

Ocupaciones de la salud en el territorio argentino: perspectivas a partir de los censos nacionales de 1869, 1895 y 1914

Health occupations in the Argentinean territory: Perspectives from the National 1869, 1895 and 1914 Censuses

María Laura Rodríguez
Adrián Carbonetti
María Dolores Rivero
María Alejandra Fantín

Resumen

Estudiamos el crecimiento y la distribución de ocupaciones de la salud específicas en el territorio argentino a partir de los primeros censos nacionales de población. Mostramos la complejidad de las interpretaciones "optimistas" de época, que asociaban el crecimiento de esas ocupaciones con la progresiva afirmación estatal y el ascendente desarrollo socioeconómico de la Argentina de fines del siglo XIX y los inicios del XX. Damos cuenta de los valores censales, profundizando en situaciones diferenciales que permiten explicar las trayectorias de las provincias argentinas. Consideramos clivajes socioeconómicos, la presencia estatal y los procesos de consolidación de las ocupaciones.

Palabras clave: Argentina; ocupaciones de la salud; censos nacionales de población; distribución; divergencias

Abstract

We have studied the growth and distribution of specific healthcare occupations in the Argentine territory starting from the first national population censuses. We show the complexity underlying those "optimistic" interpretations of the era that associated the growth in occupation with the progressive State consolidation and the ascending socioeconomic development of Argentina in the late nineteenth and early twentieth centuries. We show the census values, focusing on differential situations that help explain the trajectories in the Argentine provinces. We consider socioeconomic cleavages, the presence of the State and the occupations consolidation processes.

Keywords: Argentina; occupations of health; national population censuses; distribution; divergences

Introducción

En este trabajo, interrogamos un conjunto de valores que pretendieron medir la presencia y el crecimiento en el territorio argentino de las ocupaciones vinculadas al cuidado de la salud entre fines del siglo XIX y principios del XX. Para ello, partimos de los datos arrojados por los tres primeros censos nacionales de población (1869, 1895 y 1914) concentrándonos en los oficios más significativos estadísticamente en esos años, a saber: médicos, farmacéuticos, dentistas, enfermeros y parteras. Adoptamos una perspectiva cuantitativa, buscando complementar los aportes historiográficos dominantes, los que, hasta el momento, han analizado de manera predominante las experiencias de los médicos en Buenos Aires y en especial en Capital Federal (Souza & Hurtado, 2008; Belmartino, 2008, 2005; González Leandri, 2000, 1998, 1996).

En análisis previos (Rodríguez, Carbonetti & Andreatta, 2013) hemos mostrado cómo la presencia de las ocupaciones de la salud en las provincias del interior no constituyó la *otra cara* de los procesos devenidos en los espacios centrales del país (Piazzesi, 2009; Moreyra 2009; Fernández & Parolo, 2008; Belmartino, 2007; Rodríguez, 2006). Entendemos que el valor heurístico de los censos de población, como vía privilegiada para conocer las particularidades distintivas del *caso argentino*, se asocia a la posibilidad de dar cuenta de los rasgos que caracterizaron el desarrollo político institucional y socioeconómico a lo largo y ancho del vasto y heterogéneo territorio argentino. No perdemos de vista que los tres primeros registros nacionales constituyeron representaciones sobre la realidad censada (Velázquez, Vega, Macchi et. al, 2007; Otero, 2006). En efecto, “estos dispositivos tuvieron un lugar central en la representación que los estados se dieron de sí mismos y de la sociedad bajo su dominio” (Daniel, 2009: 4).

De acuerdo con ello, tensionamos procesos que recorren la etapa que va desde la segunda mitad del siglo XIX hasta comienzos del XX identificándola como la *edad argentina del entusiasmo estadístico*, es decir, cuando en los censos se priorizaban los signos de riqueza y vitalidad de la nueva Nación Argentina, soslayándose los factores que podían constituir un obstáculo para la imagen de progreso del país (Otero, 2006). A lo largo del trabajo, problematizamos esta mirada de época, la misma que ligó los procesos de crecimiento de las ocupaciones de la salud en el país con un devenir engrandecido de la Argentina de esos años.

Reconocemos el entramado interpretativo de época, buscando explicar el crecimiento e interrogándonos por la distribución de las cinco ocupaciones seleccionadas en las distintas provincias y regiones

del territorio argentino. Para ello colocamos en perspectiva las dinámicas socioeconómicas e institucionales diferenciales, inmersas en un contexto histórico de medicalización apenas incipiente, en el que la medicina diplomada aún se hallaba lejos de constituirse en la opción prevaleciente para el cuidado de la salud de las sociedades (Armus, 2016). Justamente, en este marco de procesos, en los que los colectivos abordados no llegaban a definirse como tales a través del estudio diplomado, nos referimos a ocupaciones en salud y no a profesiones. No obstante, y aunque en los censos sólo bastaba la mera declaración del *medio de vida*, rastreamos algunos itinerarios de estas ocupaciones para considerar algunos renglones de la tensión entre la naturaleza empírica/diplomada en los oficios censados.

En una primera sección, caracterizamos brevemente los censos y aquella matriz de lectura *optimista* a la que hemos referido, focalizando la mirada en aquellos espacios que para los años en estudio estaban organizados como provincias, es decir, excluimos los llamados Territorios Nacionales, donde el número de individuos ocupados en oficios referidos a la salud no era significativo estadísticamente.¹ En las dos secciones siguientes retomamos los valores arrojados por los primeros tres registros nacionales, articulando aportes bibliográficos especializados: en una, analizamos críticamente lo que se consideró en los censos como el crecimiento global de las ocupaciones censadas; en la otra, operacionalizamos el análisis de las tendencias históricas del periodo 1869-1914, presentando algunos recursos gráficos que permiten distinguir momentos y trayectorias específicas que interrogan las dinámicas de crecimiento y distribución de las ocupaciones en los diferentes espacios del país.

Imagen y representación estadística en los tres primeros censos nacionales de población, 1869-1895-1914

El Primer Censo Nacional de Población de 1869 marcó el comienzo de un fuerte proceso de construcción de instituciones y políticas de población. Como refirió Otero, “se entró liberalismo clásico con estadística pública, o el ‘contar para actuar’ con el ‘contar para difundir’” (2006: 209-210). Este *gran debut* estadístico fue la primera actividad moderna de recuento de población con un alcance nacional realizado en la Argentina, llevado adelante cuando las oficinas de estadísticas aún no estaban suficientemente establecidas y el sistema censal apenas se encontraba desarrollado en el país.² Claro que los censos también fueron complejas construcciones de poder, cuyo afán fue impulsar ciertas formas de pensar la Nación y exhibir las virtudes del país para atraer capitales y personas (Otero, 2006). Dicha

intencionalidad no constituye un rasgo menor en un momento histórico en el que, como señaló Devoto, “se consideraba crucial que se conocieran las ventajosas condiciones de la expansión económica argentina y, que los potenciales migrantes las vieran como mejores frente a otras promocionadas desde distintas partes del mundo” (2007: 537).

Los tres primeros censos de población otorgaron contenidos particulares a la idea de progreso nacional, dando visibilidad a ciertos fenómenos propios de una sociedad moldeada por el ímpetu modernizador de sus élites dirigentes (Otero, 2006). “Las profundas transformaciones que se experimentaban en esos años fueron leídas, *ex professo*, como símbolos de orden y progreso” (Daniel, 2009: 16), orientando la misma interpretación de los fenómenos de población, tales como el explosivo crecimiento demográfico producido entre 1869 y 1914, los movimientos de la población y el acelerado proceso de urbanización en marcha, especialmente rápido y caótico en la ciudad de Buenos Aires, federalizada en 1880.

Esta matriz de interpretación fue dominante y, como tal, robusteció una visión de la vida socioeconómica del país, pretendidamente resumida en una versión idealizada de la expansión del comercio atlántico y la actividad agroganadera de esos años. Esta lectura ofrecía una mirada sin contradicciones sobre la transformación de la Argentina en el primer mercado de América del Sur en la colocación de inversiones inglesas y sobre las dinámicas que favorecían la rápida acumulación de capital en los sectores productores locales (Zeberio, 1999).

“Entre 1880 y 1916, se profundizaron las transformaciones iniciadas a mediados del siglo XIX -y con ellas, la Argentina se colocaba entre las naciones más modernas entre los países latinoamericanos-” (Lobato, 2000: 11). A la vez, se estaba definiendo un país desequilibrado, dividido entre *provincias ganadoras* y *perdedoras*. Por su parte, los censos obturaron la problematización de los procesos demográficos en un tiempo y un espacio social (Otero, 2006). Para los censistas, los incrementos de la población aparecían meramente vinculados a desplazamientos por “la atracción de los lugares más promisorios (la Argentina con respecto a Europa, el litoral con respecto al interior, la ciudad con relación al campo)”, y los factores de expulsión no fueron considerados variables significativas (Otero, 2006: 330). Las regiones argentinas, situadas en el litoral o en el interior nacional, fueron identificadas según un esquema binario que las dividía por su posición como productoras de materias primas para la exportación entre excluidas del o incluidas al “modelo nacional de progreso”. Esta visión estaba anclada a “[...] factores geográficos, de

inevitabilidad y naturalización de un proceso que se percibe como positivo, no contradictorio y autoequilibrado...” (Otero, 2006: 328).

También fue desde esta misma concepción de época que se implementaron los exámenes estadísticos del mundo de trabajo. En relación a este renglón, destacamos que el registro de 1869 no dispuso de una grilla para contabilizar las ocupaciones, sino que éstas se reprodujeron de acuerdo a las declaraciones, respetando los términos originales expresados por los empadronados (Otero, 2006). El censo de 1895 marcó un cambio radical por su adopción de la nomenclatura laboral italiana, determinando que las ocupaciones en general, y con ellas las denominadas -a partir de ese año- *profesiones sanitarias*, comenzaron a ser contabilizadas con mayor rigurosidad clasificatoria, ordenándose según determinados criterios de pertinencia por ramos de actividad. No obstante, no debemos exagerar los cambios, ya que en los tres censos la definición operativa de ocupación remitió a una caracterización deliberadamente amplia del trabajo, sintetizada en la expresión *profesión, oficio, ocupación o medio de vida* y en ninguno de los tres dispositivos se realizó un registro particular de las profesiones, como sí sucedió en Alemania, ni se amplió el número de preguntas sobre las ocupaciones como en el censo de Estados Unidos de 1910 (Otero, 2006). En ese contexto, no parece una cuestión menor que en materia de ocupaciones los censos lograran realzar las virtudes del modelo agroexportador -dejando de lado el estudio de la manufactura y licuando la categoría *obrero*-. A fin de cuentas, reforzaron la visión *optimista* a la que nos venimos refiriendo. Así, “los avances de ciertas categorías ocupacionales -entre las que se incluían las denominadas profesiones sanitarias- fueron interpretadas como parte de esas mentadas señales del progreso argentino” (Otero, 2006: 258).

El crecimiento de las ocupaciones del cuidado de la salud

El incremento en los valores de las ocupaciones de la salud, tomados como un todo a nivel país, hasta cierto punto respaldaría la visión de una Argentina que avanzaba aceleradamente entre 1869 y 1914. Los datos del cuadro 1, elaborada a partir de las cifras absolutas de los tres censos nacionales, muestran un significativo crecimiento de la cantidad de médicos, farmacéuticos, enfermeros, parteras y dentistas. Es claro que hubo en estos años una muy sensible evolución de la cantidad de sujetos dedicados a estos oficios, si consideramos que, por caso, en 1869 se contabilizaron en el país 22 enfermeros/as y 2.963 en 1914. Así todo, tampoco es preciso sobredimensionar el incremento de los sujetos dedicados a las ocupaciones del cuidado de la salud, ya que inclusive los médicos -los más abultados en el censo-

llegaron en 1914 a 3.456 declarantes, mientras la población del país alcanzaba los 7.903.662 habitantes.

Cuadro 1. Número de médicos, farmacéuticos, parteras, dentistas y enfermeros en Argentina entre los censos de población de 1869, 1895, 1914

Ocupaciones	Censos de población		
	1869	1895	1914
Médicos	458	1621	3455
Farmacéuticos	316	1306	2560
Parteras	486	921	2083
Dentistas	28	133	729
Enfermeros	22	423	2963

Fuente: elaboración propia sobre la base de los censos de la República Argentina de 1869, 1895 y 1914.

Obviamente, no todas las ocupaciones consideradas tuvieron la misma expansión. Los comportamientos de cada ocupación pusieron a andar dinámicas particulares. Los médicos fueron los que más crecieron en valores absolutos, y en segundo lugar aparecían los farmacéuticos, seguidos por las parteras y los dentistas. Estas tendencias, que ya podían percibirse hacia el segundo censo, son evidentes en el cuadro 2, que muestra tasas de crecimiento medio interanual espectaculares para todas nuestras ocupaciones, superando las de la población en su conjunto, “que tuvo un crecimiento anual total en 1870-75 de 2,74 por ciento, en 1895-1900 de 2,94 por ciento y en 1910-1915 de 1,72 por ciento” (Otero, 2006: 125).

Cuadro 2. Tasa de crecimiento interanual de las profesiones

Ocupaciones	1869/1898	1895/1914
Médicos	4,3	3,8
Farmacéuticos	6,43	3,41
Parteras	2,38	4,07
Dentistas	5,28	7,02
Enfermeros	6,93	7,02

Fuente: elaboración propia sobre la base de los censos de la República Argentina de 1869, 1895 y 1914.

Un elemento a destacar es el rol clave que jugó la creación de espacios universitarios, desde donde egresaron los primeros profesionales modernos formados localmente. Merece destacarse que,

hacia el segundo censo, los médicos empadronados en la ciudad de Buenos Aires representaban más de la mitad de los galenos del país (54,4%). A estos les seguirían los enfermeros, primero, y luego los farmacéuticos. El sustantivo aumento en los valores absolutos y en la tasa de crecimiento de los médicos -como puede verse en los cuadros 1 y 2- se asoció a la temprana creación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires (UBA) en 1821.³ Unas décadas más tarde, se inauguró la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba (1877). No obstante, la élite de origen porteño fue la que sumó más cantidad de médicos *nacionales* a la corporación, que hasta el primer tercio del siglo XIX estuvo formada por médicos titulados en el extranjero. En la Facultad de Córdoba, se graduaron hasta 1895 sólo 23 galenos de los 112 que registró en su territorio el censo de ese año (Rodríguez, 2006). Siguiendo esa misma línea de reflexión, casi a la par de los médicos diplomados, la importancia cuantitativa de los farmacéuticos en una primera etapa (1869-1895) puede ligarse a la creación de la Escuela de Farmacia en la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba en 1882 (Garzón Maceda, 1927) y, antes de ello, al comienzo de estos estudios en la UBA desde 1854, que se constituyeron como Escuela desde 1890.⁴

Vinculamos las elevadas tasas de crecimiento de los farmacéuticos en la etapa 1869-1895 con lo que se ha caracterizado como “una organización corporativa estable” (González Leandri, 1996: 47). Justamente, la fortaleza del proyecto colectivo de esta ocupación, con anterioridad al segundo censo, contextualiza la destacada tasa de crecimiento de los farmacéuticos en esa primera etapa, así como su posterior declive relativo (ver Cuadro 2). Para González Leandri (1996: 65), esa suerte de solidez corporativa “[...] convertiría a los farmacéuticos en actores a disciplinar prontamente a los ojos de una élite médica decidida a subordinarlos a su poder y autoridad en el campo de la salud”. Si bien no pretendemos considerar este complejo proceso, cabe destacar que, a partir de 1870, se abrió una etapa en la que la falta de una facultad propia, sumada a heterogeneidades internas en las filas de los farmacéuticos, cristalizaron en su pérdida progresiva de legitimidad pública (González Leandri, 1996).

En el caso de los dentistas,⁵ hubo una dependencia inicial respecto a los médicos, la que se mantuvo por muchos años “pues la enseñanza de la odontología hasta las primeras décadas del siglo XX se incluía entre las denominadas ramas menores de la medicina” (Shapira, 2003: 964). Un largo y conflictivo debate de intereses con la medicina dificultó por muchos años la definición de un campo propio para la odontología, siendo ello un obstáculo para el reconocimiento de los dentistas por parte de la población nacional (Shapira, 1997).

Sin embargo, por mucho tiempo los éxitos de los médicos en su construcción histórica de monopolios cognitivos y en el ejercicio de la práctica médica estuvieron acotados y fueron parciales. Incluso, la medicalización de la sociedad constituye aun en la actualidad un proceso incompleto y heterogéneo, asunto que no pone en jaque las interpretaciones de la experiencia del colectivo galeno, ligadas históricamente a los imperativos de un Estado que necesitaba afianzar “[...] el desarrollo de su propia capacidad de intervención, a veces material, a veces ideológica” (González Leandri, 2000: 31). Esta conceptualización constituye una lectura de tensiones e intereses propios de un contexto latinoamericano, en que unos poderes estatales procuraron involucrarse tempranamente en asuntos de salud de acuerdo a sus necesidades de *orden y progreso* en el marco de su integración en la economía mundial como productores de materias primas (Cueto, 2005). Asimismo, por su papel en la economía argentina del periodo, las ciudades puerto de Buenos Aires y parcialmente la de Rosario habrían vivido experiencias excepcionales en el impulso de la articulación entre los intereses del estado y los médicos. Para el caso rosarino, Prieto (1996) ha mostrado cómo la epidemia de cólera de 1867 movilizó a los gobiernos municipal y provincial, incentivando la valoración social de los médicos.

En Buenos Aires, tal como señaló Cerdá (2015), incluso luego del pánico producido por la enorme cantidad de muertos que dejó el brote de fiebre amarilla de 1871, los médicos continuaron ganando un lugar central en la política local gracias a sus pericias frente a las epidemias. Por su parte, en la provincia de Córdoba, el progresivo incremento de los médicos, desde exiguos valores a mediados del siglo XIX hasta los crecientes guarismos que se registraron a comienzos del siglo XX, debe entenderse considerando los avances institucionales del Estado provincial, que absorbió a una parte importante de esta élite en cargos públicos, reforzando los procesos de consolidación profesional en curso (Rodríguez, 2006).

Fueron múltiples los factores que intervinieron impulsando la evolución en las ocupaciones de la salud, incluso las distorsiones introducidas por los propios dispositivos censales. Las dificultades para construir clasificaciones ocupacionales fueron comunes a los tres dispositivos, aunque subrayamos este rasgo en el censo de 1869, cuando se optó por una exposición alfabética y extensiva de los oficios, tal como eran declarados. En ese sentido, se identificó una amplia variedad de matices laborales en el cuidado de la salud, como *flebótomos* o *sangradores*, *cirujanos*, *curanderos* y *prácticos*. Evidentemente, la introducción de la grilla ocupacional en 1895 redujo la dispersión en las declaraciones, pero este cambio no implicó que se

introdujeran otras precisiones, como las vinculadas a la posible naturaleza empírica o diplomada de los practicantes de las artes del cuidado de la salud.

Como fuera, sólo se logró medicalizar la sociedad argentina de manera incipiente, es decir, la medicina diplomada siguió conviviendo más o menos conflictivamente, más o menos complementariamente, “con la medicina hogareña, los remedios de venta libre y el mundo de los herboristas, curanderos y charlatanes” (Armus, 2016: 50). Por otra parte, fueron poco fructíferas las luchas que los médicos diplomados emprendieron por esos años contra lo que definían ampliamente como el *flagelo del curanderismo y el charlatanismo*. Sus logros fueron más claros y tangibles en sus relaciones de poder con los llamados *ramos menores* del arte del curar. Estas tendencias se observaron en sus relaciones con los farmacéuticos y los odontólogos.

Las parteras y la enfermería constituyeron casos distintos, para los que sería central tener en consideración clivajes de género. Constituye un asunto a considerar en futuros estudios las desigualdades de género y de clase social como problemáticas fundamentales para entender las vinculaciones entre médicos y aquellas ocupaciones ancladas en la exclusión histórica de la mujer hacia roles estereotipados en el cuidado de la salud. Es el caso de las parteras, relegadas a un papel de auxiliar subordinado en el campo obstétrico, campo predominantemente masculino y androcéntrico. Por su parte, el estudio de Wainerman & Binstock (1992) arrojó datos reveladores sobre la enfermería, al mostrar que, en los hospitales municipales de Capital Federal, para 1909, el 60% de la población que se declaró como enfermero eran varones, siendo una ocupación que por mucho tiempo poseyó un estatus similar al servicio doméstico, integrada mayoritariamente por personas de muy bajo nivel económico y social. Como ha señalado recientemente Martín (2015), una vez transcurrida la primera década del siglo XX, más del 70% de quienes se dedicaban a la enfermería en la ciudad de Buenos Aires eran mujeres, y para 1912 la Escuela de Enfermeros del municipio porteño decidió restringir el ingreso sólo a éstas. A nivel país, según el censo de 1914, las mujeres representaban el 57,8% del total en la ocupación, es decir 1.712 sobre 2.963 y, no parece menor subrayar que, dentro de ese porcentaje, prácticamente el 60% eran extranjeras.

De todas maneras, aunque incompleto y parcial, se produjo efectivamente un proceso de jerarquización de los saberes en estos oficios. Ya desde fines del siglo XIX se crearon escuelas de enfermería y de parteras. En este último caso, “[...] se creó la primera escuela en Buenos Aires en 1875” (Di Liscia, 2005: 109) y, la segunda del país en 1884 en la Universidad de Córdoba (Garzón Maceda, 1917). Por tanto,

resulta evidente que, para el censo de 1869, las 486 parteras declaradas en el país eran empíricas, así como seguramente una gran parte de las 921 censadas en 1895.

Asimismo, se ha enfatizado en la presencia superlativa de las parteras en la medicina de la mujer en la ciudad de Buenos Aires, especialmente fuera de los espacios de los hospitales. Como ha dejado ver Di Liscia (2005: 99-100), “[...] a pesar de que la atención en el Hospital de Mujeres era gratuita, en la populosa ciudad de Buenos Aires con 170.000 habitantes se atendieron en 1871 sólo 73 partos”. A propósito de ello, parece posible relacionar la vasta presencia de las prácticas empíricas en la ciudad de Buenos Aires a fines del siglo XIX con aquellos fenómenos de la “[...] atención de la salud en el ámbito hogareño y extrahogareño [...] predominante protagonizada por la influencia femenina basada en el uso de una medicina doméstica” (Di Liscia, 2005: 99-100). Según retomaremos más adelante, la sospecha de que las parteras que declararon en los censos estaban más concentradas en las zonas rurales debería matizarse.

En el caso de la enfermería, se ha determinado la naturaleza empírica de la ocupación como un asunto generalizado y prolongado en el tiempo. La primera escuela de enfermeros del país recién fue fundada en la ciudad de Buenos Aires bajo el ámbito del Círculo Médico Argentino en 1885 -municipalizándose en 1892- y para fines de 1909 sólo se había graduado el 10% de los matriculados. En los nosocomios de la ciudad de Buenos Aires, no había prácticamente ningún enfermero diplomado y sus directores resistían enviar a su personal de enfermería a capacitarse y diplomarse (Wainerman & Binstock, 1992). “Antes de que aparecieran los espacios de entrenamiento formal, estas actividades especializadas de cuidado de la salud fueron protagonizadas por religiosos de la Orden de los Betlemitas” (Wainerman & Binstock, 1992: 272), así como por “hermanas de la caridad”, cuyo protagonismo en la atención hospitalaria es indiscutible hasta mediados del siglo XX.

Esta situación fue más evidente en la enfermería, pero la mayoría de los colectivos analizados transitaron en algún momento a medio camino entre lo diplomado y lo empírico, en un contexto histórico donde la medicalización era incipiente, inclusive en la moderna y pujante ciudad de Buenos Aires (Armus, 2016). Es preciso repensar y matizar las lecturas que refieren un exitoso proyecto de la corporación médica, enfatizando en cambio que la medicalización de la sociedad siguió un ritmo desperejo e incompleto al interior de la trama social y del territorio nacional. En la provincia de Córdoba, único espacio del interior nacional que contaba en esos años con una Facultad de Medicina universitaria, aún décadas después del censo de 1914, “[...]”

los médicos diplomados competían y coexistían con las distintas estrategias de cuidado de la salud ofrecidas por los curanderos...” (Moreyra, 2009: 72-73), “[...] los que muchas veces debían su éxito entre la población a sus estrategias híbridas, es decir, provenientes tanto de la medicina popular como de la tradición biomédica” (Armus, 2007: 315). Ahora bien, la imagen de progreso de la Argentina no era compatible con lo sucedido en todas las regiones y provincias del país, y, como veremos a continuación, la distribución de las ocupaciones no fue pareja en los distintos lugares del territorio porque estuvo atravesada por una profunda desigualdad histórica.

Clivajes en la distribución de las ocupaciones de la salud en el territorio argentino

No podemos dar cuenta de una geografía unívoca de las transformaciones políticas y socioeconómicas devenidas en los años bajo análisis. Sin embargo, desde el siglo XIX, distintas áreas del país atravesaban desarrollos que las particularizaron en cuanto a su impronta socioeconómica.⁶ En ese sentido, véase el cuadro 3, que considera, de acuerdo a los valores que arrojan los censos, la distribución de las ocupaciones dedicadas a la salud en varias provincias del país, incluida la ciudad de Buenos Aires.

Si bien los censos omitieron problematizar aspectos que no fueran acordes a la ideología del progreso imperante, estos registros permiten asociar las divergencias en la distribución de las ocupaciones al modelo económico imperante, los procesos de inmigración ultramarina y migración interna, y la configuración de los clivajes rural-urbanos de la época (Otero, 2006). Suele admitirse que, a partir de 1880, una vez lograda la organización del Estado nacional, el modelo agroexportador cuajó acabadamente, definido alrededor de la producción y exportación de materias primas y la importación de productos industriales, lógica propia de un capitalismo dependiente cuya tónica dominante fue el crecimiento del sector externo, estimulado por la creciente demanda internacional de alimentos. Los mecanismos dinamizadores del proceso fueron las inversiones del capital extranjero, la llegada masiva de mano de obra a través de la inmigración y la incorporación de tierras fértiles al sistema productivo. Paralelamente, se produjo una notable urbanización en la zona de la pampa húmeda.

Estas dinámicas no sólo generaron fenómenos diferenciales al nivel del territorio en su dimensión topográfica. Tal como advierte Rapoport (2008: 1), “los años identificados con la etapa agroexportadora no

86 Cuadro 3. Distribución espacial de Médicos, farmacéuticos, parteras y dentistas en valores absolutos en los Censos Nacionales de 1869, 1895 y 1914

Provincias	Médicos			Farmacéuticos			Parteras			Dentistas			Enfermeros		
	1869	1895	1914	1869	1895	1914	1869	1895	1914	1869	1895	1914	1869	1895	1914
Capital	154	646	1765	128	494	865	54	288	681	15	71	469	13	275	1760
Buenos Aires	89	321	603	78	301	739	114	162	436	5	27	105	2	43	438
Santa Fe	36	199	309	28	174	259	26	92	197	3	4	28	0	18	273
Entre Ríos	41	87	116	31	80	123	41	65	108	1	10	35	1	16	97
Corrientes	36	61	76	10	47	44	75	71	101	0	3	19	0	5	29
Córdoba	40	112	249	8	76	240	68	85	221	1	6	23	0	12	154
San Luis	12	15	32	0	10	24	10	12	32	0	2	6	0	6	8
Sgo. del Estero	11	28	28	2	8	30	24	42	88	0	0	2	1	4	5
Mendoza	6	35	107	0	39	99	8	14	67	0	4	15	0	12	90
San Juan	6	19	28	5	20	25	6	6	8	0	1	3	1	2	6
La Rioja	5	13	13	0	4	7	13	15	8	0	0	1	0	0	2
Catamarca	8	18	20	3	7	9	15	18	20	1	1	2	4	1	12
Tucumán	8	33	60	15	30	62	23	37	87	1	1	11	0	28	42
Salta	4	21	27	5	13	23	7	11	22	1	2	7	0	0	35
Jujuy	2	13	22	3	3	11	2	3	7	0	1	3	0	1	12
Total	458	1621	3456	316	1306	2560	486	921	2083	28	133	729	22	423	2963

Fuente: elaboración propia sobre la base de los censos de la República Argentina de 1869, 1895 y 1914.

fueron una época dorada para toda la sociedad argentina". Las condiciones de vida y de acceso al cuidado de la salud estuvieron francamente recortadas para amplias franjas de la población, tanto si consideramos los sectores trabajadores del interior del país como los de la Capital Federal, donde la vorágine modernizadora otorgó su tono a las situaciones de exclusión. En el mismo sentido, se fueron definiendo condiciones más o menos atractivas para el establecimiento y crecimiento de las ocupaciones bajo análisis. Como deja ver el cuadro 3, las provincias del Litoral -sumadas- concentraban algo más del 90% de los médicos y más de 95% de los dentistas para el censo de 1914. Mientras, ese mismo año "[...] la esperanza de vida en las provincias del norte era en promedio 11 años menor que la del país en su conjunto" (Campi, 2000: 113). De acuerdo con Carbonetti & Celton (2007: 382), para 1914 la esperanza de vida al nacer en la Región Noroeste del país era en promedio de 39, 7 años, mientras en la ciudad de Buenos Aires trepaba a 47, 8 años y en la zona pampeana a 49, 7.

Fue tan heterogéneo el proceso que experimentó el país durante todos esos años que es preciso profundizar en sus distintas etapas y diferentes performances históricas. Ni siquiera la suerte de una provincia y ciudad integrada a la región litoral fue necesariamente equiparable a la de otra. Los valores del cuadro 3 dejan ver que gran parte de las provincias que formaban la región litoral no llegaron a los niveles que alcanzó la ciudad de Buenos Aires. Para Entre Ríos, destacamos que, aunque los valores absolutos de los médicos y farmacéuticos aumentaron del primer censo al segundo y de éste al tercero, la representación porcentual de estas ocupaciones en el total nacional descendió sensiblemente en el caso de los galenos desde el 9% en 1869 al 5,4% en 1895 y al 3,4% en 1914; y en el en el caso de farmacéuticos, del 9,8%, al 6,1% y al 4,8%, respectivamente. Observamos el mismo comportamiento cuando consideramos a la provincia de Buenos Aires. El cuadro 3 ayuda a visualizar que el incremento de los valores absolutos en la mayoría de las ocupaciones se correspondió con una tendencia descendente, considerados en su distribución porcentual en los distintos espacios del país. Si bien los médicos, por caso, pasaron en la provincia de Buenos Aires de 89 en 1869 a 321 en 1895 y a 603 en 1914, porcentualmente se movieron desde el primer censo nacional al tercero, del 19,4% al 17,5% del total nacional. Confirmamos la tendencia descendente también en las parteras y los dentistas bonaerenses, mientras se registró un pequeño incremento para los farmacéuticos y enfermeros/as. Paralelamente, en la ciudad de Buenos Aires, ya volveremos con algunos ejemplos más adelante, verificamos un extraordinario y sostenido aumento en todas las ocupaciones, tanto en términos absolutos como relativos.

La trayectoria de la provincia de Córdoba merece destacarse, ya que en el censo de 1869 mostró valores porcentuales para médicos, parteras y dentistas que disminuyeron en los censos siguientes, justamente en la etapa en que la provincia se incorporó efectivamente a la producción pecuaria nacional (Candelaresi, 1999). En este caso, es necesario referirse a la complejidad histórica de los ritmos del crecimiento económico. Es que, aunque para 1869 Córdoba formaba parte de la región del *interior* del país -es decir, estaba junto a las *más perimidas*: Santiago del Estero, Catamarca, La Rioja, Tucumán, Salta y Jujuy-, en el primer censo reflejó una trayectoria económica ascendente *previa*, es decir anterior a su ingreso al modelo agroexportador. Luego, Córdoba siguió por la senda del crecimiento, pero a partir de 1880 y 1890 la distancia con Buenos Aires ya era abismal (Gelman & Santilli, 2011).

Las diferencias en los porcentajes de distribución de las ocupaciones de la salud en los espacios del territorio responden a varios factores socioeconómicos asociados. Claro que en el caso de Córdoba se impone considerar cómo la creación de un espacio universitario para la formación profesional en medicina y *ramos menores* jugó como factor dinamizador. En ese sentido, la creación de la facultad local, que contó con egresados a partir de 1890, podría ayudar a explicar la recuperación en la proporción de médicos entre el censo de 1895 y el de 1914 (de 6,91% a 7,21%), pero claramente no alcanzó para compensar el crecimiento demográfico de esos años ya que “[...] la población se incrementó en más de un 150 por ciento entre 1895 y 1914”. (Beato, 1993: 123).

Con más o menos ventaja, según las provincias y ciudades de las que hablemos, en líneas generales, no parece exagerado afirmar que la balanza se fue inclinando cada vez de manera más contundente a favor de la región litoral y más aún de la ciudad de Buenos Aires, en detrimento del resto del país. Como explica Rocchi (2000: 45), el resto del país tuvo una evolución económica menos impresionante que la pampeana y también un desarrollo “[...] más heterogéneo, de acuerdo a la profundidad y modalidad en que se integraba al mercado mundial”; en esos términos, continúa el autor,

ciertas áreas lograron una ligazón más directa a través de un producto específico, como el tanino en el norte de Santa Fe, pero esto no logró núcleos dinamizadores [... dado que...] la posibilidad de vender algún producto a la expansiva región pampeana se transformó en la alternativa más provechosa para las economías regionales. Entre las provincias con experiencias socioeconómicas más sobresalientes, hallamos los casos de Mendoza y San Juan, como productoras de vino, y de Tucumán y en menor medida en Jujuy, con el cultivo del azúcar. (Rocchi, 2000: 45).

La provincia de Tucumán se destacaba por estar densamente poblada (Lobato & Suriano, 2010). El resto del país, con la parcial excepción de Entre Ríos y Mendoza, constituyeron, de acuerdo a Otero (2006: 159), “un área de cambios demográfico mucho más lento”.

Huelga decirlo, este entramado socioeconómico, que remitió a la conformación de un mercado nacional anclado a la economía exportadora, no fue un mero epifenómeno de condiciones naturales favorables. “Fue central el rol que le cupo a las élites del norte argentino, que al calor de su influencia sobre el Estado roquista negociaron condiciones especiales para el azúcar y el vino” (Campi, 2000: 77). A propósito de ello, se conjugó la protección arancelaria del azúcar con la llegada del ferrocarril a la capital de Tucumán en 1876, “[...] uno de los factores que desencadenó un proceso de transformaciones a gran escala en el norte argentino, asociado a la expansión del cultivo y la industrialización de la caña de azúcar” (Campi, 2000: 73).

Tan determinante fue la intervención estatal que, a pesar de que el norte argentino continuó siendo, globalmente considerado, expulsor de población en beneficio de la región pampeana, el auge azucarero moderó ese rol, por lo menos en el primer periodo intercensal. El saldo negativo de 24.763 migrantes en el censo de 1869 se redujo a 6.543 en 1895 para ascender a 46.606 en 1914. En este esquema, a nivel regional, la más favorecida por los flujos migratorios fue Tucumán, ya que Santiago del Estero y Catamarca, marginadas de la red ferroviaria, aportaban mano de obra a los ingenios (Campi, 2000). En este contexto, visibilizamos a partir del cuadro 3 que en Tucumán, en el periodo intercensal ya aludido, los médicos atravesaron una leve recuperación en sus valores relativos, en desmedro de los valores porcentuales presentes en otras provincias de la región. Catamarca constituyó un claro ejemplo de estas dinámicas decrecientes, mostrando que entre 1869 a 1914 pasó de poseer el 1,75% de los médicos del país al 0,58% de ellos; los farmacéuticos disminuyeron del 0,95% al 0,35% y las parteras, del 3,09% al 0,96%, en el mismo periodo. Paralelamente, su población creció desde 79.962 habitantes en 1869 a 100.769 en 1914, y según el censo de ese último año (ver cuadro 3) para toda esa gente sólo había en la provincia 20 médicos, 9 farmacéuticos, 20 parteras, 2 dentistas y 12 enfermeras/os.

Aunque el cultivo del azúcar también se daba en Jujuy, Salta, Catamarca y Santiago del Estero, y que algunas provincias norteañas se vieron implicadas en un proceso económico más o menos expansivo, la pretendida redistribución del “progreso” fue muy limitada, “[...] definiéndose zonas centrales y áreas satélites en la región” (Campi, 2000: 79). En Santiago del Estero, el intento de cultivar azúcar como

motor económico demostró ser inviable y entró en crisis ya en 1890. Esta provincia y casi toda la región norte del país “[...] perdió sistemáticamente población nativa por una migración interna interprovincial que atravesó todo el periodo” (Otero, 2006: 151), desalentando la presencia de las ocupaciones en salud en estos espacios.

Resulta incuestionable que a mayor cantidad y densidad de población, mayor cantidad y concentración de las ocupaciones en salud. La urbanización en la Argentina de estos años fue un fenómeno paralelo al crecimiento exportador. Por fuera de las regiones agropecuarias por excelencia, un fenómeno de este mismo estilo se habría dado en las ciudades de Mendoza y Tucumán, las que contaban con 12.000 y 15.000 habitantes respectivamente, pocos años antes del primer censo. “Estas localidades, al comenzar la segunda mitad del siglo XIX, eran verdaderos núcleos dinamizadores de áreas crecientemente valorizadas en las regiones de Cuyo y el Norte argentino” (Campi & Richard-Jorba, 1999: 371-372).

Inclusive, aunque la distribución espacial de la inmigración se encontró muy desigualmente repartida en el territorio, a favor de las zonas agropecuarias, Mendoza se reconoce como un centro de gran atracción para la inmigración europea, “[...] donde el 32 por ciento de la población provincial reconoció un origen español o italiano en el censo de 1914” (Roig & Lacoste, 2004: 84). No obstante, el flujo migratorio europeo alcanzó proporciones espectaculares en la región litoral del país, especialmente en la ciudad y la provincia de Buenos Aires y también en las ciudades capitales de las provincias de Santa Fe y Córdoba.⁷ Las ciudades de Córdoba y Rosario fueron las dos únicas localidades del interior del país con más 20.000 habitantes, concentrándose en estos tres lugares el mayor caudal de las ocupaciones, aunque no consideramos tales valores en nuestros cuadros. Destacamos de manera particular “el despegue de algunos distritos de Santa Fe que parece producirse entre finales de los años 1850 y 1860”, proceso que se consolidó durante todo nuestro periodo de estudio (Gelman, 2011: 20). Claro que, como nos sugieren los valores del cuadro 3, la acumulación de médicos, farmacéuticos, dentistas, parteras y enfermeros/as fue superlativa en la ciudad de Buenos Aires, urbe que creció explosivamente desde las 177.000 personas que vivían en ella en 1869 a 1.700.000 habitantes de 1914.

Tomando como pauta la configuración de los clivajes urbanos/rurales, durante nuestro periodo de estudio apreciamos un país en transformación. En 1869, más de la mitad de la población habitaba en zonas rurales, aunque “[...] ya se insinuaba el fenómeno de la urbanización, perceptible con el crecimiento de la metrópoli, pero

también con la diseminación de la población por pueblos y ciudades menores...” (Lobato & Suriano, 2010: 257-258). La profundidad del proceso puede medirse considerando que, para 1869, apenas el 28,6% de una población total de 1.737.000 habitantes vivía en las ciudades, y para el censo de 1914, de los 7.885.200 habitantes, el 52,7% estaba asentado en las ciudades (Liernur, 2000).

El avance de la urbanización en el país constituye una clave al considerar las orientaciones en la distribución de las parteras. Siguiendo el cuadro 3, podemos observar que la distribución de esta ocupación en el país no parece responder a la lógica del predominio rural. Entre el censo de 1869 y el de 1895, el número de parteras en la ciudad de Buenos Aires creció 5 veces, pasando de 54 a 288, para duplicarse en Santa Fe, e incrementarse sólo ligeramente en todas las demás provincias. Aún más, la presencia de esta ocupación se incrementó en términos porcentuales sólo en la ciudad y la provincia de Buenos Aires, en desmedro de todos los otros espacios analizados. En la ciudad de Buenos Aires, según podemos calcular a partir del cuadro 3, este comportamiento es destacado por la magnitud de los incrementos absolutos y relativos, valores que se movieron de 54 parteras en 1869 (33,8% del total) a 288 en 1895 (31, 27%) y 681 en 1914 (32, 69%).

Sin embargo, para el primer censo nacional las cifras de las parteras censadas en la ciudad porteña fueron francamente bajas. Otros lugares del país, con mucha menos población, como las provincias de Buenos Aires, Corrientes o Córdoba, contaban para el censo de 1869 con una mayor cantidad de parteras (Cuadro 3). Tal vez los exigüos valores registrados en el censo de 1869 en la ciudad de Buenos Aires se debieran a la falta de una grilla sociocupacional. O quizás estas mujeres hayan sido renuentes al registro en el ámbito porteño por miedo a ser perseguidas -la élite diplomada gozaba de más poder y de un mayor grado de institucionalización-, y que sus actividades en el cuidado de la salud eran asimiladas a la situación ilegal de los curanderos. Estrictamente hablando, el ensanchamiento en sus valores comienza a hacerse sustantivo a partir del segundo censo, coincidiendo con la creación de la Escuela de Parteras en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, en el último cuarto del siglo XIX.

En los territorios de las provincias, más aún en sus zonas rurales, es viable plantear que las carencias en cuanto a la cantidad de recursos humanos especializados en el cuidado de la salud, sumadas a la escasez de marcos institucionales sólidos y las deficiencias operativas de los estados provinciales con significativos problemas en sus erarios, tornaban poco eficiente cualquier intento de controlar las prácticas de

salud no diplomadas. Pero también estos mismos contextos facilitarían la existencia de este tipo de ocupaciones. El caso de las parteras entraría de lleno en esta lectura, por lo que cabe preguntarnos por los valores tan bajos registrados en provincias como Jujuy, La Rioja o San Juan (Cuadro 3). Al menos parece razonable pensar que la gran mayoría de estas mujeres no habría sido diplomada en las únicas dos escuelas existentes, la de la ciudad de Buenos Aires y la de Córdoba. De todas maneras, como venimos investigando, parece que la medicina *en manos de mujeres*, sea por prácticas domésticas, sea por parteras empíricas, tuvo una naturaleza bastante distinta a la construida alrededor del curandero o charlatán varón, por tanto la persecución de unos sujetos y otros sería radicalmente distinta. Por otra parte, no podemos soslayar que apenas superada la primera mitad del siglo XIX el poder de la élite higienista porteña recién estaba gestándose. Los procesos de complejización administrativa-institucional en la ciudad de Buenos Aires fueron fenómenos propios de los últimos años del siglo XIX. De hecho, de esta época datan las Comisiones de Higiene, constituidas a partir de la acción de vecinos organizados en secciones, “[...] las que tenían entre otras funciones velar por el ejercicio de charlatanes y curanderos presentes en [los] barrios prácticamente desde siempre” (Álvarez, 1999: 297).

Entre la etapa final del siglo XIX y el despuntar del siglo XX, se fue incrementando decididamente la distancia existente entre la ciudad capital y el resto de las provincias, sobre todo de aquellas excluidas del desarrollo agroexportador. Distintos procesos y variables dan cuenta de ello e impactan en la distribución de las ocupaciones de la salud. Por una parte, esta orientación recibió un espaldarazo definitivo cuando desde fines del XIX las fábricas de la ciudad de Buenos Aires dieron su toque de gracia a la caída de las industrias regionales artesanales del interior, reemplazando sus ya frágiles impulsos en la producción de manufacturas. La llegada de los trenes mejoró las posibilidades de vender la producción porteña en los propios lugares desplazados. A partir de allí, y por largos años, “[...] varias provincias tuvieron que contar como fuente de supervivencia con la realización de algún emprendimiento y el envío de subsidios del Estado central” (Rocchi, 2000: 49-50).

Este panorama, que definía el mapa argentino, favorecía una flagrante desigualdad en la presencia de las ocupaciones de la salud, bosquejándose un escenario de vulnerabilidad sanitaria que encontró sus extremos más palpables en las provincias de Santiago del Estero, La Rioja, Catamarca, San Luis, Salta, San Juan y Jujuy. Estas sociedades no llegaron a poseer ni un médico cada mil habitantes, registrando en el caso de Santiago del Estero cinco enfermeras y dos dentistas para un

total de 261.678 habitantes. En esta castigada provincia, se contaba con dos hospitales, uno de dependencia provincial y uno de beneficencia. La Rioja, que de acuerdo con el Censo de 1914 acogía casi a 80.000 personas (Tomo II: 122), tenía en su territorio sólo dos hospitales, “[...] ambos dependientes de la beneficencia” (Golbert & Roca, 2010: 56); y apenas 13 médicos (el 0,38% del total nacional), siete farmacéuticos (el 0,27%), ocho parteras (0,38%), un dentista (0,14%) y dos enfermeros (0,07%). No pasa desapercibido que la mayoría de estos sujetos ocupados en el cuidado de la salud estaban seguramente concentrados en la capital provincial, situación de desprotección y desigualdad aún presente en la actualidad en estos lugares.

Por otra parte, aunque a comienzos del siglo XX se procuró compensar la ausencia en el interior del país de las instituciones sanitarias nacionales⁸ -como pasaba hasta ese momento con el Consejo de Higiene (González Leandri, 2010)- con el aumento de la importancia electoral que adquirieron la ciudad de Buenos Aires y los centros urbanos del litoral con la Ley Sanz Peña de 1912 del voto masculino universal, la capacidad de presión de las élites locales para que el Estado nacional *redistribuya el progreso* se comenzó a reducir considerablemente. La estructura asistencial en el despuntar del siglo XX, según nos muestran Golbert & Roca (2010), reflejaba esta desigualdad en la red hospitalaria existente, tanto en lo que se refiere a la cantidad de nosocomios de acceso público como en cuanto a su jurisdicción o dependencia. Para 1915, el estado sostenía y administraba directamente cinco nosocomios en la ciudad de Buenos Aires, tres en la provincia de Buenos Aires y uno en Córdoba. Paralelamente, sus contribuciones para el financiamiento de las sociedades de beneficencia no hacían más que confirmar su falta de protagonismo en las respuestas públicas a las necesidades/derechos sociales, en este caso de acceso a la atención en salud, contribuyendo a consolidar un sistema de atención fragmentado y centralizado y flagrantemente desigual.

Por un lado, la ciudad de Buenos Aires contaba con 26 establecimientos para 1915, con una fuerte presencia de la Municipalidad porteña (17 nosocomios eran municipales). En esa dirección podemos referir la exitosa expansión de la estructura sanitaria y del sistema hospitalario porteño desde fines del siglo XIX, contando con la creación de la Asistencia Pública en 1883, la Sociedad Argentina de la Cruz Roja en 1880, y un significativo conjunto de hospitales públicos, privados y de las colectividades. Este enorme impulso de los servicios de salud explica, por ejemplo, la enorme cantidad absoluta y relativa de enfermeras/os registrados en la ciudad de Buenos Aires para los censos de 1895 y 1914, en este último censo

hablamos del extraordinario número de 1.760 sujetos (ver cuadro 3). Por otro lado, en la mayoría de las provincias se contaba con una infraestructura muy reducida, en gran medida dependiente de las sociedades de beneficencia,⁹ y en menor medida de poderes provinciales y municipales faltos de recursos y capacidad. Hasta la pujante provincia de Santa Fe, que para 1915 contaba con 15 hospitales, tenía 14 administrados por la beneficencia. Las situaciones de provincias tan relegadas como Catamarca y La Rioja eran aún más vulnerables, contando en el primer caso con cinco y dos nosocomios, respectivamente, “[...] todos ellos administrados por las Damas de Caridad” (Golbert & Roca, 2010: 56).

Conclusiones

En este trabajo, hemos procurado recuperar el valor heurístico de los censos nacionales incorporando por primera vez a la agenda de investigaciones una visión federal del crecimiento y distribución de las ocupaciones en salud, dando visibilidad a una historia por fuera de aquellos límites tradicionalmente recorridos por la historiografía e identificados ambiguamente como *nacionales*. Al abordar los censos de 1869, 1895 y 1914 pusimos en tensión dos procesos históricos imbricados y contradictorios. Por un lado, el incremento en la cantidad de médicos, farmacéuticos, parteras, dentistas y enfermeros/as, visible en los cuadros 1 y 2, se evidenció como parte de un proceso de desarrollo económico y de diversificación social que la Argentina experimentó a propósito de su incorporación en el mercado capitalista mundial de la época como abastecedor de materias primas de origen agropecuario. La *modernización nacional* de época conjugó dinámicas ligadas al extraordinario flujo de inmigración ultramarina y los procesos de urbanización y de consolidación del Estado nacional, factores que favorecieron la presencia y la expansión de los sujetos dedicados a las ocupaciones en salud en el país, aun en el contexto de una medicalización incipiente de la sociedad argentina.

Por otro lado, la presencia de las ocupaciones en salud en los distintos espacios del territorio nacional (Cuadro 3) puso en evidencia los límites y desigualdades en la distribución de los recursos humanos en salud en el territorio argentino. Como hemos dejado ver, esta situación fue un reflejo de las dinámicas de expansión y modernización socioeconómica del país y sus regiones, pero también una consecuencia de la ausencia de políticas nacionales sistemáticas dirigidas a generar una suerte de *redistribución* del progreso a lo largo del tiempo. Más allá de los momentos y los casos particulares en que se ha protegido el desarrollo de ciertas regiones y economías

provinciales marginadas del modelo agropecuario, las tendencias resultantes fueron cristalizando históricamente en un mapa de vulnerabilidad y asimetrías palpables.

En este escenario, el desarrollo estuvo centralizado especialmente en la ciudad puerto de Buenos Aires y también en las provincias integradas al litoral exportador, las que gozaron de un progresivo desarrollo que fue en desmedro del resto de país. Estas provincias desplazadas, salvo parciales excepciones como Mendoza y Tucumán, apenas lograron conformar una suerte de mercado interno, profundamente dependiente del modelo agroexportador y con pérdidas constantes de población por migración interna en busca de mejores condiciones de vida. Específicamente, hemos enfatizado en problemáticas asociadas a la conformación de un mercado para las ocupaciones bajo análisis, a saber: los fenómenos de incremento de la población y su densidad, dinámicas de consolidación de las ocupaciones abordadas, clivajes urbanos y rurales y la presencia de una red de hospitales en el territorio nacional, desigual y fragmentada.

Durante estos años, entre fines del siglo XIX y comienzos del XX, la desigualdad y la distancia entre las distintas regiones del país, entre las *integradas* y las *excluidas* del modelo imperante y entre la ciudad de Buenos Aires y el resto del país, se fueron profundizando. Se construyó de un mapa del territorio argentino que visibilizó una flagrante divergencia de largo alcance en la historia nacional. Entendemos que sólo reconociendo esta realidad y sus lógicas históricas es posible explicar y transformar una realidad que, en cuanto a la presencia de las ocupaciones de la salud, aún en los tiempos actuales manifiesta tensiones y desigualdades regionales que ponen en entredicho la posibilidad de un auténtico progreso y modernización nacional.

Referencias

Álvarez, A. (1999). Resignificando los conceptos de la higiene: el surgimiento de una autoridad sanitaria en el Buenos Aires de los años 80'. *História, Ciências, Saúde -Manguinhos*, VI(2), 293-314. ISSN 0104-5970.

Armus, D. (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires. 1870- 1950*. Buenos Aires, Argentina: Edhasa.

Armus, D. (2016). Medicina casera, remedios y curanderos en los inicios de la medicalización de la ciudad moderna. Buenos Aires, 1870-1940. *Tempos Históricos*, XX, 47-80. ISSN 1983-1463.

- Beato, G. (1993). *Grupos sociales dominantes. México Argentina (siglos XIX y XX)*. Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.
- Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Belmartino, S. (2007). Coyuntura crítica y cambio institucional en salud: Argentina en los años 40. *Salud Colectiva*, III(2), 177-202. ISSN 1851-8265
- Belmartino, S. (2008). Identidades profesionales médicas en el siglo XX. En A. Carbonetti & R. González Leandri (eds.), *Historias de salud y enfermedad en América Latina. Siglos XX y XXI* (pp. 117-146). Córdoba, Argentina: CEA-Universidad Nacional de Córdoba.
- Biernat, C. (2015). El proceso de centralización del Departamento Nacional de Higiene (1880-1944). En C. Biernat, J. M. Cerdá & K. Ramacciotti (dirs.), *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 47-74). Bernal, Argentina: Universidad Nacional de Quilmes.
- Campi, D. (2000). Economía y sociedad en las provincias del Norte. En M. Lobato (ed.), *El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*. Buenos Aires, Argentina: Sudamericana
- Campi, D. & Richard-Jorba, R. (1999). Las tendencias a la formación del mercado interno. Las producciones regionales extrapampeanas. En M. Bonaudo (dir.), *Liberalismo, Estado y orden burgués, 1852-1880. Nueva Historia Argentina* (pp. 366-422). Buenos Aires, Argentina: Sudamericana.
- Candelaresi, A. M. (1999). *Entre lo dicho y lo hecho. Los inmigrantes italianos en la provincia de Córdoba a fines del siglo XIX*. Córdoba, Argentina: Azzurra.
- Carbonetti, A. & Celton, D. (2007). La transición epidemiológica. En S. Torrado (comp.), *Población y bienestar. La Argentina del primero al segundo centenario* (pp.131-160). Buenos Aires, Argentina: Edhasa.
- Dirección General de Estadísticas y Censos. (1869). Censo Nacional de Población de la República Argentina.
- Dirección General de Estadísticas y Censos. (1895). Censo Nacional de Población de la República Argentina.
- Dirección General de Estadísticas y Censos. (1914). Censo Nacional de Población de la República Argentina. Tomo II.

Cerdá, J. M. (2015). Política social y salud. En C. Biernat, J. M. Cerdá & K. Ramacciotti (dirs.), *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 19-35). Bernal, Argentina: Universidad Nacional de Quilmes.

Cueto, M. (2005). Instituciones sanitarias y poder en América Latina. *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.*, (25), 49-57. ISSN: 0211-9536

Daniel, C. (2009). El Estado argentino y sus estadísticas: el derrotero de un largo proceso de institucionalización (1864-1968). *Illapa, Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*, II(5), 151-174. ISSN 2077-8651.

Devoto, F. (2007). La inmigración de ultramar. En: S. Torrado (comp), *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario*, (pp.531-548) Tomo I. Buenos Aires, Argentina: Edhasa.

Di Liscia, M. S. (2005). Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familias y medicalización en la Argentina 1940-1970. *Signos Históricos*, 13, 95-119. ISSN 1665-4420.

Di Liscia, M. S. (2009). Cifras y problemas. Las estadísticas y la salud en los Territorios Nacionales (1880-1940). *Salud Colectiva*, V(2), 259-278. ISSN 1851-8265.

Fernández, M. E. & Parolo, M. P. (2008). Controles, manifestaciones y límites del 'arte de curar' en Tucumán durante el siglo XIX. En A. Carbonetti & R. González Leandri (eds.), *Historias de salud y enfermedad en América Latina* (pp. 95-113). Córdoba, Argentina: CEA-Universidad Nacional de Córdoba.

Garzón Maceda, F. (1927). *Universidad Nacional de Córdoba: historia de la Facultad de Ciencias Médicas*. Córdoba, Argentina: Imprenta de la Universidad.

Gelman, J. (2011). Introducción. En J. Gelman (ed.), *El mapa de la desigualdad en la Argentina del siglo XIX* (pp. 11-45). Rosario, Argentina: Prohistoria.

Gelman, J. & Santilli, D. (2011). Crecimiento económico, divergencia regional y distribución de la riqueza. Córdoba y Buenos Aires después de la independencia. En J. Gelman (ed.), *El mapa de la desigualdad en la Argentina del siglo XIX* (pp. 71-94). Rosario, Argentina: Prohistoria.

Golbert, L. S & Roca E.E. (2010). *De la Sociedad de Beneficencia a los Derechos Sociales*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.

González Leandri, R. (1996). La profesión médica en Buenos Aires: 1852- 1870. En M. Lobato (ed.), *Política, médicos y enfermedades. Lecturas*

de la historia de la salud en Argentina (pp. 21-53). Mar del Plata, Argentina: Biblos.

González Leandri, R. (1998). Asociacionismo y representación de intereses médicos en Buenos Aires, 1852-1880. *Asclepio*, L(2), 187-204. ISSN: 0210-4466.

González Leandri, R. (2000). Notas acerca de la profesionalización médica en Buenos Aires durante la segunda mitad del siglo XIX. En J. Suriano (ed.), *La cuestión social en Argentina 1870-1943* (pp. 217-243). Buenos Aires, Argentina: La Colmena.

González Leandri, R. (2010). Breve historia del Departamento Nacional de Higiene. Estado, gobernabilidad y autonomía médica en la segunda mitad del siglo XIX. En E. Bohoslavsky & G. Soprano (eds.), *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 hasta la actualidad)* (pp. 59-85). Buenos Aires, Argentina: Prometeo/ Universidad de General Sarmiento.

Kohl, A. (2006). *Higienismo argentino. Historia de una utopía*. Buenos Aires, Argentina: Ed, Dunken

Liernur, J. F. (2000). La construcción del país urbano. En M. Lobato (ed.), *Nueva Historia Argentina. El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)* (pp.409-463). Buenos Aires, Argentina: Sudamericana.

Lobato, M. (2000). Introducción. En M. Lobato (ed.), *Nueva Historia Argentina. El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)* (pp.11-15). Buenos Aires, Argentina: Sudamericana.

Lobato, M. & Suriano, J. (2010). *Nueva Historia Argentina. Atlas histórico*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Sudamericana.

Martin, A. L. (2015). Mujeres y enfermería: una asociación temprana y estable (1886-1940). En C. Biernat, J. M. Cerdá & K. Ramacciotti (dirs.), *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 257-274). Bernal, Argentina: Universidad Nacional de Quilmes.

Moreyra, B. (2009). Los avances en la construcción del Estado social en Córdoba (1914-1930): legislación social y prácticas asistenciales. *Población & Sociedad*, XVI(1), 75-118. ISSN 1852-8562.

Otero, H. (2004). Crítica de la razón estadística. Ensayo de formalización teórico-metodológica del paradigma censal de la Argentina moderna. En H. Otero (ed.), *El mosaico argentino. Modelos de representaciones del espacio y de la población, siglos XIX y XX* (pp. 299-326). Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.

Otero, H. (2006). *Estadística y nación. Una historia conceptual del pensamiento censal de la Argentina moderna, 1869-1914*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Prometeo.

Piazzesi, S. (2009). Las modalidades del intervencionismo social en un gobierno provincial. Santa Fe, 1937-1943. *Revista Ciclos*, XVIII(35/36), 211-231. ISSN 0327-4063.

Prieto, A. (1996). Rosario: epidemias, higiene e higienistas en la segunda mitad del siglo XIX. En M. Lobato (ed.), *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina* (pp. 57-71). Mar del Plata, Argentina: Biblos.

Rapoport, M. (2008). Mitos, etapas y crisis en la economía argentina. *Imago Mundi*, XV(2), 1-13.

Rocchi, F. (2000). El péndulo de la riqueza: la economía argentina en el período 1880-1916. En M. Lobato (ed.), *Nueva Historia Argentina. El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*. Buenos Aires, Argentina: Sudamericana.

Rodríguez, M. L. (2006). *Perspectivas en torno a la consolidación de la élite médica de Córdoba, epidemias y Estado. 1878-1923*. (Tesis de licenciatura en Historia). Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.

Rodríguez, M. L., Carbonetti, A. & Andreatta, M. M. (2013). Prácticas empíricas y medicina académica en Argentina. Aproximaciones para un análisis cuantitativo del primer censo nacional (1869). *Historia Crítica*, (49), 81-108. ISSN 0121-1617.

Roig, A & Lacoste. P. (2004). *Mendoza, cultura y economía*. Buenos Aires, Argentina: Caviar Bleu.

Schapiro, M. V. (1997). Construcción de legitimidad en una profesión de asistencia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, IV(3), 461-474.

Schapiro, M. V. (2003). La odontología en Argentina: historia de una profesión subordinada. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, X(3), 955-977. ISSN 0104-5970.

Souza, P. & Hurtado, D. (2008). Los 'diputados médicos': clínica y política en la disputa por los recursos públicos (1906-1917). *Asclepio*, LX(2), 233-260. ISSN 1988-3102.

Velázquez, G., Vega, A., Macchi, J. & Gallo, A. (2007). Representaciones del territorio argentino a partir del primer censo nacional. En S. Torrado (comp.), *Población y bienestar. La Argentina del*

primero al segundo centenario (pp.131-160). Buenos Aires, Argentina: Edhasa.

Wainerman, C. & Binstock, G. (1992). El nacimiento de una ocupación femenina: la enfermería en Buenos Aires. *Desarrollo Económico*, XXXII(126), 271-284. ISSN: 0046-001X.

Zeberio, B. (1999). Un mundo rural en cambio. En M. Bonaudo (dir.), *Nueva Historia Argentina. Liberalismo, Estado y orden burgués (1852-1880)* (pp. 293-262). Buenos Aires, Argentina: Sudamericana.

Notas

¹ En relación a los Territorios Nacionales durante los años en estudio, Véase Di Liscia (2009).

² Para profundizar sobre las bases científicas e ideológicas del censo de 1869, ver Otero (2004).

³ En lo que hoy es Argentina, la existencia de médicos profesionales -como sucedió en toda América- fue un fenómeno dependiente del poder colonial. Este poder introdujo los primeros diplomados en centros educacionales formales, condición *sine qua non* para referirnos al proceso de definición de una profesión moderna. Más tarde, muchos de esos galenos fueron arribando al país por iniciativa personal, y a ellos se sumaron en una primera etapa sólo los egresados de la Alta Casa de Estudios en Medicina de la Universidad de Buenos Aires (Rodríguez, 2006).

⁴ Historia de la Facultad de Farmacia y Bioquímica (1957-2007). Facultad de Farmacia y Bioquímica, Universidad de Buenos Aires. Disponible en <http://houssay.ffyb.uba.ar/gxpsites/hgxp001.aspx?2,1,590,O,S,0,MNU;E;146;1;MNU>

⁵ De manera verosímil, entre los 23 odontólogos registrados en 1869 se habrían encontrado sujetos que, o habrían venido con sus títulos del exterior, o bien eran practicantes empíricos del saber. Este bajo guarismo inicial habría marcado el fuerte crecimiento de 1895. Es que, apenas tres años antes del censo, en 1892, “[...] se organizó el primer curso de odontología en la Facultad de Medicina de Buenos Aires” (Shapira, 1997: 466).

⁶ Los desgarramientos socioeconómicos devenidos en la Argentina recibieron un impulso definitivo luego de romper las cadenas de dominación con España y abrazar el liberalismo pro británico. No obstante, este proceso fue ya generado en la segunda mitad del XVIII por las reformas borbónicas que promovieron un contacto más intenso de las economías americanas con el mercado mundial, debilitando los nexos interregionales (Campi, 2000).

⁷ El desarrollo económico del litoral se enmarcó en la llegada al país de 1,9 millones de inmigrantes entre 1871 y 1895, “[...] los que representaron en provincias como Buenos Aires y Santa Fe alrededor del 50 por ciento de la población para el censo nacional de 1895” (Zeberio, 1999: 321).

⁸ Tal como explica Kohl (2006), si bien en 1891 la competencia del organismo se había ampliado a todos los puertos del país, los esfuerzos del Departamento Nacional se limitaban al de Buenos Aires, tanto por las resistencias de las autonomías localistas como por el tibio interés de la oligarquía por transformar su funcionamiento. “Fueron tan fuertes las resistencias locales que impidieron que el Congreso respaldara proyectos de sanidad nacional como los propulsados para centralizar la lucha contra los brotes epidémicos del país, en contra de las prerrogativas locales en materia sanitaria” (Biernat, 2015: 54). En los hechos, aunque para los primeros años del siglo XX cuajó una nueva perspectiva sanitaria que logró motorizar cierta intervención nacional en las provincias del interior -fundamentalmente alrededor de la desinfección de ferrocarriles o en torno a ciertas enfermedades como el paludismo-, las realidades del extenso y heterogéneo territorio dependieron en gran medida de las distintas posibilidades locales. Recordemos que en materia de sistema hospitalario público nacional, la Comisión Asesora de Asilos Regionales sólo “[...] representó una tentativa de integrar el

territorio nacional por medio de establecimientos sanitarios donde se trataran enfermedades mentales e infecciosas [...] área de influencia en la zona central del país” (Biernat, 2015: 56).

⁹ Este modelo de asistencia, estructurado a partir de organizaciones que practicaban la beneficencia con financiamiento estatal -sin su intervención directa-, se multiplicaron a lo largo y ancho del país, incluyendo la Capital Federal.

María Laura Rodríguez es Licenciada en Historia por la Universidad Nacional de Córdoba. Doctora en Ciencia Política por la Universidad Nacional de Córdoba. Investigadora asistente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas en el Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS- CONICET y UNC). Sus líneas de investigación actuales se hallan vinculadas a la Historia de la ciencia, específicamente al cáncer ginecológico. Correo electrónico: correodelaura80@hotmail.com

Adrián Carlos Alfredo Carbonetti es Licenciado en Historia por la Universidad Nacional de Córdoba. Doctor en Demografía por la Universidad Nacional de Córdoba. Investigador principal del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas en el Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS- CONICET y UNC). Sus líneas de investigación actuales se hallan vinculadas a la Historia de la salud y la enfermedad, más específicamente a las epidemias en perspectiva histórica. Correo electrónico: acarbonetti2001@yahoo.com.ar

María Dolores Rivero es Licenciada en Historia por la Universidad Nacional de Córdoba. Doctoranda en Historia en la Universidad Nacional de La Plata. Becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas en el Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS- CONICET y UNC). Sus líneas de investigación actuales se hallan vinculadas a la Historia de la ciencia, particularmente a las dinámicas publicitarias de la industria farmacológica argentina. Correo electrónico: doloresriv@gmail.com

María Alejandra Fantín es Magister y Doctora en Demografía por la Universidad Nacional de Córdoba. Investigadora independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas en el Instituto de Investigaciones Geohistóricas (CONICET-UNNE). Sus líneas de investigación actuales se hallan vinculadas a salud, pobreza, y movilidad. Correo electrónico: mafantin@gmail.com

