrantes que llegaron a la provincia y que no pudieron acceder efectivamente a un tratamiento contra la tuberculosis en las sierras. Sin embargo, la historiografía especializada ha recuperado información fragmentaria pero relevante en cuanto a los procesos de migración de esos enfermos. Adrián Carbonetti (2011, pp. 73-92) ha mostrado que la capital provincial también fue un espacio de tratamiento de los enfermos tuberculosos que llegaban. Si bien en su investigación no ha profundizado en esta temática, reconoció valores y características sociocupacionales de los inmigrantes muertos en la capital provincial durante la época de estudio, la primera mitad del siglo XX, al mostrar que la mayor parte de ellos pertenecía a sectores de bajos recursos, que en muchos casos convergieron en el sistema antituberculoso local, de características semipúblicas y en proceso de conformación.

4 Eufemismo con el que se denominaba a los enfermos de tuberculosis.

Fuera o no la ciudad un destino elegido expreso por una parte de los enfermos que llegaban allí en procura de tratamiento y cura para la enfermedad, una cantidad significativa de migrantes buscaba y en muchos casos recibía tratamiento en el sistema asistencial antituberculoso de la urbe provincial. Según nuestra indagación, este proceso habría generado la movilización de un conjunto de actores de la medicina y de la política local que articularon un universo de discursos y concepciones, muchas veces en pugna, como respuestas e interpretaciones a la migración de tísicos a la ciudad, en un contexto marcado por la creciente búsqueda de los enfermos de canalizar sus necesidades de atención médica. La convergencia de nociones alrededor de la figura del migrante interno como factor de contagio, enfermedad y muerte debe interpretarse como parte de una dinámica histórica profundamente compleja, definida por las incertidumbres de la medicina en una época de exiguos recursos estatales en la resolución de las problemáticas de salud de una sociedad crecientemente medicalizada.

Este trabajo se divide en dos grandes secciones. En la primera, a partir de bibliografía especializada apoyada en algunos documentos del período, recuperamos ciertas aristas que definieron las dinámicas de migración de tuberculosos a la ciudad de Córdoba en el marco de la reconocida inmigración a la provincia. De manera convergente, consideramos alcance y tipo de la estructura asistencial y legal antituberculosa que poseían las sierras y en especial la ciudad, sistema que durante las primeras décadas del siglo XX se hallaba en conformación, parcialmente financiado por el Estado y en gran proporción dirigido por sociedades de beneficencia locales. Luego de ello, en la segunda sección ponemos en perspectiva un conjunto de discursos de actores del poder que durante los años en estudio conceptualizaron la migración y su relación con el contagio y la morbimortalidad de tuberculosis en la ciudad de Córdoba. A partir de documentos del gobierno provincial, de la municipalidad y de otras fuentes generadas por los médicos locales, abordamos cómo los discursos legislativos, técnicos y especializados en el estudio de la tisis fueron definiendo y construyendo significados, definiciones y preocupaciones políticas, sanitarias y médicas en torno a la figura del migrante interno que arribaba allí durante la primera parte del siglo XX.

La migración interna en el contexto sanitario antituberculoso de Córdoba

La inmigración de tuberculosos procedentes de distintos puntos del país hacia la capital de la provincia de Córdoba fue un fenómeno que recorrió

nuestro período de estudio y que llamó la atención de las autoridades. Ya en 1906, en el Anuario Estadístico de la Provincia de Córdoba, se explicitaron algunas frases sugerentes acerca de la procedencia de los muertos en la ciudad:

“La tuberculosis en todas sus formas figura con el 12,7% del total de defunciones. Esta proporción no revela ninguna mejora comparada con años anteriores, y dadas las excelentes condiciones climatológicas, está sin duda, muy distante de ser tranquilizadora....A elevar las respectivas cifras absolutas contribuyen.... los enfermos que, en número creciente cada año, acuden desde todos los puntos del país a buscar curación”.⁵

Dicha evaluación de las autoridades fue cierta en la medida que durante las primeras décadas del siglo XX la cantidad de forasteros tuberculosos que arribaban a la ciudad fue en progresivo aumento. Carbonetti (2011, p. 75) muestra este panorama al considerar el significativo aumento de la proporción de muertes por tuberculosis entre inmigrantes en contraposición con los residentes habituales de la ciudad, cantidad que pasó del 20% en 1918 al 50% en 1930. Los enfermos que llegaron a la capital provincial se caracterizaron por su falta de recursos económicos. A partir del Boletín Mensual Municipal, que presenta datos desagregados por profesiones de los fallecidos por tuberculosis, Carbonetti elaboró incluso categorías en las que se especifican las ocupaciones de los individuos residentes en la ciudad que fallecían por tuberculosis y aquellos que no tenían residencia permanente pero morían allí (2011, pp. 89-92). De acuerdo con este autor, la muerte por tuberculosis tenía un fuerte sesgo social determinado por las condiciones de vida de los sectores menos favorecidos a nivel económico, especialmente visible en la población migrante que no contaba con un oficio o medio de producción para intercambiar en el mercado laboral.

Uno de los factores que generaron la alta morbimortalidad era la inexistencia de un medio efectivo para la cura de la enfermedad hasta bien entrada la primera mitad del siglo XX. Mientras tanto, los caminos utilizados por la medicina para contener la tisis se restringían a distintas estrategias, con las que se lograban diversos resultados. Entre estas últimas se destacaba la “cura higiénico-dietética” y “de descanso”, basada en el clima, además de otras opciones como las cirugías (torocoplastías), tónicos fortalecedores, sales de oro, entre otras (Armus, 2007, p. 301).

⁵ Anuario Estadístico de la Provincia de Córdoba. 1906, pp. X-XI. Sección Censos y Estadísticas, Archivo Histórico de la Provincia de Córdoba (SCEAHPC), Córdoba.

En un contexto en que la “cura de aire” o “a través del clima” –utilizada con relativo éxito en casos de tuberculosis no avanzadas– era la opción privilegiada de la medicina argentina, los sanatorios y centros de atención de Córdoba –provincia ubicada en el centro del territorio argentino, que pasa de la llanura húmeda, en el sur y el sudeste, a las sierras, con clima seco y de altura en el noroeste– se convirtieron en destinos elegidos “por los enfermos de pecho”. Ello, aunque “la costa marítima, zonas de Mendoza, Catamarca, La Rioja y Jujuy, el espacio abierto de la pampa o incluso los alrededores de la ciudad [de Buenos Aires] o algunos de sus barrios fueron destinos posibles” (Armus, 2007, p. 342) para la “cura de reposo”. Ya en 1906, en su informe sobre la clase obrera, Juan Biale Massé (1988, p. 193) ofreció un panorama que ligaba los “aires purísimos” de las sierras de Córdoba con la capacidad que poseía la denominada “Meca de los tuberculosos...de curar cinco mil tísicos por año”.

Los análisis más sistemáticos y las fuentes de la época avalan la idea de que las sierras cordobesas constituían espacios de continua recepción de tuberculosos (Súnico, 1922, pp. XIV-XV; Armus, 2007, p. 343). Ahora bien, los testimonios de los contemporáneos no son menos concluyentes en sus referencias a la migración de tísicos a la ciudad de Córdoba. En uno y en otro lugar, sierras y ciudad, las “ventajas climáticas” y la migración de tuberculosos que éstas traían consigo jalonaron un entramado de concreciones institucionales articuladas por diversos actores estatales, privados y de beneficencia, y por la propia élite médica local interesada en el estudio de la enfermedad.

En cuanto a la intervención estatal, en materia de creación de instituciones de atención de la tuberculosis en la zona de las sierras, Armus (2007, p. 348) ha señalado el escaso alcance de los dispositivos sanatoriales públicos y cómo se multiplicaron las iniciativas de carácter privado. Sin exagerar su difusión y mucho menos su alcance ante las necesidades de la sociedad argentina, debemos contar los hoteles, las pensiones y los alquileres de habitaciones en casas particulares, y especialmente los sanatorios y clínicas particulares que, dedicados a la cura basada en el descanso, el clima, la higiene y la dieta, generaron un entramado de cura, descanso e inversiones (p. 341). En contraposición, el autor señala que en la ciudad de Córdoba no se crearon aquellos entramados de intereses relacionados con la ganancia de los sanatorios y clínicas –que en muchos casos no pasaban de ser solo un negocio rentable (p. 343)–; tampoco se desarrollaron iniciativas ligadas a la supervivencia de los individuos particulares y el mercado interno de las localidades como en las sierras (Súnico, 1922, p. XIV).

El origen del sistema sanitario asistencial antituberculoso de la ciudad comenzó a estructurarse con características semipúblicas y gratuitas desde

finis de los años veinte del siglo pasado. Desde la órbita del poder municipal, en 1913 empezó a funcionar la llamada Casa de Aislamiento; desde 1918, el Hospital Rawson con pabellones para tuberculosos; y luego el Dispensario Municipal Antituberculoso (Carbonetti, 2011, pp. 201-227).

Por su parte, aunque el Estado provincial generó solo la ley de 1899 sobre medidas para evitar las enfermedades infectocontagiosas en la provincia de Córdoba, y de manera particular su reglamentación en 1915,⁶ subvencionó en la década de 1920 dos hospitales y sus dispensarios dedicados a la atención de tuberculosos: el Tránsito Cáceres de Allende y el Nuestra Señora de la Misericordia, ambos administrados por sociedades de beneficencia (Carbonetti, 2011, pp. 208-224). Los traspasos de propiedades y los cuantiosos subsidios que recibían las sociedades de beneficencia por parte del Estado resumen la filosofía de las políticas antituberculosas: era una cuestión del Estado aunque éste no intervenía directamente en la lucha (Carbonetti, 2005, p. 97).

Dada la importancia que tuvo la tuberculosis como causa de enfermedad y muerte durante los años en estudio, la llegada a Córdoba de inmigrantes tuberculosos provenientes de sectores bajos desafió fuertemente a un sistema sanitario local que no contaba con recursos para controlar la situación. En este contexto, se daría un proceso de articulación entre el Estado provincial y la élite médica, en función de una preocupación pública frente al imaginario de cura que movilizaba no solo a sus residentes habituales sino a los enfermos que llegaban de distintas partes del país. La más cabal cristalización de dicho esfuerzo se plasmó en la sanción, en julio de 1922, de una ley provincial mediante la cual se creaba una comisión técnica orientada a “estudiar la climatología y climatoterapia de las distintas regiones de la provincia en relación a la profilaxis y curación de la tuberculosis” (Carbonetti, 2011, p. 127). El aporte pionero de la Comisión de Climatología y Climatoterapia queda muy bien resumido en las palabras de su director, el médico Fernando Torres, al referirse a la inexistencia de trabajos previos en materia de climatología para el país, ya que “es Córdoba la primera provincia que se interesa oficialmente por estos estudios tan importantes....a excepción de las investigaciones que....la oficina Meteorológica Argentina viene acumulando desde hace 50 años respecto de la ciudad de Córdoba”.⁷

El trabajo conjunto entre funcionarios del gobierno provincial y la élite médica se visualizó no solo en la progresiva incorporación de médicos

6 Decreto N° 6154, Serie A. Reglamentación higiénica de las estaciones climatéricas de la Provincia de Córdoba. 28 de septiembre de 1915. Compilación de Leyes y Decretos, p. 20. Legislatura de la Provincia de Córdoba (LPC), Córdoba.

7 Informe al Superior Gobierno de la Provincia de Córdoba. Comisión Técnica de Climatología y Climatoterapia de Córdoba. Tomo 24. 1926, pp. 3-4. Archivo de Gobierno de la Provincia de Córdoba (AGPC), Córdoba.

dedicados al estudio de la tuberculosis a la comisión, como el reconocido Gurmersindo Sayago, sino también en la exitosa convocatoria para un trabajo en equipo con el “distinguido cuerpo de tisiólogos que ejercen su profesión en esta Provincia”. Tanta relevancia histórica tuvo dicha tarea conjunta que, a fin de coordinarla, se conformó una Sociedad de Tisiología orientada a que los médicos investigaran “los mejores métodos para intensificar en su territorio, la profilaxis y tratamiento de la tuberculosis....aunando....sus estudios y sacrificios en pro de la salud pública”.⁸ Volveremos sobre los informes de esta Comisión en la siguiente sección del trabajo, pero no podemos dejar de mencionar el lugar destacado que esta institución reservó al estudio y la reflexión sobre las condiciones de la ciudad de Córdoba como espacio para el tratamiento de los tuberculosos. En sus discursos, como en los de otros actores de poder, la migración de enfermos a esta capital provincial fue una preocupación constante.

En este contexto, la prensa local en un artículo del diario *La Voz del Interior*, del 4 de abril de 1929, refirió que:

“no hay tren que llegue a nuestra ciudad o que salga para las sierras, que traiga o lleve un lote numeroso de estas víctimas del mal blanco, muchas de las cuales entran a esta Capital hasta sin recursos y sin la más remota posibilidad de obtenerlo por sí, porque ni sus fuerzas ni su estado general les permite desarrollar esfuerzos. Entran a la ciudad y van a golpear la puerta de los hospitales ya repletos de enfermos, y es claro, no los admiten porque no hay ni cama ni sitio aprovechable para contener una sola persona. Ante el desahucio de los nosocomios, estos tuberculosos se retiran y vagan por las calles.... Y no teniendo dónde pernoctar, van a caer en las barrancas y allí en esas cuevas, mueren o se matan”.⁹

Reproducimos esta nota editorial del más importante diario de Córdoba durante nuestro período de estudio para introducirnos en las concepciones que atravesaban la problemática de la migración tuberculosa a la ciudad. Reconocemos en estas líneas cómo el migrante interno se presenta como la figura problemática por excelencia en el marco de un sistema sanitario deficiente ante las demandas de la sociedad, y carente de recursos eficaces para controlar la enfermedad.

En la próxima sección del trabajo indagaremos en los discursos que evidenciaron la movilización de un conjunto de actores clave del proceso,

8 Informe al Superior Gobierno de la Provincia de Córdoba. Comisión Técnica de Climatología y Climatoterapia de Córdoba. Tomo 24. 1926. p. 1. AGPC, Córdoba.

9 Nota editorial (1929, abril 4). *La Voz del Interior*. Hemeroteca del Cabildo Histórico de la Ciudad de Córdoba (HCHCC), Córdoba.

cristalizado en ideas y debates fundamentales de la medicina y la política de la época.

Actores, discursos y concepciones sobre la migración tuberculosa en la ciudad de Córdoba

En 1934, *La Voz del Interior* publicó una nota titulada “Solo y tuberculoso”, en ella relataba el viaje de Julio Raúl Ruiz, un tucumano de 16 años que había partido desde Tucumán hasta llegar finalmente a la ciudad de Córdoba, donde había tenido muchas complicaciones para acceder a una cama de hospital. El caso de este joven constituye una situación testigo de lo que le sucedía a muchos tuberculosos que llegaban procedentes de otras regiones del país en busca de tratamiento para su enfermedad. El diario cuenta que Ruiz había adquirido una tuberculosis fulminante a los 16 años cuando vivía con su madre en Villa Quinteros, Tucumán. Como la madre no había podido atenderlo lo envió a vivir con su padre en la ciudad de Tucumán, quien lo habría utilizado como peón, así “el pobre muchacho fue ya un tuberculoso sin remedio”. En su itinerario, el muchacho había recurrido a la Comisión de Higiene y Fomento, que le costeó el pasaje hasta La Rioja y le dio además 5 pesos. Dos días estuvo vagando por esta última ciudad hasta que, vencido por el hambre y la terrible dolencia, cayó en la calle de donde fue recogido por la policía. El jefe de la repartición le pagó el pasaje hasta la ciudad de Córdoba y le dio 20 pesos. Prácticamente sin ningún recurso y en estado grave, el migrante se quedó en la estación y frente a ese panorama el comisario de la seccional primera le consiguió una cama en el Hospital Rawson, donde pasó sus últimos días. Aunque, como sostiene el autor de la nota, aún no se sabía si “por falta de cama se lo echará a la calle, pero suponemos que se le hará un lugar en un rincón cualquiera para que el desgraciado tucumano muera. Total pocos días le quedan”.¹⁰

Si nos hemos detenido en este relato es porque el itinerario de Ruiz resume el de muchos tuberculosos que durante la etapa que analizamos emigraron a la ciudad de Córdoba sin tener lugares en los hospitales de la ciudad. Los argumentos del concejal Barilari en la discusión sobre la instauración del dispensario en el Hospital Rawson avalan esta lectura, refiriéndose a la ciudad y también a las sierras:

“La mayor parte de estos enfermos son mandados de las otras ciudades y muchos de ellos ya en último estado y al llegar a Córdoba se encuentran desorientados.

¹⁰ Solo y tuberculoso (1929, abril 4). *La Voz de Interior*. HCHCC, Córdoba.

Conozco individuos que han llegado a la estación del ferrocarril de cerca al Sanatorio Santa María y allí se han quedado esperando y algunos de ellos han muerto abandonados”.¹¹

Al menos desde una década antes de que comenzara a incrementarse sustancialmente en la ciudad de Córdoba el porcentaje de muertos de origen foráneo por tuberculosis,¹² las autoridades a cargo de las estadísticas provinciales denunciaban que la mayor parte de las defunciones “proceden de personas extrañas”.¹³ Frente a este panorama, o mejor dicho conformándolo, tanto médicos como autoridades del Estado avalaban en sus discursos una perspectiva que rozaría la profusión de nociones tifoólicas,¹⁴ con lo cual se reproducían concepciones y acciones cargadas de una subjetividad superlativa que colocaban como hito el miedo al contagio, en este caso vinculado a la llegada de migrantes. Claro que, como mostraremos a lo largo de este apartado, en aquel momento este tipo de posicionamientos, los discursos y las concepciones encontraron su contraparte en otros médicos y agentes estatales, de manera tal que se dibujó un espacio de debate que tuvo como epicentro los entramados que discutían la relación entre migración-contagio y migración-aumento de la tasa de morbimortalidad de la ciudad, y la vinculación de estos procesos con la saturación del sistema sanitario de la ciudad de Córdoba.

Desde comienzos de nuestro período de estudio, las lecturas de los actores de poder penetraron en la matriz legal provincial,¹⁵ y dan cuenta así del énfasis puesto en aislar y controlar a los enfermos tuberculosos, entre los cuales se contaban especialmente los sujetos inmigrantes en la ciudad de Córdoba. En 1915, estos serán los términos que definirán la reglamentación de las estaciones climatéricas provinciales de 1915. Dos años más tarde, en 1917, el doctor Juan Cafferata intentaba relativizar la influencia de los forasteros en la marcha de la tuberculosis en dicha ciudad utilizando datos de la municipalidad. En esa dirección, sostenía que:

11 Acta de la discusión sobre la instalación de un dispensario antituberculoso en el Concejo Deliberante. 11 de septiembre de 1926, folios 119 ss. Archivo Histórico de la Municipalidad de la Ciudad de Córdoba (AHMCC), Córdoba.

12 El trabajo de Carbonetti (2011, p. 75) nos permite acercarnos a este panorama considerando las muertes por tuberculosos de extranjeros en contraposición con los residentes habituales de la ciudad entre 1918 y 1930.

13 Anuario Estadístico de la Provincia de Córdoba. 1911, p. XIII. SCEAHPC, Córdoba.

14 La interpretación y las actitudes identificadas con la *tuberculofobia* o *tisofobia*, entendida como el excesivo miedo o aversión –e incluso obsesión– al contagio de la tuberculosis.

15 Decreto N° 6154. Serie A. Reglamentación higiénica de las estaciones climatéricas de la Provincia de Córdoba. Compilación de Leyes y Decretos. 28 de septiembre de 1915, p. 20. LPC, Córdoba.

“de las prolijas investigaciones que realiza de un tiempo a esta parte la intendencia municipal, se desprende que la mayoría de las defunciones se observan en sujetos radicados dentro del municipio y que seguramente en él encontraron su padecimiento. La mayoría de los casos son de origen autóctono” (Cafferatta, 1918, p. 3).

La mirada médica de Cafferatta introducía una compleja discusión científica sobre las formas efectivas de transmisión y contagio de la tuberculosis. No obstante, como veremos al repasar las posturas más relevantes que se adoptaron en estos años, las orientadas a minimizar o relativizar la influencia de la migración a la ciudad de Córdoba no habrían alcanzado para rechazar a sus contrarias. Esta tendencia debe entenderse en el marco de las necesidades políticas de justificar el aumento de la enfermedad en la ciudad y el desborde de un sistema antituberculoso local sin recursos para hacerle frente. Para complejizar las ideas en uno u otro sentido estaban los conocimientos médicos en transformación. El descubrimiento del bacilo de Koch marcó el abandono por parte del discurso médico hegemónico de aquellas corrientes que pretendían abordar la enfermedad por medio de reformas urbanas y de mejoramiento de las condiciones de vida de la población (Lugo-Márquez, 2013, pp. 93-118). Frente a ese avance de la investigación científica, “la bacteriología alistó el recurso de la desinfección y la modificación de los modos de vida...y el sanitarismo propulsó, entre otras medidas, la aceptación de los beneficios del tratamiento individual de los enfermos y de su separación del mundo de los sanos” (Armus, 2007, p. 225). Destacados médicos de Córdoba, especialistas en el tratamiento de la enfermedad, se mostraron conscientes de estos deslizamientos y de la perniciosa confluencia del miedo al contagio con la recelosa mirada hacia los migrantes que arribaban a la ciudad.

El doctor Cetrángolo (1945, p. 31) recordaba que en Córdoba, a raíz del descubrimiento del origen de la enfermedad, surgieron ideas simplistas respecto del contagio, como por ejemplo, que se producía de igual manera que algunas enfermedades de origen microbiano”. Para él, “la suposición era lógica, pero en el caso de la tuberculosis, el contagio no conduce irremisiblemente a la enfermedad” (Cetrángolo, 1945, p. 103). Esta postulación, luego certeza científica, a medida que el siglo avanzaba estaba sobre el tapete desde fines de siglo XIX, cuando Koch experimentó con animales la primera inyección de bacilos, este procedimiento le permitió describir los fenómenos fundamentales de la inmunidad; claro que, relata Cetrángolo (1945, pp. 108-109), a estas observaciones se les dio poca importancia al principio. Estas lecturas ayudan a entender desde qué lugar, en materia de conocimientos médicos, se alzaban en

Córdoba las voces que dudaban de la extrema contagiosidad de la tuberculosis.

Si bien los que ponían en cuestión la importancia de la desinfección y la guerra al esputo ganarían presencia nuevamente recién a partir de los años treinta y cuarenta (Armus, 2007, p. 263) –aunque no representaron por mucho tiempo un cuestionamiento sistemático a la hegemonía de las teorías contagionistas (Lugo-Márquez, 2013, p. 94)–, ya en 1922 el reconocido médico Francisco Súnico (1922, p. 132) se opuso a las opiniones médicas y a las creencias comunes que afirmaban que los tuberculosos migrantes “contaminan a las poblaciones nativas y difunden extensamente la tuberculosis”. La migración se hallaba en el ojo de la tormenta. A medida que avanzaba la década de 1920 y la siguiente, y que en su transcurso aumentaba la proporción de enfermos inmigrantes internados y muertos en la ciudad, la asociación entre migración-aumento de la morbimortalidad tuberculosa y entre migración-contagio fue haciéndose cada vez más común en los discursos. En ese sentido, Súnico argumentaba su posición contraria a dichas relaciones dejando en claro que las nociones que rebatía constituían una justificación de las autoridades y habían comenzado a ser una creencia pública de los habitantes de la ciudad y, en definitiva, no eran “más que un argumento para explicar las causas de la propagación de la enfermedad, no solo en la Capital sino en la campaña....versión que no deja de ser ingenua” (Súnico, 1922, pp. 137-138).

A pesar de que no es posible descartar de plano que aquellas nociones oficiales fueran, como decía Súnico, inconsistentes pero creíbles, según los datos que este médico manejaba, se carecía de antecedentes que permitieran garantizar una aseveración cualquiera frente a la pregunta de cuántos enfermos tuberculosos “de origen extraño fallecidos en la ciudad de Córdoba podían calcularse” (Súnico, 1922, p. 136). Para completar su posición, que negaba la conexión entre migrantes y tasa de morbimortalidad en la ciudad, el médico confirió un profundo contenido social a sus lecturas, y remarcó que “la profilaxis definitiva de la tuberculosis solo puede ser el fruto de la igualdad de las clases sociales” (Súnico, 1922, p. XIII).

Sin embargo, estas concepciones convivían con posturas radicalmente distintas, y estas últimas procedían de actores sumamente reconocidos en el medio local, nacional e incluso internacional. Gumersindo Sayago, quien sería años más tarde reconocido como padre de la tisiología cordobesa, se mostraba preocupado porque sobre los dispensarios antituberculosos de la ciudad:

“pesa toda la asistencia de enfermos que sin pertenecer a la ciudad de Córdoba, llegan hasta ella desde otras provincias o de la campaña en demanda de

beneficios médicos...en la lucha contra la tuberculosis en la Ciudad de Córdoba, buena parte de los esfuerzos locales se hacen en beneficio de otras provincias" (Sayago, 1921, pp. 4-6).

En estos términos, claramente se pretendía construir la visión de un sistema sanitario antituberculoso sobrepasado en sus posibilidades e "invadido" por los migrantes. Sayago, quien en 1925 se integraría a la Comisión de Climatología y Climatoterapia provincial, esgrimió datos estadísticos –en directa oposición con la idea de Súnico, en ese sentido– a partir de los cuales respaldaba la idea de que la realidad tuberculosa de la ciudad respondía a:

"la gran influencia que sufre Córdoba...de enfermos que llegan a la ciudad en busca de los beneficios del clima o de paso, hasta encontrar un punto de sierra adecuado a sus deseos, haciendo así de Córdoba una especie de estación climática intermedia" (Sayago, 1921, p. 5).

A pesar de las voces que vinculaban el incremento en la morbimortalidad con las condiciones de vida que soportaba la población residente (Cafferata, 1918; Sayago, 1921), imperaban las opiniones que ligaban de manera explícita este proceso con la desfavorable situación económica de los migrantes tuberculosos y, a partir de ello, la creación de condiciones de contagio hacia "los sanos" y residentes de la ciudad. Tan urgentes y centrales aparecieron las interpretaciones sobre la peligrosidad de aquellos migrantes tuberculosos pobres, que la Comisión de Climatología y Climatoterapia propuso crear un organismo técnico que controlase las entradas y estadías de los enfermos en la provincia, para separar a los sanos y aislar "a todos los enfermos indigentes que lleguen a esta Provincia".¹⁶

Hacia mediados de la segunda década del siglo XX, el concejal Barilari relataba los problemas que "sufrían" estos enfermos, pero también recriminaba los inconvenientes que "creaban" los arribados a la ciudad de Córdoba:

"La mayor parte de estos enfermos son mandados de las otras ciudades y muchos de ellos ya en último estado y al llegar a Córdoba se encuentran desorientados. Conozco individuos que...se han quedado esperando y algunos de ellos han muerto abandonados. Y lo mismo ha sucedido con enfermos que han llegado a las fondas de esta ciudad a ocupar camas y utensilios que luego ocuparán

¹⁶ Comisión Técnica de Climatología y Climatoterapia de Córdoba. Informe al Superior Gobierno de la Provincia de Córdoba. Tomo 24. 1926, folios 502-503. AGPC, Córdoba.

personas sanas que vienen a albergarse a esas mismas fondas y muchos de estos han muerto en esas fondas que, por otra parte, son verdaderas pocilgas”.¹⁷

A medida que avanzamos en los discursos de las autoridades de gobierno, tanto provinciales como municipales –y en eso no hallamos matices entre la oposición y el oficialismo– vemos que coincidían en convertir a la migración de enfermos en una potente excusa para justificar el aumento de la tuberculosis en la ciudad. En puño y letra de las autoridades, estas interpretaciones aparecieron como verdaderas “denuncias”. Como se puede apreciar en las palabras del concejal Barilari, el enfermo era visto como alguien capaz de diseminar la dolencia entre quienes no compartían las mismas condiciones de vida. La particularidad de los términos y argumentaciones que se articularon condensaban todo un clima de época, que tendió a colocar al migrante –y más aún, al migrante pobre– como el “invasor y factor privilegiado del contagio”.

En los discursos, la aparente conjunción entre el propio devenir de la migración de tuberculosos a la ciudad y la fragilidad económica de una lucha dirigida por asociaciones de beneficencia, pero financiada en su mayor parte por el Estado (Carbonetti, 2005), fue entendida como un problema frente al cual “grave y muy difícil y tenaz, debe ser la obra de sus gobiernos para defenderla”.¹⁸ En la consecución de dicha empresa aparecía la preocupación constante que mostraron los actores políticos por la erosión que generaba el proceso de inmigración de tuberculosos en las arcas de la provincia y de la ciudad (Carbonetti, 2005).

La lucha antituberculosa que debía dar respuesta a “la contaminación continua de enfermos que vienen de todas partes” (Cárcano, 1927, p. 34) era proyectada por la Comisión Técnica de Climatología y Climatoterapia de Córdoba como defensiva: las autoridades de la provincia y de la municipalidad debían “defenderse de la avalancha de enfermos tuberculosos incurables, que son remitidos inútilmente de todos los ámbitos del país”. La Comisión enfatizaba la necesidad de articular una respuesta a la altura de las adoptadas en Dinamarca, Inglaterra, Francia, Alemania y Estados Unidos. Entendían que la provincia de Córdoba, “como la más amenazada por la tuberculosis de todo el país, es la que debía dar el grito de alarma y sacudir la inercia de la Nación”, y sostenían que mientras no se concretara en el país un armamento antituberculoso semejante al “adoptado por los países europeos más adelantados, no

17 Acta de la discusión sobre la instalación de un dispensario antituberculoso en el Concejo Deliberante. 11 de septiembre de 1926, folios 119 ss. AHMCC, Córdoba.

18 Comisión Técnica de Climatología y Climatoterapia de Córdoba. Informe al Superior Gobierno de la Provincia de Córdoba. Tomo 24. 1926, folio 499. AGPC, Córdoba.

le quedará a Córdoba otro recurso que la legítima defensa, extremando las medidas profilácticas a su alcance”.¹⁹

En esa tónica, el gobernador Ramón Cárcano (1927, p. 35) justificaba su posición en sintonía con la de la Comisión, por las dificultades que representaba la inmigración de enfermos en la sustentabilidad económica del sistema sanitario de la ciudad. En la práctica, las medidas que impulsaba se acercaban a ser imposiciones de condiciones al gobierno nacional y a los gobiernos de otras provincias por remitir desde sus territorios enfermos tuberculosos a aquella zona climatérica:

“es justo que lo hagan en condiciones de transporte apropiadas, contribuyendo también material y moralmente a sostener y aislar esos enfermos en sanatorios y hospitales que cada entidad remitente debe costear. En otra forma, como no está dentro de la capacidad de la provincia....sostener una lucha antituberculosa tan vasta y complicada, terminará por ser un factor siniestro para su propia salubridad y la bondad de su clima, con la contaminación continua de enfermos que vienen de todas partes” (Cárcano, 1927, p. 36).

Estas pretensiones locales no llegaron a cristalizar en instrumentos legales distintos a los ya existentes, como por ejemplo la reglamentación de 1915. Sin embargo, se insistía en levantar una “trincheras contra la invasión de la tuberculosis”.²⁰ Y los proyectos antituberculosos estuvieron atravesados por fuertes concepciones tisiófobas con eje en la figura del migrante. En eso, a diferencia de los discursos de la primera década del siglo XX, médicos y políticos encontraron una alineación total a medida que avanzaba el siglo, y tenían menos visibilidad pública las posturas que habían representado Súnico o Cetrángolo. El doctor Torres, presidente de la Comisión de Climatología y Climatoterapia –organismo conformado y asesorado por los tisiólogos más reconocidos de la provincia– ponía el acento en la necesidad de construir sanatorios para los “menesterosos que pululan e infectan el país, constituyendo así, por su promiscuidad y miseria, el verdadero peligro para la profilaxis de la tuberculosis”.²¹ En su discurso, la tuberculosis aparecía como una enfermedad

19 Comisión Técnica de Climatología y Climatoterapia de Córdoba. Informe al Superior Gobierno de la Provincia de Córdoba. Tomo 24. 1926, folios 507, 499, 500, 504. AGPC, Córdoba.

20 Comisión Técnica de Climatología y Climatoterapia de Córdoba. Informe al Superior Gobierno de la Provincia de Córdoba. Tomo 24. 1926, folio 505. AGPC, Córdoba.

21 Informe del Dr. Torres al Ministro de Gobierno de la Provincia de Córdoba sobre factibilidad de establecimiento de un sanatorio en la localidad de Ascochinga. 13 de julio de 1925. Solicitudes Diversas, Tomo 25, 1925-1, expediente 132, Letra B, folio 376. AGPC, Córdoba.

de la miseria, el contagio y la muerte, y se revelaba así otro aspecto de la tifo-fobia: la estigmatización de los sectores pobres como “clase peligrosa”. Otro caso era el doctor Fernando Torrez (1928, p. 350), representante local en el V Congreso Panamericano de Tuberculosis, realizado en 1927 en la ciudad de Córdoba, quien sugería aumentar el número de camas destinadas a tuberculosos para la internación y aislamiento de los enfermos que la ciudad recibía desde otras provincias del país.

Aun sin contar con el apoyo moral y financiero de los gobiernos, desde los organismos provinciales orientados a la lucha contra la tisis se diseñaron algunos planes para construir sanatorios en la ciudad y sus alrededores y crear un comité provincial en la misma capital que coordinara a todas las instituciones destinadas a la cura y tratamiento de esta enfermedad en la provincia. También se proyectó la organización de una oficina de propaganda destinada a difundir, mediante el reparto de afiches, películas y conferencias, las formas de protegerse de ella; la creación de un fichero central donde quedaría asentado todo enfermo que hubiese sido atendido por alguna de las instituciones pertenecientes al plan; una escuela para preparar enfermeras y visitadoras; y la organización de cursos completos de tisiología (Sayago *et al*, 1932, p. 400). No obstante, era tan profunda la matriz tisofóbica centrada en la figura del migrante, que en 1939 seguían imperando entre las autoridades del Estado estudios que buscaban poner en evidencia el aumento de la cantidad de enfermos inmigrantes en comparación con los residentes habituales de la ciudad, y que sostenían que “el hospital beneficia a enfermos procedentes de otros centros distantes a costa de los recursos destinados a los tuberculosos de Córdoba” (Contreras *et al*, 1939, p. 356).

Sin soslayar que la especificidad que penetró las nociones de los políticos y de los médicos de estos años se ligaba a la situación de la ciudad de Córdoba como lugar de paso o de destino para los enfermos tuberculosos que desde distintas partes del país buscaban cura a su enfermedad. Estas construcciones que superan lo meramente biomédico se insertaban en un contexto más amplio, en el cual se situaba el proceso de migración interna en Argentina durante las décadas que abarca este estudio. En ese sentido, uno de los rasgos más característicos del proceso de migración interna que se produjo en el país fue el surgimiento de discursos altamente peyorativos para denominar a la clase trabajadora compuesta por migrantes internos, quienes llegaban a las grandes ciudades argentinas del noroeste y del litoral en estos años.²²

22 Este proceso, que parte de la crisis del modelo agroexportador que predominó en el país desde fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, generó una ola de migración interna de personas provenientes del campo, especialmente de provincias del noroeste argentino, anteriormente dedicadas a ramas del sector agrícola orientadas a la exportación de

Consideraciones finales

Este trabajo amplió la mirada que posee la historiografía especializada sobre las problemáticas de la migración y la tuberculosis en las primeras décadas del siglo XX, focalizándose en los discursos y concepciones de los actores de poder local en el contexto de la conformación del sistema sanitario antituberculoso semipúblico de carácter gratuito. Según se aprecia en la primera parte del trabajo, la llegada de migrantes a la provincia de Córdoba durante los años en estudio fue significativa, lo que da cuenta del lugar central que tuvo la ciudad capital como lugar de atención de estos enfermos. Los procesos que caracterizaron la búsqueda de terapéutica en Córdoba ciudad fueron radicalmente distintos a lo que se han estudiado en las sierras y valles de la provincia. La gratuidad de los sanatorios, hospitales y dispensarios existentes en la ciudad, de una u otra manera, habrían atraído a un creciente número de inmigrantes enfermos provenientes de los sectores más pobres, en el marco del progresivo avance del proceso de medicalización de la sociedad argentina. Ello marcaría condiciones históricas especialmente problemáticas para la migración a Córdoba, dado que su sistema de salud antituberculoso evidenciaba dificultades para proveer servicios sanitarios adecuados.

De manera verosímil, esta ciudad constituyó la alternativa o el destino de aquellos migrantes tuberculosos que, como resaltó Armus (2007, p. 342), solo “soñaban con las sierras”, es decir, que carecían de los recursos para solventar el imaginario de cura eminentemente privado que allí se ofrecía. Ahora bien, hemos mostrado que en un escenario caracterizado por una estructura financiera limitada y por presiones fuertes y continuas al sistema antituberculoso, los actores de poder tendieron a convertir al inmigrante tuberculoso en el responsable de la “invasión” a la ciudad de Córdoba y de llevar al sistema antituberculoso local al límite de sus posibilidades de respuesta sanitaria para sus residentes. A pesar de que se revelaron discursos de médicos locales que relativizaron la asociación entre migración y tasa de morbilidad, y entre migración y contagio, imperaron discursos y concepciones que con un tinte político definieron a la provincia como la depositaria de una “carga” y de una “invasión de enfermos migrantes”. Las propuestas de los actores de poder inmersos en la estructura estatal fueron eminentemente defensivas, entendiendo

materias primas. En las grandes ciudades del litoral, la ola migratoria interna conllevó importantes choques culturales, y en este proceso surgieron las nominaciones de carácter racista y altamente peyorativas, como “cabecitas negras”, como parte de un lenguaje utilizado por las clases medias y altas para denominar a la clase trabajadora compuesta por migrantes internos provenientes especialmente de las provincias del norte, donde existe una mayor proporción de descendientes de indígenas (Recchini de Lattes y Lattes, 1969).

que las instancias nacionales y las provinciales del resto del país tenían una responsabilidad política y económica con la ciudad de Córdoba, y no con los enfermos migrantes pobres.

Como se subrayó, en la primera mitad del siglo XX, la prédica antituberculosa alimentó el temor a la contagiosidad de esta dolencia, al identificar a los enfermos como portadores del mal. En Córdoba, estas nociones encontraban un vector privilegiado en aquellos enfermos que llegaban allí desde distintas partes del país, y estas nociones fueron permanentes durante la mayor parte de esa etapa. Incluso, las posturas fueron más radicales luego de la década de 1920, cuando el creciente número de migrantes enfermos se volcó en el aumento de los valores de la morbimortalidad tuberculosa. Las construcciones discursivas de los actores de poder, en el caso de esta ciudad, sumaron elementos adicionales a los generados alrededor de los enfermos que se internaron en los sanatorios de las sierras, la mayoría de ellos, migrantes. Si en este último lugar se conformó “una suerte de subcultura del aislamiento donde se enhebraban la autodisciplina, la coerción, el miedo y la esperanza” (Armus, 2012, p. 24) que pesaba sobre estos enfermos tuberculosos, en el espacio de la ciudad de Córdoba los enfermos migrantes –que eran predominantemente pobres– serían convertidos en responsables de las dificultades políticas y económicas del sistema de atención público y en amenazas de contagio a los residentes sanos. Estos enfermos se hallaban sujetos a las escasas posibilidades que les podía brindar un sistema deficiente y desinteresado por sus necesidades y, en muchos casos, terminarían muriendo prácticamente sin atención.

Referencias bibliográficas

1. Armus, D. (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa.
2. Armus, D. (2012). Los Alpes suizos en las sierras cordobesas. El Valle de Punilla y la historia sociocultural de la tuberculosis, 1870-1960. *Estudios, Revista del Centro de Estudios Avanzados*, número especial, 19-35.
3. Bialet Massé, J. (1988). *Informe sobre el estado de la clase obrera en Argentina*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
4. Cafferatta, J. (1918). La tuberculosis y la vivienda en la ciudad de Córdoba. *Primera Conferencia de Profilaxis Antituberculosa. Actas y trabajos*. Córdoba: Talleres Tipográficos de la Penitenciaría.
5. Carbonetti, A. (2005). La conformación del sistema sanitario de la Argentina: el caso de la Provincia de Córdoba, 1880-1926. *DYNAMIS. Acta*

- Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 25, 87-116.
6. Carbonetti, A. (2011). *La ciudad de la peste blanca. Historia epidemiológica, política y cultural de la tuberculosis en la ciudad de Córdoba, Argentina 1995-1947*. México: Editorial de la Benemérita Universidad de Puebla.
 7. Cárcano, R. (1927). Discurso de apertura de las Cámaras Legislativas. *Compilación de Diario de Sesiones de la Provincia de Córdoba*. Córdoba: Legislatura de la Provincia de Córdoba.
 8. Cetrángolo, A. (1945). *Treinta años cuidando tuberculosos*. Buenos Aires: Hachette.
 9. Contreras. H., Cresta A., Rodríguez G. (1939). Contribución a la epidemiología de la tuberculosis pulmonar a través del estudio de los enfermos internados en el Hospital Tránsito Cáceres de Allende. *Sexto Congreso Nacional de Medicina. Actas y Trabajos*. Rosario: Establecimientos Gráficos Pomponio.
 11. Garzón Maceda, F. (1917). *La medicina en Córdoba*. Buenos Aires: Talleres Rodríguez Giles.
 12. Lugo-Márquez, S. (2013). Una perspectiva heterodoxa de la historia de los medicamentos. Dinámicas de inclusión-exclusión de los sueros antituberculosos Ravetllat-Pla en la España del primer tercio del siglo XX. *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 94, 93-118.
 13. Recchini de Lattes, Z. y Lattes, A. (1969). *Migraciones en la Argentina. Estudio de las migraciones internas e internacionales, basado en datos censales 1869-1960*, Buenos Aires: Instituto Torcuato Di Tella.
 14. Sayago, G. (1921). Comunicación leída por Gumersindo Sayago. *Tercera Conferencia Nacional de Tuberculosis*. La Plata.
 15. Sayago, G., Cetrángolo, A., Caeiro, A., Pérez, J. (1932). Plan mínimo de lucha antituberculosa para la provincia de Córdoba, propuesto por la Sociedad de Tisiología de Córdoba. *Revista Médica*, 20 (3), 394-409.
 16. Súnico, F. (1922). *La tuberculosis en las sierras de Córdoba*. Buenos Aires: Casa Editora De Martino.
 17. Torrez, F. (1928). Profilaxis antituberculosa de la ciudad de Córdoba. *Primer Congreso Panamericano de Tuberculosis. Actas y trabajos*. Córdoba: Imprenta de la Universidad de Córdoba.