

XIV Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia de la Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, 2013.

# **Un pueblo sano, una raza apta: inmigración y salud en Argentina, siglos XIX y XX.**

Di Liscia y María Silvia.

Cita:

Di Liscia y María Silvia (2013). *Un pueblo sano, una raza apta: inmigración y salud en Argentina, siglos XIX y XX*. XIV Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia de la Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-010/527>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*



XIV JORNADAS INTERESCUELAS DE HISTORIA  
Universidad Nacional de Cuyo, 2-5 de octubre de 2013

**XIV**

**Jornadas**

**Interescuelas/Departamentos de Historia**

**2 al 5 de octubre de 2013**

**ORGANIZA:**

Departamento de Historia de la Facultad de Filosofía y Letras  
Universidad Nacional de Cuyo

Número de la Mesa Temática:

Mesa Temática: Políticas sociales en Argentina y en América Latina en el siglo XX

Coordinadoras: Carolina Biernat (UNQ)-Karina Ramacciotti (UBA-CONICET)

**Un pueblo sano, una raza apta: inmigración y salud en Argentina, siglos XIX y XX**

*María Silvia Di Liscia*

Universidad Nacional de La Pampa, Facultad de Ciencias Humanas,  
Instituto de Estudios Socio-Históricos  
[silviadiliscia@gmail.com](mailto:silviadiliscia@gmail.com)

## 1. Introducción

Frases como “el país de los inmigrantes”, “Argentina, crisol de razas”, o “los argentinos vienen de los barcos” han sido una constante entre académicos y amateurs en el campo social, hasta el hartazgo, tanto es así que esta situación, heredera de presupuestos, prejuicios y críticas, con o sin base heurística, está afianzada en gran parte de los análisis de la composición de demográfica nacional, de la herencia cultural y de su base étnica y social. La riquísima historiografía sobre el ingreso, características etarias y sociales de la población llegada sobre todo de ultramar –para diferenciarla de la igualmente importante base existente sobre los migrantes internos y de países limítrofes-, y sobre sus redes y relaciones, sobre las obligaciones y reglamentación, entre tantos tópicos, ha llegado a un punto tal que podríamos decir que es realmente poco lo que ignoramos. Quizás sea la salud de los inmigrantes lo menos explorado, y sobre todo las políticas generales de las agencias nacionales vinculadas con tal cuestión, como las esbozadas desde el Departamento Nacional de Higiene (en adelante DNH) y la Dirección General de Migración (DGM).

A pesar de los avances historiográficos en otros sentidos<sup>1</sup>, no hemos registrado aportes en esta temática, salvo algunos aislados, aunque este trabajo se incluye dentro de un debate más amplio, sobre las definiciones étnico-sociales de las élites argentinas en distintos contextos históricos y sobre todo, en relación a la problemática situación conceptual que implican dos polos de análisis (no contrastantes, pero sí diferentes): por un lado, el debate ya clásico sobre el control social sobre sujetos marginales, que implica una asunción teórica de presupuestos sobre la aplicación de un biopoder, emanado difusamente por diversas agencias estatales y públicas; por el otro, la también importante discusión sobre ciudadanía y pedagogía, que considera las estrategias médicas entre los inmigrantes como formas de incorporación subordinada al espacio social nacional.

Por lo tanto, en esta ponencia se presta atención tanto a los documentos donde los especialistas médicos y los burócratas delineaban las estrategias para impulsar el ingreso de determinados inmigrantes, como a su aplicación en los puertos de acceso al país, a través del análisis de las prácticas llevadas adelante por esas agencias. El aspecto concreto de análisis son las inspecciones médicas al ingreso de los inmigrantes, específicamente, en

---

<sup>1</sup> Una síntesis en Di Liscia, 2008.

relación a la reglamentación y a las prácticas de inclusión y exclusión de los viajeros.

Las fuentes seleccionadas son editas e inéditas: las *Memorias e Informes de la Dirección General de Migración* (serie 1890-1945, incompleta, Archivo y Biblioteca del Centro de Estudios Migratorios, Buenos Aires), los *Partes consulares*, expedientes inéditos donde figura la inspección de los buques (Archivo Intermedio, Buenos Aires)<sup>2</sup>, así como manuales y revistas, entre otras publicaciones de referencia médica localizables en la Biblioteca de la Facultad de Medicina (UBA).

## 2. Llegados al Sur

La gran oleada inmigratoria, proveniente sobre todo del desplazamiento masivo primero desde Europa y luego desde Asia, se inició en el Cono Sur en la segunda mitad del siglo XIX. Entre 1850-1900 la población casi se triplicó y en los siguientes 30 años, aumentó el doble; dentro de esta área, fueron Argentina y Uruguay quienes tuvieron los incrementos más significativos, seguidos de Chile y Brasil. Se calcula en 4 millones los inmigrantes que se instalaron finalmente en Argentina entre 1870-1915, aunque el flujo general de llegadas fue mucho mayor (Sánchez Albornoz, 1991).

Este país americano, siguiendo a Estados Unidos, fue quien recibió más población de ultramar, por una multiplicidad de factores, tanto “internos” como “externos”: Un contexto económico que hace deseable el viaje desde Europa y/o el Cercano Oriente; el trabajo, real o potencial, de un lado del Océano y la crisis, escasez y pobreza del otro; las posibilidades

---

<sup>2</sup> De acuerdo a Bernasconi, los Partes Consulares son documentos paralelos a las listas de pasajeros; en cada puerto de embarque, “el Capitán debía hacer sellar en el consulado argentino la lista de los pasajeros que embarcaban allí con destino a Buenos Aires, el consulado otorgaba un número de orden a la lista y percibía una tasa. Al llegar a Buenos Aires, se confeccionaba un Expediente por cada vapor, que se iniciaba con el Informe de la visita” (1995:195). Tales documentos pueden consultarse en el Archivo Intermedio (AGN), como Partes Consulares (Serie completa: 1901-1951). Los expedientes están clasificados por Caja, año y nombre del vapor o buque ingresado. Para esta ponencia se ha relevado como muestra la serie de 1901, -Cajas 1, 2, 3, 4, 5 y 6- es decir, un total de 161 Expedientes y la serie de 1902, Cajas 11,12, 13,14,15 y 16, con un total de 211 Expedientes. Se componen de una Nota inicial, donde el Visitador pone en conocimiento al Director de la repartición de la llegada del vapor, fecha y lugar de donde proviene, puertos que ha recorrido, pasajeros de 1era, 2da y 3era, y señala si hay infracciones o no a la legislación; de un Acta impresa pro-forma que se rellena a mano donde figuran, entre otros datos, las condiciones generales del barco y si poseen o no enfermos a bordo que se firma por el mismo Visitador, un médico y otro funcionario del puerto al pie, y se acompaña por las listas de pasajeros con detalle de nombre, apellido, edad, sexo y ocupación. Ocasionalmente, se incluyen las notas manuscritas donde los funcionarios dan cuenta de las consecuencias de las infracciones y las notas de descargo del capitán del vapor o de los agentes y/o cónsules que responden al respecto, así como notas del Director y/o otros funcionarios sobre la forma de proceder frente a las infracciones.

tecnológicas a través de los grandes vapores de finales del siglo XIX<sup>3</sup>. Asimismo, la gran oleada inmigratoria tuvo su pico hacia 1880, con el ingreso mayoritario de italianos, y más adelante, con pasajes subsidiados a determinados conjuntos nacionales -españoles, franceses, británicos,- que llevaron a cientos de miles a trasladarse fuera de sus terruños de origen en busca de tierras, trabajo y de un nuevo comienzo. Pero el énfasis sin duda debe colocarse en el incentivo que brindaba el mercado más que en el estímulo estatal (Devoto, 2003: 251-252).

Gran parte de la población recién llegada, cuyo ingreso había sido promovido por las élites locales para efectivizar la modernización capitalista en el interior del país como mano de obra rural, se dirigió a poblar las ciudades del litoral argentino y cambió completamente la fisonomía de las existentes<sup>4</sup>. Los gobiernos conservadores argentinos esperaban trabajadores saludables y dispuestos, por lo cual, fortalecieron los controles para impedir el ingreso de enfermedades contagiosas, ya que las epidemias se movían al ritmo de los buques trasatlánticos. A finales del siglo XIX, se produjeron paralelamente transformaciones a nivel científico en relación al debate entre las ideas miasmáticas de higiene para la microbiología y la elaboración de teorías sobre vectores de transmisión de enfermedades, lo cual significó controversias sobre las formas de prevenir la fiebre cólera, amarilla y la peste bubónica. Estas enfermedades, relacionadas con el gran flujo de personas y mercancías a través de los puertos, no tenían una terapéutica eficaz, por lo cual, las medidas profilácticas más comúnmente aplicadas fueron las cuarentenas. Tal situación significó avanzar a nivel interregional con acuerdos para la regulación de las prácticas de salud, en los que incidían también la circulación de mercancías, es decir, el comercio y las personas<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> Un análisis complejo de las causas que movilizaron la población en Devoto, 1999 (190-193). Dicho autor las analiza desde las primeras controversias, planteadas ya por sus contemporáneos, quienes tenían tanto una visión “optimista” como “pesimista”. Así, la migración se concebía desde los países de origen como una ventaja para el comercio, un instrumento de penetración cultural o bien, una válvula de seguridad para regular el equilibrio demográfico, y también, como una pérdida de los recursos nacionales. Y posteriormente, la historiografía retomó desde el debate pull/push o atracción/repulsión, las dos versiones, remitiendo a matrices conceptuales tanto economicistas como demográficas, donde se analizaba por un lado el papel del mercado y del Estado, o la dimensión del conflicto y la protesta social y por otro, el proceso de transición demográfica, el crecimiento de la población en las áreas de origen y la búsqueda de recursos.

<sup>4</sup> Sobre las características del discurso estadístico, base de esta concepción, y sus conexiones políticas en Argentina ver Otero, 2006.

<sup>5</sup> Un marco general teórico sobre las formas de regulación y los debates científicos, apuntando a las consecuencias comerciales de las cuarentenas y al debate liberal en Gran Bretaña, que sirvieron de base en Argentina, en Maglen, 2002.

De acuerdo al Reglamento de Desembarco de Inmigrantes, aprobado por el presidente Domingo F. Sarmiento en 1872, se consideraba inmigrantes a “todos los pasajeros de 3a. clase que lleguen en buques á vapor y los de 2a y 3a que vengan por buques mixtos y de vela”. La legislación diferenciaba a los extranjeros en “pasajero”/“viajero”, o “inmigrante”, considerando en la primera categoría a quienes se trasladaban en mejores condiciones y en la segunda a quienes lo hacían en los compartimientos más baratos, supuestamente futura mano de obra.

Por ese entonces, se reguló específicamente la inspección de sanidad, con multas a quienes infringías las normas, especialmente en relación con la declaración de enfermedades infecciosas y el respeto a cuarentenas. La Ley N° 876, sancionada en 1876, -también denominada Ley Avellaneda por ser aprobada durante esa presidencia- otorgaba beneficios (pasajes, alojamiento en hoteles *ad hoc*, traslado y posibilidades de inserción laboral) a los recién llegados. En el Artículo N° 32 se indicaba que no podían permanecer en el país los "enfermos de mal contagioso o cualquier vicio orgánico que los haga inútiles para el trabajo; dementes, mendigos y presidiarios que hubieren estado bajo la acción de la justicia ni mayores de sesenta años, a no ser jefes de familia" (*Memoria de la DGM*, 1898: 188).

Se esperaba que los inmigrantes fuesen saludables: en 1910, dos reconocidos higienistas y funcionarios indicaban que las tasas de mortalidad y morbilidad en la ciudad de Buenos Aires estaban sesgadas justamente porque la mayor parte de su población había logrado atravesar la fase de la infancia con mayor riesgo de muerte y de enfermedad, al llegar al país ya en su madurez y, supuestamente, en óptimas condiciones laborales<sup>6</sup>.

En la primera década del siglo XX, y a raíz de una visión cada vez más negativa de la población que acompañó a los movimientos y asociaciones eugénicas, se utilizaron otros criterios científicistas, basados en prejuicios racistas, de género y clasistas<sup>7</sup>. Dichos criterios debieron impactar en quienes observaron inmigrantes, a la luz de una legislación más restrictiva. Las políticas dirigidas a esas cuestiones, sin embargo, fueron erráticas y no

---

<sup>6</sup> Examinando los Censos desde 1869 al presente, se decía que “en la población extranjera predominan las personas comprendidas en aquel período de la vida en la actividad, la energía, el vigor y la salud dominan en absoluto en las demás edades y la expone a menores riesgos en proporción que a los nativos. Y esa masa de gente ha contribuido a formar la población de Buenos Aires, después de haber pagado en su país natal la contribución a los riesgos de los primeros años de la existencia, pues muy pocos inmigrantes y argentinos transmigrados pueden figurar entre los cinco primeros años de vida” (Penna y Madero, 1910: 59-60).

<sup>7</sup> Un texto fundamental al respecto es el Nancy Leys Stepan, 1991, sobre todo capítulos 3 y 5. Una síntesis sobre problemas y visiones eugenésicas en Vallejo y Miranda, 2005.

siempre demostraron objetivos concretos en consonancia con el discurso de las élites conservadoras, que a su vez, debatían con intelectuales y políticos de otros signos políticos<sup>8</sup>.

En Argentina, las agencias estatales como el Departamento Nacional de Higiene, fundado sobre la base de instituciones anteriores y nacionalizado a finales del siglo XIX, y la Dirección General de Inmigración, organismo encargado de la regulación del flujo migratorio, se preocuparon por ejercer el control sobre la población que ingresaba al país a través de sistemas de exámenes médicos relativamente rápidos, similares a los utilizados en otras naciones.

Al respecto, estudios sobre Estados Unidos indican que en Ellis Island (Estado de Nueva York), se concentró el mayor número de ingresos (71,4 % del total), con arribos diarios de entre 2000 a 5000 personas, y algunos años, de hasta 16.000 personas (Birn, 1997: 289). La inspección médica se dirigía primero al buque, antes del desembarco, para observar si se habían presentado enfermedades epidémicas (fiebre amarilla, cólera, peste, viruela o tífus, especialmente) y luego, se permitía bajar a los pasajeros, quienes formaban una larga fila (“the line”) para ser examinados por los oficiales del *Public Health Service* (PHS). Los funcionarios observaban rápidamente piernas, cuerpo, brazos, brazos y ojos de los recién llegados y luego ponían en la solapa de sus trajes insignias con letras, que indicaban si estaban sanos o si tenían determinada enfermedad (Yew, 1980). En 1906, se agregaron otros test para detección de tracoma que, como hemos indicado, también se pusieron en práctica en Argentina (Di Liscia y Fernández Marrón, 2009).

A finales del siglo XIX, una legislación más restrictiva intentó en Estados Unidos excluir a idiotas, insanos, pobres en general, criminales y agitadores políticos, por lo cual los que intentaban ingresar debían demostrar una “*moral, mental and physical qualification*” (Birn, 1997: 285). En 1900, se estableció en Ellis Island una estación y un hospital, a cargo de la burocracia federal, encargada de la inspección de los inmigrantes y que acertó cada vez más el diagnóstico médico, a medida que se incrementaba el número de recién llegados. El

---

<sup>8</sup> Hasta el momento, existe una importante historiografía que discute en parte estas cuestiones y que nos permite estructurar el problema, entre la cual merece señalarse a Salvatore (2001), en relación a la colonización de especialistas médicos (psiquiatras incluidos) en instituciones carcelarias, educativas y sanitarias, a Zimmerman (1992), quien analiza la irrupción de un núcleo de intelectuales liberales, interesados en la “cuestión social” y sus implicancias políticas; y a Devoto (2001), quien se centra en las políticas de diversos organismos públicos y privados para la regulación legal de la inmigración y en sus imposibilidades de realizar el sueño eugénico a la luz, sobre todo, de la burocracia argentina.

número de médicos del PHS fue también creciendo, pero a otro ritmo. De acuerdo a Yew, entre 1891-1898, sólo había 2 médicos, que a cada lado de la línea revisaban al mismo tiempo a los inmigrantes. En 1902, 4 médicos y 2 líneas para formación de los inmigrantes; en 1910, 7 oficiales médicos y en 1914, 14 médicos; más adelante, se incorporaron auxiliares – generalmente, mujeres- y análisis de laboratorio con el cultivo de muestras, así como un sector de vacunación.

Para los jefes médicos de estas secciones, la rutina del trabajo era agotadora, y la cantidad de personas que ingresaba impedía hacer un diagnóstico eficaz. Se partía para el examen simplemente de la mirada y sin mediar un aspecto fundamental para el diagnóstico médico, que era la interrogación o diálogo, aunque se les solicitaba a los facultativos un conocimiento rudimentario de algunos idiomas, sobre todo para detectar enfermedades mentales. En muchos casos, estar en la “línea” terminó siendo una especie de castigo, dirigido a médicos poco hábiles o recientemente egresados, porque eran precisos esfuerzos y energías poco comunes, además de conocimientos de diagnóstico muy variados para este ejercicio profesional.

De acuerdo a las opiniones vertidas por diferentes medios, para ser realmente exitoso, un examen exhaustivo requería no de unos pocos minutos, sino de un mes a un año de observación, aunque había facultativos que confiaban en su experiencia para separar enfermos de sanos, con sólo un golpe de vista. Además, se creía que una inspección más prolongada podía impedir el comercio y el turismo. Y finalmente, la estadística indica que los días que era mayor el ingreso de personas, era menor el número de los “apartados” de la línea de desembarco, y por lo tanto, en ese control podían pasar enfermos no detectados (Yew, 1980: 498)<sup>9</sup>.

Veamos la situación de Argentina, en el mismo período. En 1898, el primer Director del Departamento Nacional de Higiene, José María Ramos Mejía, impulsó como medidas principales a su cargo el establecimiento de estaciones sanitarias en diferentes puertos y puntos de la frontera y la inspección del puerto<sup>10</sup>. Tanto Carlos Malbrán, Director entre 1904 y 1910 como José Penna, Director entre 1910-1916, continuaron con esas funciones, que se extendían con afán federal, toda vez que la ingerencia del Departamento

---

<sup>9</sup>Sobre cuarentenas, ver Markel, 1995.

<sup>10</sup>Citado en González Leandri, 2010: 76. Sobre el Departamento Nacional de Higiene ver también Di Liscia, 2011.

correspondía por definición al control higiénico y sanitario en Capital Federal y los Territorios Nacionales. Se consideraba que el ingreso en los puertos de extranjeros implicaba la necesidad de intervención de autoridades nacionales, y no sólo de los Consejos sanitarios provinciales, como en otros casos<sup>11</sup>.

La llegada de miles y miles de personas tuvo directa relación con la modernización tecnológica del transporte, específicamente del barco a vapor, que permitió acortar el viaje y en consecuencia, hacer posible el traslado -incluso varias veces en el año- para los trabajadores a uno y otro lado del Atlántico. Los barcos debían tener determinadas condiciones higiénicas -detalladas minuciosamente en la normativa-, como por ejemplo, la ventilación de los camarotes, el espacio entre camas y cuinetas, la existencia de médicos y de botiquín a bordo, entre muchos otros requerimientos. De acuerdo a Devoto, tales condiciones eran muy difíciles pero mejoraron a lo largo del siglo XX, junto con una presión estatal por más servicios médicos e incrementaron también los pasajes (Devoto, 2003:92).

El titular de la Dirección General de Inmigración entre 1898 y 1910 fue José Alsina, cuya ideología conservadora y racialista es bien conocida y puede ejemplificarse en la siguiente frase: "...De los indígenas americanos, los nuestros, poco numerosos, se han extinguido, otros se van mezclando y así desaparecerá la raza; los del Perú, Bolivia y Brasil, no podrán venir a nuestro suelo; los africanos o de origen africano, es decir, los negros, no serán admitidos como masa inmigratoria, aunque haya habido exploración de intenciones; ni tampoco se podrá consentir entrar a los asiáticos, como inmigrantes numerosos, porque alterarán la homogeneidad, claramente prescripta, para nuestra población, que conviene sea únicamente de origen europeo" (Alsina, 1910: 203). Alsina no proponía políticas discriminatorias en función de la nacionalidad, y si bien era selectivo respecto a sus preferencias étnicas y culturales, enfatizaba la necesidad de aplicar a rajatabla la legislación evitando el ingreso de inmigrantes no aptos por el citado Artículo N° 32 (Biernat 2007: 36). Debemos remarcar que el mismo concepto de inspección implica la intención, en este caso, estatal, de restar cierta autonomía a otras instituciones públicas o privadas, a otras agencias o al mercado<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup>Sin abundar en estas cuestiones, se ha propuesto que el Departamento aumentó su radio de acción justamente a raíz de epidemias y se superpuso a los Consejos respectivos de distintas provincias argentinas (en Di Liscia, 2010).

<sup>12</sup> Ver al respecto Soprano 2010: 87.

Desde finales del siglo XIX, y de acuerdo a la normativa ya indicada, cada buque que llegaba a los puertos debía ser revisado por funcionarios de la Dirección (visitadores), quienes dejaban constancia de la cantidad de pasajeros, su lugar de origen y su situación sanitaria, entre otra información general. El médico acompañaba con su firma la revisión, prevista en el correspondiente formulario impreso y realizaba un examen a los pasajeros de 3era clase, a quienes se consideraba más desvalidos, por su situación particular en el buque. Además, es preciso aclarar que la legislación estimaba conveniente que esos pasajeros, a diferencia de los que tenían mayores recursos, podían residir durante un corto período en el Hotel de Inmigrantes, cuyo nuevo edificio fue inaugurado a principios de siglo, y ser derivados en algunos casos a instituciones sanitarias en casos puntuales.

De acuerdo a las fuentes examinadas hasta el momento, en 1901, el ingreso total de inmigrantes de 3era fue de 46.166 personas, quienes debieron pasar por el sistema de inspección<sup>13</sup>. En 1902, y con la misma documentación, ingresaron dentro de ese grupo 32.930 personas. Pero un importante porcentaje de buques no recibieron el médico, por causas que desconocemos: en 1901, de 161 Expedientes, un 67 (41 % del total) no registran la firma de un médico en la inspección y 4 en los cuales no hay información de la inspección, ya fuese sanitaria o de otro tipo. En 1902, de 211 Expedientes, hubo 63 (29,8 %) sin inspección y 16 sin información<sup>14</sup>.

Los médicos que firman los Expedientes, en los casos en que están presentes, son en total 9 facultativos, pero la mayor parte de los vapores ingresados fueron inspeccionados por dos: Tomás Cabral y Juan De María, en el caso de la rada porteña, y por uno solo, en la rada de La Plata, O. Gallastegui<sup>15</sup>. Siguiendo la pauta de lo sucedido en otras áreas, también en la “línea” de desembarco, los vapores que trajeron un mayor número de personas tuvieron escasos rechazos, aunque es preciso una acumulación mayor de casos para poder arribar a conclusiones más generales<sup>16</sup>.

La revisión médica estaba lejos de ser exhaustiva: en dichos Expedientes, se observan

---

<sup>13</sup>Entre 1901-1910, ingresaron al país 1.760.000 personas (italianos en primer lugar, luego españoles, franceses y rusos. En 1901, ingresaron aproximadamente 60 mil personas (Devoto, 2003: 247-248).

<sup>14</sup>Esta disminución podría indicar, si se mantiene la tendencia, un mayor interés de las agencias estatales por la apropiada gestión de la inspección a los inmigrantes a lo largo del tiempo, pero se trata de un aspecto que no podemos más que indicar aquí y que se profundizará en adelante, con el análisis de más información.

<sup>15</sup>Los médicos que figuran en los Partes son, de acuerdo a los datos disponibles: Tomás Cabral y Juan De María, O. Gallastegui, J. Zabaletta, Castellanos, Quedo, Benitez, Zabalía y Aliotto.

<sup>16</sup>Ver al respecto, Partes Consulares citados, 1901 y 1902 como ejemplos.

vapores ingresados con miles de personas en la rada porteña o en La Plata durante un mismo día, sin que hayan atravesado el “ojo clínico” que separaba a los aptos de los que no lo eran<sup>17</sup>. Las autorizaciones fueron en su mayoría en excepción al Artículo N° 32 para permitir el ingreso de migrantes sexagenarios (un total de 32 Expedientes sobre los 161 examinados en 1901 y 122 de los 211 examinados en 1902); en estos casos, era debido a que podían justificar su ingreso a raíz de tener parientes que pudiesen hacerse cargo de ellos o bien, eran propietarios.

En 1906, y a raíz de una epidemia de viruela, el influyente Director del DNH, José Penna, impulsó una legislación de obligatoriedad de vacunación para los inmigrantes<sup>18</sup>. El mismo director del DNH indicaba sus dudas sobre la forma en la cual se estaba llevando a cabo la inspección al ingreso de los buques a los puertos argentinos, sobre todo en relación con esta peligrosa enfermedad contagiosa (Penna y Madera, 1910).

En 1911, una nueva reglamentación del sucesor de Alsina, Manuel Cigorrara, determinó que asistieran al ingreso un médico de la repartición, ya que los visitantes, sin conocimientos específicos, eran quienes decidían de manera arbitraria la aceptación o el rechazo de los nuevos inmigrantes, para hacer cumplir el citado Artículo N° 32 de la Ley<sup>19</sup>. A principios del siglo, los conflictos sociales llevaron por un lado a la sanción de una legislación represiva -Ley de Defensa social y Ley de Residencia- y a una reforma y apertura política. En ese período, el Estado argentino había sido colonizado por un sector

---

<sup>17</sup> Caja 1, E D240, Vapor Toscana, con 711 pasajeros de 3era, ingresado el 8 de abril de 1901, sin que la inspección tuviese médico; igual situación se observa en Caja 1 E D309, Vapor Ravenna, con 743 pasajeros de 3era; ingresado el 5 de mayo; Caja 1, E D354, Vapor Toscana, con 969 pasajeros de 3era, ingresados el 28 de mayo; Caja 16 ED1058, Vapor Espagne, con 781 pasajeros de 3era, ingresado el 2 de diciembre de 1902;

<sup>18</sup> Como hemos señalado, en 1886, la legislatura porteña aprobó finalmente la vacunación obligatoria, sobre la base del proyecto presentado por E. Coni ya en 1878, en el cual se conectaba la vida de los recién nacidos al registro estatal. En la reglamentación de 1887, la instrumentación dependía del Registro Civil, organismo creado bajo el gobierno de Julio A. Roca a partir de la Ley 1565 para la Capital Federal y los Territorios Nacionales y que en 1889 se generalizó al resto del país. Se debía revacunar a los inmigrantes llegados al país – para lo cual se apersonaban a la llegada de los barcos en el puerto o bien, en el Hotel de Inmigrantes – y a los niños en escuelas y colegios (Di Liscia, 2011).

<sup>19</sup> Se trata de la Resolución n° 744 (junio 10 de 1911), que señala "Habiendo notado el infrascripto que no asiste ningún médico de la Repartición a la visita reglamentaria que efectúa la oficina de desembarco a los vapores conductores de inmigrantes, que en la actualidad queda librado al juicio de los visitantes de los inmigrantes que se hayan o no comprendido en las disposiciones del artículo 32 de la Ley de inmigración, y considerando que esos empleados, si bien pueden opinar de los físicamente inaptos para el trabajo, no sucede lo mismo de los que se hayan afectado de mal contagioso y otras enfermedades, sobre cuyas características un facultativo puede dictaminarse, el Director General de Migración, resuelve: Desde la fecha la visita reglamentaria a los vapores que conducen inmigrantes deberán asistir un médico de la Repartición y a sus órdenes, un practicante, a los efectos de lo dispuesto en el artículo 32 de la Ley de Inmigración" (*Memoria de la DGM*, 1913 [1915]: 109).

de profesionales –médicos, psiquiatras, criminólogos, juristas, abogados, etnógrafos, antropólogos y pedagogos- que se incrustó en diferentes esferas políticas vinculadas con la represión y el control social y cuyos ideales coincidían en un lenguaje científicista y en propuestas de tono conservador (ver Salvatore, 2001). Los médicos tenían entonces un lugar destacado en la administración pública y en las diferentes áreas del sistema republicano ya fuera como legisladores, asesores de los jueces, ministros o secretarios.

Los mecanismos de regulación de la inmigración, solicitados para permitir el ingreso de los “sanos” - y no sólo en sentido físico, sino y sobre todo moral lo que en ese momento significaba limitar a posibles opositores políticos, como anarquistas o socialistas- no llegaron a ser tan estrictos como en otras naciones, pero sí se intentaron ajustar los requisitos a nivel sanitario, apuntando, como señala Devoto, a requisitos biológico-raciales y a la formación de una “raza argentina” (Devoto, 2003: 291).

En 1911, al detectarse una epidemia de cólera en el sur de Italia, el gobierno argentino por influencia del DNH, intentó fiscalizar a quienes se embarcaban en los puertos de esa nación siguiendo el ejemplo de Estados Unidos, que en 1893 había hecho lo propio a ciudadanos italianos que deseaban ingresar al país del Norte. Sin embargo, ante similar voluntad, la presión argentina no tuvo el mismo éxito en la reglamentación de la inspección médica y dio origen a un conflicto con Italia e interrumpió momentáneamente el flujo de migrantes de esa nacionalidad (Devoto, 2003: 292-293). Por lo tanto, también es preciso observar los límites y el peso del gobierno argentino frente a las decisiones de política migratoria que incluyen aspectos sanitarios.

### **3. Control social vs “ciudadanía médica”. Debates y propuestas**

Pasemos ahora al análisis de la generación de una grilla de enfermedades y “vicios” impuesta desde los puertos para rechazar el ingreso de los “indeseables”. Se observa la particularidad de tales exámenes a la luz de al menos dos posturas, sintetizadas (y simplificadas) en dos grandes grupos: Por un lado, las vinculadas al “control social” de los sujetos a través de la manipulación de sus cuerpos en el momento del ingreso al país, y por otro, las que se centran en ese proceso, considerando su impacto en un proceso denominado, a grandes rasgos, de “ciudadanía médica” .

En relación con la primera, la inmersión de los especialistas en los estudios de Michel

Foucault sobre sujetos descartados o moldeados por la ciencia médica impactó en las formas de análisis historiográfico y en sus referencias teóricas, como hemos analizado particularmente para el caso argentino y en relación a instituciones “totales”, como hospicios, orfanatos, hospitales, cárceles, cuarteles y escuelas (Bohoslavsky y Di Liscia, 2005: 11-12).

Michel Foucault pone en la mira el inicio del proceso de subordinación de las mujeres, enfermos mentales, obreros, colegiales, soldados, criminales, mendigos y muchos más, a partir de conceptos controvertidos (pero también extremadamente fértiles) que parten del “biopoder”. Así, la dominación asume un lugar específico en las instituciones constituidas por los estados modernos, donde se construye la mirada “panóptica”, moldeando a los individuos y configurando en lugar de la diversidad y la desobediencia, conductas predecibles, equiparables y sobre todo, controlables por las autoridades militares, educativas, judiciales y sobre todas ellas, las médicas y psiquiátricas.

El biopoder intenta así modificar los cuerpos y enmarcar las diferencias como desviaciones del modelo por excelencia, que es el individuo varón adulto, sano, blanco, propietario y burgués. Todos aquellos que discurren fuera de esta naturaleza, o se niegan a su inserción (porque también es posible reeducar, y volver al redil los cuerpos indómitos), se consideran entonces “anormales”, fuera del perímetro social.

Así, se considera bajo un carácter decididamente político a las nociones científicas y las teorías médicas son entrevistas bajo la óptica del control social: “El poder disciplinario, en efecto, es un poder que en lugar de sacar y de retirar, tiene como función principal la de ‘enderezar conductas’ (...) No encadena las fuerzas para reducirlas, lo hace de manera que pueda multiplicarlas y usarlas (...) La disciplina fabrica individuos, es la técnica específica de un poder que se da a los individuos a la vez como objetos y como instrumentos de su ejercicio” (Foucault, 2000: 175).

Ahora bien, la maquinaria del control social, ciertamente desajustada y sin un ejercicio absoluto del poder, fue también localizada en una normativa y prácticas de vigilancia preventiva y coacción disimulada a través de la medicina social (Huertas, 2009: 30-31). En tal caso, pueden determinarse dentro de este renglón del “control social”, a la reglamentación para impedir el ingreso de enfermedades contagiosas a través de cuarentenas a los buques, la existencia de Casas de Aislamiento y lazaretos para examinar

el desarrollo o no de las patologías a todos los individuos de un barco. Y además, agregar la vacunación y otras prácticas médicas no electivas sino coactivas, entre las cuales se destaca la observación y separación de pasajeros de sectores populares, como se suponía lo eran aquellos que viajaban en la tercera clase de los buques de entonces, y a quienes se destinaba la ingeniería burocrática del puerto destinada al examen médico.

En estos casos, fueron primero higienistas, estadígrafos y políticos, como Guillermo Rawson y Emilio Coni, psiquiatras y educadores, como José María Ramos Mejía, y luego, funcionarios, como Carlos Malbrán, José Penna, Domingo Cabred y Gregorio Araoz Alfaro, -por nombrar sólo algunos de la numerosa constelación médica -, quienes creían firmemente en la necesidad de imponer las normas de higiene y salubridad a través de una “dictadura sanitaria” (Di Liscia, 2011). De acuerdo a Salvatore (2009), durante ese período y el siguiente -correspondiente al primer gobierno radical-, se prestó especial atención a la extensión de la educación pública, en primer lugar, y a la expansión de determinadas pautas de salud a nivel nacional para el control de enfermedades contagiosas<sup>20</sup>. La eliminación – permanente o transitoria- de los derechos individuales, era el precio a pagar para la generalización de prácticas que evitarían el contagio y asegurarían la extensión de la salud, todas cuestiones sobre la cual existían acuerdos ideológicos previos con los gobiernos de cuño conservador del Centenario.

En otros trabajos, hemos examinado en tal sentido la expansión exitosa de la vacunación antivariólica, que permitió a la Argentina ir a la vanguardia de aquellos países que controlaron tempranamente dicha peligrosa enfermedad a principios del siglo XX (Di Liscia, 2011), y lo mismo observamos en relación a campañas sanitarias “verticales”, sobre todo de tifus, realizadas casi a pesar de la población indígena o criolla del Norte del país (Di Liscia, 2010). A pesar que las consecuencias de tales prácticas fueron ciertamente positivas, ya que permitieron la supervivencia de personas que, de otra manera, quizás hubiesen perecido, no se debe dejar de lado su carácter autoritario y ciertamente, despótico, sin intervención de los enfermos y considerándolos como receptáculos de la medicación o bien, como posibles y peligrosos focos de contagio. En estos momentos, brilla por su

---

<sup>20</sup>En 1902, se dedicó un 6,35 % del presupuesto nacional a instrucción pública (Consejo Nacional de Educación) y un 0,42 % al Departamento Nacional de Higiene, encargado de llevar adelante todas las políticas sanitarias en Capital federal y los Territorios Nacionales. Hacia 1910, un 10,51 % estaba indicado para instrucción y un 0,61 para salud, respectivamente. Y en 1920, el presupuesto nacional derivó un 12,16% y 0,75% en ambas actividades (Salvatore, 2009:43).

ausencia las nociones del derecho a la salud para las mayorías.

Sin duda, el examen médico a inmigrantes recién llegados puede ser observada bajo ese mismo lente: una práctica ciertamente de coerción, propia desde la higiene social, impuesta de manera autoritaria sobre un conjunto social en clara desventaja y sobre minorías étnicas y religiosas a las que se desea moldear de acuerdo a una moral conservadora. A la vez, el sistema tenía, como evidenciamos en los años que examinamos, tantas fallas (escasos médicos, poco tiempo de observación, incluso barcos enteros sin inspección), que sin duda es difícil que tuviera éxito en la empresa de incorporar al país cuerpos de trabajadores hábiles y obedientes. Es más, con el correr del tiempo, hubo no pocas voces que denunciaron la incapacidad estatal para ejercer ese control y destacaron una verdadera invasión de supuestos criminales, locos, agitadores políticos, tuberculosos, sifilíticos, tracomatosos y toda una “lacra” de extranjeros que llegaba de manera intermitente de los puertos<sup>21</sup>.

Examinemos ahora otra propuesta teórica en relación con esta misma cuestión, en relación al examen médico compulsivo y su vinculación con la “ciudadanización” inicial de los inmigrantes. Para Fairchild, la historia de la inmigración en USA es una historia de inclusión, sobre todo en la “Era del progreso” –desde mediados del siglo XIX hasta el Acta de 1924-, cuando se trataba de incorporar trabajadores sanos, atendiendo a las grandes demandas de mano de obra. En ese período, la inspección médica no impidió el ingreso de población extranjera, sino que intentó el control de las patologías sin imponer pautas de exclusión étnicas o sociales, a comparación con el proceso posterior de separación posterior a los años veinte (Fairchild, 2004, 1998).

Resulta sin embargo difícil de comprender la mención a una “ciudadanización médica”, que es la que los inmigrantes adquieren, según esta autora, a través de la inmersión en una nación y en un sistema industrializado a partir del examen en la línea de llegada en Ellis Island. Teniendo a la vista Manhattan y muy cerca la Estatua de la Libertad, erigida justamente para impactar a los recién llegados, quienes eran sometidos a un somero diagnóstico a partir del que se los consideraba aptos o no para trasvasar la frontera e instalarse como trabajadores en las nacientes industrias norteamericanas.

---

<sup>21</sup>Se trata de un debate que los mismos contemporáneos se encargaron de poner en la agenda, como se puede observar en Ingenieros, 1919 y Ameghino, 1923 y que se ha analizado de manera exhaustiva desde hace tiempo (ver como ejemplo, Vezzetti, 1985).

Esto resulta un reflejo de las expectativas de las élites sudamericanas en ese mismo momento. Por entonces, como también sucedía en Argentina, se consideraba que los mejores inmigrantes eran los provenientes de Europa del Norte. La legislación norteamericana de finales del siglo XIX (*Act* 1882), no restringió a los inmigrantes de acuerdo a su pertenencia étnica, sino que controló el ingreso de insanos, convictos y los que se denominaban por entonces, idiotas e imbéciles, es decir, personas con retraso mental. En 1891, se incluyó a agentes médicos del *Public Health Service* en la revisión a los recién llegados y en 1903, se diferenciaron las enfermedades en Clase A, que eran contagiosas y crónicas como la tuberculosis, el tracoma, las venéreas, infecciones parásitas, enfermedades mentales, y por las cuales se deportaba automática a los pasajeros que intentaban ingresar, y las de Clase B, como la senilidad, las dificultades de visión y deformidades, así como reumatismo, que podían transformar a la larga al potencial trabajador en una carga social. Hasta la legislación de 1924 y la existencia de cuotas de ingreso –fundadas en teorías racistas- que impidieron el ingreso de población proveniente, por ejemplo, del Centro de Europa, sólo 79.000 inmigrantes de un total estimado en 25 millones de personas fueron “reconducidas” al país de origen entre 1882 y 192. La tasa de rechazo es muy baja, de sólo un 0,03 % del total, con lo cual se está argumentando a favor de la inclusión. La afirmación ciudadana se asume además porque el examen médico a los inmigrantes se visualiza, en sí mismo, como una forma de acostumbramiento a la mecanización industrial norteamericana, desconocida para jornaleros, campesinos y otros trabajadores que no tenían dicha experiencia laboral (Fairchild 2004: 531).

Para otros investigadores, por el contrario, los controles médicos fueron uno de los tantos recursos utilizados por la ciencia para limitar el ingreso de anarquistas, prostitutas y en general, pobres y desempleados provenientes sobre todo del Centro de Europa, al cual se añadieron luego métodos de mayor refinamiento, como los test de inteligencia, para dejar de lado a las “razas” y religiones poco aptas, que encubrían una clara discriminación hacia los semitas y otros *unfit* (Gould, 1984; Birn, 1997).

Volviendo hacia atrás, si bien la noción del examen médico al ingreso como un método de racionalización del trabajo fabril y de inclusión rápida a la ciudadanía puede representar un concepto fértil, ¿puede sin embargo ser aplicado para el caso Argentino? Nos permitimos dudar sobre dichas posibilidades, y sobre todo más que en relación a la tasa de rechazos,

sobre la cual vamos a volver en futuros trabajos, a la luz de un primer análisis sobre las prácticas médicas dirigidas a los inmigrantes en el momento del ingreso al país.

Como estamos observando en el análisis pormenorizado de hasta el momento sólo dos años (pero con una información relativa de cientos de miles de personas), se trata realmente de una burocracia relativamente pequeña, y en formación, no necesariamente especializada. Específicamente, la inspección caía bajo la égida de un núcleo reducido de médicos, sobre los cuales ejercía a su vez el control de manera directa el mismo Director de inmigración, que para los primeros años es Juan Alsina y luego, Manuel Cigorraga. Dichos funcionarios fueron también representantes de los sectores conservadores, cuyas propuestas eran, sin duda, seleccionar a los inmigrantes y dejar ingresar sólo a los que se consideraba moral y físicamente sanos, aptos para el trabajo y en ese sentido, obedientes. Pero en el camino, tuvieron que adaptar estas teorías a la realidad de la inspección médica, y en la avalancha de la llegada de los barcos, día a día, indudablemente los pasos dados para impedir y regular fueron permeados, a su vez, por las posibilidades efectivas de controlar.

#### **4. Bibliografía**

Bernasconi, Alicia, “Aproximación al estudio de las redes migratorias a través de las listas de desembarco. Posibilidades y problemas”, en: María Bjerg-Hernán Otero, comp. *Inmigración y redes sociales en la Argentina moderna*, Tandil, CEMLA-IEHS, 1995, 191-202.

Biernat, Carolina, *Buenos o útiles? La política inmigratoria del peronismo*, Buenos Aires, Biblos, 2007.

Birn, Anne, “Six Seconds per Eyelid: the medical inspection of immigrants at Ellis Island, 1892-1914”, in *Dynamis Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.*, v. 17, 1997, 281-316.

Bohoslavsky, Ernesto y María Silvia Di Liscia, “Introducción. Para desatar algunos nudos (y atar otros)”, en: María Silvia Di Liscia y Ernesto Bohoslavsky ed. *Instituciones y formas de control social en América Latina, 1840-1940. Una revisión*, Buenos Aires. EDULPAM-UNGS-Prometeo Ediciones, 2005, 9-19.

Devoto, Fernando, “Para una historia de las migraciones españolas e italianas a las regiones americanas subatlánticas”, en: Marcelo Carmagnani, Alicia Hernandez Chávez y Ruggiero Romano, coord. *Para una historia de América*, Tomo III, Los Nudos. México, FCE, 1999.

Devoto, Fernando, "El revés de la trama: políticas migratorias y prácticas administrativas en la Argentina (1919-1949), en: *Desarrollo Económico, Revista de Ciencias Sociales*, vol.

41, nº 162, julio-septiembre, 2001,281-303.

Devoto, Fernando, *Historia de la inmigración en la Argentina*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 2003.

Di Liscia, María Silvia, “Reflexiones sobre la ‘nueva historia social’ de la salud y la enfermedad en Argentina”, en: Adrián Carbonetti y Ricardo González Leandri, ed., *Historias de salud y enfermedad en América Latina*, Córdoba, UNC-CEA, 2008, 15-47.

Di Liscia, María Silvia y Melisa Fernández Marrón, “Sin puerto para el sueño americano. Políticas de exclusión, inmigración y tracoma en Argentina (1908-1930)” en: *Revista Nouveau Monde, Mondes Nouveaux., L’Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales*, Dossier: “Historizar los cuerpos y las violencias. América Latina, siglos XVII a XXI”, 2009. URL: <http://nuevomundo.revues.org/index57786.html>.

Di Liscia, María Silvia, “Una larga marcha hacia la inclusión. Enfermedades y campañas en el interior argentino (1900-1940)”, en: Andrea Lluch y Marisa Moroni, ed. *Tierra adentro. Economía y sociedad en el interior argentino*, Rosario, Prohistoria-Edulpam, 2010,121-139.

Di Liscia, María Silvia, “Marcados en la piel. Vacunación y viruela en Argentina (1870-1910)”, en: *Cadernos de Saúde Pública*. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Vol. 16, Nº 2, 2011, 409-422.

Fairchild, Amy, “Policies of Inclusion. Immigrants, Disease Dependency, and American Immigration Policy and the Dawn and Dusk of the 20th Century”, en: *American Journal of Public Health*, April 2004, Vol 94, No. 4, 528-539.

Fairchild, Amy, “Public Health: Nilishm and Pragmatism. History, Politics and the Control of Tuberculosis”, *Public Health Then and Now*, 1998.

Foucault, Michel, *Los anormales. Curso del Collège de France (1974-1975)*, Buenos Aires, FCE, 2000.

González Leandri, Ricardo, “Breve historia del Departamento Nacional de Higiene. Estado, gobernabilidad y autonomía médica en la segunda mitad del siglo XIX”, en Ernesto Bohoslavsky y German Soprano, de. *Un estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*. Buenos Aires, Prometeo Libros, 2010, 59-84.

Gould, Stephen, *La falsa medida del hombre*. Barcelona, Bosch, 1984.

Huertas, Rafael, “Medicina social, control social y políticas del cuerpo. La subjetivación de la norma”, en: Marisa Miranda y Alvaro Girón Sierra, coord. *Cuerpo, biopolítica y control social: América Latina y Europa en los siglos XIX y XX*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2009, 19-41.

Leys Stepan, Nancy, *The hour of Eugenics: race, gender and nation in Latin America*, Ithaca, Cornell University Press, 1991.

Maglen, Krista, "The First Line of Defence. British Quarantine and the Port Sanitary Authorities in Nineteenth Century", en: *Social History of Medicine*, Vol 15, Nº 3, 2002, 413-428.

Markel, Howard, "Knocking out the Cholera: Cholera, Class, and Quarantines in New York City, 1892". *Bulletin of the History of Medicine*, 1995, 69, 420-457.

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

Sánchez Albornoz, Nicolás, "La población de América Latina, 1850-1930", en: L. Bethell, *Historia de América Latina. Tomo 7: América Latina: Economía y Sociedad, 1870-1930*, Barcelona, Crítica-Cambridge, 1991, 106- 132.

Salvatore, Ricardo, "Sobre el surgimiento del Estado Médico legal en la Argentina, (1890-1940)", *Estudios Sociales*, nº 20, año XI, 2001, 81-114.

Salvatore, Ricardo, "Between 'Empleomanía' and the Common Good: Successful Expert Bureaucracies in Argentina (1870-1930), en: *Workshop "Paper Leviathans"*. Princeton University, Princeton, N.J., September 18-19, 2009.

Soprano, Germán, "Haciendo inspección". Un análisis del diseño y aplicación de la inspección laboral por los funcionarios del Departamento Nacional del Trabajo (1907-1914), en: Ernesto Bohoslavsky y German Soprano, de. *Un estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*. Buenos Aires, Prometeo Libros, 2010, 85-120.

Vallejo, Gustavo y Marisa Miranda "La eugenesia y sus espacios institucionales en Argentina", en: Miranda, Marisa y Gustavo Vallejo. *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2005:142-192.

Vezzetti, Hugo. *La locura en la Argentina*, Buenos Aires, Paidós, 1985.

Yew, Elisabeth, "Medical Inspection of Inmigrants at Ellis Island, 1891-1924", in: *Bulletin New York Academic Medicine*, Vol. 56, Nº 5, 1980.

Zimmerman, Eduardo, "Racial ideas and social reform: Argentina, 1890-1916, *The Hispanic American Historical Review*, V. 72, 1, 1992: 23-4.

## 5. Fuentes editas

-Alsina, Juan, *La inmigración en el primer siglo de la Independencia*, Buenos Aires, Imprenta Felipe E. Alsina, 1910.

-Ameghino, Arturo, "Datos para la profilaxis mental en la República Argentina", en:

Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina legal. Buenos Aires. 1923:170- 212.

-*Memoria del Departamento General de Inmigración correspondiente al año 1890*,[1891]  
 Director: Juan Alsina, Buenos Aires, Imprenta Pablo Coni e hijos.

-*Memoria del Departamento General de Inmigración correspondiente al año 1891*,[1892]  
 Director: Juan Alsina, Buenos Aires, Imprenta Pablo Coni e hijos.

-*Memoria del Departamento General de Inmigración correspondiente al año 1898*,[1899]  
 Director: Juan Alsina, Buenos Aires, Imprenta Biedma e hijos.

-*Memoria del Departamento General de Inmigración correspondiente al año 1899*,[1900]  
 Director: Juan Alsina, Buenos Aires, Imprenta Biedma e hijos.

-*Memoria de la Dirección General de Inmigración correspondiente al año 1908* [1909].  
 Director: Juan Alsina, Buenos Aires, Talleres de Publicaciones de la Oficina Meteorológica Nacional.

-*Memoria de la Dirección General de Inmigración correspondiente al año 1913*. [1915]  
 Director: Manuel Cigorraga. Buenos Aires, Talleres Gráficos del Ministerio de Agricultura.

-Ingenieros, José. *La locura en la Argentina*, Buenos Aires, Cooperativa Editorial Limitada. 1919.

-Penna, José y Horacio Madero, *La administración sanitaria y la Asistencia Pública en la ciudad de Buenos Aires, tomo I*. Buenos Aires, Imprenta y Litografía Kraft, 1910.

## 6. Fuentes inéditas

-FONDO DOCUMENTAL-DIRECCION NACIONAL DE MIGRACIONES,  
 Serie: Actas de Inspeccion marítima (1901-1902)

Caja 1 E D239 Vapor San Ignacio de Loyola	Caja 10 E196 Vapor Tijuca
Caja 1 E D240 Vapor Toscana	Caja 10 E208 Vapor Wittekind
Caja 1 E 243 Vapor Santos	Caja 10 E278 Vapor Clyde
Caja 1 E D244 Vapor Regina Margherita	Caja 10 E209 Vapor Miguel = Gallart
	Caja 10 E304 Vapor Chili
Caja 1 E D256 Vapor Amiral Baudi 1	Caja 10 E253 Vapor La Plata
Caja 1 E D257 Vapor Italie	Caja 10 E302 Vapor Pfalz
Caja 1 E D263 Vapor Savoia	Caja 10 E254 Vapor Cap. Frío
Caja 1 E D271 Vapor La Plata	Caja 10 E290 Vapor Amiral Aube
	Caja 10 E258 Vapor Nile
Caja 1 E D277 Vapor Sirio	Caja 10 E257 Vapor Aachen
Caja 1 E D285 Vapor Cap Frío	Caja 10 E303 Vapor Santos
Caja 1 E D286 Vapor Pampa	Caja 10 E242 Vapor Antonina
Caja 1 E D293 Vapor Leon XIII	Caja 10 E236 Vapor Algerie
Caja 1 E D294 Vapor Pzalz	Caja 10 E246 Vapor Cordoba
Caja 1 E D303 Vapor Aquitanie	Caja 10 E217 Vapor Les Alpes
	Caja 10 E215 Vapor Venezuela
Caja 1 E D298 Vapor Miguel Jover	Caja 10 E210 Vapor Espagne
Caja 1 E D304 Vapor Venezuela	Caja 10 E275 Vapor J. Jover Serra
Caja 1 E D309 Vapor Ravenna	Caja 10 E232 Vapor Regina Elena
	Caja 10 E308 Vapor Duca Di Gallera
Caja 1 E D311 Vapor San Francisco	Caja 10 E294 Vapor Reina María Cristina
	Caja 10 E286 Vapor Ravenna
Caja 1 E D317 Vapor Petropolis	Caja 10 E276 Vapor Centro América
	Caja 10 E226 Vapor Sirio
Caja 1 E D325 Vapor Antonina	Caja 10 E301 Vapor Mendoza
	Caja 10 E398 Vapor Toscana
Caja 1 E D326 Vapor France	Caja 10 E367 Vapor Perseo
Caja 1 E D327 Vapor Amiral Courbet	Caja 10 E347 Vapor Savoia
Caja 1 E D334 Vapor Aachen	Caja 10 E323 Vapor Provence
Caja 1 E D343 Vapor Centro America	Caja 10 E315 Vapor Orione
	Caja 10 E332 Vapor San Nicolás

Caja 1 E D346 Vapor Córdoba	Caja 10 E333 Vapor Magdalena
Caja 1 E D350 Vapor Perseo	Caja 11 E337 Vapor Les Andes
Caja 1 E D352 Vapor Willehad	Caja 11 E 393 vapor P. de Satrústegui
Caja 1 E D354 Vapor Toscana	Caja 11 E 402 Vapor Miguel Jover
Caja 2 E D357 Vapor P de Satrustegui	Caja 11 E396 Vapor Atlantique
Caja 2 E D358 Vapor Les Alpes	Caja 11 E397 Vapor R. Margherita
Caja 2 E D351 Vapor J Jover Sierra	Caja 11 E391 Vapor Duchessa Di Genova
Caja 2 E D360 Vapor Citta di Milano	Caja 11 E392 Vapor Italia
Caja 2 E D363 Vapor Duca di Galliera	Caja 11 E 399 Vapor Mark
Caja 2 E D390 Vapor Amiral Aube	Caja 11 E383 Vapor Thames
Caja 2 E D401 Vapor Equita	Caja 11 E384 Vapor Campinas
Caja 2 E D369 Vapor Regina Margherita	Caja 11 E388 Vapor Cordoba
Caja 2 E D370 Vapor México	Caja 11 E373 Vapor Borkum
Caja 2 E D373 Vapor Asunción	Caja 11 E364 Vapor Brésil
Caja 2 D384 Vapor Les Andes	Caja 11 E363 Vapor Cap. Verde
Caja 2 E D391 Vapor Espagne	Caja 11 E362 Vapor La Plata
Caja 2 E D397 Vapor Tijuca	Caja 11 E357 Vapor Cordilleras
Caja 2 E D398 Vapor Córdoba	Caja 11 E356 Vapor France
Caja 2 E3399 Vapor La Plata	Caja 11 E553 Vapor Savoia
Caja 2 E D 400 Vapor Halle	Caja 11 E530 Vapor Magdalena
	Caja 11 E605 Vapor Toscana
Caja 2 E D405 Vapor Savoia	Caja 11 E535 Vapor Provence
	Caja 11 E608 Vapor P. de Satrústegui
Caja 2 E D419 Vapor Cordillera	Caja 11 E529 Vapor J. Jover Serra
Caja 2 E D420 Vapor Olupo	Caja 11 E544 Vapor A. Baudin
Caja 2 E D421 Vapor Sirio	Caja 11 E594 Vapor Aguitaine
Caja 2 ED424 Vapor Mark	Caja 11 E539 Vapor Chili
Caja 2 ED433 Vapor Leon XIII	Caja 11 E546 Vapor Asuncion
Caja 2 ED428 Vapor Cap Roca	Caja 11 E595 Vapor Pfalz
Caja 2ED434 Vapor Ravena	Caja 11 E604 Vapor Santos
Caja 2 ED435 Vapor Bithynie	Caja 11 E607 Vapor Cap. Verde
Caja 2 ED436 Vapor Nile	Caja 11 E613 Vapor Danube
Caja 2 ED547 Vapor Magdalena	Caja 11 E554 Vapor France
Caja 2 ED787 Vapor Piemonte	Caja 11 E555 Vapor Bahia
Caja 2ED559 Vapor Regina Margherita	Caja 11 E556 Vapor Helgland
Caja 2 ED569 Vapor Leon XIII	Caja 11 E566 Vapor Thames
Caja 2 ED570 VaporCalabrò	Caja 11 E579 Vapor Amiral Aube
Caja 2 ED574 Vapor Ravena	Caja 12 E799 Vapor Toscana
Caja 2 ED577 Vapor Venezuela	Caja 12 E788 Vapor Rosario
Caja 3 ED583 Vapor Asunción	Caja 12 E797 Vapor Tijuca
Caja 3 ED591 Vapor Sirio	Caja 12 E798 Vapor P. de Satrústegui
Caja 3 ED599 Vapor Les Alpes	Caja 12 E756 Vapor La Plata
Caja 3 ED601 Vapor Cap Roca	Caja 12 E733 Vapor Borkun
Caja 3 ED602 Vapor Clyde	Caja 12 E781 Vapor Pampa
Caja 3 ED604 Vapor Amiral Aube	Caja 12 E746 Vapor Manilla
	Caja 12 E721 Vapor Espagne
Caja 3 ED606 Vapor Algeria	Caja 12 E710 Vapor Centro America
Caja 3 ED s/n Vapor Antonina	Caja 12 E740 Vapor Magdalena
Caja 3 ED615 Vapor Luca Di gallea	Caja 12 E784 Vapor Thames
Caja 3 ED619 Vapor Bresil	Caja 12 E744 Vapor France
Caja 3 ED625 Vapor Marck	Caja 12 E745 Vapor Frio
Caja 3 ED632 Vapor Miguel Jove	Caja 12 E748 Vapor Santos
Caja 3 ED633 Vapor Cordilleras	Caja 12 E763 Vapor Chili
	Caja 12 E764 Vapor Witterkind
Caja 3 ED642 Vapor Thames	Caja 12 E741 Vapor Campinas
Caja 3 ED643 Vapor Pernambuco	Caja 12 E738 Vapor Cordoba
Caja 3 ED645 Vapor Orione	Caja 12 E722 Vapor La Plata
Caja 3 ED652 Vapor Toscana	Caja 12 E772 Vapor Umbria
	Caja 12 E789 Vapor Les Alpes
Caja 3 ED656 Vapor P.De Satrustegui	Caja 13 E61 Vapor Provence
Caja 3 ED664 Vapor Atlantique	Caja 13 E72 Vapor Magdalena
Caja 3 ED666 Vapor Santos	Caja 13 E11 Vapor Santos

<p>Caja 3 ED854 Vapor Cap Roca  Caja 3 ED903 Vapor Mendoza  Caja 3 ED913 Vapor Cap Frio  Caja 3 ED931 Vapor Danube  Caja 4 ED143 Vapor Tijuca</p> <p>Caja 4 ED161 Vapor Arg  Caja 4 ED164 Vapor Orione  Caja 4 ED167 Vapor Alsace  Caja 4 ED177 Vapor Paranagua  Caja 4 ED182 Vapor Cordillera  Caja 4 ED183 Vapor Centroamerica  Caja 4 ED190 Vapor Mexico  Caja 4 ED193 Vapor Javier Serra  Caja 4 ED200 Vapor Perseo  Caja 4 ED211 Vapor Belgrano</p> <p>Caja 4 ED218 Vapor Citta di Milano</p> <p>Caja 4 ED219 Vapor Cap Roca  Caja 4 ED220 28/03/1901</p> <p>Caja 4 ED223 Vapor P. de Salustregui  Caja 4 ED227 Vapor Espagne  Caja 4 ED230 Vapor Juan Forjas  Caja 4 ED442 Vapor Venezuela  Caja 4 ED446 Vapor Italie  Caja 4 ED449 Vapor San Nicolas  Caja 4 ED451 Vapor San Ignacio de Loyola</p> <p>Caja 4 ED457 Vapor Orione  Caja 4 ED459 Vapor Bresil  Caja 4 ED462 Vapor Born</p> <p>Caja 4 ED463 Vapor Campinas  Caja 4 ED464 Vapor Miguel Jove  Caja 4 ED465 Vapor Juan Forjas  Caja 4 ED467 Vapor Medoc  Caja 4 ED470 Vapor France</p> <p>Caja 4 ED471 Vapor Antonino  Caja 4 ED472 Vapor Santos  Caja 4 ED475 Vapor Centroamérica  Caja 4 ED477 Vapor Amiral Baudin  Caja 4 ED481 Vapor Pflaz  Caja 4 ED492 Vapor Provence  Caja 4 ED500 Vapor P de Satrustegui  Caja 4 ED509 Vapor Rio  Caja 5 ED 672 Vapor Bithynie  Caja 5 ED673 Vapor Italie  Caja 5 ED679 Vapor Savoia  Caja 5 ED687 Vapor Perseo  Caja 5 ED689 Vapor Danube  Caja 5 ED695 Vapor Medoc  Caja 5 ED698 Vapor La Plata  Caja 5 ED706 Vapor Regina Elena  Caja 5 ED712 Vapor France  Caja 5 ED713 Vapor Cap Frio  Caja 5 ED 716 Vapor Cordillere  Caja 5 ED718 Vapor Pzalz  Caja 5 ED730 Vapor Di Genova</p>	<p>caja 13 E 4 Vapor Venezuela  Caja 13 E13 Vapor Borkum  Caja 13 E16 Vapor La Plata  Caja 13 E20 Vapor Los Andes  Caja 13 E26 Vapor Sirio  Caja 13 E28 Vapor Pflaz  Caja 13 E32 Vapor Algerie  Caja 13 E73 Vapor Reina Maria Cristina  Caja 13 E38 Vapor Pampa  Caja 13 E74 Vapor Britannia  Caja 13 E33 Vapor Medoc  Caja 13 E75 Vapor Duca de Galliera  Caja 13 E77 Vapor Orione  Caja 13 E87 Vapor Ravena  Caja 13 E89 vapor Bresil  Caja 13 E91 Vapor Citta de Genova  Caja 13 E41 Vapor Clyde  Caja 13 E42 Vapor Antonina  Caja 13 E53 Vapor Pernanbuco  Caja 13 E55 Vapor Campinas  Caja 13 E54 Vapor Chili  Caja 13 E127 Vapor Calabro  Caja 13 E184 Vapor Washington  Caja 13 E129 Vapor Thames  Caja 13 E171 Vapor Danube  Caja 13 E152 Vapor Corrientes  Caja 13 E177 Vapor Carolina  Caja 14 E192 Vapor Cordillere  Caja 14 E117 Vapor Corrientes  Caja 14 E90 Vapor Nordeney  Caja 14 E128 Vapor France  Caja 14 E131 Vapor La Plata  Caja 14 E154 Vapor Cap Roca  Caja 14 E105 Vapor Savoia  Caja 14 E138 Vapor Miguel Jover  Caja 14 E102 Vapor Italia  Caja 14 E161 Vapor W. di Genova  Caja 14 E111 Vapor Rosario  Caja 14 E119 Vapor Cordovan  Caja 14 E98 Vapor Mark  Caja 14 E130 Vapor Perseo  Caja 14 E162 Vapor Helgoland  Caja 14 E814 Vapor Provence  Caja 14 E883 Vapor Cap Roca  Caja 14 E809 Vapor Noderney  Caja 14 E870 Vapor Duca di Galliera  Caja 14 E831 Vapor Venezuela  Caja 14 E804 Vapor Bresil  Caja 14 E892 Vapor Atlantique  Caja 14 E860 Vapor Clyde  Caja 14 E841 Vapor Pflaz  Caja 14 E871 Vapor Reina Maria Cristina  Caja 14 E838 Vapor Antonina  Caja 14 E839 Vapor Cap. Verde  Caja 14 E813 Vapor Washington  Caja 14 E842 Vapor Cordillere  Caja 14 E857 Vapor Amiral Baudin  Caja 14 E848 Vapor Amiral Aube  Caja 14 E821 Vapor Danube  Caja 14 E876 Vapor Santos  Caja 15 E458 Vapor Noderney  Caja 15 E470 Vapor Cordillere</p>
--	---

Caja 5 ED735 Vapor Amiral Baudin  
Caja 5 ED736 Vapor Margherita

Caja 5 ED739 Vapor Nile  
Caja 5 ED746 Vapor Babitonga  
Caja 5 ED742 Vapor Joven Serra  
Caja 5 ED747 Vapor Provence  
Caja 5 ED750 Vapor Sempione  
Caja 5 ED757 Vapor M.Gallart  
Caja 5 ED761 Vapor Leon XIII  
Caja 5 ED768 Vapor Venezuela  
Caja 5 ED770 Vapor Espagne

Caja 5 ED771 Vapor Georgia  
Caja 6 ED848 Vapor Thomas  
Caja 6 ED853 Vapor Cordoba  
Caja 6 ED873 Vapor Perseo

Caja 6 ED878  
Caja 6 ED883  
Caja 6 ED884  
Caja 6 ED885  
Caja 6 ED889  
Caja 6 ED892  
Caja 6 ED904 Vapor Cordilleras  
Caja 6 ED914 Vapor Cordillere  
Caja 6 ED917 Vapor Regina Margherita  
Caja 6 ED918 Vapor Toscana  
Caja 6 ED925 Vapor Leon XIII  
Caja 6 ED935 Vapor Jover Serra

Caja 15 E471 Vapor Corsica  
Caja 15 E408 Vapor Cap. Roca  
Caja 15 E492 Vapor La Plata  
Caja 15 E493 Vapor Witterkind  
Caja 15 E501 Vapor Ravenna  
Caja 15 E483 Vapor Reina Maria Cristina  
Caja 15 E478 Vapor Centro America  
Caja 15 E503 Vapor Cap. Frio  
Caja 15 E517 Vapor Duca Di Galliera  
Caja 15 E502 Vapor Les Alpes  
Caja 15 E418 Vapor Danube  
Caja 15 E439 Vapor Corrientes  
Caja 15 E457 Vapor Tijuca  
Caja 15 E443 Vapor Algerie  
Caja 15 E409 Vapor Espagne  
Caja 15 E432 Vapor Cordouan  
Caja 15 E444 Vapor Antonina  
Caja 15 E433 Vapor Venezuela  
Caja15 E449 Vapor Sirio  
Caja 15 E891 Vapor Espagne  
Caja 15 E915 Vapor Miguel Gallart  
Caja 15 E922 Vapor Porto Alegre  
Caja 15 E924 Vapor Schrlesuvg  
Caja 15 E987 Vapor Provence  
Caja 15 E895 Vapor Nile  
Caja 15 E979 Vapor Helgoland  
Caja 15 E969 Vapor Cap. Frio  
Caja 15 E968 Vapor Chili  
Caja 15 E935 Vapor Santos  
Caja 15 E940 Vapor Cordilleras  
Caja 15 E949 Vapor Magdalena  
Caja 15 E955 Vapor France  
Caja 16 E1078 Vapor Espagne  
Caja 16 E1080 Vapor Centro America  
Caja 16 E1096 Vapor Atlantique  
Caja 16 E1095 Vapor Governor  
Caja 16 E1097 Vapor Orione  
Caja 16 E1108 Vapor Pfalz  
Caja 16 E1101 Vapor Italie  
Caja 16 E1107 Vapor Santa Fe  
Caja 16 E1119 Vapor Desterro  
Caja 16 E1104 Vapor La Plata  
Caja 16 E1155 Vapor Santos  
Caja 16 E1154 Vapor Planeta  
Caja 16 E1150 Vapor Thames  
Caja 16 E1153 Vapor Borkum  
Caja 16 E1141 Vapor Aquitaine  
Caja 16 E1142 Vapor P. de Satrustegui  
Caja 16 E957 Vapor Umbria  
Caja 16 E958 Vapor Amiral Courbet  
Caja 16 E921 Vapor La Plata  
Caja 16 E967 Vapor P. de Satrustegui  
Caja 16 E965 Vapor Desterro  
Caja 16 E962 Vapor La Plata  
Caja 16 E882 Vapor Centro America  
Caja 16 E986 Vapor Duchessa Di Geneva