Medir el pulso a la sociedad. Las estadísticas médicas en la Argentina moderna[1]

Dra. Claudia Daniel

En el transcurso del siglo XIX, los médicos cobraron un rol preponderante en la constitución de los campos estadísticos en distintas naciones de Europa y América. Para ello, impulsaron investigaciones, crearon instituciones especializadas y motorizaron proyectos editoriales que dieron publicidad a esas cifras. En México, los médicos higienistas participaron activamente del establecimiento de rutinas de recuento e influyeron en la realización de censos. (Cházaro, 2010; Mayer Celis, 1999) En Brasil, los demógrafos sanitaristas protagonizaron interesantes polémicas con los números oficiales y algunos de sus representantes alcanzaron posiciones gravitantes en el órgano principal de la estadística nacional. (Senra, 2009; Camargo, 2007) En la Argentina, un grupo de profesionales médicos se vio involucrado en los inicios de los estudios sociales de carácter cuantitativo durante la segunda mitad del siglo XIX.

Según la literatura existente, hacia finales de este siglo, el panorama estadístico brasilero se encontraba dominado por un grupo de hombres de ciencia que contaban con tesis de doctorado en epidemiología o salud pública. (Senra, 2007) Ellos se abocaron a buscar soluciones a los graves problemas de insalubridad de las ciudades. Epidemias de fiebre amarilla, cuestiones de hacinamiento, fueron –entre otros– los problemas que convocaron a médicos tanto argentinos como brasileños. Ante similares desafíos, ambos buscaron asentar en los conocimientos creados mediante herramientas cuantitativas las bases de una política científica para enfrentar esas cuestiones. Pero, mientras los brasileños eran los usuarios más críticos de las cifras oficiales y rivalizaban con la dirección general de estadística pública, algunos médicos argentinos se orientaban a dotar al Estado de capacidades de recolección y a tratar de organizar rutinas estables de recuento en sus agencias. En México, durante esta etapa, una figura concentraba la escena estadística desde espacios oficiales. El doctor Antonio Peñafiel fue fundador y presidente de la Dirección General de Estadística creada en 1882 bajo la Secretaría de Fomento y dirigió el primer Censo Nacional de población en 1895. Ese censo se realizó fundamentalmente como resultado de la presión ejercida por la corporación médica mexicana, a través de sus organizaciones gremiales y colegiadas, como la Academia Nacional

[1] Una versión preliminar de este trabajo fue presentada en el 12º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia, 7° Congreso Latinoamericano de Historia de la Ciencia y la Tecnología, realizado en la Universidad Federal de Bahia, Salvador, Brasil entre el 12 y el 15 de noviembre de 2010.

de Medicina. El campo estadístico de ese país empezaba a configurarse en el punto de intersección entre ámbitos científicos, el mercado –con el surgimiento de los seguros de vida– y el Estado, dados los lazos de los médicos mexicanos con la elite política gobernante. (Cházaro, 2010) Los higienistas argentinos también supieron capitalizar su cercanía a los centros de poder local, ocuparon crecientemente posiciones en el Estado durante el orden político conservador y expandieron los márgenes de su área de acción construyendo socialmente (la necesidad de) un entramado institucional que se enfocara a los problemas de salubridad de las principales ciudades.

La historiografía argentina se ha ocupado de analizar en profundidad las prácticas de intervención en la trama urbana desplegadas por los médicos entre la segunda mitad del siglo XIX y las primeras décadas del XX. La contribución de estos médicos fue estudiada desde el punto de vista de la creación de instituciones especializadas en salud pública, su participación en la definición de ciertas políticas estatales y en el establecimiento de una agenda política, al convertir a la enfermedad en un problema social. (Armus, 1984 y 2000b; Armus y Belmartino, 2001; González Leandri, 2004; Salessi, 1995; Salvatore, 2001) Desde un enfoque cultural, se observó cómo el higienismo se fue transformando paulatinamente en un código moral que permeó en la sociedad argentina. (Armus, 2000b) Desde otro punto de vista, también fue estudiado el proceso específico de profesionalización médica en Buenos Aires, teniendo en cuenta las pujas por la delimitación de fronteras jurisdiccionales y la competencia con otros saberes; proceso en el que la promoción de una nueva concepción de la salud operó legitimando la ampliación de dichos márgenes. (González Leandri, 2000)

Teniendo en cuenta estos importantes aportes, nos interesa plantear una serie de interrogantes que se muestran transversales a las dimensiones ya estudiadas (la estatal, la cultural y la profesional) pudiendo echar luz sobre nuevos aspectos de estos procesos sociales. ¿De qué manera se enlazó la práctica social y política de los médicos y las médicas en el Estado con la expansión de la racionalidad estadística en la Argentina? ¿Qué clase de vínculos ligaron a la corporación médica con la burocracia técnica especializada en la producción de las cifras oficiales? ¿Cuáles fueron las reacciones que despertaron los números públicos entre los miembros de este campo disciplinario? El objetivo de este trabajo es estudiar la gravitación que alcanzó la comunidad profesional médica en el proceso de institucionalización de la práctica estadística en la Argentina.

Se sostiene por hipótesis que si bien los médicos fueron inicialmente protagonistas del desembarco de la racionalidad estadística en el país, esa voluntad precursora no alcanzó para asegurarles una posición dominante en el proceso de institucionalización de la práctica

estadística en la Argentina. La colonización, incluso, de un espacio propio dentro del aparato estadístico nacional –con la suficiente continuidad en el tiempo– no le garantizó a este grupo profesional una posición gravitante en el campo estadístico en constitución, puesto que ese esfuerzo no fue acompañado desde lo académico –la formación de cuadros especializados en el campo disciplinar– ni desde lo corporativo –vistas las dificultades de alcanzar un consenso sólido en torno al método numérico en la comunidad médica.

*1. **Médicos en el aparato estadístico oficial***

1.1. Los precursores

Durante las últimas décadas del siglo XIX, el proceso de modernización económica y social que experimentó la Argentina se caracterizó por el afianzamiento de una economía agroexportadora, la recepción de una inmigración masiva y un crecimiento urbano acelerado. Como consecuencia de estos procesos, en las más grandes ciudades surgieron problemas de insalubridad, hacinamiento, pobreza y diversas formas de marginalidad. En este contexto, la salud de la población se estableció como uno de los principales problemas sociales que preocuparon a la elite política. Entonces, los médicos, como poseedores de un saber especializado y oficialmente acreditado, empezaron a ocupar posiciones en el Estado.[2] Desde este lugar, propulsaron intervenciones públicas sobre la trama urbana (como las obras de salubridad), organizaron un dispositivo institucional para hacer efectivo el gobierno sanitario de la sociedad (con la creación del Departamento Nacional de Higiene, primero, y de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública de Buenos Aires, después), e impulsaron una agenda higienista con el propósito de preservar y fortalecer la salud de la población.

Desde su posición en el entramado burocrático estatal, algunos médicos higienistas introdujeron los estudios estadísticos en el país como instrumento de una política científica que tenía por objeto el bienestar de la sociedad. El doctor Emilio R. Coni (1854-1928) desde la Dirección General de Estadística de la provincia de Buenos Aires (que dirigió entre 1883-1886) bregó por la organización de rutinas sistemáticas de recopilación de información sobre la población como base del estudio de los principales problemas que la afectaban. La importancia reconocida a las herramientas estadísticas ante estas cuestiones no fue tanto un legado de su formación universitaria, como un descubrimiento temprano. Coni se inició como

[2] Según Armus y Belmartino (2001), en el último tercio del siglo XIX, y hasta 1916, se generó y afirmó en el Estado argentino una burocracia médico administrativa. Si bien no se trató de un grupo socialmente homogéneo, los higienistas trabajaban, entonces, en el Departamento Nacional de Higiene, en dependencias de gobiernos locales y en las asistencias públicas municipales.

delegado de esa Oficina de Estadística (1874-1880) a los veinte años, aún sin estar recibido de médico. En 1881, fue secretario de la Comisión del Censo General de la provincia de Buenos Aires (única posición rentada de una comisión presidida por el Dr. Diego G. De la Fuente, quien había dirigido el primer Censo Nacional en 1869). En 1884, fue director del Censo de La Plata y de distintos partidos bonaerenses.

Algunos médicos se abrieron camino en la burocracia pública y en la orientación de las políticas sociales portando ese "saber hacer" estadístico. El manejo de información cuantitativa y su versación en técnicas modernas tan valoradas en el exterior, sobretodo en Europa, sumado al prestigio que ya había alcanzado su profesión en el país, les sirvieron para afirmarse públicamente como los proveedores legítimos de soluciones específicas ante los problemas de salud de la población. Así, en la Argentina finisecular, los médicos lograron cierto dominio de las instituciones reformistas y de las políticas de regulación de los sectores populares.

Sin embargo, en las últimas décadas del siglo XIX, el quehacer estadístico se ubicaba todavía en un terreno difuso. La divisoria entre investigaciones privadas y gubernamentales permanecía borrosa. Esto significaba la existencia de publicaciones oficiales de datos sostenidas con recursos particulares; o viceversa, capitales del Estado invertidos en trabajos presentados en congresos o asociaciones científicas a título personal. En un período de formación y consolidación del aparato estatal, pero también del colectivo profesional médico, los tránsitos pendulares entre el ejercicio privado de la profesión, el campo académico y el Estado eran asiduos. Las investigaciones estadísticas, que mucho le debían aún a esfuerzos individuales antes que a rutinas burocráticas sistematizadas de recuento, discurrían en ese espacio disipado entre la tarea oficial en las oficinas públicas, la formación profesional y la carrera académica, o la consecución de simples iniciativas personales.[3] Como director de la Oficina Estadística de la provincia de Buenos Aires, Coni presentó trabajos estadísticos en el Congreso Internacional de Higiene reunido en La Haya en 1884. Asimismo, cuando la estrechez del presupuesto público afectó la divulgación de las cifras oficiales no dudó en sostener financieramente la publicación de los primeros boletines de estadística con sus recursos personales.

[3] Por ejemplo, el Dr. Coni, en funciones como delegado de la Oficina de Estadística de la provincia de Buenos Aires, publicó en 1878 varios trabajos sobre la viruela en Buenos Aires, uno con las cifras de muertes debidas a afecciones puerperales y otro muy importante sobre "La mortalidad de Buenos Aires entre 1869 y 1877". Sus trabajos sobre "El movimiento de la población de Buenos Aires desde su fundación hasta la fecha" y "La mortalidad infantil en Buenos Aires" datan de 1879. Entonces, el gobierno de la provincia impulsaba la realización de publicaciones de pequeño formato en francés, alemán e italiano, orientadas a promover la inmigración y a estimular la importación de capitales.

El solapamiento entre lo público y lo privado que mostró la actividad estadística no constituyó una particularidad del caso argentino. En su análisis sobre la investigación médica en Inglaterra, en el marco del llamado "movimiento estadístico" de los años 1830/1840, Lacey y Furner señalan también la ausencia de una división clara entre investigaciones gubernamentales y extra-gubernamentales, entre "profesionales" empleados por el Estado y "amateurs" investigando por su propia cuenta. (Lacey & Furner, 1993: 105) Estos autores observaron que tanto el gobierno como las sociedades letradas inglesas recurrían a esos estudios estadísticos, independientemente de si se trataba de investigaciones oficiales o no. En Inglaterra, la comunidad de expertos estadísticos se fue conformando tanto dentro como fuera de la burocracia estatal. Estos expertos constituyeron un "servicio civil no oficial", disponible para (y cooptado por) el Estado cuando ese *expertise* se hacía necesario. Pero, si los lazos de los estadísticos ingleses con la maquinaria gubernamental fueron más que nada informales y *ad-hoc*, los especialistas argentinos asumieron una mayor dependencia respecto del Estado; ocupar posiciones en la burocracia pública les resultó fundamental para desplegar su actividad y les brindó el respaldo necesario para adquirir visibilidad pública.[4]

Lo cierto es que, a fines del siglo XIX, más allá del campo médico, las enfermedades habían logrado concitar la atención y el interés de políticos, filántropos, urbanistas e intelectuales. (Armus, 2000) El carácter público del problema se encontraba ligado al nivel colectivo en el que eran ubicadas conceptualmente las enfermedades, en especial, las infectocontagiosas. A través del discurso médico, la enfermedad era configurada como una entidad independiente del enfermo particular, que tomaba como blanco al cuerpo social. La sociedad se concebía como un organismo amenazado por los diversos peligros que a su salud imponía la propia trama física y social de la urbe. La salud colectiva era percibida como un estado acechado permanentemente por el contagio. De allí la importancia de una vigilancia estadística constante. Las estadísticas periódicas emergían como el instrumento capaz de tomarle el pulso a la sociedad, de medir la vitalidad del cuerpo social. El crecimiento demográfico era considerado uno de sus principales índices vitales.

[4] A la luz de las trayectorias sociales de los miembros de la generación posterior de expertos estadísticos se observa que esa opacidad entre el carácter público de la actividad que desempeñaban y su capitalización privada permaneció durante la etapa de entreguerras. (Daniel, 2010) Asimismo, es importante señalar que la superposición entre los ámbitos público y privado no fue exclusiva de la actividad estadística. Esta tensión está estrechamente ligada al proceso mismo de construcción del Estado argentino. Por tanto, atravesó también otras esferas de la administración pública en las que las reparticiones oficiales tuvieron que enfrentar las resistencias de instituciones de la sociedad civil, que se venían ocupando de las materias sobre las que paulatinamente se fue expandiendo la "estatalidad". En el mismo campo de la salud, un ejemplo de ello radica en la experiencia estatal de asistencia social a la maternidad y la infancia y su relación problemática con las instituciones privadas, autárquicas o paraestatales preexistentes. Para profundizar, ver: Biernat y Ramacciotti, 2008.

Refiriéndose a su trayectoria profesional, el Dr. Coni se reconoció públicamente como un médico de ciudades y de pueblos, antes que de enfermos. El carácter social de la enfermedad hacía necesaria una herramienta de agregación para su análisis; un instrumento técnico que "distanciara" al médico del caso clínico individual y le posibilitara "mirar socialmente" al enfermo. Los censos de población también se propusieron como una fotografía (o radiografía) del estado de salud del cuerpo social, señalando, a veces, las ventajas de las condiciones higiénicas y lo saludable del clima del país u, otras, advirtiendo a los poderes públicos acerca de las deficiencias de su estado sanitario.[5] El censo provincial de Córdoba (realizado en 1890 bajo la dirección de Alberto Martínez) fue el primero en introducir la pregunta relativa al estado de salud de la población. El segundo Censo Nacional de 1895 –en el que Coni colaboró– también cuantificó a los enfermos. Resulta llamativo que entre las pocas preguntas que, según la comisión censal, la experiencia y el saber técnicos de la época aconsejaban realizar en este tipo de relevamientos masivos, la cuestión de la salud de la población asumiera suficiente relevancia para figurar entre ellas. Los enfermos eran registrados en el apartado denominado "condiciones especiales" de la ficha censal (junto a sordomudos, ciegos, idiotas, alienados, inválidos y con bocio o coto). Allí fue catalogada una población que, desde el punto de vista de los estadísticos, constituía una "desventaja" para el país. La comisión censal definió a los enfermos como personas afectadas de alguna dolencia física o psíquica que los inhabilitaba para el trabajo, al menos temporalmente. Su reconocimiento por parte del censista quedaba supeditado a que éste lo encontrara en cama al momento de la visita. La importancia de esta población numéricamente irrisoria era que contribuía a engrosar ese contingente o grupo social demarcado por la estadística pública que recortaba a los ciudadanos considerados pasibles de asistencia. Sobre ellos, los censistas depositaban la responsabilidad social del Estado; le reconocían la obligación de tomarlos a su cargo por constituir los elementos pasivos de la sociedad.

Los cuadros estadísticos del informe censal de 1897 muestran que, tanto en éste como en otros aspectos relativos a la salubridad de la población, el interés de los censistas se dirigió hacia la observación de la distribución de enfermos según su carácter nacional o extranjero, antes que por su edad o su condición de género. A partir de ello, desde el "paradigma censal" (Otero, 2006) se construía una representación del inmigrante como el adulto sano, fuerte y vigoroso, por contraposición al argentino, débil y enfermo. Esta imagen se correspondía con

[5] Desde el Segundo Congreso Médico Latinoamericano (1904) –presidido por el Dr. Coni y en el que participó el titular de la oficina demográfica argentina, Gabriel Carrasco–, surgió una recomendación dirigida a estudiar un plan uniforme de censos para los países americanos, para que éstos fueran levantados simultáneamente.

la objetivación estadística producida entonces por la oficina de la ciudad capital: el inmigrante vital y enérgico, se postulaba como un elemento de prosperidad nacional. Ambas representaciones cifradas contribuían a la legitimación del proyecto migratorio del Estado argentino; y lo hicieron hasta el cambio de siglo, cuando las voces desencantadas con el programa "inmigracionista" argentino encontraron su reflejo en las páginas de la estadística municipal.

A partir de la década de 1890, las estadísticas corrientes producidas por la Dirección General de Estadística Municipal de la ciudad de Buenos Aires (DGEM) contribuyeron a jerarquizar ciertos temas dentro del complejo salud-enfermedad. Los índices de las sucesivas publicaciones de su *Boletín Mensual* (BMEM) bastan para observar cómo sus cifras actuaron destacando, en cada momento, los distintos factores que se consideraba de mayor importancia en cuanto afectaban la salud del cuerpo social. Estos factores iban desde afecciones físicas (sobretodo, las enfermedades infecciosas como sarampión, viruela, escarlatina, difteria o fiebre tifoidea, entre otras) a las consideradas "enfermedades sociales" como la prostitución, el alcoholismo, el juego o las "habitaciones insalubres". Desde ese lugar, las estadísticas se instalaron como propulsoras de los múltiples dominios de la agenda higienista.

Esta oficina municipal de recuentos fue una de las tantas instituciones que Coni contribuyó a poner en marcha en 1887. A cargo de Alberto Martínez (1868-1925) desde 1890 –momento en que Coni se encargó de la Dirección General de Asistencia Pública– sus boletines estadísticos conformaron ese corpus de conocimientos que decantaría en la definición de una política social considerada científica, "suministrando una base sólida a la profilaxia administrativa".[6] (BMEM, 1887: 33) Al mismo tiempo que las estadísticas le otorgaban entidad pública a ciertas enfermedades, fundamentaban y autorizaban –desde su estatuto científico– la intervención estatal sobre algunos aspectos de la práctica social. La herramienta cuantitativa actuaba reforzando la legitimidad de la agenda de intervención (y reforma) de la población y el mundo urbano que el higienismo procuraba.

Asimismo, las estadísticas se instituyeron como vara de medición de los progresos realizados en materia higiénica. Los índices de morbilidad fueron utilizados como

[6] Alberto Martínez fue director de la Oficina de Estadística Municipal de la Ciudad de Buenos Aires hasta 1923. Inició su carrera estadística como vocal de la comisión del censo municipal de Buenos Aires en 1887. Unos años más tarde, se sumó a la comisión designada en 1890 por el intendente municipal para investigar el problema de la elevada mortalidad infantil en la ciudad de Buenos Aires; el Dr. Emilio Coni era entonces presidente de esta comisión. Martínez participó en operativos censales de carácter provincial (Córdoba, 1890 y Mendoza, 1909) y fue parte de la comisión a cargo del segundo Censo Nacional de población (1895). Como titular de la oficina de estadística, dirigió los censos generales de la ciudad capital en 1904 y 1909. En 1914, Martínez llegaría a ser presidente de la comisión del tercer Censo Nacional de población.

indicadores de los efectos positivos de las obras de salubridad en la población porteña.[7] En relación a su influencia en la caída de ciertas enfermedades y en la disminución de la mortalidad, el abogado Gabriel Carrasco (1854-1908), director de la Oficina Demográfica Nacional (1899-1906), llevaba adelante el cálculo del número de vidas salvadas, "ahorradas" según sus palabras, como consecuencia de dichas políticas.[8]

Con los años, estas oficinas contaron con series estadísticas que mostraban la evolución de la incidencia de las enfermedades en la población y compartieron tecnologías. La DGEM perfeccionó la forma de clasificación de las causas de muerte y desarrolló planos de distribución topográfica de las defunciones ocasionadas por distintas enfermedades, ambas adoptadas por la oficina demográfica nacional. La estadística pública nacional incorporaba así una clasificación internacional de las enfermedades que había sido propuesta por el médico francés Jacques Bertillon en 1893 ante el congreso del Instituto Internacional de Estadística realizado en Chicago. (Desrosières, 1996) De esta manera, los titulares de las agencias locales buscaban ajustar su práctica de recuento a una convención de codificación estadística que detentaba la autoridad de haber sido discutida y respaldada por la principal institución de la estadística mundial y refrendada más tarde en congresos médicos. La clasificación Bertillón, establecida con miras a armonizar los datos estadísticos más allá de las fronteras nacionales, se constituyó en el país como el patrón de definición de las categorías sobre las que basar la acción pública en materia preventiva y sanitaria. Para ello, la codificación del acta de defunción debía convertirse en un procedimiento estandarizado y burocrático, es decir, atento a un formulario prefijado, cumplimentado por los médicos argentinos en actividad. Esta última no era una cuestión sencilla, pues implicaba que el médico ajustara su criterio profesional a esa codificación y que se viera constreñido a reducir la diversidad de los casos que encontraba a clases que habían sido construidas del otro lado del Atlántico. A su vez, imponía el desafío de volver esta clasificación realmente operativa en la amplia extensión del territorio argentino.

[7] Obras como la construcción de redes de agua potable facilitaron el control de los ciclos epidémicos que tanto habían afectado a la ciudad de Buenos Aires desde mediados del siglo XIX. Centrado en la salubridad y el equipamiento sanitario, el interés higiénico se depositó luego en la problemática de la pobreza y en la conformación de una red de instituciones de asistencia. (Armus, 2000b)

[8] La Oficina Demográfica de Carrasco fue creada en 1899 como una forma de darle continuidad a la obra estadística del segundo Censo Nacional de población (1895). Llegó a publicar 14 Boletines Demográficos en sus siete años de existencia (si bien empezó siendo una publicación trimestral, sus últimos números fueron anuales). Este abogado nacido en Rosario fue director del primer censo general de Santa Fe (1887) y participó en la comisión del segundo Censo Nacional de población. Levantó censos electorales a pedido del Ministro del Interior Joaquín V. González.

Por otro lado, el movimiento higienista y los congresos médicos de principios de siglo XX impulsaron en el país la necesidad de contar con la expresión geoestadística de los fenómenos que eran de su principal interés. Para 1912, las estadísticas eran consideradas un instrumento fundamental para "confeccionar un mapa sanitario de[l] territorio, que indicara los focos y pequeños focos de epidemias comunes (…) para atacarlos inmediatamente, circunscribirlos y limitar su acción." (ADNH, 1912: 1076) Contar (enfermos) se había conformado en parte de una vigilancia continua (mediciones, registros, inspecciones de higiene) que, junto a su otra "pata" –el mecanismo de exclusión/segregación que constituía el encierro– configuraron un dispositivo de ordenamiento racional de la ciudad, de purificación o preservación de los sanos, erigido sobre el registro del peligro, la amenaza permanente del otro (el enfermo). El proyecto higienista, que articulaba objetivos preventivos y de control social, se asoció así con un lenguaje cuantitativo de comprensión de la vida social, que posibilitaba tanto el primero como el segundo propósito.

1.2. Una mujer al frente de la estadística médica y demográfica

Si bien Coni dio un importante impulso a la actividad estadística, dejando todo un legado a nivel institucional y editorial, iniciado el siglo XX no encontramos ningún médico entre los directivos de las distintas agencias del aparato estadístico nacional. Tampoco los habría dentro del grupo que creó en 1937 la Sociedad Argentina de Estadística desde un ámbito extra-gubernamental como el Museo Social Argentino. Sin embargo, durante este lapso, cierto grupo de médicos seguiría vinculado a la producción estadística local en lo que podemos considerar como un espacio refugio dentro del entramado burocrático estatal: la Sección Demografía y Geografía Médica (SDyGM) creada en 1911 en el marco del Departamento Nacional de Higiene (DNH).

Organizada por su director, el Dr. José Penna (1855-1919) –compañero de Coni en la primera comisión directiva de la Sociedad Médica Argentina (1891)–, esta agencia fue inicialmente creada como una oficina de epidemiología e informes sanitarios, que buscaba reunir datos sobre el estado sanitario argentino. Con su implantación, el DNH buscaba "ofrecer al país una estadística completa de las enfermedades infecto-contagiosas que lo afligen con cifras exactas, conocimiento indispensable para emprender una tarea de profilaxis útil, atacando el mal en las regiones más infectadas y necesitadas." (Anales DNH, 1911: 143) Esta repartición quedó a cargo de la Dra. Adela Zauchinger –única mujer del grupo local de expertos estadígrafos– y se abocó a la compilación de datos demográficos. Parte de su labor consistía en reunir y concentrar los datos sobre natalidad, mortalidad y nupcialidad enviados

desde los registros civiles del interior y de los territorios nacionales. Durante un tiempo, la SDyGM fue organizada sobre la base de un cuerpo de corresponsales en las provincias y territorios que, por problemas presupuestarios, no tuvieron continuidad, minando las posibilidades de trazar una composición estadística del total del país.[9]

La producción de este retrato numérico del territorio nacional se vio obstaculizada por las resistencias a la centralización que no sólo la SDyGM encontraba en los ámbitos de administración local sino que padecía el propio DNH frente a sus políticas. En este sentido, el organismo subrayaba en sus memorias que la realización del programa de la institución requería "del conocimiento previo de nuestra geografía médica y de (…) las circunstancias propias a cada localidad, susceptibles de influir desfavorablemente en su grado de salubridad". (Anales DNH, 1911: 5) Era para llegar a aprehender esta particularidad de lo local que la institución solicitaba encarecidamente la cooperación de las autoridades y del público. Este interés por lo local escudriñaba objetivos centralizadores, en la medida en que las autoridades públicas pretendían llevar adelante una gestión nacional de los problemas de salud y avanzar así con el proceso de medicalización de la población. La estadística era la herramienta capaz de hacer efectiva una dimensión no poco importante de esa tarea de centralización: la unificación cognitiva del territorio. Las estadísticas de la SDyGM emergían, entonces, como un instrumento clave en la configuración de un espacio nacional, participando de un esfuerzo de centralización política y administrativa.[10]

Durante el período de los gobiernos radicales (1916-1930), el plantel de la SDyGM se mantuvo entre 5 y 7 empleados, bajo el mando de una misma directora. Los trabajos realizados por Zauchinger fueron reconocidos por voces representativas de la comunidad médica y por publicaciones especializadas de la disciplina.[11] Sin embargo, durante sus casi tres décadas de funcionamiento, la SDyGM no logró tener más que un rol marginal dentro del aparato estadístico nacional. Los titulares de otras reparticiones especializadas fueron muy críticos respecto del grado de evolución alcanzado por la estadística demográfica argentina.[12] Algunos de los especialistas que se desempeñaron contemporáneamente en otras

[9] A partir de que en 1917 se interrumpió el gasto para los corresponsales de las gobernaciones, sus datos se refirieron sólo a la Capital Federal y 14 provincias (período 1918 - 1929). Para profundizar en los obstáculos asociados a la recolección de información en los territorios nacionales, ver: Di Liscia, 2009.

[10] Para otro ejemplo del rol de las estadísticas en la construcción del espacio nacional y su relación con la planificación, ver: Pantaleón, 2009.

[11] Emilio R. Coni dejó trascender en una importante revista del campo disciplinar su opinión favorable sobre la oficina demográfica organizada por el Dr. Penna, considerando que había alcanzado un "buen funcionamiento". (Revista La Semana Médica, 1919: 554) En 1918, esa revista había celebrado el trabajo de su directora, la Dra. Zaunchinger, "que ha hecho una especialidad de estas tareas, adquiriendo autoridad propia por su competencia y exactitud en los cómputos estadísticos." (Revista La Semana Médica, 1918: 552)

[12] Ver el Informe Nº20 de la Dirección General de Estadística Nacional, serie D, Nº1, del 31 de julio de 1926.

reparticiones estatales calificaron la tarea de Zauchinger como rudimentaria o pobre, e incluso emprendieron gestiones administrativas para quitar de su jurisdicción las cifras demográficas.[13]

Consideramos que distintos factores pudieron contribuir a la posición marginal de la SDyGM: a) La limitada organización de oficinas de estadística y de registros civiles en el interior del país que mermaba las capacidades de recolección de datos de la repartición central. b) La persistencia de recelos a la entrega de información en ciertas dependencias burocráticas, tanto provinciales como locales, que se conjugaban con las escasas facultades de coordinación de la oficina de Zauchinger. c) Lo exiguo de sus recursos financieros y la negativa del Congreso a incrementarlos que le significaron años sin poder editar sus publicaciones institucionales (*Anuario Demográfico*). d) Por último, no podemos soslayar que en el marco de una cultura predominantemente masculina –donde los espacios de ejercicio del poder en los distintos campos le eran reservados a los hombres y las posiciones de peso en la administración del aparato del Estado también–, la dirección de esta oficina haya recaído en manos de una mujer. En este sentido, puede interpretarse que la dirección de una mujer tornaba doblemente débil a este espacio burocrático, al agudizar su problema de autoridad frente a otras reparticiones públicas. Las reticencias de sus responsables a acatar los pedidos de información (experimentados como avances sobre la autonomía local) posiblemente se acentuaran ante la situación de verse subordinados a los designios de una mujer. A esto se le debe sumar que, probablemente, en su condición de género recaía, en parte, el fundamento de la marginación a la que se encontraba sujeta entre sus pares de la administración pública. Cabe, sin embargo, contemplar también que fuera exigua la importancia de las tareas de recopilación estadística para quienes ocupaban altos puestos en la función pública. En este sentido, la escasa gravitación política de este ámbito lo habría vuelto pasible de una dirección femenina. Algunos de los atributos y las aptitudes socialmente asignadas a la mujer en el imaginario de la época podrían haber fortalecido, a su vez, el lazo construido entre las tareas estadísticas y la condición femenina. A los ojos de los hombres, el orden, la prolijidad y la paciencia que exigían las tareas de coordinación y recopilación de datos podían volver más aptas a las mujeres para este rol, como se deduce de la creciente designación de mujeres para las labores relacionadas con la compilación de los censos.

[13] Raúl Prebisch, desde su cargo de subdirectior de la Dirección General de Estadística Nacional, impulsó una iniciativa para trasladar definitivamente las estadísticas demográficas a la repartición en la que él se desempeñaba. Se dirigió al DNH buscando la aprobación de su propuesta de parte del director, el Dr. Gregorio Araoz Alfaro, pero no logró tener éxito.

Un indicador adicional del carácter marginal de esta repartición se expresó en la duplicación de estructuras burocráticas al interior mismo del DNH, en la medida que esa superposición suponía negarle reconocimiento a lo realizado hasta el momento por la SDyGM. Tras la creación en 1936 de la Dirección de Maternidad e Infancia (ley 12.341), se reglamentó el funcionamiento de una oficina recolectara de datos que, por lo menos en los fines proclamados en la normativa, replicaba parte de las atribuciones de la SDyGM. El decreto de 1937, firmado por los responsables de esa dirección, Aníbal Olarán Chans y Luis Siri, le otorgaba a una de sus divisiones –la de Higiene Social de la Infancia–, la responsabilidad de hacer investigaciones demográficas, estadísticas sanitarias y estudios de todos los problemas de orden médico, higiénico y social relativos al niño. (Biernat y Ramacciotti, 2008) Siri consideraba que en la Argentina se le venía dando escaso valor a las estadísticas demográficas como elementos de juicio y que ésta constituía una de las principales fallas de los planes de organización de la atención médico-sanitaria y de asistencia social hasta el momento aplicados. En su opinión, la planificación debía fundamentarse en la realidad del país, muy diferente según región, antes que priorizar los aspectos formales, como la división de tareas y jurisdicciones entre las diversas instituciones y niveles de gobierno que se ocupaban de la atención sanitaria. Con el objetivo de conocer en profundidad la situación y los problemas de salud inherentes a las distintas zonas del territorio, Siri creó en 1939 el Gabinete de Geografía Social. Procuraba estudiar las características y la distribución de la población en cada región a través de una Encuesta Geográfico Social. (Biernat y Ramacciotti, 2008) Pero, al igual que la repartición de Zauchinger, se chocaría con la reticencia de las provincias a entregar información.

La superposición de jurisdicciones señalada resulta relevante en la medida en que la oficina estadística liderada por Zauchinger se caracterizó por una producción orientada a la población infantil. El cálculo de los índices de mortalidad infantil y la contabilidad de los nacimientos ilegítimos, que desde el censo nacional de 1869 instauraba una distinción al interior de la categoría social de los niños según el lazo entablado por sus progenitores, formaron parte de sus intereses cognoscitivos prioritarios. La atención volcada a este grupo social se expresaba en sus publicaciones, por ejemplo, al distinguir estadísticamente las defunciones de los adultos de las de los niños. Estas últimas eran clasificadas por edad, nacionalidad y sexo. También diferenciaban si estas muertes eran provocadas por enfermedades gastro-intestinales o infecto-contagiosas. Aunque no existía todavía un consenso sólido respecto de qué considerar como infante en términos estadísticos, materia aun sujeta a controversia, Zauchinger sostenía en sus estudios un criterio amplio que llegaba

hasta la pubertad. Identificaba en este grupo social a las personas de 0 a 15 años; acorde, en términos generales, con el concepto legalista mantenido por la cúpula del DNH que reconocía el límite de la infancia en lo determinado por la ley civil argentina (12 años para la mujer, 14 para el varón).[14] La recopilación de estas cifras le permitió a Zauchinger hacer un análisis de las causas de defunción de los niños y llegar a la conclusión de que "la mayor parte de las enfermedades pertenecen a la categoría de las evitables, susceptibles de ser influenciadas por la higiene y una profilaxis eficazmente dirigida." (AD, 1930: 21) En esto se alineaba con la corporación médica que, en el marco de los difundidos temores por la denatalidad y la necesidad de reforzar los factores endógenos de crecimiento demográfico, propios de la época de entreguerras, venía promoviendo iniciativas para combatir la mortalidad infantil y para proteger a las madres y a sus hijos.

Por otra parte, desde principios de siglo, la oficina demográfica de Carrasco se había ocupado de contar los nacimientos ilegítimos, definiendo tasas de ilegitimidad (proporción de nacimientos ilegítimos por cada 1.000 nacimientos totales) y clasificándolos según la nacionalidad de los padres.[15] Si bien tuvo dificultades para alcanzar una cobertura nacional, Carrasco estableció una jerarquía entre las provincias registradas a partir de un ránking que las ordenaba según cifras crecientes de ilegitimidad. (BDA, diciembre de 1902: 87) Los hijos ilegítimos eran niños concebidos por parejas que contrariaban el ideal normativo de familia, basado en el matrimonio indisoluble. Los *Anuarios Demográficos* de la Dra. Zauchinger continuaron la línea de Carrasco y de este modo consolidaron estadísticamente los supuestos fuertes que mantenían nupcialidad y natalidad asociadas, la primera como condición de la segunda. Para 1930, esta oficina seguía clasificando los nacimientos según su legitimidad, mientras que la oficina municipal desautorizaba la validez de este criterio, al borrar esa distinción de su grilla estadística, en un momento en que se reconsideraba la cuestión de los hijos ilegítimos en los ámbitos legislativos, los foros profesionales y la jurisprudencia. (Cosse, 2007)

Por otro lado, ciertas enfermedades fueron objeto de trabajos especiales de la SDyGM, tratados en extensos cuadros, gráficos y mapas, como la tuberculosis (en 1921) o la

[14] Su clasificación estadística priorizaba la etapa de la primera infancia ya que segmentaba en un número mayor de categorías (7) a los menores de 2 años, integrando al resto de la población infantil en sólo tres categorías que involucraban intervalos temporales más largos. El sistema de clasificación utilizado por la doctora Zauchinger era el siguiente: 0 a 7 días, 7 a 30 días, 1 a 2 meses, 2 a 3 meses, 3 a 6 meses, 6 a 12 meses, 1 a 2 años, 2 a 6 años, 6 a 10 años, 10 a 15 años. (Anuario Demográfico, 1911)

[15] Retomaba así una distinción dentro del universo social de la infancia establecida por el Código Civil argentino en 1869. Según Cosse, la condición de hijos ilegítimos los hacía sujetos de una minusvalía jurídica, puesto que acarreaba una diferenciación de derechos. Para profundizar, ver: Cosse, 2007.

gripe, en ocasión de la epidemia de 1918/1919. Frente a la debilidad de esta agencia estadística, la denuncia obligatoria de ciertas enfermedades facilitó la creación de algunos de sus registros. Ciertos avances en materias de indagación estadística se hicieron posibles en la medida en que el Congreso sancionaba legislación que constreñía a los médicos a denunciar públicamente los casos. La creación de esta normativa respondía tanto a la propagación de la medicina social como a la problematización pública de las cuestiones demográficas, asociada a la caída del flujo migratorio y a la preocupación difundida por la cantidad y la calidad de la población argentina. Para una agencia con escasa capacidad de recolección, esta normativa resolvía (desde afuera) muchos de sus impedimentos o limitaciones.

La estadística sanitaria oficial se encargó también de la publicación de algunas estadísticas basadas en registros administrativos de hospitales, que circularon en periódicos y revistas especializadas de medicina.[16] Se trataba de la objetivación numérica de todo un dispositivo de atención y asistencia, controlado por médicos, que se estaba poniendo en funcionamiento. En paralelo, las cifras del *Boletín Mensual de Estadística Municipal* condensaban la labor de la cada vez más densa red institucional de asistencia social de la Capital Federal.[17] Incluso, agencias particulares de este entramado impulsaban sus propias publicaciones especializadas, como el *Boletín Gráfico Estadístico de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública* (1925), capitalizando de esta manera la popularidad alcanzada por la técnica gráfica en un contexto de difusión de la "imaginación técnica" en la sociedad porteña.[18]

A partir de la década de 1920, las denominadas enfermedades "modernas" (como las cardiovasculares y el cáncer) comenzaron a pasar a un primer plano en la escena pública gracias a la visualidad que le brindaban las estadísticas. Enfermedades como las gastrointestinales, la sífilis, el paludismo y la tuberculosis se convirtieron en eje de las nuevas estrategias de la medicina social que empezaban a desplazar a la "antigua" higiene defensiva. (Armus y Belmartino, 2001; Armus, 2000a) Sin embargo, los acentos e insistencias del discurso de la profilaxis no se anclaban necesariamente en lo objetivado por las estadísticas, sino más bien se desentendían de ellas. (Armus y Belmartino, 2001) Por esos años, los

[16] Por ejemplo, la revista *La Semana Médica* se constituyó en un espacio de difusión de los anuarios estadísticos del DNH.

[17] En el apartado de salud pública de este boletín quedaban registrados: cantidad de enfermos asistidos, entradas y salidas de instituciones sanitarias (hospitales, manicomios, etc.) y asistenciales (asilos, casa de expósitos, patronato de la infancia), número de desinfecciones y de profilaxis preventiva.

[18] En esta etapa, sectores populares y clases medias urbanas se empezaron a empapar de esquemas y nociones científicas divulgadas por manuales y diarios de gran circulación en Buenos Aires. Para profundizar en la cuestión de la difusión de la "imaginación técnica" ver: Sarlo, 2004. Una primera aproximación al desarrollo de la gráfica estadística en la Argentina en: Daniel, 2010.

insumos de información de la SDyGM ya eran muy cuestionados. Esta agencia estatal no lograba una cobertura total del país, no podía garantizar uniformidad en la clasificación nosológica, ni asegurar que la certificación de las defunciones, en muchas localidades del interior, fuera hecha por un médico.[19] La escasez y la falta de sistematicidad de las estadísticas se pondrían más tarde en el foco de las demandas por un fundamento "racional" de la política sanitaria argentina, ya en la antesala de los gobiernos peronistas.[20]

2. La atención volcada a la formación de cuadros técnicos en el campo disciplinar

Cuando Coni se graduó, y mientras se desempeñó en la oficina técnica estatal, la formación del médico profesional en la Argentina no se caracterizaba por prestar atención a las competencias estadísticas. El plan de estudio de la carrera de medicina definido en 1874 por la Universidad de Buenos Aires (UBA) signó el modelo "tradicional" de estudio de la disciplina que permaneció durante muchos años y en distintas facultades del país, ya que dicho plan marcaba la orientación de las demás universidades que fueron incorporando la carrera.[21] Recién tras la reforma discutida entre septiembre y octubre de 1899, la currícula de la UBA introdujo la epidemiología como asignatura, pero no por mucho tiempo. Las sucesivas reformas del plan de estudio, realizadas durante la primera mitad del siglo XX (1919, 1937, 1948), la dejarían fuera del perfil curricular.[22] Sin embargo, ese período (1900-1919) en el que se dictó cierto contenido estadístico en la carrera habría alcanzado para darle las herramientas cuantitativas básicas a quien continuó, décadas después, el legado de Coni en un espacio oficial.

---

[19] Este no era en punto menor en provincias donde, por carecer de médicos, la mortalidad sin causa justificada por falta de diagnóstico llegaba a más del 75% o se ubicaba entre el 45% y el 75%. (MSD, DNH: 1920)

[20] Para profundizar en estas discusiones, principalmente en los cuestionamientos del pediatra Florencio Escardó a la política hospitalaria desarrollada por Ramón Carrillo desde la Secretaría de Salud Pública, ver: Ramacciotti, 2005.

[21] El modelo "tradicional" de estudio de la medicina estuvo caracterizado por el enciclopedismo, la influencia de la medicina francesa y la falta de integración de contenidos o su desvinculación con el sistema asistencial. Este modelo se mantuvo en los cinco planes subsiguientes (1879, 1880, 1887, 1894, 1899). Para profundizar ver: Arce, 1984.

[22] Recién en la década del '60 se inaugurarían los cambios más importantes en cuanto a la estructura de los planes de estudio de la carrera de medicina, como parte de un movimiento de renovación de la educación médica que atravesó toda América Latina. En el marco de ese cambio de paradigma, en el que la Facultad de Medicina de la UBA adoptó un carácter más profesionalista, tomando como nuevo modelo a Estados Unidos, reapareció la materia Bioestadística y Epidemiología en el plan de 1968, pero en un lugar más devaluado: como una materia de la etapa inicial de ingreso a la carrera, que no exigía contar con ninguna materia. En 1972, la materia bioestadística seguía formando parte del ciclo básico y pasaba a ser, junto a asignaturas como medicina sanitaria, metodología epidemiológica y enfermería médica, objeto de cursos cortos (con una carga horaria reducida de 36 horas). Se trataba de una materia de promoción, que no era computada para el promedio del alumno.

Adela Zauchinger nació en Francia el 6 de diciembre de 1883. Con 19 años, se inscribió en la Facultad de Medicina de Buenos Aires (1903), pidiendo ser eximida de derechos universitarios por no contar con recursos para su pago. Su ingreso a la carrera de medicina no sólo expresa su desafío a modelos sociales fuertemente arraigados en la sociedad porteña de entonces, sino también supone de su parte el aprovechamiento estratégico de las conexiones y de los circuitos sociales disponibles para que una mujer accediera a una formación universitaria.[23] Recibida en 1910, Zauchinger formó parte del grupo de once mujeres que se graduó en esa casa de estudio en la primera década del siglo XX. Ellas representaban el 1% del total de diplomados. (Kohn Loncarica y Sanchez, 2000) Durante su paso por la facultad, el plan de estudios (reformado en 1907) contemplaba el dictado de una materia denominada clínica epidemiológica. En julio de 1900, el Dr. José Penna había sido nombrado como su catedrático titular. (Cantón, 1921) Se trataba de una asignatura del último año de una carrera que se estipulaba duraba siete (que luego pasó al sexto año).

Zauchinger formó parte de la primera generación de mujeres médicas que participó formalmente en el ámbito científico-institucional argentino.[24] Su ingreso a la función pública se concretó a través de uno de los mecanismos de reclutamiento del personal técnico del Estado más usuales de la época. Los contactos personales, y especialmente los nexos establecidos con profesores universitarios que trabajaban en algunas de esas reparticiones públicas, resultaban fundamentales. El ingreso de Zauchinger al DNH (1913) estuvo vinculado al padrinazgo de una figura importante en su campo disciplinar, el Dr. José Penna, quien había sido su profesor en la materia clínica epidemiológica y entonces era director de esa oficina gubernamental.[25] Penna dirigió la tesis con que ella se doctoró sobre "La

[23] En el contexto de principios de siglo XX, la iniciación profesional de las mujeres en el campo médico exigía torcer resistencias y desafiar los roles socialmente establecidos. Todavía eran recientes las polémicas en torno al ingreso de la mujer a las escuelas médicas y los debates sobre sus "capacidades" para la investigación científica. Adela Zauchinger tomó partido en estas discusiones con un artículo sobre la cuestión de la mujer médica que publicó en la *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina* en 1903, recién ingresada en la carrera.

[24] La Dra. Zauchinger sobresalió en el grupo de mujeres diplomadas en medicina de esta década que no se caracterizaron por un fuerte compromiso social, como el de las pioneras de la generación anterior (en su mayoría militantes feministas), ni se destacaron por ser grandes figuras públicas. En cuanto a su origen social, se trataba de mujeres que accedieron a la educación superior en su mayoría provenientes de familias inmigrantes de clase media. (Kohn Loncarica y Sanchez, 1996) Estas mujeres debieron abrirse paso en un campo dominado por hombres y alcanzar cierto reconocimiento a través del trabajo en las áreas que le estaban "naturalmente" atribuidas, es decir, vinculadas al espacio que le asignaba el sentido común de la época: el hogar y el niño. En la profesión médica, se desempeñaron principalmente en tocoginecología, pediatría, medicina social, enfermería; especialidades vistas como la traducción de sus aptitudes "naturales" como mujeres y ligadas a su rol social de madres. En cuanto a su actuación profesional, más allá del ejercicio privado de la profesión, se desempeñaron en instituciones públicas asociadas a la asistencia pública, hospitales, el DNH o el Consejo Nacional de Educación.

[25] Durante su paso por la Facultad de Medicina, Zauchinger también conoció a quien, más tarde, sería la autoridad máxima del DNH, el Dr. Gregorio Araoz Alfaro. Él había sido su maestro y consejero, y formó parte del jurado evaluador de su tesis de grado.

protección de la primera infancia". Como ya se pudo observar, esta especialización temática marcó la orientación de las estadísticas recolectadas por la sección demográfica bajo su mando. La trayectoria de Zauchinger refleja, a su vez, los roles entonces establecidos para la mujer en el ejercicio (privado y público) de la profesión médica: una vocación orientada a las áreas ligadas a la mujer o al niño, y un ejercicio de la profesión subordinado a sus colegas masculinos. Muchos de sus estudios estadísticos se publicaron con su firma junto a la del Dr. Araoz Alfaro, en su rol superior como director del DNH. Además, al igual que el pequeño grupo de mujeres que logró ejercer la docencia universitaria (puesto que la mayoría se desempeñó en la educación secundaria y en la enseñanza de enfermeras y parteras), Zauchinger lo hizo como auxiliar, es decir, en los escalafones más bajos de la jerarquía académica.

Con el respaldo de los sucesivos directores del DNH, la Dra. Adela Zaunchinger fue trazando su trayectoria en la función pública y recibió el reconocimiento de sus pares como sanitarista, demógrafa y estadígrafa. Sin embargo, como fue mencionado, no encontró este reconocimiento de parte de la comunidad de expertos en estadística. Un observador de la época señalaba que la inversión del Estado en la estadística demográfica y sanitaria del país "resulta[ba] estéril, porque no se realiza[ba] por gentes expertas, versadas en análisis matemático y en cálculo de las probabilidades; y no [podían] brindar entonces los resultados que era de esperar". La escasa formación del personal hacía que la tarea quedara reducida "al cálculo de una simple porcentual, a la mecánica primitiva de sumas y restas". (Revista La Semana Médica, 1925: 1687) En ocasiones, las críticas a la falta de preparación de los cuadros fueron acompañadas por la exigencia de establecer programas de selección del personal en las oficinas públicas.

Para la década del '30, la estadística no era una herramienta valorada por las facultades argentinas en las que se dictaba la carrera de medicina. En esas casas de estudio no se manejaban los últimos progresos en la materia. La metodología estadística tampoco era incorporada como un instrumento científico necesario para enfrentar dificultades inherentes a la salud pública o para organizar los servicios de asistencia hospitalaria que entonces encaraban problemas de demanda insatisfecha (por falta de camas, escasez de recursos, etc.). (Armus y Belmartino, 2001) Las estadísticas hospitalarias habían sido materia de discusión del Primer Congreso Nacional de Estadística realizado, por iniciativa oficial, en Córdoba en 1925. Aunque tuvieron un lugar muy secundario, algunos médicos participaron de esas discusiones, así como en la sección demográfica del Congreso. Por otra parte, reuniones técnicas del campo disciplinar empezaban a mostrar comunicaciones pobladas de estadísticas

(como es el caso del Tercer Congreso Nacional de Medicina de 1926 o de algunas conferencias sobre estadísticas dictadas en el Círculo Médico de Córdoba o en la Asociación Médica Argentina).

Pero la aplicación de esta herramienta no estaba expandida entre la comunidad médica. Si bien el lenguaje estadístico era cada vez más utilizado en la literatura científica, los médicos argentinos, en general, no manejaban este léxico. Las características de las narrativas epidemiológicas que empezaron a aparecer (como las explicaciones del descenso lento de la mortalidad por tuberculosis, la enfermedad que más concitó la atención de los médicos argentinos durante los años ’30) nos brindan un indicio al respecto. Según Armus y Belmartino, algunas de estas narrativas eran “razonables”, otras “tentativas”, pero otras directamente “arbitrarias”; “todas, de un modo u otro, eran parte de la incertidumbre que marcaba a un saber todavía insuficiente e ineficaz”. (Armus y Belmartino, 2001: 297) Esta falta de “criterio estadístico” era resaltada por los contemporáneos. Para un observador autorizado del campo disciplinar, era necesario que la universidad se volcara a capacitar al profesional médico para el ejercicio de la función sanitaria. Una formación especializada se había convertido en “una exigencia de la Administración Pública”. (Revista La Prensa Médica Argentina**,** 1940: 684) Esa capacitación incluía el entrenamiento en la aplicación de las herramientas estadísticas; por eso proponía incorporar la estadística en el plan de estudio de la carrera de medicina, bajo la idea de brindar cursos especiales en la formación de grado.

3. Entre reclamos y polémicas

Si bien, en todo este período, las estadísticas se fueron abriendo camino en la opinión del cuerpo médico argentino, el consenso sobre el valor de la estadística en este campo específico de saber e intervención, como en cualquier otro, no fue automático sino producto de una construcción histórica. Al interior de esta comunidad profesional existieron debates en torno a los aspectos positivos y negativos de la herramienta cuantitativa. No todos dentro del grupo profesional aceptaron sin más la supremacía del “nuevo” método numérico sobre el “antiguo” método de la inducción. Por otra parte, los reclamos de la corporación médica a la estadística pública, respecto de los alcances y la manera en que estas cifras estaban siendo producidas por una burocracia estatal cuya idoneidad era puesta en duda, agregaban cierto aditivo a la polémica. Aunque en este caso se partía del reconocimiento de la utilidad de las estadísticas en el campo de la medicina, sus objeciones de algún modo debilitaban o ponían en tensión la posición de quienes promovían ampliar el rol de los números públicos en este ámbito.

Entre los defensores de esta última posición se encontraba Víctor Delfino, miembro de la Comisión Internacional Permanente de Eugénica, quien fundó en 1918 la Sociedad Argentina de Eugenesia.[26] En su comunicación al Congreso Nacional de Estadística de 1925 este médico opinaba que: "no se conoce bien un fenómeno ni puede beneficiarse de las consecuencias que de su conocimiento derivan, si no se somete al cálculo y se trata de reducirle a los términos de una fórmula más o menos simple (…) según la naturaleza del hecho indagado." (La Semana Médica, 1925: 1687) La capacidad del número de expresar de manera simplificada "la verdad" era uno de los elementos resaltados por las argumentaciones a favor de la herramienta cuantitativa en los círculos médicos. También se destacaban las posibilidades de generalización y la "objetividad" que le eran atribuidas al instrumento; la potencialidad de la estadística como una forma de condensar los aspectos estáticos y dinámicos, absolutos y relativos, de los problemas concernientes a la salud pública; la posibilidad del registro seriado, continuo y homogéneo, que se apreciaba como fundamental para el estudio en el cual basar medidas preventivas; la fertilidad de índices de tipo predictivos que pudieran nutrir a las políticas sociales. Los médicos que compartían la valoración positiva de la herramienta pertenecían a un arco ideológico muy amplio, desde conservadores a socialistas y anarquistas. Ante los baches de la estadística oficial, algunos de ellos, como el anarquista Juan Lazarte, llegaron a encarar investigaciones personales y a crear registros propios, en general circunscriptos a espacios geográficos locales.

Para los opositores al "numerismo" y a la "apariencia de exactitud", por el contrario, la estadística ahogaba la inteligencia médica; "hac[ía] del médico un agente contador, servidor pasivo de la cifra". En 1925, otra perspectiva era difundida por las páginas de la *Revista del Círculo Médico Argentino*: "Yo no reprocho al método numérico el hecho de contar, pues no se puede sistematizar sin contar; pero si reprocho contar solamente, en una palabra atenerse al resultado riguroso como el matemático. Yo le reprocho contar demasiado, contar siempre, no querer poner espíritu en las cosas." (Revista del Círculo Médico Argentino, 1925: 1083) Para sus detractores, la estadística no era un método que por sí mismo condujera a la verdad, puesto que esa verdad yacía en "la apreciación del espíritu que juzga"; es decir, en el médico. Desde este punto de vista, la campaña a favor de la estadística se había convertido en un "charlatanismo de exactitud y verdad" que pretendía "engañar" a

[26] El Dr. Víctor Delfino fue un exponente de la organización institucional de la eugenesia en la Argentina que se produjo tras la primera guerra mundial. La apreciación general de la estadística como herramienta del saber médico no puede desvincularse de un contexto como el de entreguerras, de creciente preocupación por la cuestión de la población, que tuvo a los médicos entre sus interlocutores privilegiados, y se ligó con la propagación de ideas eugénicas en el país.

los menos experimentados (léase, los jóvenes médicos). (Revista del Círculo Médico Argentino, 1925: 1085)

Las resistencias de los médicos al "numerismo" deben inscribirse en la tensión que su presencia provocaba en la propia práctica médica. La enfermedad y la técnica de tratamiento guiado por el médico se ubicaban en el registro de la singularidad: individualidad del paciente, pero también del acontecimiento único del encuentro médico-paciente, del diagnóstico y de la terapéutica. Sin embargo, la estadística procuraba una forma de categorización, estandarización y totalización ajena a esta tradición profesional. La categoría genérica a través de la cual la estadística aprehendía al enfermo ahogaba la especificidad del "caso", como recorte individual. La clasificación de enfermedades, la evaluación de tratamientos según estándares, la búsqueda de las relaciones constantes entre enfermedades y técnicas terapéuticas, devaluaban la intuición fundada en la experiencia personal del profesional. Por contrario, su labor quedaba "reducid[a] a tomar un término medio que no será verdadero mañana, [a] recurrir a esas fórmulas odiosas y datos (…) [con] que se quier[e] bautizar [el] lenguaje médico: algunas veces, a menudo, generalmente". (Revista del Círculo Médico Argentino, 1925: 1085)

De allí la necesidad, según sus críticos, de recuperar el "espíritu", la "independencia" de criterio, el sello individual de ese "arte de curar" afirmado sobre un conocimiento oficialmente acreditado, pero también –y fundamentalmente– apoyado en el instinto médico, el llamado "ojo clínico" del diplomado. Por el contrario, "el método numérico reconoce la potencia soberana de la cifra. El médico debe impedir los desbordes de su imaginación; él analiza, cuenta y registra severamente los resultados: nada más, nada menos." (Revista del Círculo Médico Argentino, 1925: 1082) Parecería que la imposición del criterio estadístico se hacía sentir como una limitación al libre ejercicio de una profesión que contaba en el país con una tradición marcadamente individualista. Posiblemente, al nivel del imaginario que rodeaba el campo médico, recaía sobre esta herramienta la sospecha de poder volverse un instrumento de control externo sobre la práctica privada de los médicos. [27] Así, los reclamos al Estado por más estadísticas desde algunas voces de la comunidad médica habrían entrado en tensión con otra parte de ese grupo profesional que no estaba dispuesta a poner en riesgo la autonomía de sus espacios de ejercicio profesional.

[27] Según Desrosières (1996), en el dominio de la clínica médica, la resistencia de los médicos a los números se hizo más palmaria al momento en que se intentó establecer la comparación estadística como parámetro prioritario de la evaluación de la eficacia de diversas maneras de curar enfermedades.

Desde el punto de vista de quienes estaban a favor del método numérico, era necesario que los grandes números desplazaran definitivamente conclusiones basadas en casos "iluminadores", experiencias únicas de las que se desprendía un razonamiento inductivo. A su entender, la inducción debía quedar subordinada a la razón estadística. Como herramienta de objetivación, la estadística venía a aportar al campo médico un principio de evidencia científico muy valorado en momentos en que los médicos diplomados argentinos competían todavía con la medicina casera o popular, las prácticas de automedicación y las de los curanderos. (Armus y Belmartino, 2001: 305) En este contexto, la apropiación de la estadística, como valuarte de cientificidad, se promovía en oposición al prejuicio y la superstición que teñían, desde el punto de vista de los médicos profesionales, esas otras formas de curar que disputaban su pretendido monopolio práctico y cognitivo. A través de la estadística era posible establecer una nueva barrera de inclusión/exclusión en el proceso de clausura del campo médico. Mientras el médico moderno basaba su práctica en las certezas de la estadística, el curandero de los pueblos primitivos se apoyaba en la mera creencia o en la superstición. De esta manera, la incorporación de la estadística en este campo del saber se traduciría como el triunfo de la racionalidad (y las posibilidades de previsión) frente a las fuerzas del oscurantismo.

Sin embargo, en este mismo proceso, la estadística demográfica y sanitaria del país pasaba a ser más y más criticada. A los cuestionamientos por los escasos progresos realizados en materia demográfica, se sumaban los reclamos por la falta de personal especializado, o aunque sea idóneo, en las dependencias públicas encargadas de producirlas.[28] La desconfianza hacia estos números públicos parece haberse contagiado de la connotación negativa que recaía sobre la burocracia pública y hegemonizaba el sentido común. En este sentido se manifestaba un observador contemporáneo: "casi todas las estadísticas hechas en el país, principalmente las médicas, son fraguadas o simplemente aproximadas (paludismo, lepra, tuberculosis, etc.), lo que resulta (…) de la falta de método al hacerlas y de la más o menos grande ignorancia de los encargados de expurgarlas, tarea casi siempre confiada a empleados subalternos y de escasa versación científica." (Revista La Semana Médica, 1925: 1687)

Las críticas hechas públicas a mediados de la década del '20 se centraron en la falta de recursos de la oficina productora de estadísticas demográficas o en la escasa formación de sus

[28] Estos cuestionamientos coincidieron con los inicios del proceso de consolidación del gremialismo médico argentino. (Armus y Belmartino, 2001) En la década del '20 surgieron las primeras organizaciones, colegios, círculos o asociaciones médicas en Buenos Aires y algunas ciudades del interior.

funcionarios, mostrando el hiato que separaba la práctica real del modelo científico imaginado y valorado para la tarea estadística. Sin embargo, la debilidad de la estadística demográfica nacional no se agotaba en la falta de preparación de los funcionarios estatales. Como reconocía el propio DNH, una de las cuestiones básicas en las que arraigaba la deficiencia de sus estadísticas era la mala clasificación nosológica, debida a la ausencia de médicos en muchas localidades del interior que certificaran las defunciones, o por la determinación errónea de las causas de muerte en los certificados extendidos por los profesionales. Muchas de las ambigüedades de la estadística nacional se remontaban, entonces, al primer eslabón de la cadena estadística y radicaban en la propia clasificación realizada por el médico. La calidad del dato estadístico se podía ver afectada por la impericia, negligencia u ocultación de parte del médico, así como por la incorrecta aplicación de la nomenclatura internacional adoptada en el país. (Vaccaro, 1933: 2307) El rol clave del profesional en la producción de la estadística demográfica explica el pedido especial de cooperación que hizo el DNH al gremio médico al fundar su repartición estadística. (ADNH, 1911: 5) El criterio y el compromiso del profesional con la labor estadística eran fundamentales. Sin embargo, este punto nodal escapaba a la mirada aguda y crítica de los profesionales de la medicina, poco comprometidos con los intereses estadísticos, formados, por otra parte, en una escuela que desestimaba su importancia en el perfil profesional.

A modo de cierre

Visto en el largo plazo, las resistencias de los médicos a los números fueron cediendo en la medida en que la enfermedad se asentó en la Argentina como un problema colectivo que reclamaba soluciones generales. Los debates sobre medidas preventivas o paliativas de epidemias integraron el cálculo de tasas de mortalidad, entre otras mediciones estadísticas. Estas cifras posibilitaban recuperar a ese cuerpo social "amenazado" como un todo, identificar sus "grupos de riesgo", reconocer las causas constantes y los factores que facilitaban la difusión de enfermedades. Pero también, desde un primer momento, la estadística fue aceptada en la Argentina en la medida que les posibilitó a los médicos intervenir en el debate público, racionalizar la gestión de la sociedad, ocupar un rol político.[29] Para cuando los médicos buscaron afirmarse como los únicos proveedores de servicios de atención de la salud, y redoblaron esfuerzos frente a sus competidores –curanderos/as, homeópatas, farmacéuticos, herboristas, droguistas–, la estadística incorporó una nueva

[29] Para profundizar en la emergencia de la figura del médico-social, casi en contemporaneidad a la del médico-político, ver: González Leandri, 2000.

utilidad social. Pasaba a ser una herramienta más en ese proceso complejo y conflictivo de delimitación del campo específico –monopolizador de la práctica legítima de curar–, ahora no sólo a nivel individual sino colectivo.

Sin embargo, con todas sus deficiencias, las estadísticas en el país estuvieron lejos de cumplir el papel que le había sido otorgado por los propios médicos argentinos desde fines del siglo XIX: ser el "alma" racional de la nueva profilaxis, encauzar la política sanitaria por el camino de la observación metódica, seriada y homogénea, dotar a la moderna medicina social de una planificación orgánica y racional. Cuando el sistema de salud argentino empezó a mostrar claras señales de necesitar reformas, la autoridad técnica de esta herramienta fue reclamada por la comunidad médica. Se le pedía, entonces, suplantar razones de orden político, mitigar la influencia de intereses particulares y erradicar discrecionalidades propias de una gestión política partidaria de la salud. No se consideraba que con la "razón estadística" de su lado la acción del poder público también ganaba una herramienta política.

BIBLIOGRAFIA

- Arce, José. "La formación del médico en la República Argentina. Análisis histórico del perfil curricular de la Facultad de Medicina desde su creación". *Tesis de doctorado*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, 1984.
- Armus, Diego. "Consenso, conflicto y liderazgo en la lucha contra la tuberculosis. Buenos Aires 1870-1950", en Suriano, Juan (comp.). *La cuestión social en la Argentina, 1870–1943*. Buenos Aires: La Colmena, 2000(a).
- Armus, Diego. "El descubrimiento de la enfermedad como problema social", en Lobato, Mirta Z. (ed.). *El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*. Buenos Aires: Sudamericana, 2000(b).
- Armus, Diego. "Enfermedad, ambiente urbano e higiene social entre fines del siglo XIX y comienzos del XX", en Armus, Diego (comp.). *Sectores populares y vida urbana*. Buenos Aires: CLACSO, 1984.
- Armus, Diego y Belmartino, Susana. "Enfermedades, médicos y cultura higiénica", en Cattaruzza, Alejandro (dir.). *Crisis económica, avance del estado e incertidumbre política (1930-1943)*. Buenos Aires: Sudamericana, 2001.
- Biernat, Carolina y Ramacciotti, Karina. "La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: estructuras administrativas, legislación y cuadros técnicos (1936-1955)", en *História, Ciencias, Saúde- Manguinhos.* Río de Janeiro, V.15, n.2, abr-jun.2008. pp. 331-351.

- Camargo, Alexandre de Paiva Rio. “Números para o progresso: um panorama da actividade estatística na Primeira República”, en *Bulhoes de Cravalho, um médico cuidando da estadística brasileira*. Río de Janeiro: IBGE, Memoria Institucional 11, 2007.
- Cantón, Eliseo. *Historia de la Facultad de Medicina y sus escuelas*. Buenos Aires: Imprenta y casa editoria Coni, 1921. Tomos III y IV.
- Cházaro, Laura. “La vida y su valor a discusión: juicios médicos y cálculos de probabilidades entre médicos mexicanos del siglo XIX’, en Senra, Nelson y Camargo, A. *Estatísticas nas Américas. Por uma agenda de estudos históricos comparados.* Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- Coni, Emilio R. *Memorias de un médico higienista*, Buenos Aires: Talleres Gráficos A. Flaiban, 1918.
- Coni, Emilio R. “Mortalidad infantil en la Argentina, durante el sexenio 1911-1916”. Extracto de la publicación en *Archivos Latinoamericanos de Pediatría*, No. 6, Buenos Aires: librería Las Ciencias, 1920.
- Cosse, Isabella. “Ilegitimidades de origen y vulnerabilidad en la Argentina de mediados del siglo XX”, Nuevo Mundo Mundos Nuevos [En línea], Debates, 2008, Puesto en línea el 09 décembre 2007. URL : http://nuevomundo.revues.org/index12502.html
- Daniel, Claudia. “La sociedad (des)cifrada. Configuraciones del discurso estadístico en Argentina (1890-1945)”. *Tesis de doctorado*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, 2010.
- Departamento Nacional de Higiene. *Consideraciones demográficas de la República Argentina, 1917, 1918, 1919*. Buenos Aires: Mimeo, 1926.
- Desrosières, Alain. *La política de los grandes números. Historia de la razón estadística*. Barcelona: Melusina, 1996.
- Di Liscia, Maria Silvia. “Cifras y problemas. Las estadísticas y la salud en los Territorios Nacionales (1880-1940)”, en *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 5 (2), mayo-agosto 2009.
- González Bollo, Hernán. “La estadística pública y la expansión del estado argentino: una historia social y política de una burocracia especializada (1869-1947)”. *Tesis de Doctorado.* Universidad Torcuato Di Tella, Buenos Aires, 2007.
- González Leandri, Ricardo. “El Consejo Nacional de Higiene y la consolidación de una elite profesional al servicio del Estado: Argentina, 1880-1900”, en *Anuario de Estudios Americanos*, Vol. 61, Nº 2, 2004.

- González Leandri, Ricardo. “Notas acerca de la profesionalización médica en Buenos Aires durante la segunda mitad del siglo XIX”, en Suriano, Juan (comp.), *La cuestión social en la Argentina, 1870–1943*, Buenos Aires: La Colmena, 2000.
- Kohn Loncarica, Alfredo G. y Sánchez, Norma I. “La mujer en la medicina argentina: las médicas de la primera década del siglo XX”, en *Saber y tiempo*, Buenos Aires, 2, 1996.
- Kohn Loncarica, Alfredo G. y Sánchez, Norma I. “La mujer en la medicina argentina: las médicas de la segunda década del siglo XX”, en *Saber y tiempo*, Buenos Aires, 9, 2000.
- Lacey, Michael y Furner, Mary. *The state and social investigation in Britain and the United States*. Cambridge: Woodrow Wilson Center Series & Cambridge University Press, 1993.
- Mayer Celis, Leticia. *Entre el infierno de una realidad y el cielo de un imaginario. Estadística y comunidad científica en el México de la primera mitad del siglo XIX*. México: El Colegio de México, CEH, 1999.
- Otero, Hernán. *Estadística y Nación. Una historia conceptual del pensamiento censal de la Argentina moderna, 1869-1914*. Buenos Aires: Prometeo, 2006.
- Pantaleón, Jorge. *Una nación a medida*. Buenos Aires: Ediciones Al Margen, 2009.
- Ramacciotti, Karina. “Las voces que cuestionaron la política sanitaria del peronismo (1946-1949)”, en Lvovich, Daniel y Suriano, Juan (ed.). *Las políticas sociales en perspectiva histórica. Argentina 1870-1952*. Buenos Aires: Prometeo Libros, 2005.
- Salessi, Jorge. *Médicos, maleantes y maricas. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación argentina. Buenos Aires, 1871-1914*. Buenos Aires: Viterbo, 1995.
- Salvatore, Ricardo. “Sobre el surgimiento del estado médico legal en la Argentina (1890-1940)”, en *Estudios Sociales*, n.20, 1er semestre 2001.
- Sarlo, Beatriz. *La imaginación técnica: sueños modernos de la cultura argentina*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2004.
- Senra, Nelson de Castro. *Historia de las estadísticas brasileras*. Río de Janeiro: IBGE, vol.2, 2007.
- Senra, Nelson de Castro. “Na Primeira República, Bulhões Carvalho legaliza a atividade estatística e a põe na ordem do Estado”, en *Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Cienc. Hum.*, Belém, v. 4, n. 3, set.- dez. 2009.
- Vaccaro, Juan M. “Organización de la estadística médica”, en *Sociedad de Higiene y Microbiología*, Buenos Aires, 1933.

DOCUMENTOS OFICIALES

Anales de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública (AASAP)

Anales del Departamento Nacional de Higiene (ADNH)

Anuario Demográfico (AD)

Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires (AEBA)

Boletín Demográfico Argentino (BDA)

Boletín Mensual de Estadística Municipal (BMEM)

Memoria de la Sección Demográfica del Departamento Nacional de Higiene (MSD, DNH)

REVISTAS

Boletín del Museo Social Argentino

La Prensa Médica Argentina

La Semana Médica

Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal

Revista del Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina