SALUD Y SOCIEDAD EN ARGENTINA ENTRE 1914 Y 1930. EL CASO DE LA TUBERCULOSIS EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA

Mag. Adrián Carbonetti*

Resumen

En este artículo me propongo analizar el impacto de la tuberculosis en la sociedad cordobesa de principios del siglo XX. Partiendo de fuentes estadísticas y tesis de médicos de la época y tomando a la tuberculosis como una enfermedad social, es decir con causas y consecuencias sociales, trato de analizar la mortalidad por tuberculosis en las distintas capas de la sociedad a través del análisis de categorías socio-ocupacionales, la distribución espacial y el tipo de habitación que reflejan las desigualdades existentes en el período de estudio.

Palabras clave: Tuberculosis, sociedad, ciudad de Córdoba, estructura socio-ocupacional, distribución espacial, vivienda.

Abstract

In this article I propose to analize the impact of tuberculosis in Córdoba society in the begining of the XX ths century. Statistic sources and medical thesis are taken into consideration to do this work. I consider tuberculosis as a social disease, since it implies social causes and consequences.

---

* Adrián Carbonetti es licenciado en Historia por la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba y Magister en Demografía por el Centro de Estudios Avanzado de la Universidad Nacional

I try to analize mortality from tuerculosis in the different social stages through a study based in cathegories of housing, type of work, location of the families and other facts wichs show social differences.

Résumé

Dans cet article je veux analiser le choc que la tuberculose a provoqué dans la société de Córdoba au début du siêcle XX. A parit des études estadistiques des theses des differents medicins de l' epoque-et et d' une abordage de la tuberculose comme una maladie social, ça veux dire, avec des causes et des consequences sociaux; j' essaye de traiter la mortalité par la tuberculose dans differents niveaux de la societá au travers de categories socio-ocupacionels, la distributions spatial et le tipe de longement que montrent les inegalités existantes dans le periode qu' on va a etudier.

1. Introducción

La tuberculosis es una de las enfermedades, que desde el punto de vista de las ciencias sociales y especialmente desde la historia, ha recibido mayor tratamiento. Son muchas las monografías y tesis que analizan esta enfermedad desde diversos ángulos y en diferentes lugares del mundo (Dubos y Dubos 1987, Dessertine 1988, Molero Mesa 1987, Johnston 1995, Smith 1988). La mayoría de estos trabajos están dirigidos a análizar la problemática de la enfermedad especialmente en los países de Europa y América del Norte, entre fines del siglo XIX y principios del XX.

Este período es también abordado por algunos autores en América del sur (Raimundo Do Nascimento 1991, Barrán 1993) por el fuerte crecimiento que la tuberculosis posee en algunos países de del Cono Sur. En este sentido, Argentina no fue una excepción ya que la dolencia tuvo un crecimiento importante y se conformó en una parte importante de las preocupaciones de la medicina el Estado y la misma sociedad. (Armus 1984, 1990, 1996 a; Carbonetti 1997).

A pesar que la tuberculosis se convirtió en la principal causa de muerte a principios del siglo XX y que fue objeto de muchos trabajos médico- sociales de la época, son escasas las investigaciones que desde la historia social o desde la demografía histórica han tratado

de abordar esta problemática. Estos estudios hacen hincapié en el impacto de la enfermedad en la ciudad de Buenos Aires desde diversos puntos de vista como son las condiciones de vida y de trabajo especialmente del proletariado, las percepciones médicas sobre la dolencia, el mundo de los pacientes, las utopías urbanas y la enfermedad, la cuestión social etc. (Blinn Reber V. 1999; Armus Diego 1984, 1996; Recalde 1994 y 1997).

La concentración de estos trabajos sobre la ciudad de Buenos Aires, esconde realidades sociales en el interior de Argentina: ciudades como San Juan, Jujuy, Mendoza y Córdoba poseían tasas sensiblemente superiores a la ciudad Capital de la Argentina en la segunda década de nuestro siglo, momento de mayor crecimiento de la enfermedad (Súnico 1922: 101). Esas realidades sociales no fueron aún estudiadas por la historiografía argentina. En este artículo proponemos comenzar a llenar este vacío al apuntar el análisis hacia la incidencia de la tuberculosis tomando como caso la ciudad de Córdoba, en momentos de mayor desarrollo de la enfermedad (1914-1930) y haciendo hincapié en el impacto que ésta tuvo sobre los distintos sectores de la sociedad cordobesa.

La ciudad de Córdoba se muestra, en ese sentido, como un microcosmos especial para este tipo de estudios ya que la tuberculosis se desarrolló con fuerza inusitada en el período que nos proponemos investigar. La ciudad y algunas regiones de la provincia de Córdoba, por su clima de montaña, fueron consideradas por la medicina argentina como una zona ideal para realizar la cura «climatérica», (especialmente famosa fue la ciudad de Cosquín en cuyas inmediaciones se instaló uno de los sanatorios para tuberculosos más grandes del país: El sanatorio Santa María). La ciudad de Córdoba adquirió, aunque en menor medida, fama de poseer un clima apto para este tipo de cura lo que influyó para que se diera un flujo inmigratorio considerable de enfermos, pero también las condiciones de vida de su población autóctona generaron un crecimiento considerable de las muertes por esa enfermedad. (Carbonetti 1997: 123 y s/s)

Partimos de la hipótesis de que las condiciones de vivienda y el trabajo en las ciudades, conformaron las condiciones «ideales» para

el crecimiento y propagación de enfermedades transmitidas por el aire, dentro de las cuales se ubica la tuberculosis. Desde esta perspectiva consideramos que tanto la enfermedad como la mortalidad poseían un fuerte sesgo social ya que en los sectores sociales acomodados la disminución de los contagios como consecuencia secundaria de la menor preponderancia de las enfermedades infecciosas no fue compensada por el deterioro de las condiciones de trabajo y vida (Mc Keown 1976:196). A pesar de que coincidimos con esta afirmación, consideramos que debemos ir más allá, ya que los sectores dominantes también poseían ventajas sobre los menos acomodados en el proceso de la misma enfermedad lo que generaba en aquellos una retardo en las muertes.

Para llevar a cabo el análisis vinculamos los trabajos realizados por los médicos que actuaron sobre la enfermedad en el momento con indicadores de mortalidad por tuberculosis por condición socio-ocupacional, a través de los oficios de los varones (los datos de las mujeres se encuentran fuertemente subregistrados a lo largo de todo el período) que se publicaron en Boletín Mensual Municipal de la ciudad de Córdoba desde febrero de 1913 a 1930. Por otro lado, consideramos que las divisiones sociales se reflejaban también en la distribución espacial de las muertes por esta dolencia en la ciudad, por lo cual realizamos un análisis de su distribución distribución, a partir de los datos que nos proporciona la fuente anteriormente citada. El análisis se completa tratando de vincular la mortalidad por tuberculosis con el tipo de vivienda.

La investigación se lleva a cabo a partir de fuentes cuantitativas y cualitativas éditas, como el ya citado Boletín Mensual Municipal y el Anuario Estadístico de la provincia de Córdoba, así como tesis doctorales, monografías e investigaciones de médicos que actuaron durante este período.

2. La ciudad de Córdoba en la primera mitad del siglo XX

A partir de las últimas décadas del siglo pasado, como consecuencia de la inserción del litoral argentino en la división interna-

cional del trabajo como productor de materias primas, la ciudad de Córdoba reforzó aún más su papel, adquirido durante la colonia y consolidado durante los primeros tiempos independientes, de paso obligado del comercio del centro y norte argentino. Por otro lado, el avance sobre el desierto perteneciente al indio y el desarrollo de la inmigración desde el otro lado del Atlántico la convirtió en centro administrativo de una amplia región del sur de la provincia del mismo nombre que se poblaba y desarrollaba por aquellos fenómenos. Estos factores le dieron un dinamismo como pocos a la antigua ciudad colonial que sufrió una modernización creciente en todas sus estructuras. (Ansaldi 1991: 469, 477, Boixadós 1997).

Este movimiento modernizador que impactó en la estructura urbana, estuvo acompañado de un crecimiento poblacional importante, fruto de la convergencia de inmigración intraprovincial y la que llegaba desde el otro lado del Atlántico: La primera debido a la reestructuración rural que se producía en el norte de la provincia. Los Departamentos del norte cordobés, durante este período, no accedieron al esquema de desarrollo económico hacia afuera impuesto por la élite dominante argentina y entraron en un proceso de empobrecimiento sostenido que derivó en migraciones de población hacia la ciudad de Córdoba. La segunda tenía como consecuencia la fuerte corriente inmigratoria que, con población mayoritariamente europea se establecía en el sur de la provincia fundando colonias y pueblos e influyó fuertemente en el desarrollo de la Capital de la provincia.

El motor de crecimiento de población era, entonces, la inmigración ya que hasta fines del siglo XIX y las primeras décadas del XX se continuaban dando las características demográficas de una sociedad tradicional: alta tasa de natalidad, alta tasa de mortalidad, baja tasa de crecimiento. (Iparrguirre 1970: 285). El esquema de la mortalidad descripto estaba determinado por condiciones de vida paupérrimas de vastos sectores de la población y falta de infraestructura sanitaria.

Si bien existió un crecimiento demográfico producto de un proceso migratorio espectacular, no fue acompañado por un desarrollo de la infraestructura habitacional, sanitaria lo que potenció

problemas estructurales y de higiene. A esto se sumaba un crecimiento urbano sin un sustento económico e industrial suficiente para generar trabajo en aquellos inmigrantes que llegaban a la ciudad. De esta forma, se conforman barrios en la periferia caracterizados por condiciones deficientes tanto de habitación como de higiene.

En su excelente trabajo Ansaldi (1991:498) completa las características que presentaba Córdoba al comenzar el siglo. «Pese a que la traza de la ciudad se modifica, el crecimiento demográfico es superior al crecimiento de la infraestructura urbana, especialmente en lo que atañe a aguas corriente, cloacas, viviendas y sanidad. Por añadidura la atención de estas necesidades es espacial y socialmente desigual. Los barrios o las áreas barriales donde viven los trabajadores disponen insuficientemente o no disponen de condiciones dignas de vida cotidiana. El conventillo y el rancho son su vivienda habitual».

A las deficiencias en habitación y trabajo que sufrían los sectores populares de la ciudad de Córdoba se agregaba la falta de agua potable o pozos contaminados, la manipulación antihigiénica de los alimentos etc. Esta situación se potenciaba con las condiciones del sistema asistencial de salud, caracterizados por ser deficiente e inoperante para la cantidad de habitantes con que ya, a principios de siglo, contaba la ciudad de Córdoba lo cual se traducía en un peligro sanitario constante para sus pobladores. Apenas el hospital San Roque y el hospital de Niños, sin existir Maternidad completaban el sistema sanitario público en los primeros años del siglo. Recién en la década del diez fue fundada la Casa de Aislamiento para enfermos infecto-contagiosos en un edificio que no había sido construido para tal fin (Garzón Maceda 1915). Este emprendimiento concluyó con la construcción del hospital Rawson para enfermos contagiosos que comenzó a funcionar en la década del veinte. En los primeros años del segundo decenio se construyó también el hospital de Clínicas como una iniciativa de la Universidad Nacional de Córdoba. Los establecimientos mencionados, con escasa cantidad de camas y magros presupuestos constituían todo el andamiaje público para combatir las enfermedades. Por otro lado algunos

pocos sanatorios pertenecientes a mutuales o privados ayudaban en la lucha por la salud de los cordobeses. En el caso de las dolencias infecto-contagiosas como la tuberculosis, la mayoría de los enfermos terminales eran internados en la Casa de Aislamiento donde se los introducía para morir. A principios de la década del veinte fueron construidos dos sanatorios para tuberculosos: el Tránsito Cáceres de Allende para varones y el Misericordia para mujeres y niños.

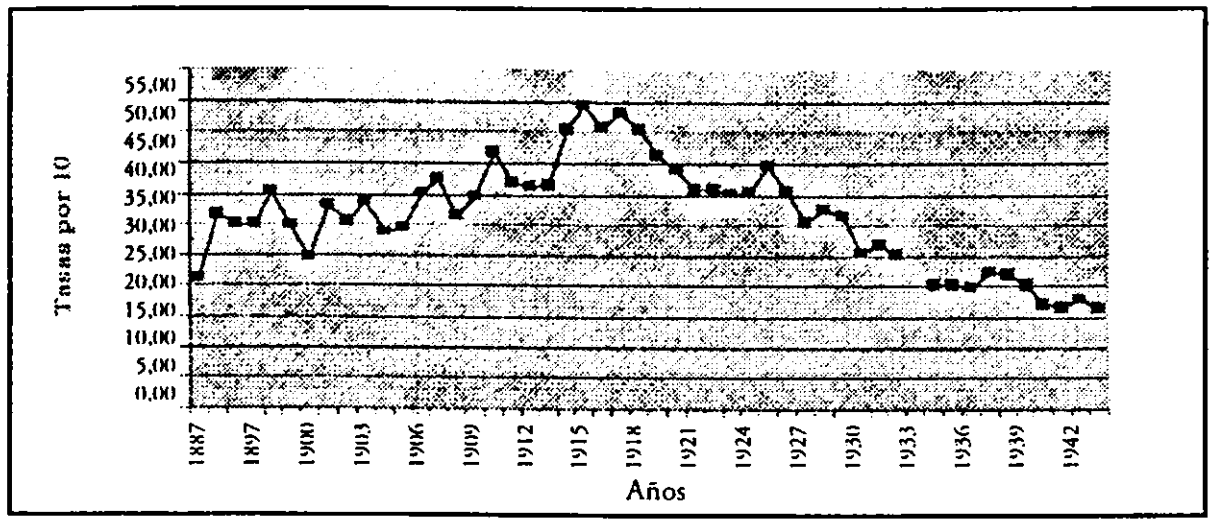
3. La tuberculosis en la ciudad de Córdoba

En estas condiciones sociales y estructurales se encontraba la ciudad de Córdoba a principios de nuestro período de estudio y es posible que influyeran en el desarrollo de la enfermedad que estamos tratando.

A fin de poseer una idea mas acabada de la profundidad de la incidencia de la dolencia, se optó en un principio por describir la tendencia de la enfermedad a través de su tasa de mortalidad en un período más largo que el que tomamos para el análisis en el trabajo, esto es desde 1887 hasta 1943. En el gráfico n.° 1 podemos observar un crecimiento muy fuerte e irregular de la mortalidad por tuberculosis entre principios del período analizado y la década de 1910. Partiendo en 1887 de una tasa de mortalidad cercana al 21,8 por 10.000 habitantes, llega a su máximo en 1915 con 49,3. A este pico le sigue una estabilización con tasas promedio de 45.3 hasta principios de la década del veinte. Luego de esta fecha una caída regular aunque se pueden observar algunos picos en 1925 y 1928 (ver gráfico 1). Con estas tasas de mortalidad la tuberculosis se transformó en la principal causa de muerte para la ciudad de Córdoba, impactando especialmente en los niños menores de 4 años y en los grupos etarios intermedios productivos y reproductivos, especialmente en las mujeres y en los ancianos de ambos sexos. (Carbonetti. 1997: 113 y s/s). Ver gráfico 2.

GRÁFICO 1

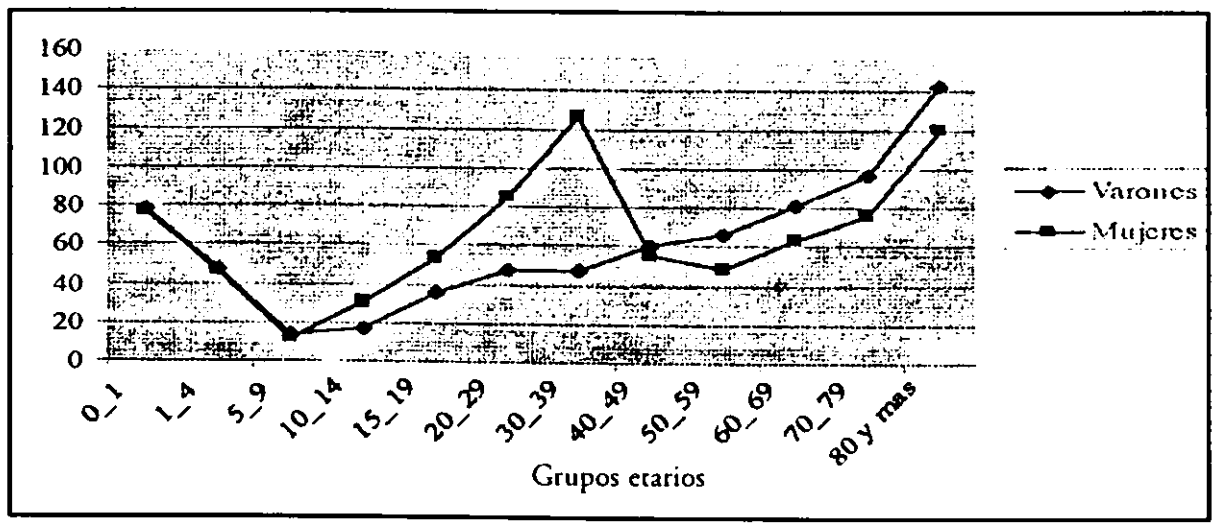
Tasas de mortalidad por tuberculosis en la ciudad de Córdoba. 1887-1943. Tasas por 10.000 habitantes



FUENTE: José M.ª Álvarez (1896) Boletín Mensual Municipal de la ciudad de Córdoba (1913-1940) y Anuario Estadístico de la provincia de Córdoba (1900-1947)

GRÁFICO 2

Tasas de mortalidad por tuberculosis según edad y sexo. Ciudad de Córdoba. 1914



FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos del Boletín Mensual Municipal y el censo Nacional de población de 1914

Indudablemente que las altas tasas de mortalidad que hemos descripto, influyeron en la esperanza de vida al nacer de la población. A fin de analizar este aspecto demográfico se trató de realizar una comparación entre las esperanzas de vida donde están incluidas las causas de muerte en su totalidad y aquellas donde fue extraída la tuberculosis. El ejercicio se llevó a cabo para 1914. este momento es importante pues, como hemos visto en el gráfico 1 y en el gráfico 2 la tasa de mortalidad específica por tuberculosis sería una de las más altas del período que estamos estudiando e impactaría fuertemente en casi todos los grupos etarios de ambos sexos.

Para la elaboración de las tablas de mortalidad en ausencia de tuberculosis se partió de la hipótesis de la independencia de causas, y por lo tanto de la teoría de los riesgos competitivos, por la cual los riesgos de sobrevivencia a un deceso por una causa, son reemplazados por otro tipo de causas. (Monnier et Nizard. 1985: 119)

El ejercicio dio como resultado para 1914 una esperanza de vida al nacimiento de 34 años aproximadamente. Ahora bien, al excluir a la tuberculosis aquella asciende a 39, es decir una diferencia de 5 años, lo que comprueba la importancia que poseía entonces la tuberculosis como causa de muerte en todas las edades de la vida. Ahora bien, a pesar de que esta medida es un promedio sobre el total de la población, consideramos que la incidencia de la tuberculosis fue distinta para las diferentes capas sociales de la ciudad de Córdoba.

4. Tuberculosis y estructura socio-ocupacional

Un famoso médico cordobés de principios de principios de siglo, preocupado por la problemática social de la salud hacía referencia a la tuberculosis como una dolencia que atacaba a todas las clases sociales por igual:

> «la triste propagación del bacilus de Koch y de su nefasta obra, realizada en el seno de los más distinguidos núcleos de familias, diezmadas por el microbio culto, que gusta vivir en artesonados palacios parasitando en la aristocracia sibarita». (Garzón Maceda. 1917: 721).

Es posible que el autor se haya referido a la visión romántica que muchos poseían de la tuberculosis, donde la enfermedad era vista como la dolencia de los bohemios, intelectuales y románticos. (Fernandes, Almeida, Do Nascimento, Cury. 1992: 51)

Sin embargo, la imposición de un capitalismo en sus primeras etapas de acumulación generó, en el país, una organización social caracterizada por una desigual distribución de los recursos, que se reflejaron no sólo en las condiciones de vida y de trabajo sino también en la enfermedad y la muerte. En este contexto, la tuberculosis se vinculó a la pobreza y a la miseria. Francisco Súnico (1922:198), un médico preocupado por las condiciones de vida de la «clase obrera», por ejemplo contraponía el desarrollo del capital con sus consecuencias para el proletariado y sus vinculaciones con el desarrollo de la tuberculosis:

> El rendimiento del capital industrial y mercantil, —la formación aluvional de las colosales riquezas burguesas y de las fortunas privadas en la Argentina— han influido más (...) que el mismo y tan acusado bacilo; no sólo por lo que el capital gasta la actividad y agota la resistencia de las máquinas humanas, sin repararlas, sino porque la fatiga substancial que engendra en el organismo el pólipo económico, destruye para siempre los frenos morales del hombre, conduciéndolo rápidamente al alcoholismo, a la abulia a al degeneración y a la enfermedad.

Esta etapa de acumulación de capital primario que se inaugura en Argentina en la segunda mitad del siglo XIX, llevó a que en el mundo del trabajo se conformaran formas de organización de mano de obra caracterizadas por una fuerte explotación del proletariado, siendo sometido a condiciones laborales excesivamente duras. Durante todo este período, la clase obrera cumplió su labor en base a condiciones infrahumana, con largas jornadas laborales, en establecimientos antihigiénicos, sin licencias por enfermedades lo que tenía como consecuencias que el enfermo fuera a trabajar en condiciones desfavorables para su salud y muchas veces transmitir la dolencia. Por último, salarios mínimos que ocasionaban condiciones de vida paupérrimas, se traducían en escasa alimentación y viviendas antihigiénicas.

Estas condiciones y sus consecuencias para el desarrollo de la tuberculosis en la clase obrera se reflejaron en varios escritos de médicos que actuaron en la ciudad de Córdoba ocupados en la problemática de la tuberculosis. Trabajos, como el que realizaba Gumersindo Sayago en su tesis para acceder al grado de Doctor en medicina (1922: 36), afirmaban que la mortalidad y la morbilidad tuberculosa poseía un sesgo eminentemente social. A través de la estadística de mortalidad y de morbilidad de la Casa de Aislamiento durante la segunda mitad de la década del diez, el tisiólogo encontraba un número muy significativo de jornaleros, en menor medida de empleados, y escasa cantidad de individuos pertenecientes a las profesiones liberales como médicos abogados e incluso sacerdotes.

Para explicar esta diferencia pasaba a describir las características de las condiciones de vida de jornaleros y empleados:

> «sabemos que el jornalero desarrolla (...) su vida en condiciones bastante precarias: sus jornadas de trabajo es habitualmente excesiva; sus salarios son suficientemente reducidos, como para obligarle a una hipoalimentación y a una vivienda antihigiénica: hambre, covacha y trabajo rudo, se hermanan habitualmente para difundir la tuberculosis en este gremio».

Pero inmediatamente el tisiólogo pasaba a describir las condiciones de vida en que actuaban los sectores altos de la sociedad y las ventajas que estos poseían con respecto al anterior grupo social

> «Médicos, abogados ingenieros y sacerdotes, por las mismas condiciones en que desarrollan sus respectivas profesiones, pasan la vida en forma holgada, particularmente los últimos, de vida profesional sedentaria y pasiva. Todos los que en la lucha por la existencia se rodean de una vivienda sana, alimentación suficiente y trabajo metódico —tres condiciones a las cuales no pueden aspirar los pobres— no dan a la tuberculosis el crecido tributo que pagan nuestros jornaleros». (Sayago. 1922:36).

Unos años mas tarde otro tisiólogo se expresaba acerca de los «empleados», describiendo las condiciones de vida de este sector social en su exposición sobre la necesidad del seguro social:

> «Es fácil deducir en primer término que los empleados que enferman de tuberculosis, son en su totalidad, económicamente débiles, que viven en condiciones de higiene defectuosas, que gravitan permanentemente un conjunto de causas debilitantes, que se acrecientan entre el humano esfuerzo de desligarse de la miseria (...).

Y el tisiólogo continuaba con la problemática del empleado pero que se puede extender a todos aquellos que se encontraban con trabajos en condiciones de dependencia:

> «excedido en sus licencia, portador de un mal ya incurable, o que ya no le interesa tratar (...), reducido considerablemente en su capacidad productiva, vencido y hasta agotado pide su vuelta al trabajo (...) para mantener su familia». (Vecarezza. 1928: 474 y s/s)

Para los médicos que hemos citado, aquellos que trabajaban en condiciones de dependencia, no sólo tenían más probabilidades de enfermar por las condiciones de vida y trabajo que debían soportar sino también de morir de esta enfermedad, debido a que no podían acceder a una cura completa. La inexistencia de una legislación laboral que permitiera licencias por enfermedad de largo plazo o seguros, obligaba al individuo a volver al trabajo con el consiguiente empeoramiento de su estado de salud, lo cual indicaría una clara vinculación entre sectores sociales subordinados y mortalidad por tuberculosis, en le sentido que la mortalidad por esta enfermedad afectaba más a los sectores con menos habilidades para intercambiar en el mercado laboral y por lo tanto de menores recursos, con peores condiciones de trabajo, vivienda y nutrición. Por otro lado, también es cierto que los sectores dominantes tenían más probabilidades de sobrevida que los pobres frente a la enfermedad misma. Esto se debía a que los primeros tenían mayores posibilidades de realizar todas las terapéuticas que utilizara la medicina y a su vez contaban con estrategias de ocultamiento de la enfermedad ya que podían acceder a consultorios privados donde el diagnóstico médico de la causa de defunción podía ser desvirtuado más fácilmente que el individuo perteneciente a los sectores pauperizados, condenado a la atención en algún hospital si es que lo conseguía. Por último,

mientras el alejamiento en los sectores dominantes, ir a vivir a las sierras, cumplía la función de ocultamiento de la enfermedad e intento de cura, los pobres eran relegados al hospital, cuando lo había, el dispensario o en última instancia su propia habitación, que luego de su muerte o durante su enfermedad era sistemáticamente desinfectada con las molestias y perjuicios de que eran objeto.

A fin de confirmar estas apreciaciones elaboramos categorías donde se especifican las ocupaciones de los individuos muertos por tuberculosis. Como las posibilidades de codificación y agrupamiento de las profesiones en agregados mayores tendientes a la constitución de estratos socio-ocupacionales relativamente homogéneos son muy variadas se optó por una perspectiva empírica, el ejercicio consiste en elegir ciertos oficios como casos típicos de una categoría y clasificar en la misma aquellos oficios que se asemejan a los considerados típicos (Otero. 1994: 112 y 113). Desde esta perspectiva la semejanza del trabajo consiste en el grado de calificación o el medio de producción para intercambiar en el mercado. Se parte de que el mercado laboral se manejaba desde una perspectiva competitiva, donde los mas calificados podían acceder a mejores condiciones tanto por el tipo de trabajo como por el salario.

Para llevar a cabo el análisis de los distintos oficios como variables socio —ocupacionales tomamos como punto de partida el hecho de que el individuo posea o no un medio de producción o algún tipo de perfeccionamiento o habilidad para insertarse en el mercado laboral y, de esta forma, poder intercambiar en mejores condiciones y a mayor precio su fuerza de trabajo. Por consiguiente la posición social del individuo dependerá no sólo de las riquezas que posea, sino también de la habilidad que haya adquirido, los conocimientos o un medio de producción que le permitan generar esa riqueza. La ocupación se conforma, entonces, como indicador del sector social de pertenencia de los individuos que vivieron y murieron durante este período ya que existiría una correlación directa entre el tipo de ocupación y condiciones laborales, salario, tipo de vivienda, nutrición, estrategias de atención médica, etc.; indicadores de pertenencia a una capa determinada de la sociedad.

A partir de lo expuesto se procedió a conformar categorizaciones amplias en las que se pretende respetar el concepto mencionado. De esta forma la categoría «profesiones liberales y estancieros» fue insertada en lo más alto de la pirámide social, esto se debe a la existencia de un capital monetario sumado a un capital social e intelectual ya que sus integrantes llegarían a lo mas alto del perfeccionamiento a través de una carrera universitaria o poseerían un capital monetario que les permitiría vivir «sin necesidades económicas». A este sector le siguieron los «estudiantes» que pertenecerían a familias de clases adineradas o a la incipiente clase media en la mayor parte de los casos. Por debajo de estos, «comerciantes, agricultores y ganaderos» que, poseedores de un medio de producción les daría cierto grado de estabilidad económica, condición que los ponía por encima de los trabajadores especializados (con un oficio determinado) que podrían vender su fuerza de trabajo a mejor precio que otros sectores no especializados.

Los «empleados» en gran parte públicos, estarían un escalón abajo pues, su calificación sería escasa y sus condiciones laborales duras, en lugares poco adecuados para el desarrollo de cualquier actividad laboral. Por último los jornaleros, no poseedores de un oficio, medio de producción o habilidad para intercambiar en el mercado laboral; se encontrarían en la base de la escala social, sus condiciones laborales serían precarias al igual que las de su vida.

El problema de la ausencia de censos, durante todo el período se realiza uno (el censo Nacional de 1914) y la escasa publicación de datos, especialmente para la ciudad de Córdoba tienen su incidencia en las medidas que se pretenden realizar como tasas específicas de mortalidad por oficio, medida que pudo haber sido de importancia fundamental para el análisis de la mortalidad por sector social.

Debido a estos inconvenientes, se trató de realizar un acercamiento a la mortalidad de los distintos sectores de la sociedad cordobesa a través de la construcción de la tasa de mortalidad total por tuberculosis con las distintas categorías que mencionamos anteriormente mas los menores y las profesiones no especificadas. De

esta construcción se elaboró el cuadro n.° 1 donde se puede observar como aporta cada sector socio-ocupacional a la tasa de mortalidad por tuberculosis.

La ubicación social de los fallecidos está mostrando que los estratos más bajos eran los que en mayor medida aportaban en la construcción de la tasa de mortalidad por tuberculosis. Entre «jornaleros», «trabajadores especializados» y «empleados» representaban el 63% del total de la tasa de muertes por tuberculosis en 1917, si se incluye las muertes de menores sin profesión que participaban con un 23%, quedaba un porcentaje marginal de 14% para los sectores adinerados. Esta proporción fue constante durante todo el tiempo que fueron estudiados los estratos socio-ocupacionales (ver cuadro 1).

En el final del período de estudio se observa que la proporción de muertes de los sectores más bajos sigue siendo la que más aporta a la tasa con un 70%, la mortalidad de menores sin profesión bajó a un 8% aproximadamente y hay un aumento en el porcentaje sobre el total de la tasa de «comerciantes, agricultores» y «Profesionales liberales y estancieros» que aportan con un 10 %. En este sentido existiría cierta distorsión ya que estaríamos analizando los datos de muertes de aquellos individuos que vivían en la ciudad y quienes habrían llegado a ésta desde otros puntos del país y la provincia *buscando la cura climática.*

A fin de realizar otro acercamiento a la mortalidad por categoría socio-ocupacional, elaboramos una razón de mortalidad proporcional, es decir la proporción de una causa de muerte sobre el total de éstas. La medida, aunque simple, da una idea de las características que tuvo la tuberculosis y su incidencia en la mortalidad general de cada una de las categorías. En este sentido debe aclararse que se trabaja con datos pertenecientes a individuos que habitaban permanentemente en la ciudad de Córdoba, generando la categoría «muertes de residentes habituales por tuberculosis», con aquellos que morían por tuberculosis sin ser residentes de la ciudad con los cuales se forma la categoría muertes de «residentes accidentales por tuberculosis». De esa forma se puede realizar una comparación sobre como impactaba la inmigración de enfermos en las diferentes

CUADRO 1

Contribución de las categorías socio-ocupacionales a la conformación de la tasa de mortalidad por tuberculosis. Varones. Ciudad de Córdoba. 1917/1930

Años	*1917*	*1918*	*1919*	*1920*	*1921*	*1924*	*1925*	*1926*	*1927*	*1928*	*1929*	*1930*
Profesiones liberales-Estancieros	0,9	1,5	0,7	0,4	1,3	0,3	0,2	1,0	0,6	0,5	0,5	0,1
Comerciantes industriales, empresarios agrícolas y ganaderos	2,7	2,3	2,6	1,7	2,0	4,0	4,2	3,4	2,7	2,7	2,4	3,1
Estudiantes	1,0	0,6	1,7	0,9	0,9	1,2	1,0	1,1	1,0	0,7	1,4	1,3
Trabajos especializados	8,9	9,3	9,3	5,5	4,9	7,0	8,0	7,8	6,5	6,7	8,4	6,6
Empleados	6,0	5,7	7,1	4,2	6,5	5,1	9,1	7,0	5,0	6,9	7,5	5,3
Jornaleros	14,3	14,0	14,7	15,2	10,6	11,6	12,8	8,6	5,8	8,1	7,7	7,1
Trabajadores domésticos	0,0	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2	0,2	0,1	0,0
Menores sin profesión	10,9	10,6	8,5	8,2	8,1	4,7	5,7	7,0	5,6	6,5	4,0	1,9
Profesiones no especificadas	1,1	0,0	0,1	0,1	0,30	0,2	0,4	0,5	2,4	1,0	1,2	3,4
Total ciudad	45,8	44,1	44,8	36,4	34,7	34,3	41,6	36,7	29,8	33,2	33,3	28,8

FUENTE: Boletín Mensual Municipal 1917-1930

categorías socio-ocupacionales en cada año que se analiza y entre los mismos. No fueron incorporadas las categorías menores sin profesión, estudiantes y personas sin profesión.

El análisis se pudo realizar debido a la desagregación que se hace en el Boletín Mensual Municipal según categoría de residencia, tanto para la mortalidad general como para la producida por tuberculosis. En ese momento los poderes públicos pretendían poseer información desagregada a fin de precisar el origen de las muertes ya que existía la certeza de que aquellos que llegaban a la ciudad en busca de cura incrementaban la mortalidad por tuberculosis. No es una casualidad que esta información se incorpora en 1918, en momentos en que la mortalidad crecía en forma alarmante y los poderes públicos veían como causa de este incremento la inmigración de enfermos. (Carbonetti 1997 especialmente capítulo 1)

En el cuadro n.° 2 se aprecia la diferencia que con respecto a la muerte por tuberculosis poseían los distintos sectores sociales. Se observa en las dos categorías que analizamos (Residencia habitual y accidental), y por lo tanto en el total, una mayor proporción de individuos pertenecientes a los sectores más bajos de la sociedad que morían por esta dolencia. Al mismo tiempo se puede percibir que en las capas mas adineradas había cierta similitud en las proporciones de mortalidad. Esto es tanto en el momento de menor mortalidad, en 1929 como en 1926 año en que se observa un crecimiento fuerte en relación al año 1920.

Cuando pasamos a analizar por categorías observamos que tanto en el total como en residentes habituales existen ciertos comportamientos a lo largo del tiempo: mientras que los jornaleros descienden sensiblemente su razón de mortalidad por tuberculosis, tanto en «empleados» como en «trabajadores especializados» tienden a mantenerse estables. En estos tres grupos se observa una diferencia substancial cuando discriminamos entre muertes de residentes «habituales» y «accidentales». En efecto, para 1920 la razón de mortalidad en los jornaleros que se encontraban «accidentalmente» en la ciudad es importante, consideramos que en el comportamiento de esta categoría estarían influyendo por un lado

CUADRO 2

Razón proporcional de mortalidad por tuberculosis en la población habitual y total de la ciudad de Córdoba según categoría socio-ocupacional. Años 1920-1926-1929

Años	*1920*			*1926*			*1929*		
Calidad de residencia en la ciudad de Córdoba	*Muertes resid. hab. por tuber.*	*Muertes resid. accid. por tuber*	*Total muertes por tuberc.*	*Muertes resid. hab. por tuber.*	*Muertes resid. accid. por tuber.*	*Total muertes por tuberc.*	*Muertes resid. hab. por tuber.*	*Muertes resid. acid. por tuber.*	*Total muertes por tuberc.*
Profesiones liberales-estancieros	8,3	0,0	8,3	9,1	7,3	16,4	6,0	1,4	7,4
Comerciantes indus., empr. agríc. y ganaderos	6,9	1,1	8,0	9,7	5,0	14,7	5,3	3,8	9,1
Trabajador especializado	17,7	2,8	20,5	24,0	5,9	29,9	15,5	9,9	25,4
Empleados	20,0	5,8	25,8	21,4	6,4	27,8	18,0	10,0	28,0
Jornaleros	19,3	11,6	30,9	12,9	7,6	20,5	10,9	7,6	18,5
Total de la ciu. de Córdoba	10,4	5,0	15,4	10,9	3,9	14,8	7,9	5,1	13,0

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos del Boletín Mensual Municipal. Se eligieron estos años debido a que en algunos momentos y por diversas circunstancias la estadística se interrumpía o los datos no eran uniformes, estos años poseen las mismas categorías y la estadística se encuentra completa mes por mes

la inmigración de enfermos que al morir en la ciudad elevarían mas aún la razón de mortalidad; por otro el de trabajadores que llegarían sanos a la ciudad pero que podrían sufrir la enfermedad debido a las condiciones de vida que debían soportar. En el caso de empleados y trabajadores especializados recién habría un crecimiento de las muertes de residentes accidentales en 1929, es posible que esto se deba a una inmigración creciente de enfermos que llegaban a la ciudad en busca de la cura climática y de una cama de hospital. Es sugestivo el incremento de éstos luego de 1920 cuando aún no existían los sanatorios, en ese sentido hacia mediados de la década del veinte la mayoría de las muertes se producían en los sanatorios de la ciudad (Carbonetti 1997: 164). Por el contrario en las categorías «profesiones liberales y estancieros» y «comerciantes, industriales, etc.», no habría mayor influencia de la inmigración de enfermos, aunque se produce un incremento importante tanto en las muertes de residentes habituales como de accidentales en 1926, momento en que hay un crecimiento de las muertes por tuberculosis, especialmente en los «residentes habituales» en la otras categorías.

El cuadro permite apreciar, entonces, que la muerte por tuberculosis, poseía un fuerte sesgo social determinado por las condiciones de vida de los sectores menos favorecidos económicamente, pero además habría una creciente influencia de la inmigración de enfermos, especialmente de los sectores más pobres que migrarían a la ciudad en búsqueda de una cama de hospital para tratar de extender su vida. Este fenómeno tendría explicación en los lugares y estrategias que elegirían los distintos sectores sociales para realizar sus tratamientos. Tanto los empleados como los trabajadores especializados y jornaleros que migraron a Córdoba elegirían la ciudad Capital, con dos sanatorios gratuitos, para tratar de buscar un tratamiento aunque en muchos caso ese ingreso no se obtenía. La elección de la Capital y no de las sierras, más aptas para el tratamiento climático, se debió a que durante nuestro período de estudio existió sólo un sanatorio gratuito administrado por el Estado en las sierras de Córdoba: El sanatorio Santa María, de difícil acceso sin favores políticos (Carbonetti 1999: 82). Por

otra parte la cura climática era muy costosa para los sectores de menores recursos:

> «La inmensa mayoría no puede hacer frente a los gastos de traslado y sostenimiento (...). El recuerdo de tantas peripecias sufridas por las familias que gastaban sus pobres recursos me indujo a no aconsejar el traslado a Córdoba (sierras) sin antes exponerles las condiciones económicas que él importa» (Cetrángolo 1945: 175/76)

En ese sentido en 1929 el periódico «La Voz del Interior» (abril 4 de 1929) realizaba la siguiente queja acerca de la llegada de tuberculosos a la ciudad de Córdoba:

> «no hay tren que llegue a nuestra ciudad (...) que traiga o lleve un lote numeroso de estas víctimas del mal blanco, muchas de las cuales entran a esta Capital hasta sin recurso y sin la más remota posibilidad de obtenerlo por sí (...). Entran en la ciudad y van al golpear la puerta de los hospitales ya repletas de enfermos (...) no los admiten. Ante el desahucio de los nosocomios, estos tuberculosos se retiran y vagan por las calles, y no teniendo donde pernoctar van a caer en las barrancas y allí, en esas cuevas mueren o se matan»

Las sierras de Córdoba, estarían pues reservadas a los sectores mas adinerados que buscarían sanatorios privados y su mejor clima. Este alejamiento le daría, además, la ventaja de ocultar su enfermedad, en ese momento avergonzaste. (Carbonetti Adrián, 1998)

A pesar de las distorsiones posibles en las estadísticas, (no pudo ser controlada la emigración de los enfermos de los sectores sociales mas acaudalados hacia las sierras de Córdoba) las diferencias sociales en la ciudad de Córdoba se reflejaban en la mortalidad por tuberculosis, donde los individuos pertenecientes a la base de la escala social tenían más probabilidades de enfermar por sus condiciones de vida, pero también debido a una creciente inmigración de enfermos de esos sectores que al morir en la ciudad acrecentaban la mortalidad.

5. Tuberculosis vivienda y trabajo

Otro de los aspectos que los tisiólogos veían como generador del crecimiento de la tuberculosis era el de la vivienda. El impacto de la inmigración a principios de siglo, generó un fuerte crecimiento de la demanda de vivienda lo cual se reflejó en la difusión de ranchos y conventillos.[1] Altos alquileres, bajos salarios, nulas líneas de crédito, la inoperancia del Estado determinaron que la población de escasos recursos optara por estrategias habitacionales distintas a la de los habitantes de los sectores altos y medios de la sociedad cordobesa. En esas estrategias, el rancho y el conventillo o el mismo inquilinato ocuparon un lugar destacado a la hora de determinar el tipo de vivienda a adoptar para vivir.

Estas viviendas eran anotadas por los sanitaristas como generadoras de la enfermedad, uno de ellos describía el rancho:

> «Un poco de madera rudimentaria labrada, paja y barro, son sus materiales (...) la higiene es desastrosa (...). Se suma la superpoblación, la promiscuidad, los alrededores depósitos de detritus, focos de infección y origen de epidemias»

También describían sus habitantes, lo que da la idea de las condiciones vida que deben haber soportado quienes allí se albergaban:

> «sale de allí todos los días la caravana de los desheredados, de los mendigos, de los tristes, de los que van a tender la mano y llamar a las puertas buscando pan y trabajo. Quedan dentro los inválidos, los rendidos, la oscuridad, la pobreza, la tuberculosis (...)». (Cafferata 1918: 82, 83).

El sanitarista también describía conventillo: «*Las mismas características, el mismo hacinamiento, la misma promiscuidad, el mismo medio propicio para el desarrollo de las enfermedades*» (Cafferatta 1918: 101)

---

1 Rancho es un tipo de habitación elaborado con maderas, barro y techo de paja, en la mayoría de los casos sin piso y con escasa habitaciones lo que generaba falta de higiene y promiscuidad. en el caso de conventillos se trataba de viviendas colectivas, donde si bien los materiale sno eran precarios si eran una característica sobresaliente el espacio de las habitaciones. (Ver Carbonetti 1997: 169).

A partir de los datos que se obtuvieron del censo de habitaciones realizado por la Municipalidad de Córdoba en 1917, las muertes por tipo de habitación que se comenzaron a tabular en 1918 y suponiendo que la población en ranchos y conventillos en el año de diferencia entre uno y otro dato no sufrió aumentos, se confeccionó una tasa de mortalidad por tuberculosis diferencial por «rancho» que dio como resultado 164,7 muertes por tuberculosis por cada 10.000 habitantes, muy por encima de la tasa de 45 por 10.000 debida a la tuberculosis en toda la ciudad de Córdoba en el mismo año. Por el contrario cuando se realizó esta operación en los «conventillos» tan sólo el 27,7 de las muertes por cada 10.000 habitantes, sucedía en aquellas viviendas, bastante por debajo de la tasa de mortalidad de la ciudad y lógicamente de los moradores de ranchos (Carbonetti 1999: 67,68).

El rancho se constituyó pues la vivienda donde se producía la mayor mortalidad por tuberculosis, aunque los médicos, al ver las mismas características en el conventillo lo percibían también como una fuente de contagio y muerte por tuberculosis. Sin embargo la habitación era sólo un indicador de las condiciones de existencia: Quienes vivían en ranchos, eran los mismos que poseían condiciones de vida paupérrimas, soportaban condiciones laborales extremadamente deshumanizadas: Gumersindo Sayago (1922:3) en la introducción a su «tuberculosis en la Provincia de Córdoba» testimonia acerca de los pacientes que recibía en el dispensario Tránsito Cáceres de Allende: «*La jornada de trabajo abusiva se repite a cada paso en nuestros enfermos, los cuales en un 54,1% de los casos trabajan entre 10 y 16 horas diarias*».

En 1921 el mismo médico (1921:271) presentaba un trabajo donde hacía constar la cantidad de horas trabajadas por los enfermos que se atendían en el dispensario antituberculoso Tránsito Cáceres de Allende. Sobre un total de 831 enfermos que se atendían en dicho establecimiento 481 habían especificado el horario de trabajo; mientras los varones trabajaban 9 horas aproximadamente las mujeres los hacían 11. Justamente el sanitarista se quejaba de como se burlaba la ley de 8 horas tanto para hombres como para mujeres debido, esencialmente, al trabajo a domicilio donde el obre-

ro no podía ser controlado por los poderes públicos y donde los empresarios sacaban mayores ganancias.

> «En especial para el sexo femenino y para todos aquellos que trabajan en sus domicilios, las horas de trabajo diaria llegan fácilmente a 10 y 16 horas. Es en todos estos obreros en donde la tuberculosis hace mayores víctimas, pues son sujetos que viven en un continuo surmenaje físico». (Sayago: 1921:271).

Al hablar del salario de los enfermos de tuberculosis se refería de esta manera:

> «Estas retribuciones pueden considerarse en general insuficientes, máxime si se tiene en cuenta el elevado costo de la vida y por otra parte que a ello se agrega la familia que tiene que sostener una gran parte de los enfermos con salario especificado». (Sayago. 1921:271).

Estas condiciones de vida, es decir de vivienda y trabajo al que los sanitaristas agregaban la nutrición, eran soportadas por los individuos que se encontraban en la base de la sociedad y eran ellos quienes aportaban a conformar la amplia tasa de mortalidad por tuberculosis con que contaba la ciudad de Córdoba en la segunda y tercer década del siglo XX.

6. Tuberculosis y espacio urbano

Las diferencias sociales existentes en la ciudad de Córdoba a principios del siglo XX se reflejaron también en una división del espacio urbano. Al igual que en otras ciudades en crecimiento a principios de siglo en la capital cordobesa la división espacial coincidía con la división de la sociedad. El vértice de la pirámide social, es decir los sectores dominantes tanto política como social y económicamente, ocupaban las zonas centrales del espacio urbano, mientras los elementos marginales vivían en la periferia donde la infraestructura y las condiciones habitaciones eran precarias.

Esa distribución espacial de las clases sociales y su marginalidad se reflejaba también en las muertes de enfermedades infecto-contagiosas, dentro de las cuales la tuberculosis ocupaba un lugar preponderante. El fenómeno fue percibido por un sanitarista católico de la época, Juan Cafferata que, para la Primer Conferencia de Profilaxis Tuberculosa realizada en Córdoba en 1917, confeccionó un mapa en el que se anotaban las muertes por tuberculosis de acuerdo al domicilio donde acaecía la defunción. El médico observaba que en las zonas centrales, donde vivían los sectores mas acaudalados de la sociedad la tuberculosis tenía escasa incidencia, pero en los sectores periféricos, zonas habitadas por los obreros y los elementos marginales, el número de muertes por esta enfermedad era mayor. (Cafferata. 1918: 80). Aunque es posible que aquellos no denunciaran la mortalidad por esta enfermedad, de todos modos en términos generales, en el plano se observa una preponderancia de las muertes por tuberculosis en los sectores periféricos de la ciudad. Los datos que aportaba Cafferata son coincidentes con los que elaboramos estadísticamente para todo el período.

A fin de analizar como evolucionó la mortalidad por tuberculosis en las diversas secciones de la ciudad hemos estimado sus tasas. Con la mortalidad por tuberculosis extraída del Boletín Mensual Municipal y proyectando las poblaciones de aquellas desde 1914, bajo el supuesto de que la ciudad creció proporcionalmente desde ésta fecha hasta 1930 elaboramos la tasa de mortalidad por tuberculosis según sección. Durante parte del período de estudio existieron varios sanatorios donde se internaban y atendían enfermos de tuberculosis, la defunción del individuo en estos hospitales era anotada con el domicilio del sanatorio, lo que «recargaba» las muertes de las secciones donde estaban situadas estas instituciones. Con el fin subsanar, en parte, este error de las estadísticas se procedió a restar las muertes ocurridas en los hospitales a la sección donde se encontraban y luego distribuir el resultado proporcionalmente en todas las secciones de la ciudad.

En el análisis del cuadro n.°3 se pueden observar dos partes bien diferenciadas, la primera que va desde 1914/15 hasta 1918/19

en momentos en que no existían sanatorios que atendieran a los enfermos de tuberculosis (sólo la mencionada Casa de Aislamiento para todos los enfermos infecto-contagiosos, pero que no generaban ningún tipo de atención salvo el morir en una cama), por lo tanto había una mayor cantidad de muertes en los hogares correspondientes a los enfermos. En esta etapa el cuadro refleja exactamente la coincidencia entre la mortalidad por tuberculosis y el grado de pobreza. En las secciones donde la miseria poseía una magnitud mayor, según los tisiólogos que tomamos como testigos, la tuberculosis poseía una mayor letalidad.

Así, la sección sexta, al norte de la ciudad, (ver plano) poseía la mayor tasa de mortalidad por tuberculosis al principio del período y que es descripta por los médicos de la época como un desastre sanitario: se encontraban en esa sección el 42,9% de los ranchos y el 43,6% de los conventillos. La sección tercera, al sudoeste, poseía un número importante de población en condiciones de indigencia, reflejándose en la formación de barrios marginales, acusaba, también, una tasa de mortalidad por encima de la ciudad. Las secciones segunda y octava, poseían tasas de mortalidad por tuberculosis altas, similares a las de la ciudad de Córdoba en su conjunto, pero menores a las anteriores. La mortalidad por tuberculosis de la sección segunda estaría determinada por su parte más alejada de la ciudad caracterizada por estar habitada por elementos marginales. La octava, en las afueras de la ciudad estaba habitada por obreros y una importante zona esencialmente rural. Las secciones donde residían los sectores dominantes de la sociedad como la primera y la cuarta poseían las tasas de mortalidad por tuberculosis más bajas en todo el período, incluso por debajo de las de la ciudad en su conjunto.

En la segunda etapa que va desde los años 1920/21 hasta el final del período observamos que la tendencia sigue siendo similar a la anotada en la fase anterior, sin embargo en este período comienza a vislumbrarse la influencia de los hospitales ya que se observan comportamientos de la mortalidad disimiles entre las secciones donde estaban ubicados los sanatorios y aquellas donde no existían éstos.

Tomado el cuadro en su totalidad observamos, en la mayoría de las secciones, que las tasas de mortalidad poseen una tendencia a la baja, salvo la sección séptima que fue de poblamiento posterior y por lo tanto su escaso número de habitantes hizo sobredimensionar la tasa de mortalidad por tuberculosis en esta sección.

Se observa que las secciones que tienen mayor descenso son la primera, cuya tasa decayó en un 57,3%, a la que le siguen las secciones cuarta, segunda, sexta y octava con 45,3%; 43,3%; 41,2% y 39,6% respectivamente. En todas estas, las tasas de mortalidad decrecen en mayor medida que las de la ciudad de Córdoba en su conjunto (37,7%). Sólo la sección tercera disminuye menos, 10,8%, posiblemente por la construcción del hospital Misericordia.

CUADRO 3

Tasas de mortalidad promedio por tuberculosis por cada 10.000 habitante según sección de la ciudad de Córdoba. 1914/1930

	SECCIONES								
Años	*Primera*	*Segunda*	*Tercera*	*Cuarta*	*Quinta*	*Sexta*	*Séptima*	*Octava*	*Ciudad*
1914/15	31,9	46,0	55,5	12,5	34,1	74,2	0,0	49,4	47,8
1916/17	24,5	45,7	59,9	22,9	40,8	74,4	3,1	42,1	47,4
1918/19	25,3	43,9	53,1	35,6	35,2	64,1	20,6	44,8	43,6
1920/21	18,7	41,3	40,8	31,3	40,5	47,4	25,9	38,4	37,5
1924/25	18,4	43,9	42,8	30,2	30;9	53,9	18,9	38,3	37,5
1926/27	11,3	31,8	46,9	19,2	31,2	47,0	69,1	38,5	33,1
1928/30	13,6	25,1	42,9	12,8	35,0	41,6	96,3	28,4	29,8

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de Boletín Mensual Municipal

Si bien la mayoría de las secciones decrecen su tasa de mortalidad por tuberculosis, poseen un comportamiento distinto durante todo el período. Mientras las secciones primera, segunda, sexta y octava bajan sus tasas en forma regular a lo largo del período, en forma similar a la ciudad de Córdoba; las secciones tercera, cuarta, y quinta, (se encontraban en estas secciones el Hospital Mise-

ricordia, Tránsito Cáceres de Allende y Rawson, respectivamente) realizan una especie de parábola teniendo un incrementeo de la mortalidad en los años centrales para luego disminuir gradualmente. Sugestivamente en estas secciones estuvieron ubicados los tres hospitales que atendieron enfermos de tuberculosis. Es posible que estos establecimientos hayan influido en la mortalidad a partir de que muchos enfermos, especialmente los inmigrantes hayan ubicado su residencia en las cercanías de los hospitales provocando irregularidades en el comportamiento de las tasas.

En síntesis, podemos admitir que la mortalidad por tuberculosis estaba fuertemente asociada a las condiciones de vida de las distintas clases sociales de la ciudad; esto se puede observar en las características que asumía su distribución espacial a finales de la década del diez (momentos en que no existían sanatorios que albergaran y trataran únicamente tuberculosos) y los enfermos pertenecientes a los sectores populares, morían en sus hogares. Pero también es cierto que los hospitales influirían de alguna manera en el comportamiento de las tasas en algunas secciones de la ciudad a partir de la necesidad de muchos que llegaban para tratarse en dichas instituciones y no encontraban camas, lo que llevaba a buscar viviendas en su cercanía. Esto, como hipótesis, pudo modificar el comportamiento de las tasas de mortalidad por tuberculosis de las secciones antes mencionadas.

7. Conclusiones

La conformación de un capitalismo en plena etapa de expansión y acumulación de la cual no quedó exenta la ciudad de Córdoba, generó fuertes divisiones sociales que se reflejaron en las condiciones de salud y éstas en la mortalidad por tuberculosis, como quedó expuesto en los testimonios médicos y en las estadísticas que hemos desarrollado.

La tuberculosis se constituyó, de esta forma, en un problema sanitario de importancia para la ciudad de Córdoba ya que se conformó, a lo largo de nuestro período de estudio, en una de las prin-

cipales causas de muerte. Si bien este comportamiento estaba influido por un creciente flujo migratorio de enfermos de otros lugares de la provincia y el país, también lo es que las condiciones de vida de la población autóctona cordobesa generaron un crecimiento de la mortalidad por la enfermedad.

Estos problemas de salud se reflejaron en la mortalidad por tuberculosis según la estructura socio-ocupacional de los habitantes de Córdoba y en la estructura espacial de la mortalidad.

Observamos pues que tanto en lo que se refiere a las categorías socio-ocupacionales como a las tasas de mortalidad por sección de la ciudad, los sectores más carenciados, que sufrían serios problemas de desnutrición, que vivían en habitaciones con condiciones infrahumanas, que poseían serios problemas laborales y quienes tenían menos posibilidades de cura y de una prolongación de su vida después de enfermos, fueron quienes mas sufrieron la mortalidad por esta enfermedad.

Bibliografía

ÁLVAREZ, J. M. (1896). *La lucha por la salud. Su estado actual en la Ciudad de Córdoba*. Imprenta Biedma e hijos. Buenos Aires.

ANSALDI, Waldo (1991), *Industria y urbanización. 1880-1914*. Tesis doctoral Universidad Nacional de Córdoba. mimeo.

ARMUS, Diego (1984). «Enfermedad, ambiente urbano e higiene social. Rosario entre fines del siglo XIX y comienzos del XX». En ARMUS, D. (ed.), *Sectores Populares y Vida Urbana*. Editorial Sudamericana. Buenos Aires.

ARMUS, Diego (1996 a). «Salud y anarquismo. La tuberculosis en discurso literario argentino, 1890-1940». En LOBATO, Mirta (comp.) *Política médicos y enfermedades* Editorial Biblos. Mar del Plata.

ARMUS, Diego (1996 b). *The years of tuberculosis: Disease, Culture and Society: Buenos Aires, 1870-1950*. Tesis doctoral, Universidad de California, Berkeley mímeo. A ser publicada con el mismo título por Duke University Press.

BARRÁN, José Pedro (1993). *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Ediciones Banda Oriental. Montevideo. Vol. 1 y 2.

BIALET MASSÉ, Juan (1985). *Informe sobre el estado de la clase obrera argentina a comienzos de siglo*. vol. 2. Centro Editor de América Latina. Biblioteca Política Argentina. Buenos Aires.

BOIXADÓS, M.ª Cristina (1997). *Crecimiento urbano en un período de expansión económica, Córdoba, 1870-1895*. Tesis Doctoral, Universidad Nacional de Córdoba.

CAFFERATA, Juan (1918). «El saneamiento de la vivienda en la profilaxis de la tuberculosis». *Primera Conferencia Nacional de Profilaxis Antituberculosa. Actas y Trabajos*. Octubre de 1917. Editorial Talleres Tipográficos de la Penitenciaría de Córdoba. Córdoba.

CARBONETTI, Adrián (1997). *La tuberculosis en la ciudad de Córdoba. Historia socio-demográfica de una enfermedad. 1906-1947*. Centro de Estudios Avanzados. Universidad Nacional de Córdoba. Tesis para aspirar al grado de Magister en Demografía. Mímeo

CARBONETTI, Adrián (1999). «La tuberculosis en Córdoba. La construcción de un espacio marginal». *Revista Estudios* n.º 9 Julio 1997-Junio 1998.

CARBONETTI, Adrián *Enfermedad y Sociedad. La tuberculosis en la ciudad de Córdoba 1906-1947*. Editorial de la Municipalidad de Córdoba. Córdoba.

DESSERTINE, D., FAURE, O (1988). *Combattre la tuberculose. Lyon*. Presses Universitaire de Lyon.

DUBOS, René y DUBOS, Jean (1987). *The white plague. Tuberculosis. Man and society*. New Brunswick. Rutgers University Press.

GARZÓN MACEDA, Felix (1917). *La medicina en Córdoba*. Editorial Talleres Rodriguez Giles. Buenos Aires.

FERNANDES, Tania y ALMEIDA, Ana Beatriz, DO NASCIMENTO; Dilene; CURY, Lorelai (1992). «Ensino e pesquisa na politica de tuberculose: o papel do Instituto de tisiologia e Pneumología». En *Cadernos de história e Saúde*. Casa de Oswaldo Cruz. n.º 2. Río de Janeiro.

IPARRAGUIRRE, Hilda (1970). «Notas para el estudio de la demografía de la ciudad de Córdoba en el período 1869-1914». En *Homenaje al Dr. Ceferino Garzón Maceda*. Instituto Americanista. Univesidad Nacional de Córdoba.

JOHNSTON, W. (1995). *The modern epidemic. A history of tuberculosis in Japan*. Harvard University. Cambridge

Mc KEOWN, Thomas (1976). *El crecimiento moderno de la población*. Editorial Antoni Bosch. Barcelona.

MONNIER, Alain et NIZARD, Alfred (1994). «Les causes de dêcês», En *Manuel D'analyse de la mortalité*. Dirigido por Roland Presat. O.M.S. Institut National D' Études Démographiques. Paris. 1991.

MOLERO MESA, J. (1987). *Estudios medico-sociales sobre la tuberculosis en la España de a Restauración*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid

OTERO, Hernán «Estratificación, inserción y movilidad social de un grupo migrante. Los franceses de Tandil (Buenos Aires), 1850-1914». *Cuadernos de Historia*. Serie Población n.º 1 Universidad Nacional de

Córdoba. Centro de Investigaciones Facultad de Filosofía y Humanidades. Córdoba.

PURANEM, Bi; SHOFIELD, R.; REHER, D. y BIDEAU, A. (1991). «Tuberculosis and the decline of mortality in sweden». En *The Decline of mortality in Europe*.Clarendon Press Oxford.

RECALDE, Hector (1997). *La salud de los trabajadores en Buenos Aires (1870-1910) a través de las fuentes médicas).* Grupo Editor Universitario. Buenos Aires.

RECALDE, Hector (1994). *Vida Popular y salud en Buenos Aires (1900-1930).* Vol 1 y 2. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires.

RAIMUNDO Do NASCIMENTO, Dilene (1991). *Tuberculose: de Questâo Pública a Questâo de Estado a Liga Brasileira Contra a Tuberculose.* Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Maestrado em Saude Coletiva. Río de Janeiro. Mimeo.

SAYAGO, Gumercindo (1922). *La tuberculosis en la Provincia de Córdoba.* Imprenta Pereyra. Córdoba.

SAYAGO, Gumercindo (1921). «El valor de los factores higiénicosociales de la tuberculosis a través de las estadísticas». En *Tercera Conferencia Nacional de profilaxis antituberculosa. Actas y trabajos.* La Plata Octubre de 1921. Editorial Taller de Impresiones Oficiales. La Plata.

SMITH, Francis Barrymore (1988). *The retreat if tuberculosis 1850-1950.* London Croom Helm.

SÚNICO, Francisco (1922). *La tuberculosis en las Sierras de Córdoba.* Editorial A. de Martino. Buenos Aires.

VECAREZZA, Rodolfo (1928). «Tuberculosis y seguro social». En *Primer Congreso Panamericano de Tuberculosis. Actas y trabajos.* Córdoba Octubre de 1927. Imprenta de la Universidad de Córdoba. Córdoba.