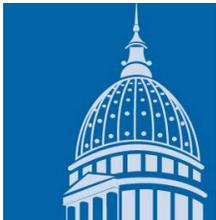


NUEVA HISTORIA ARGENTINA

TOMO 5

EL PROGRESO, LA MODERNIZACIÓN  
Y SUS LÍMITES  
(1880-1916)

Directora de tomo: Mirta Zaida Lobato



**PROGRAMA**  
INTERUNIVERSITARIO  
de  
**HISTORIA POLÍTICA**

EDITORIAL SUDAMERICANA

BUENOS AIRES

2000

# XII



## *El descubrimiento de la enfermedad como problema social*

por DIEGO ARMUS



La epidemia de fiebre amarilla de 1871 sacudió a Buenos Aires. No tanto por la novedad sino por el lastre de muerte que trajo y la desarticulación de la vida comunitaria e institucional. En cuatro meses murieron más de trece mil personas —algo así como el 8 por ciento de la población total—, una cifra terrorífica comparada con las muertes ocasionadas por epidemias anteriores. Como nunca antes, la gente y las autoridades acusaron el impacto. No sólo se debió habilitar un nuevo cementerio y más de 50.000 personas abandonaron temporarily la ciudad, sino que también se aceleró el definitivo traslado de la elite porteña de la zona sur a la zona norte de la ciudad, un éxodo que había comenzado en la década del cincuenta.

La epidemia marcó la memoria colectiva de la ciudad. 1871 se recorta entonces como un parteaguas simbólico: la gran aldea y sus recurrentes azotes epidémicos debían quedar atrás si se quería construir una ciudad y una nación modernas. En las sesiones del Poder Legislativo de ese año, el entonces presidente Domingo Faustino Sarmiento anunció las líneas más gruesas del proyecto modernizador que en

materia de salud pública dominaría el último tercio del siglo XIX y los comienzos del XX. Con un tono casi amenazante indicó que la ausencia de ciertas obras públicas exponía a las ciudades a las "más serias catástrofes" y que el "hecho histórico" de la reciente epidemia destacaba la necesidad de que el Estado no sólo respondiera a las urgencias traídas por el veloz crecimiento urbano sino que también jugara un activo rol propagando los nuevos ideales de higiene definitivamente instalados en la modernidad. Así, y aun cuando las enfermedades epidémicas no fueron una novedad de fines del siglo XIX y comienzos del XX, es evidente que en estos años se cargaron de una hasta entonces desconocida significación social, cultural y política.

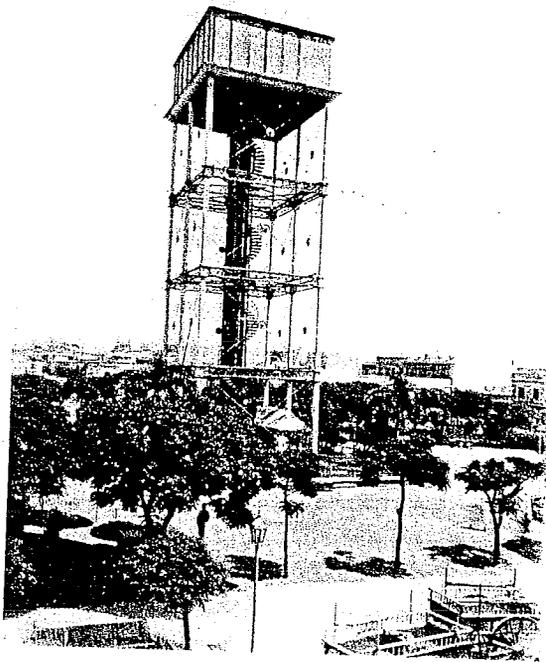
## EL TRIUNFO DE LA HIGIENE

El descubrimiento de la enfermedad como problema social fue parte de una suerte de ideología urbana articulada en torno a los temas del progreso, la multitud, el orden, la higiene y el bienestar. Esta ideología ganó terreno a comienzos de la segunda mitad del siglo XIX cuando se acallaron las guerras civiles y se comenzó a buscar formas de convivencia dentro de un nuevo sistema institucional. En el entresiglo el gran tema de reflexión fue el de un futuro crecientemente urbano y en menor medida industrial. Las ciudades que se expandían de modo acelerado en el litoral ofrecían la cambiante realidad traída por el progreso moderno y también la del azote epidémico y la ausencia de equipamientos colectivos. En las del interior, los cambios fueron menos espectaculares y las ilusiones del progreso menos evidentes pero allí también, tarde o temprano, se hizo presente esa ideología urbana.

Entre fines del siglo XIX y comienzos del XX la vida en estas ciudades estuvo cíclicamente marcada por las epidemias. Así, las enfermedades —en particular las infectocontagiosas— devinieron en problema social no porque antes no existieran sino porque fue hacia fines del siglo cuando se las relacionó con otras urgencias y con una nueva convicción que indicaba que era necesario y en algunos casos posible hacer algo que las evitara. En efecto, a todo lo largo de los siglos XVII, XVIII y la primera mitad del XIX, las epidemias recordaban con puntualidad la esencia colectiva del

mundo urbano. En el XVII se hablaba de tabardillo, chavalongo, viruela, pestilencias, mal de Luanda, males de peste, fiebres pútridas, calenturas y calenturas pútridas. Muchas de estas denominaciones siguieron presentes en el siglo XVIII. Otras, como la fiebre lenta nerviosa, el tifus, la fiebre petequial, el tenesmo, el disenterio o la angina gangrenosa, comenzaron a aparecer en la lista de males que periódicamente irrumpían en la ciudad. En el XIX fueron las epidemias de calenturas dinámicas, disentería y pústulas malignas y, de modo cada vez más ostensible a medida que el siglo avanzaba, las de cólera, fiebre amarilla, peste bubónica, gripe, sarampión, fiebre tifoidea, escarlatina, coqueluche, crup, difteria, viruela y tuberculosis. En las dos últimas décadas del siglo la bacteriología moderna impuso exitosamente el uso de las denominaciones de las enfermedades infecciosas, que durarán hasta bien entrado el siglo XX, desechando las que hacían referencia a una cierta sintomatología o al lugar del cuerpo afectado por el mal. Como sea, tanto las viejas denominaciones como las nuevas fueron “creaciones” del saber médico, es decir, desórdenes y manifestaciones que cobraban entidad como un fenómeno —una enfermedad específica— al que la medicina terminaba asignando una existencia independiente del enfermo en tanto individuo particular.

Exógenas o no, endémicas o epidémicas, crónicas o agudas, en el entresiglo las enfermedades concitaron una hasta entonces desconocida atención. En el corazón mismo de estos cambios debe situarse el creciente rol de la higiene tanto en sus contenidos preventivos como disciplinadores. En verdad, la higiene como instrumento de intervención es anterior a su triunfante presencia finisecular. Por décadas, tal vez si-



*Torre de agua en plaza Lorea a fines del siglo XIX.*

glos, sólo aspiró a incidir en el poder. Pero a mediados del siglo XIX, cuando en Europa el proceso de reproducción de la riqueza se vio amenazado por las malas condiciones sanitarias, comenzó a prestarse una creciente atención a la educación de los trabajadores, las obras de saneamiento, el aire puro, los espacios verdes y la atención médica. Los higienistas fueron figuras clave en la temprana formulación de políticas destinadas a responder a esas nuevas urgencias. En la Argentina estas preocupaciones eran patrimonio de un grupo muy heterogéneo de individuos y fue a comienzos de la segunda mitad del siglo, y al calor del proceso de constitución de ciertas agencias administrativas del Estado y de la propia profesión médica, que la higiene terminó fuertemente asociada a los médicos. Absorbiendo con mayor o menor imaginación los avances y las novedades provenientes de Europa, y haciendo gala de un gran eclecticismo, la higiene criolla comenzó oscilando entre vagas nociones de saneamiento urbano y meros juicios morales. Ofrecía consejos, sugería regulaciones y, puesto que sus concepciones de la enfermedad asumían un sinfín de causas, se preocupaba casi de modo indiscriminado por todo. Ganaba presencia pública luego de cada epidemia y, entre el pánico y los lamentos reinantes, acusaba a los gobernantes de imprevisión. Una vez finalizada la crisis, la fatalidad y la impotencia volvían a ser la norma. Más allá de estas espasmódicas reacciones, la higiene también se había transformado en un tema vinculado a cuestiones mucho más generales como el progreso y la civilización. En ese contexto devino en un asunto al que recurrían muchos, no sólo quienes aspiraban a definirla como su área de incumbencia profesional específica. Hacia finales de la década de 1860, Sarmiento planteaba la urgencia de dar "aguas corrientes al pueblo, luz a las ciudades, templos al culto, leyes a la sociedad, constitución a la nación". Y algo más tarde, en la década de 1880, la higiene también proveería argumentos y razones que legitimaban la arremetida secularizadora del Estado en áreas tradicionalmente controladas por la Iglesia, como la educación, el matrimonio civil, las prácticas funerarias y de bautismo, la caridad y la filantropía.

Fue en el último tercio del siglo XIX cuando el ideal de la higiene —y con él la consolidación del grupo higienista y sus iniciativas— ganó en detalle y sofisticación y quedó definitivamente enmarcado en el proyecto modernizador. En 1877 Eduardo Wilde enmarcaba los problemas de la salud como una cuestión pública.

“Nosotros no hemos de entender lo que se entiende vulgarmente por preservación de enfermedades el impedimento a la importación y propagación de las epidemias; no, de ninguna manera; nosotros tenemos que entender por salud del pueblo todo lo que se refiere a su bienestar y éste comprende todo lo que contribuye a su comodidad física y moral (...) Salud del pueblo quiere decir instrucción, moralidad, buena alimentación, buen aire, precauciones sanitarias, asistencia pública, beneficencia pública, trabajo y hasta diversiones gratuitas; en fin, todo lo que puede constituir una exigencia por parte de cada uno y todos los mercaderes de una comarca o de una ciudad”.

La agenda del grupo higienista fue cambiando con el tiempo, en gran medida como reflejo de los cambios que tenían lugar en el mundo urbano. Pero hubo un núcleo perdurable en el tiempo. Se trataba de la ciudad, como artefacto y como trama social. La ciudad estuvo siempre en el centro de las preocupaciones del higienismo y fue el blanco de un sinnúmero de empeños armados en torno de la idea del progreso. Mientras dominaron las enfermedades infecciosas hubo un marcado énfasis en la lucha antiepidémica que, como ocurrió en otros lugares, mezclaba los temores generalizados al contagio, la moralización de las masas, las preocupaciones por el equipamiento urbano y la pobreza. Cuando la construcción de las obras de salubridad facilitó el control de los ciclos epidémicos, la higiene destacó más directamente la problemática de la pobreza y la necesidad de levantar una red de instituciones de asistencia.

Estos cambios de énfasis sobre un mismo núcleo aparecen con claridad en los escritos del más prolífico de los higienistas criollos. En 1887, Emilio Coni publicó en París un largo ensayo titulado *Progrès de l'hygiène dans la République Argentine*, donde los problemas sociales del crecimiento urbano habían sido reducidos a problemas sanitarios y la percepción de lo colectivo estaba fuertemente marcada por las impaciencias higiénicas y ambientales. En la segunda década del siglo XX, en su *La ciudad argentina ideal o del porvenir* o en muchos de los ensayos incluidos en sus *Memorias de un médico higienista (Contribución a la historia de la higiene pública y social)*, Emilio Coni destacaba problemas y ofrecía soluciones que sólo en parte coincidían con el tono que dominaba en sus escritos de la década de 1880. De algún modo la distancia que media entre 1870 y 1920 es la distan-

cia entre una prédica básicamente centrada en la salubridad y el equipamiento sanitario y otra que, reconociendo su importancia, ya ha incorporado y jerarquizado la dimensión del asistencialismo. En 1870 y 1880 se trataba de un obstinado esfuerzo de construcción de redes de agua potable; en 1920, en cambio, de la creación de una red de instituciones de asistencia, prevención, moralización y bonificación social destinadas a contener y acomodar los desajustes que los cambios modernizadores habían traído consigo.

Esta agenda de intervención y reforma en el mundo urbano tuvo buena recepción en grupos políticos de muy diverso origen ideológico. Reformadores liberal-conservadores, católicos sociales, socialistas e incluso anarquistas participaron con entusiasmo del credo higiénico. Podían enfatizar en este u otro punto, divergir en los modos de llevar adelante tal o cual proyecto. Pero es indudable que el ideal de la higiene, por estar en el centro mismo de la experiencia de la modernidad, fue patrimonio de prácticamente todos los grupos. Esta suerte de consenso fue, en gran medida, facilitada por la convergencia de una serie de factores que permitió la transformación de los débiles y tímidos escarceos de la higiene antes de 1870 en una suerte de programa moderno. Durante los años del entresiglo, y en el marco del acelerado crecimiento urbano del litoral, la higiene criolla se instaló exitosamente en la sociedad argentina porque se identificó con los avances de la bacteriología moderna, el desarrollo de la estadística como disciplina, la consolidación de instituciones estatales con agendas específicamente abocadas a las cuestiones de la salud pública, la creciente presencia de la profesión médica en la sociedad y el Estado y las conferencias internacionales empeñadas en dar una respuesta coordinada frente a la rápida propagación de las epidemias.

La bacteriología moderna —probablemente una de las pocas verdaderas revoluciones generadas por la medicina— trajo nuevas hipótesis diagnósticas y nuevas terapias, desplazando a las ya viejas ideas que encontraban en “las fuentes de la pestilencia” el lugar desde donde partían los temidos miasmas, efluvios o emanaciones nocivas de difícil definición, que supuestamente facilitaban la propagación de las enfermedades infectocontagiosas. A mediados del siglo XIX, las teorías que vinculaban la estructura y humedad del suelo con los ciclos epidémicos —en particular del cólera, la fiebre amarilla, la tuberculosis y la fiebre tifoidea— seguían siendo bien recibidas en algunos grupos del mundillo cien-



*La Asistencia Pública durante la revisión a vendedores ambulantes.*

tífico. No en vano, en una tesis doctoral de comienzos de la década de 1870 presentada en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, el autor no dudaba en afirmar que “sabemos tan poco en medicina sobre las relaciones entre causas y enfermedades que tanto valdría que no supiéramos nada”. Pero en la década de 1880 la bacteriología —en particular la que en Alemania lideraba Roberto Koch— logró descubrir los agentes específicos de la fiebre tifoidea, la difteria, el cólera y la tuberculosis. Por unos años disputó con las teorías miasmáticas pero en poco tiempo devino en el marco teórico fundamental al que se aferraron quienes querían entender, controlar y prevenir los azotes epidémicos. Fue un enfoque definitivamente biologista y monocausal de la enfermedad que apasionadamente buscó encontrar “el” microorganismo causante de cada mal. Hacia fines del siglo XIX, y más motivados por el desafiante entorno urbano en que vivían que por los estudios en el laboratorio, los higienistas argentinos se hicieron eco de esas novedades y al igual que muchos de sus pares en otras áreas, en Europa y las Américas, pusieron la bacteriología al servicio de la tarea de sanear las ciudades. Algunos fueron particularmente enfáticos en señalar la importancia de evitar la infección y el contagio; otros dirigieron su atención a las condiciones materiales de vida en donde esos procesos tomaban lugar y mu-

chos, tal vez la mayoría, se valieron de ambos enfoques en un claro ejemplo de eclecticismo.

Fue también en esos años cuando la estadística irrumpió como un novedoso recurso de análisis social. Fue recién en la segunda mitad del siglo XIX, y particularmente en el entresiglo, cuando la estadística comenzó a fructificar en publicaciones abocadas a cuantificar fenómenos sociales y económicos y, muy especialmente, demográficos. Se trataba de saber cuánta gente se moría y por qué causas, a qué edad, de qué se enfermaban, cuántos nacían, dónde vivían, cuántos extranjeros llegaban y dónde se radicaban, cuántos se volvían a sus países de origen, cómo crecían las redes de agua potable y la de cloacas, cuántas cuadras estaban pavimentadas, cuántas se barrían, en cuántas se recolectaba la basura. Hacia finales del siglo las ciudades más grandes ya publicaban sus memorias municipales y en algunos casos tenían sus boletines mensuales de estadística. Los censos nacionales, provinciales y municipales ya se habían transformado en un herramienta de ingeniería social, en esos años un modo común de referirse a empeños destinados a modelar una trama social urbana cada vez más compleja. Esta irrupción de la estadística fue posible porque, a partir de las décadas de 1850 y 1860, demógrafos y estadígrafos, muchos de ellos entrenados en Europa, terminaron ocupando cargos de relevancia en el Estado. Fueron ellos quienes comenzaron a jerarquizar, como nunca antes, las cuestiones de la salud y la enfermedad. En 1880 se creó el Departamento Nacional de Higiene y en 1883 la Asistencia Pública de Buenos Aires. Más tarde o más temprano fueron apareciendo en otras áreas del país agencias similares en el orden provincial o municipal. En estas nuevas instituciones, creadas en gran medida como resultado de la presión de los médicos higienistas, este grupo burocrático profesional delimitó su área de competencia específica y se transformó en el especialista por excelencia de un mundo urbano signado por urgencias medioambientales. Su objetivo fue terminar con los cólicos, azotes epidémicos y transformar las ciudades en espacios limpios; sus recursos fundamentales, la construcción de equipamientos colectivos y el empeño por influenciar en los comportamientos cotidianos de la gente conforme al moderno código de conductas higiénicas.

La mayoría de estos higienistas fueron médicos. Su presencia en instituciones del Estado es parte del proceso de constitución

consolidación de este grupo profesional. En la primera mitad del siglo XIX, especialmente durante la presidencia de Bernardino Rivadavia, los médicos desempeñaron funciones estatales para las que sólo ellos estaban habilitados. Los médicos de sección o barrio, de campaña, de policía y del puerto fueron una suerte de avanzada de estos profesionales lanzados a aumentar su reconocimiento e influencia en la esfera pública. En la segunda mitad del siglo XIX, y en el marco de los esfuerzos por afianzar las bases del Estado, los médicos transformaron la precaria herencia institucional que los legitimaba. Mientras aumentaban en número, se organizaron en asociaciones profesionales, reorganizaron viejas facultades de medicina o crearon otras nuevas, formaron la Academia de Medicina y dieron vida a numerosas publicaciones médico-profesionales como la *Revista Médico-Quirúrgica* (1864-1888), *La Semana Médica* (1894-1994) o *La Argentina Médica* (1903-1915). Por múltiples vías este grupo profesional ofreció a la sociedad una imagen a un mismo tiempo caritativa y científica, ganó en respetabilidad y construyó una fluida relación con el Estado. Así fue como algunos de sus miembros —los que a la práctica privada le habían sumado una vocación por la higiene social— asumirían funciones de poder en las nuevas instituciones destinadas a preservar y mejorar la salud pública, de la dirección de hospitales a las cátedras universitarias, de los cargos directivos en el Departamento Nacional de Higiene a las reparticiones dependientes de las asistencias públicas municipales. Este grupo de médicos alentó incansablemente la ampliación de las funciones en cuestiones relacionadas con la salud y en ese proceso logró consolidar su lugar en el aparato burocrático-administrativo. Lo hizo en un período en que el cuerpo médico en general apoyaba con variado entusiasmo un higienismo destinado a mejorar, regular y moralizar el mundo urbano. Sus líderes trabajaron con afán no sólo la figura del médico como árbitro en los problemas sociales sino también su rol de proveedor de soluciones específicas. Fue en ese contexto que emergió la imagen del médico social, que en no pocos casos terminó anudada a la del médico político. En efecto, la higiene catapultó a muchos de estos profesionales a la esfera política, donde ocuparon cargos de intendentes, gobernadores, diputados, senadores o ministros de gobierno. La dilatada trayectoria pública de Eduardo Wilde —uno de los médicos políticos más distinguidos— no es excepcional. Fue profesor de anatomía en la Facultad de Medici-

na, miembro de la Academia de Medicina, titular de la cátedra de Medicina Legal, ministro de Justicia e Instrucción Pública durante la primera presidencia de Roca, ministro del Interior de Juárez Celman y director del Departamento Nacional de Higiene durante la segunda presidencia de Roca.

El impacto mundial de ciertas epidemias lanzó a algunos de estos médicos a una peculiar arena de discusión y coordinación de políticas sanitarias a nivel internacional. Entre 1852 y 1912 hubo más de veinte conferencias o congresos de higiene destinados primordialmente a lidiar con la cuestión de la veloz propagación de las enfermedades infecciosas. Allí los representantes argentinos debatían con sus pares de otros lugares y aceptaban los contactos con el mundo científico internacional que por esos años mostraba gran dinamismo. Fueron décadas donde convergieron el ansia de los higienistas argentinos de estar al día con lo que se discutía en los centros de excelencia europeos y el de las corporaciones médicas, en particular de la francesa y la alemana, interesadas en jugar un rol protagónico que excediera el marco de sus fronteras nacionales.

Todos estos factores permitieron articular un discurso y un programa de acción que jerarquizaban los asuntos relacionados con la higiene pública, la enfermedad y el cíclico azote epidémico. Lo que contaba, ante todo, era el saneamiento del mundo urbano. Allí, el crecimiento físico y demográfico multiplicaba los problemas sociales o comenzaba a ponerlos en evidencia. En las ciudades-puerto del litoral, donde la masiva llegada de inmigrantes de ultramar fue decididamente espectacular, estos problemas se transformaron rápidamente en urgencias. En las del interior también se hicieron presentes, pero no fueron suficientes para alterar inercias del pasado y fue necesario el impulso de los higienistas ya instalados en las dependencias del Estado para que se tomaran medidas. En cualquier caso, en todas estas ciudades la mortalidad estaba marcada por las enfermedades infectocontagiosas y las gastrointestinales. La mortalidad infectocontagiosa dibuja una curva descendente punteada por picos epidémicos. En las décadas de 1870 y 1880 la mortalidad general en las ciudades rondaba, según los casos, el 30, 40 ó 50 por mil. Cincuenta años más tarde esos índices quedaron reducidos a la mitad, en gran medida como resultado de la disminución de la mortalidad infectocontagiosa. Este proceso —que en modo alguno es una peculiaridad del mundo urbano

# La epidemia variolosa

## Vacunación domiciliaria



EN UN CORVENTILLO

Desde principios de Abril, la viruela habíase presentado en Buenos Aires con caracteres alarmantes, que obligaron á preocuparse de las proporciones de la enfermedad á las autoridades sanitarias.

Gracias á la oportuna intervención de la Asistencia Pública, el mal ha sido atajado en un principio, no llegando á revestir el serio peligro que se le auguraba.

Procedióse á la vacunación y revacunación de



EN UN INQUILINATO

*Caras y Caretas, nota sobre la epidemia de viruela a fines del siglo XIX.*

argentino— distingue historias específicas para cada enfermedad, historias que tienen que ver con la relación, siempre inestable, con la mayor o menor agresividad de ciertos microorganismos y los niveles de inmunidad y resistencia de la población, el contexto medioambiental, los niveles de vida, la existencia de terapias específicas eficaces y las prioridades de la acción estatal en materia de salud pública.

En el caso de las enfermedades infectocontagiosas estrechamente vinculadas a la vasta problemática del crecimiento urbano y el deterioro del medio ambiente, como la fiebre tifoidea, el cólera, la fiebre amarilla y la difteria, la construcción de los sistemas de agua corrientes y redes cloacales y un relativo mejoramiento de la higiene urbana en general pautaron el ritmo de declinación de la mortalidad. En el de la viruela también jugó un importante papel la generalización del uso de la vacuna. Pero con las gastrointestinales y la tuberculosis no hubo tales descensos. En el caso de la tuberculosis se trataba de una enfermedad crónica, no fulminante, que a diferencia de la epidemias de enfermedades infectocontagiosas no alteraba el ritmo de los negocios públicos, aun cuando el momento de hacer las estadísticas anuales su impacto en la mortalidad y la mortalidad fuera comparativamente mucho más alto. La historia de la disminución de la mortalidad tuberculosa revela, en todo, la poca o nula eficacia de las intervenciones médico-clínicas o incluso las de salud pública; otros factores, probablemente el aumento de los niveles de resistencia al bacilo como resultado del mejoramiento de las condiciones de vida, fueron decisivos en una muy lenta curva de descenso que recién a fines de la década de cuarenta alinearía a la tuberculosis con el resto de las enfermedades infectocontagiosas ya controladas por los equipamientos colectivos.

Vistos estos cambios en un lapso de varias décadas, lo que resulta evidente es un proceso de diferenciación social en las causas de muerte de la población. Ciertamente, los organismos más débiles, peor alimentados, mal alojados, expuestos a peligros de contaminación, fueron blanco de contagio a todo lo largo del período. Si en las décadas de 1870 y 1880 todos los sectores sociales sufrían el ataque de las infectocontagiosas o la tuberculosis, en la segunda y tercera décadas del siglo XX, y controladas las enfermedades del medio ambiente, la gente pobre y la rica comenzaron a morir por causas distintas.

El 6 de octubre de 1854 se aprobó la Ley orgánica de municipalidades en donde se definían las funciones de las comisiones de Higiene y de Obras Públicas en materia de desinfección del aire y de las aguas, de la higiene general y de la compostura de las calles y los desagües. Pero fue recién en el último tercio del siglo cuando las tareas especificadas por esa Ley comenzaron a tomarse más seriamente y en el mejor de los casos a concretarse.

Todas las ciudades, tanto en el litoral como en el interior, comenzaban a enfrentar una serie de problemas —del ornato al equipamiento colectivo básico— propios del mundo urbano en expansión. Pavimentos, plazas, desaparición de pantanos, recolección y depósito de basuras y desechos, abastecimiento de agua y vivienda del pobre fueron apareciendo como los temas en torno a los cuales se empezaban a definir las nuevas urgencias. Algo más tarde se sumaría la cuestión del equipamiento institucional, en particular la construcción de hospitales. El impulso reformador resultó del agravamiento de la mortalidad epidémica y de la insistente prédica de los higienistas. Desde el Estado, este nuevo grupo profesional fue particularmente efectivo. A pesar de tratarse de años en que dominaba la ideología del *laissez-faire*, los higienistas desplegaron con éxito una agenda que encomendaba al Estado las iniciativas más básicas de la reforma higiénica. En materia de obras de salubridad fue el Estado liberal el que, las más de las veces, no sólo tomó la iniciativa sino también se hizo cargo de los gastos. Sólo en Rosario las obras de salubridad fueron construidas por empresas privadas. En el resto de las ciudades importantes, de Buenos Aires a Mendoza, Corrientes o Salta, el Estado federal facilitó la concreción de la agenda higienista.

En Buenos Aires los ciclos epidémicos no dieron descanso desde mediados del siglo XIX.

En 1853, 1879, 1884, 1889, 1899-1902 hubo epidemias de escarlatina. En 1855, 1859, 1860, 1862, 1864 y 1868 de disentería; el cólera atacó en 1867 y 1886; la fiebre amarilla en 1858, 1871 y 1896; la peste bubónica en 1900; la fiebre tifoidea en 1869, 1888-1891 y 1911-1914; la viruela en 1852, 1874, 1879-1880, 1882-1883, 1885-1888, 1906, 1910, 1911; el sarampión en 1873-1874, 1877, 1879, 1884, 1887, 1892, 1895, 1900, 1915; la difteria en 1878-1880, 1886-1893. Esta densa historia epidémica es revela-

dora de la magnitud y celeridad de los cambios de la ciudad. En 1855 en Buenos Aires vivían algo menos de 100.000 habitantes. En 1895, 650.000 y en 1910, 1.300.000. La inmigración de ultramar fue el gran motor de este crecimiento urbano. En el marco de una fuerte expansión agroexportadora, Buenos Aires se transformaba en capital de la nación, cumpliendo funciones burocráticas y administrativas, portuarias toda vez que facilitaba la entrada y salida de gente y bienes y, también, manufactureras ya que sin llegar a ser una típica ciudad industrial, no le faltaban las industrias. En 1855 la esperanza de vida al nacer era de 32 años. En 1869 bajó a 26. Recién en 1887, con una esperanza de vida que rondaba los 34 años, comenzó a anunciarse una tendencia que, con oscilaciones, a veces bien bruscas como la que ocurrió en 1890, no dejaría de mejorar. Hacia 1914, ya había superado los 50 años, colocando a Buenos Aires a la altura o incluso en ventaja frente a otras ciudades de inmigración como Nueva York. Fue en esos años del entresiglo cuando la construcción de las obras de salubridad se instaló como un tema decisivo en la vida de la ciudad y como un factor clave en la disminución de la mortalidad.

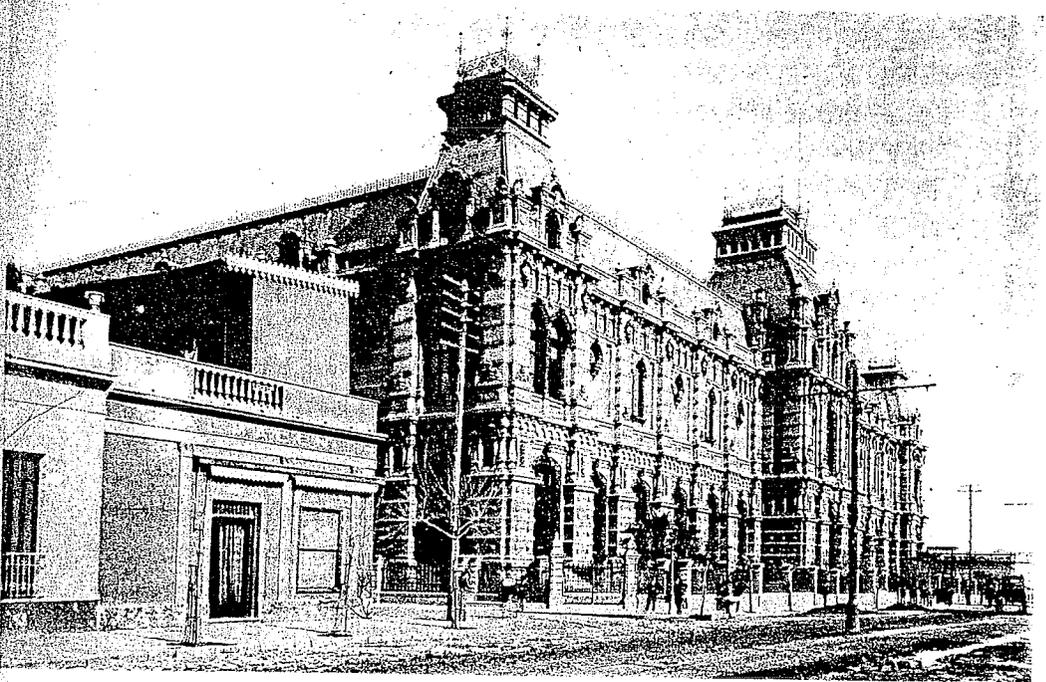
En verdad, la cuestión comenzó a discutirse desde los tiempos de Rivadavia. En la década del cincuenta el tema reapareció pero fue recién en 1868 cuando, en escala muy modesta, se empezó a trabajar seriamente en el proyecto. Durante la década de 1870 las obras comenzaron a adquirir cierta envergadura. A partir de 1883, y ya bajo el control del gobierno nacional, la red de agua de la flamante capital de la república entró en un período de expansión. En 1880 más de 5.000 casas accedían al agua potable, 30.000 en 1893 y casi 45.000 en 1899. En 1909, de las 111.135 casas contabilizadas por el censo, algo más del 50 por ciento estaban servidas por la red, alrededor de 30.000 seguían consumiendo agua obtenida por pozo común de la primera napa y probablemente afectada por las letrinas vecinas, y unas 20.000 carecían de todo servicio o consumían agua de pozos semisurgentes.

La construcción de la red de agua potable cambió muchos hábitos de consumo. En 1887 se consumían 15 litros por habitante por día; en 1914 fueron 137. Su benéfica influencia en el control de las enfermedades infecciosas distó de ser inmediata, en parte porque la población y la trama urbana se expandían más rápido que la red y en parte porque la existencia de agua potable sin su contraparte, las cloacas, fue en ciertas coyunturas bien contraproducen-

te. Desde 1888 a 1910 se estuvo construyendo la red cloacal en el casco antiguo, removiendo un subsuelo saturado de residuos de todo tipo. Todavía en 1909, no más del 40 por ciento de las casas estaba conectada a la red cloacal y fue en 1913 que el servicio llegó a los nuevos barrios.

Los trabajos de pavimentación también fueron concebidos en gran medida como obras de salubridad. Su construcción comenzó en la década de 1880, cuando las cuadras con pavimento eran apenas un centenar en el viejo casco urbano. La crisis del noventa frenó las obras, que retomaron impulso entre 1893 y 1900, se estancaron por problemas financieros en los primeros años del siglo XX y entre 1904 y 1914 registraron una sostenida expansión. En 1914 todos los barrios antiguos, no así los nuevos, estaban pavimentados.

En el mediano plazo el objetivo de equipar a Buenos Aires con aguas, cloacas y pavimentos descubre un proceso bastante exitoso. Más allá de los altibajos en el proceso de construcción y el desigual acceso que distintos grupos sociales tuvieron al servicio —que por lo general llegaba más tarde a las zonas de la ciudad



*Palacio de Obras Sanitarias, Buenos Aires, a principios del siglo XX.*

con un perfil definitivamente popular—, es indudable que al despuntar los años veinte el equipamiento sanitario de Buenos Aires era comparable con el de las grandes ciudades europeas o norteamericanas.

En las grandes ciudades secundarias, el cuadro epidémico fue tan agudo como en Buenos Aires pero el proceso de equipamiento más lento. Rosario, ciudad portuaria y nudo ferroviario estrechamente ligado a la expansión agraria, protagonizó el más veloz crecimiento demográfico del entresiglo y tal vez uno de los más acelerados a nivel mundial. En 1869 su población rondaba los 23.000 habitantes; en 1914, y fundamentalmente como resultado del aporte inmigratorio de españoles e italianos, llegó a 220.000. En Rosario hubo epidemias de cólera en 1886, 1887 y 1895, de difteria en 1882 y 1883, de viruela en 1887-1890, 1895, 1902, 1907 y 1911, de fiebre tifoidea en 1890 y 1916, y de peste bubónica en 1900. La evolución de la mortalidad, en particular de la infectocontagiosa, fue en gran medida reflejo de la evolución de la construcción de las obras de salubridad. La red de agua potable creció de modo sostenido en las últimas dos décadas del siglo XIX, cuando el servicio de cloacas era todavía inexistente. En 1906 algo más del 90 por ciento de la población accedía a la red de agua potable pero no más del 27 por ciento a la red cloacal. En Córdoba, que creció como resultado de la migración ultramarina y la intraprovincial resultante de los cambios que acompañaron el desplazamiento del eje económico provincial del norte hacia el sudeste, la viruela hizo estragos en 1881, 1883, 1886, 1887, 1890, 1891, 1896, 1909; la fiebre tifoidea en 1884, 1886, 1890; la difteria en 1890, 1891 y 1892; el cólera en 1886. Fue recién a mediados de la década del veinte cuando los ciclos epidémicos perdieron fuerza.

Corrientes triplicó su población entre 1850 y 1910, pasando de 8.000 a 25.000 habitantes. Estos cambios demográficos no afectaron significativamente la estructura social, física y económica de la ciudad. Tampoco la epidemia de fiebre amarilla de 1871, que mató al 10% de la población total, logró alterar el estado de cosas. No hubo pánico, los ricos no cambiaron de residencia y no hubo especiales esfuerzos por incorporar novedades en la infraestructura urbana. Fue recién en la primera década del siglo XX cuando fructificaron, con el aporte financiero del gobierno nacional, las preocupaciones por la construcción de la red cloacal y de agua potable en el centro de la ciudad. Hasta entonces la mayoría de la

población consumía agua del río, comprándola a vendedores callejeros o procurándosela ellos mismos desde el río o los arroyos adyacentes. Sólo los más ricos utilizaban agua de lluvia que juntaban de las azoteas. Los desechos humanos se acumulaban en los patios traseros y era común que después de cada verano, cuando los azotes de disentería o cólera se hacían presentes, no faltara algún higienista que señalaba cuán deficientes eran los equipamientos colectivos. Pero el suelo, arenoso y absorbente, y las lluvias casi tropicales que lavaban la superficie conspiraban contra cualquier esfuerzo serio por sanear la ciudad. En Corrientes el pavimento de cierta calidad recién llegó al centro en los años veinte.

Desde la década de 1860 la higiene urbana de Salta fue motivo de preocupación. Un informe de esos años indicaba las pésimas condiciones higiénicas del suelo, la calidad del agua y la acumulación de basuras como las causas de una muy alta mortalidad. Las epidemias de cólera de 1868 y 1886 y la de peste bubónica de 1900 hicieron estragos. El sarampión, la difteria, la gastroenteritis y la fiebre tifoidea eran frecuentes, especialmente en los barrios pobres. La malaria era endémica. En 1900 la mortalidad de la ciudad rondaba los 40 por mil, cuando en Buenos Aires ya estaba por debajo de los 20 por mil. El crecimiento demográfico —8.000 habitantes en 1850, 15.000 en 1895 y 28.000 en 1914— no hizo más que actualizar estos problemas. En Salta las preocupaciones por la salubridad urbana distaron de ser una novedad finisecular pero en modo alguno lograron que las finanzas de la ciudad o la provincia le destinaran los recursos necesarios. Más aún, nadie se sorprendía de que los ricos abandonaran la ciudad en los meses de lluvias y durante las epidemias. Fue la llegada del gobierno nacional el factor determinante que permitió la concreción de los proyectos de equipamiento. Por encargo del gobierno nacional, en 1896 el higienista Carlos Nystromer escribió el primer estudio sistemático sobre el problema de la salubridad de Salta, en 1902 las autoridades nacionales y provinciales aprobaron un plan de acción y en 1907 ya empezaron a verse los resultados. Meses más tarde, mientras se producía la habitual ausencia veraniega de los médicos, un diario local explicaba la caída sustancial de los índices de mortalidad a partir del mejoramiento de la calidad del agua. También la mortalidad causada por la malaria resultó de la intervención del Estado central. En el marco de la campaña nacional contra esa enfermedad, endémica en el Noroeste, hubo fondos para secar los

pantanos que rodeaban la ciudad, rellenar las áreas con aguas estancadas y distribuir masivamente quinina, medidas que permitieron una reducción del 90 por ciento de la mortalidad por malaria en apenas un par de años.

En Mendoza, los cambios urbanos fueron resultado de la reconstrucción que siguió al terremoto de 1861, la llegada del ferrocarril en 1884 y el éxito del negocio vitivinícola. El terremoto mató a dos de cada tres mendocinos, destruyó la ciudad construida con adobe, madera y techos pesados y desató una ola de incendios, violencia y enfermedad que transformó a la ciudad, haciéndole perder su diseño original centrado en una plaza. Fue en los años ochenta —y al calor de una economía provincial basada en la producción de grapa y vino y bien conectada por ferrocarril con el litoral agroexportador— cuando la ciudad aceleró su ritmo de crecimiento, esta vez a lo largo de una avenida principal. Aumentó así la necesidad de obras de irrigación —algo que la diferenciaba de Salta—, así como de sistemas para controlar inundaciones, agua potable, cloacas y red de alcantarillado. En Mendoza el agua fue siempre un bien escaso. Desde tiempos coloniales la gente decente traía agua de las colinas y los pobres la obtenían de los canales y acequias, y en el mejor de los casos la filtraban usando vasijas de barro. En 1876, y con un préstamo del gobierno nacional, se hicieron obras que permitieron el acceso a las fuentes de agua de las colinas; con todo, en la década del ochenta el abastecimiento de agua seguía siendo incierto e insuficiente. Eran muchos los que se proveían del agua, frecuentemente contaminada, del río Mendoza. De a poco, y fruto de la acción conjunta del gobierno municipal y el provincial, se cubrieron algunas acequias y construyeron nuevos canales. En la Mendoza de entresiglo el cólera y la fiebre tifoidea fueron comunes, pero las condiciones áridas del entorno evitaban catástrofes epidémicas mayores. En verdad, fue la búsqueda del agua el factor que marcó no sólo la orientación del crecimiento físico de la ciudad hacia el oeste sino que también articuló la intervención del gobierno nacional. En 1888 y 1897 los higienistas Carlos Nystromer y Julio Lemos escribieron sendos estudios sobre el tema. La crisis del '90 inyectó una dosis de modestia en un ambicioso plan de filtrado y reserva de agua, que comenzaría a expandirse entre 1900 y 1910 cuando el Estado nacional se dispuso a sufragar los gastos. La red cloacal llegó recién en los años veinte y, también, de la mano de fondos federales. El desfasaje

entre ambos servicios no produjo los problemas que emergieron en Buenos Aires o Rosario, en gran medida por la sequedad del clima y por la existencia de suelo arenoso, que absorbía bastante bien lo que acumulaban las letrinas.

En las ciudades pequeñas el azote epidémico también se hizo presente. En Bahía Blanca, hasta 1880 un fortín de frontera, el cólera terminó con la mitad de la población en 1856 y, en 1886 y 1887, cuando la población rondaba los 4.000 habitantes, atacó otra vez y mató a 600 personas. Entre 1880 y 1914, luego de la guerra al indio, la subsecuente incorporación de nuevas tierras a la producción agroexportadora, la llegada del ferrocarril y la habilitación del muelle portuario, Bahía Blanca saltó de 3.000 habitantes a 71.000. Con ese nuevo status urbano debió afrontar los típicos problemas concomitantes a esa espectacular expansión, entre ellos los ciclos epidémicos y el desafío de construir sus equipamientos colectivos.

## LOS HIGIENISTAS ASALTAN LA CIUDAD

Con mayor o menor fuerza, de Buenos Aires a Mendoza, y de Salta a Bahía Blanca, entre fines del siglo XIX y comienzos del XX se definió una renovada preocupación por el espacio urbano. Como nunca antes se comenzó a reflexionar sobre la ciudad, ahora pensada a la manera de un cuerpo coherente y demandante de reglamentaciones que garantizaran su buen funcionamiento.

En las sociedades urbanas que estaban emergiendo, particularmente las del litoral agroexportador, un cada vez más marcado proceso de diferenciación interna ponía al descubierto conflictos y tensiones antes inexistentes en el marco del equilibrio paternalista de la sociedad criolla de la primera mitad del siglo pasado. Se trataba de un peligro donde se mezclaban la prédica por la revuelta social y un medio material precario signado por cíclicos impactos epidémicos, hacinamiento, insuficientes equipamientos colectivos, largas jornadas laborales. Sobran ejemplos de ese reconocimiento preocupado de la realidad, de un miedo nuevo que la nueva ciudad parecía traer consigo.

En la década del setenta, y con menor intensidad en las siguientes, la lucha antiepidémica estuvo en gran medida entendida como

peligro externo. Fue en ese marco que el control del puerto y el recurso de la cuarentena devinieron en temas extremadamente conflictivos en torno a los cuales se jugaban no sólo cuestiones de higiene sino también las posibilidades ofrecidas por el comercio. Algunos, los contagionistas, defendían en nombre de la salud pública la necesidad de imponer fuertes restricciones o incluso cuarentenas a los buques provenientes de zonas infectadas. Otros, apoyándose en teorías que negaban la existencia misma del contagio por medio del contacto personal, encontraron en el puerto un blanco prioritario que debía sanearse y, de ese modo, facilitar el normal desenvolvimiento de las actividades económicas. Mucho más perdurables en el tiempo fueron las preocupaciones asociadas a los peligros higiénicos internos. El conventillo, el rancho, el agua, las basuras, el aire, el matadero, el cementerio, el taller, la barraca, todos ellos integraban un abanico de objetos urbanos portadores de amenazas siempre relacionadas con enfermedades infectocontagiosas que discriminaban poco entre ricos y pobres. Alarmados por ese peligro, los higienistas reconocieron en la exclusión y la vigilancia los dos pilares en torno a los cuales se afirmarían la gran mayoría de las propuestas ordenadoras de la ciudad del novecientos.

La exclusión era el mecanismo mediante el cual se purificaría el espacio urbano. Se trataba de un dispositivo que remitía a los modelos de la lucha contra la lepra: separar del conjunto, marginar, expulsar de las áreas comunes, permitiría purificar y preservar la vida de los sanos. Así, la medicina de la ciudad encontró en el internamiento una herramienta; como ocurrió con otros grupos díscolos, el de los enfermos contagiosos debía ser apartado o quedar prudentemente recluido. Infaltables en cualquier ciudad grande del novecientos, el lazareto y la casa de aislamiento fueron la vía por la que se institucionalizó este mecanismo.

La vigilancia no apuntaba a segregar. Su objetivo era distribuir a los individuos, controlar el estado de salud de cada uno, fijar a la sociedad en un espacio dividido. Como mecanismo, el de la vigilancia no se apoyaba en la figura del chivo expiatorio, propia de la exclusión, sino en el registro y la amenaza permanentes. Contar, medir, inspeccionar, eran formas de poner orden en el crecimiento físico y demográfico. La ciudad se reducía a una suerte de unidad sanitaria donde el fantasma del contagio ocupaba el trono. Desde la oficina bacteriológica a la inspección municipal, y desde el hos-



*Precarias condiciones de vida y falta de higiene en los ranchos.*

pital al dispensario zonal, prácticas e instituciones se afianzaron en torno a la vigilancia.

Estas renovadas preocupaciones por lo urbano fueron dibujando los caracteres más gruesos de una medicina colectiva y social. Era, al mismo tiempo, una medicina de las cosas urbanas modernas y una empresa político-médica. El agua contaminada de un pantano, los riesgos de un aljibe, los sumideros saturados de un conventillo, el aire visto como un universo indivisible recorrido por gérmenes patógenos, la fermentación de los desechos, todos ellos formaban un espectro de objetivos prioritarios. Luego de analizarlos sería posible abordar su influencia en los hombres y en sus cuerpos.

En ese contexto apareció la idea de salubridad, es decir, la base material, colectiva y ambiental que aseguraría la mejor salud para los individuos particulares. Adaptando experiencias ajenas, especialmente europeas, los higienistas argentinos apuntaron sus esfuerzos y su prédica a controlar y regular dos tipos de problemas urbanos. En primer lugar, todo aquello que significaba amontona-

miento y peligro, como los animales de consumo en el matadero, la gente y los alimentos en los mercados, los muertos en los cementerios, los moradores en las viviendas. Luego, la circulación de los elementos esenciales que posibilitaban la vida en la ciudad. Cuando se trataba del agua, la batería de argumentos y esfuerzos giraban en torno a la dotación de redes cloacales y de agua potable. Cuando se enfatizaba en el aire, el blanco eran las viviendas, los barrios, los talleres, la ciudad misma. La mayor o menor ventilación era un aspecto clave; de ahí entonces las estimaciones de metros cúbicos necesarios por persona por habitación, las sugerencias de abrir grandes avenidas o parques como corredores de renovación y garantía de pureza del aire que se respiraba. Estos problemas de circulación de los elementos vitales reclamaban a su vez un cierto orden que evitara superposiciones peligrosas; es la historia de las filtraciones de un pozo ciego hacia las fuentes del agua utilizada para beber, o de los lugares de desagóte de las aguas servidas, o del área donde se permitía trabajar a las lavanderas, o de las zonas de abastecimiento de los aguateros.

Las ideas y prácticas relacionadas con la salubridad despejaron el camino para que la práctica médica contara cada vez más en la vida cotidiana de la gente. Del análisis de los elementos y características del medio, la atención se dirigió al estudio de sus efectos sobre los cuerpos, un salto en gran medida facilitado por la creciente generalización del método clínico, de la experimentación, de la terapia y de la profilaxis. En el entresiglo la progresiva ampliación e influencia del cuidado médico se apoyó en una previa ampliación del campo de normatividad de la medicina frente a los nuevos contenidos de la salud urbana.

Con las innovadoras ideas del sanitarismo y la higiene social quedó planteada la necesidad de enfrentar la peligrosidad epidémica que el brusco crecimiento urbano había traído consigo. Fue principalmente el Estado quien se empeñó en ir tejiendo una densa red de medicalización indirecta que se apoyaba en obras de infraestructura, instituciones y campañas específicas. Frente a cada uno de esos nuevos peligros se definían políticas que podían ser más o menos preventivas o curativas, más o menos persuasivas o represivas. No había una intervención prefijada y las respuestas de la sociedad no tomaban necesariamente cierto rumbo.

Esa naciente red de medicalización indirecta se articulaba a otra mucho más directa, vinculada al asistencialismo de la nueva po-

breza urbana y a una creciente presencia e intervención del médico y de la medicina moderna. En ese marco muchos conflictos sociales, familiares o individuales se redefinieron, al menos en parte, como problemas médicos. En el entresiglo el valor trabajo y las preocupaciones sobre las condiciones de reproducción de la mano de obra eran apenas incipientes. Lo dominante fue el azote epidémico, el entorno urbano y el fantasma del contagio. Así, el descubrimiento de la enfermedad como problema social parece haber transcurrido entre el pánico y la indiferencia, entre la falta de prevención y las medidas paliativas de dispar e incierta eficacia cuando los estragos ya eran realidad, entre la negligente inoperancia y la impotencia.

Este proceso de medicalización avanzó transitando por múltiples y complementarios carriles. Algunos, como las diversas opciones de atención de la salud que se propusieron desplazar a la medicina popular y hogareña —el médico particular, los servicios ofrecidos por las sociedades de socorros mutuos y el hospital público—, eran incipientes en el entresiglo y recién ganarían en complejidad y presencia a partir de la década del veinte. Otros, como las instituciones que se proponían evitar el contagio, las que debían difundir el uso de la vacunación antivariólica y las que se encargaban de las inspecciones sanitarias, fueron contemporáneas a la emergencia de las obras de salubridad y particularmente relevantes en el último tercio del siglo XIX y la primera década del XX.

## LA LUCHA CONTRA EL CONTAGIO

La idea de amenaza cruza los discursos y las políticas sobre la ciudad del novecientos. Eduardo Wilde adelantó esta preocupación en 1871 cuando exigía una efectiva política de



*Eduardo Wilde, óleo de Piccinini.*

prevención antiepidémica y advertía que ser “indolente en el tema es un atentado contra la sociedad, puesto que el individuo que se enferma en una ciudad no solamente se perjudica a sí mismo y perjudica a su familia sino también a toda la población mediata e inmediatamente. La parte que habita en calles estrechas y sin luz, puede salir de ahí e introducirse, llevada por el viento, en el dormitorio más limpio y más cuidado...”.

Los densos digestos municipales son una muestra de esos empeños que con sugestiva minuciosidad se proponían reglamentar todos los aspectos de la vida en la ciudad, desde la localización de las actividades productivas a la vida prostibularia, de los alimentos y la bebida a la mendicidad, de la altura de los techos de las habitaciones al largo de las polleras de las mujeres y a las obligaciones de los médicos en la lucha antiinfecciosa. Ese arsenal de ordenanzas, resultante de las emergencias sanitarias y las más de las veces puesto en acción cuando los estragos ya habían dejado de ser una posibilidad, buscó diseminar por todos los recovecos del mundo urbano los preceptos de la higiene moderna.

En el entresiglo, y con el telón de fondo de la ciudad en crecimiento, la vivienda fue tematizada por su peligrosidad epidémica. Con medidas preventivo-curativas, con meros paliativos compensatorios o con violencia, la vivienda —la de los pobres en particular— devino en el blanco preferido de una ciclotímica lucha contra el contagio. Allí, la vacuna daba su batalla con los cuerpos, las inspecciones sanitarias con los objetos y el aislamiento con la relación entre los espacios y las gentes.

No son novedades traídas por la revolución pasteuriana. En verdad, las primeras disposiciones legales que indicaban la necesidad de denunciar las enfermedades infectocontagiosas eran de fines del siglo XVIII, el aislamiento de los apestados era una práctica antigua para la que se utilizaban lazaretos extremadamente precarios, situados por lo general en las afueras de las ciudades, y a todo lo largo del siglo XIX se probaron infinidad de recursos destinados a “limpiar” objetos y espacios, fumigando con las más variadas sustancias resinosas, desinfectando a base de azufre, cloro o vapores nitrosos, blanqueando paredes, quemando ropas y muebles, prendiendo hogueras en las calles con el objetivo de purificar la atmósfera.

Pero en manos del higienismo finisecular estos empeños adquirieron una dimensión nueva. Las leyes y ordenanzas fueron afi-

nando sus objetivos y ganaron en detalle tanto para los sujetos obligados como para las instituciones y actividades involucradas. El ciclo apatía-pánico pautaba tales esfuerzos; así, los estragos dejados por una epidemia hacían reconsiderar la necesidad de aplicar con rigor las ordenanzas ya aprobadas y en el mejor de los casos daban razones para incorporar asuntos a los que no se había prestado suficiente atención. En cualquier caso, tanto el contenido como la puesta en práctica y recepción de estas intervenciones estaban saturados de ambigüedades. El orden que se estaba tratando de construir de la mano del moderno ideal de la higiene, entre otros recursos, demandaba nuevas formas de control social y también de socialización, combinaba imposiciones y consensos, mezclaba genuinas intenciones humanitarias y reformadoras con más o menos abiertos empeños de dominación. Más aún, definía un escenario donde los destinatarios de esas nuevas normas podían reaccionar de muchas maneras, de la resistencia y rechazo a la adaptación y el usufructo. Pensar en reacciones unívocas, en ideales, discursos, lenguajes o políticas articulados en torno a una sola de estas dimensiones no hace más que simplificar el problema y, en períodos marcados por esfuerzos reformistas como fue el entresiglo, vaciarlo de una de sus más atractivas características.

En la última década del siglo, y como parte del proceso de creación de los aparatos institucionales abocados a la higienización del mundo urbano, Buenos Aires, Córdoba y Rosario terminaron de definir sus instrumentos legales para lo que dio en llamarse "la profilaxis de las enfermedades contagiosas". En Córdoba se aprobaron ordenanzas municipales en 1892, 1898, 1899, 1900 y 1904, que consignaban la obligación de médicos, jefes de familia y encargados de establecimientos públicos y viviendas colectivas a denunciar los casos de enfermos o fallecidos por enfermedades contagiosas endémicas o exóticas, las multas en caso de no cumplir con tal obligación, las medidas a que debía ser sometido el enfermo y su eventual traslado a la Casa de Aislamiento, las desinfecciones obligatorias de viviendas y objetos infectados y su gratuidad para los pobres de solemnidad, la posibilidad de recurrir a la fuerza pública en caso de encontrar resistencias.

Pero esos instrumentos legales se aplicaban de modo muy imperfecto; un higienista cordobés comentaba a mediados de la segunda década de este siglo que lo que faltaba no eran "...leyes buenas, sino funcionarios que las ejecuten y ciudadanos que las

acaten...". El problema era, por supuesto, más complicado y hacía referencia a las prioridades con que los municipios organizaban sus gastos, a la mayor o menor influencia que los higienistas tenían en la administración municipal y al grado de aceptación de esas estrategias antiinfecciosas entre la población. Y en las ciudades con puerto todo esto se complicaba aun más por las presiones de los comerciantes importadores interesados en evitar medidas de defensa sanitaria que juzgaban ineficaces desde el punto de vista sanitario e inconvenientes para la marcha de sus negocios.

En Rosario la memoria municipal de 1910 puntualizaba avances en la lucha contra las enfermedades infecciosas pero sin dejar de destacar la escasez o ausencia de ciertos recursos como una buena central de desinfección, una cuadrilla de saneamiento, una oficina de estadística capaz de recoger la información pertinente a las denuncias de enfermos contagiosos, o el reequipamiento e higienización de una Casa de Aislamiento donde faltaban desde los vidrios de las ventanas a las conexiones con la red cloacal.

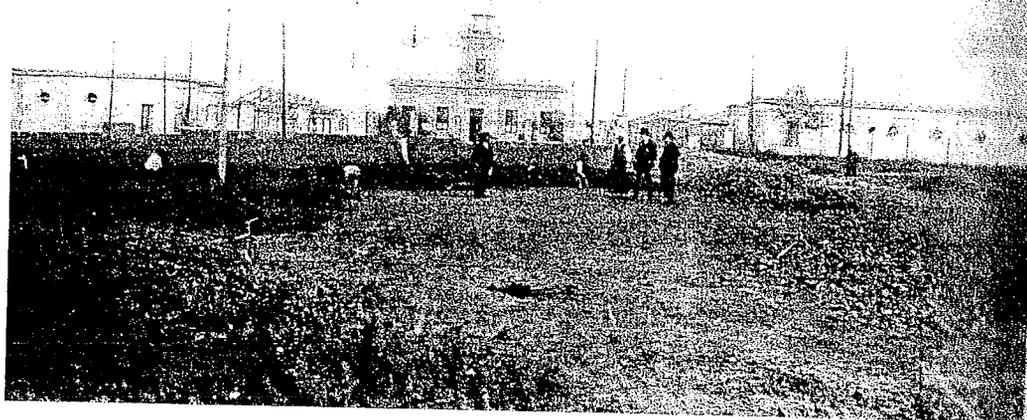
En Córdoba fue recién en 1903, y luego de haber desechado pretenciosos proyectos, cuando una casa común con muchos cuartos y patios fue transformada en Casa de Aislamiento donde se depositaba a todo tipo de enfermos pobres que no obtenían alojamiento en otro lado. En Buenos Aires, desde 1882, la Casa de Aislamiento se transformó en hospital para enfermos contagiosos y cuatro años más tarde se trasladó a un nuevo terreno donde un edificio a medio terminar y carpas semipermanentes seguían destacando la transitoriedad como el rasgo dominante. Entre 1894 y 1910 el hospital mejoró su equipamiento, comenzó a ampliar su capacidad y la paulatina agregación de pabellones permitió empezar a evitar la mezcla de enfermos con patologías contagiosas diversas. Estas novedades no modificaron, empero, la imagen que higienistas y la población en general tenían del establecimiento, esto es, y tal como indicaba un informe del director del hospital Muñiz, "...una válvula de escape a todos los contagios originados y mantenidos en la ciudad, un lugar que recoge a los que no tienen quien los asista, a los abandonados en calles y plazas por ser enfermos infecciosos o simplemente sospechosos de serlo; así ha sido en el pasado y así sigue siéndolo puesto que este hospital los recibe en cualquier condición que lleguen...".

En Buenos Aires las inspecciones domiciliarias parecen haber sido una práctica más difundida y permanente que en Rosario y en

Córdoba. Su generalización se hizo efectiva luego de 1906, cuando una eficaz dirección sanitaria concretó la reorganización del servicio apoyándose en cuadrillas de desinfectadores, estufas móviles de desinfección y estaciones sanitarias. Era el ejército de la higiene y la prevención que irrumpía en el paisaje urbano; su instrumental y su tecnología hacían ostentación de sus ligazones con los materiales del progreso; sus transportes con diseño propio y distintivo le daban una inconfundible presencia en la vida de la ciudad; sus peones y capataces, con un uniforme de calle y otro de fajina, parecían integrantes de una extraña fuerza de ocupación. Con él llegó también la utilización de tratamientos químicos especiales según el objeto que debía desinfectarse, la descentralización del servicio a través de estaciones sanitarias barriales y un adecuado equipamiento de desinfección en la mayoría de los hospitales.

La puesta en acción de las medidas de profilaxis no siempre era bien recibida. Uno de los más activos higienistas cordobeses no dudaba en “violentar la resistencia individual ante el supremo derecho de la salud colectiva”. De las tensiones cotidianas asociadas a estos empeños quedan sólo fragmentos donde se mezclan la simple adherencia a viejos hábitos, los intereses económicos particulares, la defensa de derechos personales. Cuando las ordenanzas sobre denuncia obligatoria de los focos contagiosos incluyeron explícitamente a los médicos como sujetos obligados, el llamado secreto profesional fue puesto en cuestión. Para los profesionales significaba la casi segura pérdida del cliente, puesto que a la denuncia debía seguir, más tarde o más temprano, el aislamiento. Así las cosas, muchos médicos defendieron sus ingresos ocultando los casos de pacientes infectados, un recurso que las familias pudientes apoyaban con entusiasmo aislando al enfermo pero en un cuarto de la casa. Frente a estas reacciones algunos inspectores municipales denunciaban la inutilidad de su trabajo “mientras perdurara la confabulación que existe entre médicos y clientes para ocultar los casos infecciosos”. Alguna prensa, por su parte, invocaba los derechos individuales de médicos y pacientes pudientes y, tal como lo hacía el diario rosarino *El Municipio* en 1902, denunciaba “los furores autoritarios” de funcionarios del Estado.

Entre la gente común la denuncia obligatoria de las enfermedades contagiosas, junto con el aislamiento y las desinfecciones, tardó en ser aceptada porque ante todo supuso la puesta en marcha de



*Parque Patricios, consultorio de tuberculosis, abril de 1903.*

una serie de medidas compulsivas y de policía médica que afectaba sus derechos sobre sus bienes materiales, sus cuerpos y sus modos de vida. Según los administradores de salud y las elites locales, la derrota de esas resistencias originadas en la ignorancia y el apego a las costumbres tradicionales necesitaba de decisivas intervenciones en la vida hogareña. En 1920, después de varias décadas de medidas persuasivas y represivas, un nada despreciable número de porteños ya habían incorporado muchas de esas novedades higiénicas en sus modos cotidianos, vivían en una casa discretamente equipada, eran miembros de una sociedad de socorros mutuos y usaban los servicios de los hospitales públicos. Pero otros, como los inquilinos que aparecen en *Nacha Regules*, la exitosa novela de Manuel Gálvez, seguían viviendo muchas medidas profilácticas como “una injerencia de los ricos y del Estado en la vida de los pobres...”.

La inspección sanitaria era el paso previo a la desinfección y ésta era gratuita sólo para los pobres reconocidos. Así, ocultar enfermos contagiosos era también una forma de evitar un gasto. Por eso fueron frecuentes no sólo las desinfecciones gratuitas de conventillos, más allá que sus moradores no fueran pobres reconocidos, sino también las rebajas arancelarias en el caso de viviendas donde el alquiler no superaba un determinado monto. Que se tratara de evitar la desinfección parece bastante lógico, toda vez que significaba una amenaza al limitado equipamiento hogareño

de la familia pobre. Por ejemplo, el artículo 15 de la ordenanza de desinfección y aislamiento obligatorios, aprobada en Córdoba en 1904, indicaba que "...todos aquellos objetos contaminados de poco valor o de difícil desinfección o deteriorables por los agentes de desinfección serán quemados siempre que la Dirección de la Asistencia Pública así lo determine, sin perjuicio de indemnización que pueda acordar la intendencia". Por ello, y tratando de no alentar decisiones arbitrarias, algunos administradores sanitarios se esmeraron en definir las conductas de lo que debería ser, al menos en teoría, un "desinfectador modelo" que no abusara de sus prerrogativas, que fuera a un mismo tiempo un vigilante y maestro de la higiene hogareña.

El recurso de la denuncia del foco infeccioso parece haber sido utilizado tanto por rentistas como por inquilinos. Realizada por un casero, la denuncia podía estar buscando evitar el contagio o acelerar el desalojo de un inquilino no deseado; realizada por los propios inquilinos el objetivo debió haber sido el de preservar su salud o presionar para mejorar las condiciones sanitarias del inmueble. Con el ocultamiento ocurría algo parecido. De una parte, y tal como lo indicaba un informe del Departamento Nacional de Higiene, los propietarios o encargados "temen perder los alquileres y no pocas veces son ellos quienes ocultan a los enfermos". De otra, las resistencias de los inquilinos, vistos por el administrador como "...cierta clase de proletarios ignorantes y avaros que por su apego al ahorro, y aun a costa de su propia salud, ocultan a los enfermos infecciosos". Ante esas injerencias del Estado en el ámbito familiar, las respuestas difícilmente podían ser grupales; o se lograba escapar al control mediante el ocultamiento o se sufrían las consecuencias. Hubo, con todo, resistencias colectivas, como las ocurridas en 1900 en el barrio rosarino de la Refinería o en 1903, en barrios alejados del centro, en Buenos Aires, cuando el gobierno municipal recurrió a la policía para enfrentar el tenaz rechazo de los dueños de casillas y ranchos a aceptar las órdenes de desalojo y destrucción.

El aislamiento era fácil de mantener en enfermedades de corta evolución como la difteria, pero de aplicación muy complicada en otras como la escarlatina o la tuberculosis. Por otra parte en las enfermedades susceptibles de diagnóstico precoz, como la difteria y la escarlatina, este recurso era válido puesto que se debía guardar cama desde el comienzo de la enfermedad; en otros casos, con

síntomas iniciales benignos, como el coqueluche y el sarampión, el aislamiento llegaba siempre tarde. Fue frecuente que las urgencias asociadas a una epidemia tentaran al oficial encargado de la inspección a abusar del recurso del aislamiento. Tal vez por ello no faltaron las advertencias que insistían en relativizar el valor del aislamiento como medida profiláctica, toda vez que sus beneficios eran dispares según la enfermedad infecciosa que se tratara.

Entre los enfermos pobres la resistencia al traslado parece haber sido bastante generalizada y el pánico y la resignación una constante. Es posible que con el tiempo esa reacción de rechazo haya perdido fuerza, en gran medida como resultado de ciertas mejoras en los servicios hospitalarios, que habían comenzado a desprenderse de las tenebrosas imágenes a las que se los había asociado durante gran parte del siglo XIX. A comienzos de siglo, y con un dejo de satisfacción, un médico rosarino recordaba "...las épocas pasadas con angustiantes espectáculos en que los enfermos contagiosos resistían aterrorizados el traslado o, una vez adentro, reflejaban en sus pálidos rostros, en su fisonomía y en sus actos, el pánico a la intervención médica y la desconfianza a los enfermeros de quienes esperaban imprevistos atentados contra su existencia". Pero más allá de las mejoras hospitalarias, el aislamiento tendió a ser asimilado a la antesala de la muerte y como tal fue resistido. Los enfermos llegaban agónicos. En algunos casos, por tratarse de enfermedades con desarrollos fulminantes; en otros, especialmente los males crónicos como la tuberculosis, porque los enfermos, al decir de un funcionario municipal en Buenos Aires, "no querían agregar a su mal incurable la suerte del prisionero".

Como sea, en la segunda década del siglo XX ya se había comenzado a aislar en distintos pabellones a los enfermos infectados por patologías hasta cierto punto similares. Se trataba de evitar el contagio cruzado que el hospital había estado ofreciendo por décadas. Fue una novedad que no se incorporó de un día para otro: en su contra contaban la lentitud con que se fueron ampliando los edificios, el ritmo e intensidad del proceso de medicalización de la sociedad y con él la aceptación de algunos aspectos de la lucha antiinfecciosa y, finalmente, la realidad de que las casas de aislamiento y los hospitales para infecciosos funcionaban como el último recurso de atención para la población rechazada de otros servicios hospitalarios. Pero puesto que era muy difícil aislar a los miles de enfermos que cada brote epidémico traía consigo, lo que

en definitiva se recortaba como el gran obstáculo a la generalización del aislamiento como estrategia sanitaria fue la propia epidemiología de la ciudad del novecientos.

Otra importante novedad que trajo la reforma higienista de entresiglo fue el uso de la vacuna antivariólica. Su efectiva aplicación descubre un abanico de empeños que se apoyaron en la prevención, la coerción, la persuasión o directamente el castigo. Con ellos se filtró la preocupación e intención de modificar ciertos modos de vida de la gente común que muchos de los higienistas interpretaban ya como rémoras de un pasado que debía quedar atrás, ya como productos del desinterés, la negligencia o la pobreza.

Entre fines del siglo XIX y comienzos del XX la obligatoriedad de la vacunación fue la más importante estrategia para la lucha antivariólica. La historia de su progresiva generalización —hubo esfuerzos en este sentido desde comienzos del siglo XIX— estuvo siempre acompañada y tensionada por otros empeños característicos de la lucha antiinfecciosa, fundamentalmente la inspección sanitaria, muchas veces desplegados a destiempo y cuando las situaciones ya se habían desencadenado. Así utilizada, la vacuna relativizaba todas sus cualidades preventivas y se sumaba a una lista de mecanismos apenas reparadores o meramente administrativos. Para fines del siglo XIX la viruela ya no motivaba preguntas sin respuestas, al menos entre los higienistas y funcionarios municipales. Se trataba de una enfermedad que por lo general atacaba a los niños y a los adultos que no se habían revacunado, que se caracterizaba por una gran capacidad de propagación, con epidemias contemporáneas o en cadena declaradas en distintos lugares del país, las más de la veces en períodos invernales. La ocultación de casos contagiosos, la falta de desinfección de ambientes y objetos contaminados y la cohabitación de los enfermos con los sanos facilitaba enormemente su propagación.

La práctica de la vacunación antivariólica se expandió de modo desparejo según las ciudades. En la mayor o menor receptividad de la novedad contaron los problemas propios de la diseminación del servicio, la mayor o menor disposición de la población para recibir una novedad sanitaria y cierto rechazo a un medida compulsiva que, ante todo, demandaba sumisión por parte de la gente. Durante todo el siglo XIX la vacunación fue alentada desde las administraciones sanitarias; se trataba de esfuerzos no sistemáticos, de respuestas improvisadas frente a las urgencias de epi-

mias que ya se habían declarado. Fue en torno de los años sesenta y setenta cuando la conciencia de la necesidad de un instrumento legal fue tomando cuerpo. Así, durante el último tercio del siglo XIX se definió una serie de iniciativas legales siempre orientadas a afianzar en la sociedad la idea de la obligatoriedad.

En el caso de Buenos Aires estos avances legales fueron siempre consecuencia o respuesta a azotes epidémicos. En 1884, y con un tendal de 1.500 muertos por viruela en el año anterior, la Ley de Educación Común incluyó la vacunación y revacunación obligatoria de los niños en edad escolar. La epidemia de 1887, con 1.299 muertos, aceleró la sanción en ese mismo año de una ordenanza municipal que se ocupó con detalle de los problemas de la aplicación de la vacuna. En 1890, cuando los muertos por viruela superaron con creces las 2.200 personas, se creó el Conservatorio Nacional de Vacuna. En 1901, otra epidemia alentó una iniciativa orientada a aprobar una Ley nacional de vacunación y revacunación que sólo fue realidad dos años más tarde.

Esta Ley nacional retomaba y mejoraba muchos de los contenidos ya explicitados en las ordenanzas municipales; esto fue así no sólo en la ciudad de Buenos Aires sino también en las de Córdoba y Rosario. En todas ellas se enfatizaban la obligatoriedad de la vacunación y revacunación de los niños durante el primer año y el décimo, los castigos pecuniarios para los sujetos obligados que no cumplieran lo prescripto —padres, madres o tutores—, las responsabilidades del Estado como principal agente a cargo de la inoculación gratuita y de la certificación oficial de la condición de vacunado, la definición de los grupos de adultos obligados a vacunarse y revacunarse por estar empleados en la administración pública, el derecho no sólo de ordenar la vacunación compulsiva de adultos en tiempos de epidemia sino también de la imposición de penas pecuniarias a los infractores.

Al igual que las anteriores, esta Ley era formalmente ambiciosa y apuntaba a dinamizar una decisiva política preventiva. Su puesta en práctica no logró evitar las tensiones resultantes tanto de la organización misma de la lucha antivariólica como de las concretas respuestas de la población. Fue recién en 1890, con la creación del Conservatorio Nacional de Vacuna, cuando surgió una real posibilidad de empezar a vacunar en gran escala. A partir de esa fecha la historia de la lucha antivariólica giró en torno de la vacunación domiciliaria y de una progresiva descentralización del servi-

cio en escuelas, casas de socorros, oficinas de vacunación, hospitales. El mayor problema fue el de la escasez de personal y en esto, al igual que en tantas otras cuestiones específicas del combate contra las enfermedades infecciosas, se repetía el clásico comportamiento de apatía y pánico. Declarada la epidemia, se aprobaban fondos especiales para contratar vacunadores; pasado el peligro, los fondos desaparecían y con ellos el personal contratado.

Con todo, hacia la segunda década del siglo XX, Rosario, Buenos Aires y Córdoba ya contaban con un servicio de vacunación y revacunación discretamente organizado y relativamente eficaz al momento de emprender campañas masivas. Este balance, que a su modo ponía en evidencia que ciertas iniciativas estatales estaban relativamente consolidadas, no siempre tuvo su correlato cuando se trataba de las reacciones de los presuntos beneficiarios de la vacunación. En 1910, y luego de señalar que Rosario era la ciudad donde la vacunación y la revacunación habían sido más exitosas, el director de la Asistencia Pública hacía referencia a "...las muchas personas que se resisten a aceptar las vacunas por creer que de ese modo se facilita la adquisición de otras enfermedades". Estas resistencias, presentes a todo lo largo del período, alimentaron entre sectores de la elite la idea de que la enfermedad y la pobreza eran partes integrantes de un mismo peligro. Aun cuando se reconocieran matices, casi todas las aproximaciones vieron apatía y desidia en esas conductas de rechazo. En ese contexto los higienistas cargaron contra lo que calificaban como "...abandono e ignorancia de las gentes, llenas de prejuicios absurdos...", "...comportamientos refractarios a las reglas de profilaxis...", "...criminal indiferencia con que las clases inferiores de la sociedad reciben las campañas de vacunación".

Así fue como el Estado desplegó un abanico de intervenciones entre compulsivas y persuasivas. Antes de la aprobación de la vacunación obligatoria se buscó estimular la concurrencia a los lugares de vacunación, obligar la denuncia de los casos de enfermedad y de presunta muerte por viruela, desinfectar la vivienda de los difuntos y vacunar compulsivamente a los convivientes. Con la Ley de vacunación obligatoria se sumaron las penas pecuniarias a los infractores y la entrega de certificaciones que habilitaban al ingreso a la escuela en el caso de los niños y a la administración pública en el caso de los adultos. Y a todo lo largo del período, y de modo creciente a medida que avanzaba el siglo, no faltaron los

esfuerzos propagandísticos. Pero todos estos recursos parecen haber sido insuficientes al momento de intentar modificar ciertas conductas. Algunas veces las reacciones se situaban más cerca del rechazo que de la apatía. En Rosario, a fines de la década del ochenta y en plena epidemia de viruela, el número de vacunados bajó abruptamente luego de un enfático esfuerzo del poder municipal por difundir la vacunación; las autoridades registraron la respuesta de la población a la manera de "un olvido voluntario". Casi veinte años más tarde, un higienista porteño explicaba ese tipo de comportamientos subrayando la "arraigada creencia en el vulgo de que no debe vacunarse en tiempo de epidemia porque la vacuna atrae la enfermedad".

En los años ochenta, cuando en Buenos Aires todavía se utilizaba indistintamente vacuna humana o animal, sólo la llamada gente decente accedía a la vacuna animal producida por un conservatorio particular. Para el resto de la población la inoculación debía realizarse con vacuna humana, de brazo a brazo: por ello no faltaron las oposiciones "...de las madres de los niños vacunados que habían de servir de fuente de provisión...", una reacción también presente en Rosario, cuando las autoridades municipales se preguntaban si el fracaso de los empeños de vacunación masiva no tenía que ver "...con las numerosas incisiones que tanto mortifican a los niños y causan repugnancia y rechazo a sus madres...". A estos reparos se sumaba el desprestigio de la vacuna humana, no pocas veces asimilada a un líquido sanguinolento y sucio que, se creía, producía infecciones locales.

Antes y después de aprobada la obligatoriedad, la compulsión a vacunarse invitaba al Estado a irrumpir en la vivienda de los sectores populares. De una parte acercaba el servicio a la población y de otra generaba tensiones y violencias. En tiempos normales, quienes se resistían a la vacunación pagaban multas; en tiempos de epidemia se llamaba a la policía, "un recurso que, según un higienista rosarino, no aparece en los reglamentos pero que la *Suprema Lex* autoriza". Parece evidente, sin embargo, que en el mediano plazo ciertas coerciones preventivas fueron más eficaces que las estrategias más abiertamente compulsivas: por ello se insistió en que la vacunación fuera un requerimiento para obtener el certificado que habilitaba a un niño a entrar en el sistema escolar o a un adulto a emplearse en la administración pública.

Hacia fines de la primera década del siglo XX, la lucha antiva-

riólica logró sus mayores éxitos cuando mejoró su estructura organizativa, amplió su personal y utilizó intensivamente la propaganda como recurso persuasivo. En Rosario "...grandes carteles colocados en los barrios exhortaban a la vacunación a los fines de combatir las preocupaciones que la ignorancia popular aún mantiene en torno a este procedimiento...". En Buenos Aires, la recién creada oficina de propaganda de la sección vacuna hizo uso frecuente de los carteles, que se pegaban en las calles, las oficinas públicas, las estaciones ferroviarias, las escuelas, los trenes y los tranvías. Incluso en ocasiones, e incorporando muy modernas técnicas de publicidad, la difusión de la campaña de vacunación recurrió a las postales ilustradas, las guías del Jardín Zoológico, las cajas de cigarrillos o de fósforos. A estos esfuerzos educativo-propagandísticos se agregaban otros, bien reveladores de cuánto habían aprendido los higienistas cuando se trataba de modificar costumbres; es el caso de la incorporación de personal femenino en el servicio de vacunación, de modo tal que la campaña de vacunación pudiera lidiar, decían, "del modo más respetuoso con el excesivo pudor femenino".

Cuando la segunda década del siglo empezó, la viruela estaba relativamente controlada y la vacunación aceptada como su más conveniente medida preventiva. Habían quedado atrás los tiempos en que no se demandaba de la gente otra cosa que sumisión frente a las novedades médico-sanitarias; con ellos también se habían ido las imágenes de la vacuna como una manipulación autoritaria y desaprensiva del cuerpo por parte de desconocidos, como una acción que cuestionaba principios propios de una moral recatada y tradicional, como un atentado a la moderna libertad de cada uno a decidir si se vacunaba o no, como una irritante irrupción del Estado en ámbitos reservados al mundo privado.

## UN NUEVO CONSENSO HIGIÉNICO

En 1868, y mientras inauguraba las obras de agua potable en Buenos Aires, Domingo Faustino Sarmiento advertía que "las gentes educadas se prodigan a sí mismas las abluciones indispensables a la conservación de la salud; el pueblo, ignorante y provisto de agua abundante perseverará en sus hábitos de desaseo e intem-

perancia si su estado moral e intelectual no se mejora. (El agua potable) es necesaria y excelente; pero si no damos educación al pueblo, abundante y sana, a manos llenas, la guerra civil devorará al Estado y el cólera a la población”.

En verdad, Sarmiento no fue más que un temprano entusiasta de las virtudes de la educación cuando se trataba de difundir entre la gente común las novedades de los modos higiénicos modernos. A todo lo largo del último tercio del siglo XIX y las primeras décadas del XX, otras voces, con más o menos sofisticación, y desde muy variadas impostaciones ideológicas y políticas, enriquecieron ese discurso especialmente atento al mejoramiento y fortalecimiento de los cuerpos y la renovación de las costumbres cotidianas. En 1899, por ejemplo, un folleto escrito por un anarquista y titulado *La Medicina y el Proletariado*, criticaba de manera despiadada el sistema capitalista pero no dudaba en pregonar las ventajas y la necesidad de la higiene personal. Al despuntar el siglo, la revista *La Higiene Escolar*, el suplemento mensual de *El Monitor de la Educación Común*, publicado por el Ministerio de Instrucción Pública, escudriñaba cada una de las cuestiones del cotidiano escolar, desde la orientación de los edificios al tamaño de los pupitres, del diseño de los baños a las posturas de los niños, de la higiene del jarrito de uso personal a las preocupaciones por los niños que fuman, de los supuestamente nocivos efectos del fútbol a las bondades de las rutinas gimnásticas y la higiene bucal. En 1911, la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires distribuía masivamente, en forma gratuita y en lugares estratégicamente elegidos, instrucciones en siete idiomas sobre cómo criar a los niños de acuerdo con el moderno código higiénico. Y hacia fines de la década de 1920, en plena campaña antituberculosa, *La Semana Médica* postulaba que los factores clave de esa lucha eran no sólo el mejoramiento del nivel de vida —en particular la nutrición, la vivienda y el aumento de los salarios— sino también “la cultura, la educación popular y la enseñanza popular de la higiene”.

Estos ejemplos hablan de un discurso —el del hombre y la cultura higiénicos— que buscaba responder a las nuevas urgencias traídas por la urbanización y la incipiente industrialización. En ese contexto el valor de la higiene era presentado, al igual que la ciencia, como un valor universal colocado por encima de las diferencias sociales y definitivamente asociado a la propagación de la

instrucción como instrumento de cambio social. Así, y más allá de sus contenidos disciplinadores, la higiene apuntaba a proveer una cierta respetabilidad que, se asumía, facilitaba la integración y el reconocimiento social. Debe alineársela junto con una ristra de esfuerzos normativo-edificantes que descubren zonas donde el consenso parece haber jugado un papel más efectivo que las diferencias ideológicas y políticas.

La cultura del hombre higiénico comenzó a emerger en el último tercio del siglo XIX, al calor de las preocupaciones por la mortalidad y la morbilidad producidas por las enfermedades infecciosas primero y, más tarde, por los llamados males sociales, la tuberculosis, la sífilis y el alcoholismo. En el entresiglo ya era parte y resultado de un esfuerzo empeñado en cruzar la medicina con las ciencias sociales y la política, produciendo lo que se llamó higiene social, un *corpus* sobre el cual, más tarde, entre los años veinte y los cuarenta, se desarrollaría la salud pública. Ese esfuerzo, motorizado en gran medida por sectores profesionales y políticos fuertemente marcados por el positivismo —entre los que se debe incluir a muchos de los que se proponían hablar en nombre de los trabajadores—, conjugaba una variedad de estrategias y razones. Dos fueron particularmente relevantes. De una parte, ofrecer a la elite un entorno urbano seguro y controlable desde el punto de vista epidémico. De otra, alejar a vastos sectores de la sociedad del peligro del contagio en su sentido más amplio y, como resultado de esa operación, incluirlos en el mundo social moderno como trabajadores respetables y eficientes.

El discurso de la cultura de la higiene y del hombre higiénico fue alentado por educadores, médicos, políticos y burócratas, y por liberales, anarquistas, socialistas, radicales, católicos y hasta conservadores activos en la reforma social. La higiene fue, aun más que la educación, un tema que invitaba al consenso. Definía un terreno donde las ideologías políticas contaban poco. El catecismo higiénico ofrecía una herramienta para incorporarse a la vida de la ciudad moderna. De más está decirlo, no fue una peculiaridad argentina; a todo lo largo del siglo XIX, en Europa y los Estados Unidos, la idea de la necesidad de preservar la higiene colectiva y la individual no hizo más que ganar en sofisticación. El despegue de la bacteriología moderna fue decisivo en su definitiva aceptación pero acarreó nuevos desafíos que, a su vez, demandaron del hombre común nuevos esfuerzos de comprensión. En el

entresiglo, el catálogo de conductas higiénicas reclamaba no sólo estar libres de microbios, gérmenes y bacterias sino también creer, aun cuando no se los pudiera ver, que esos agentes eran la materialización misma de la enfermedad. A un enemigo conocido, la suciedad superficial, se había sumado otro invisible.

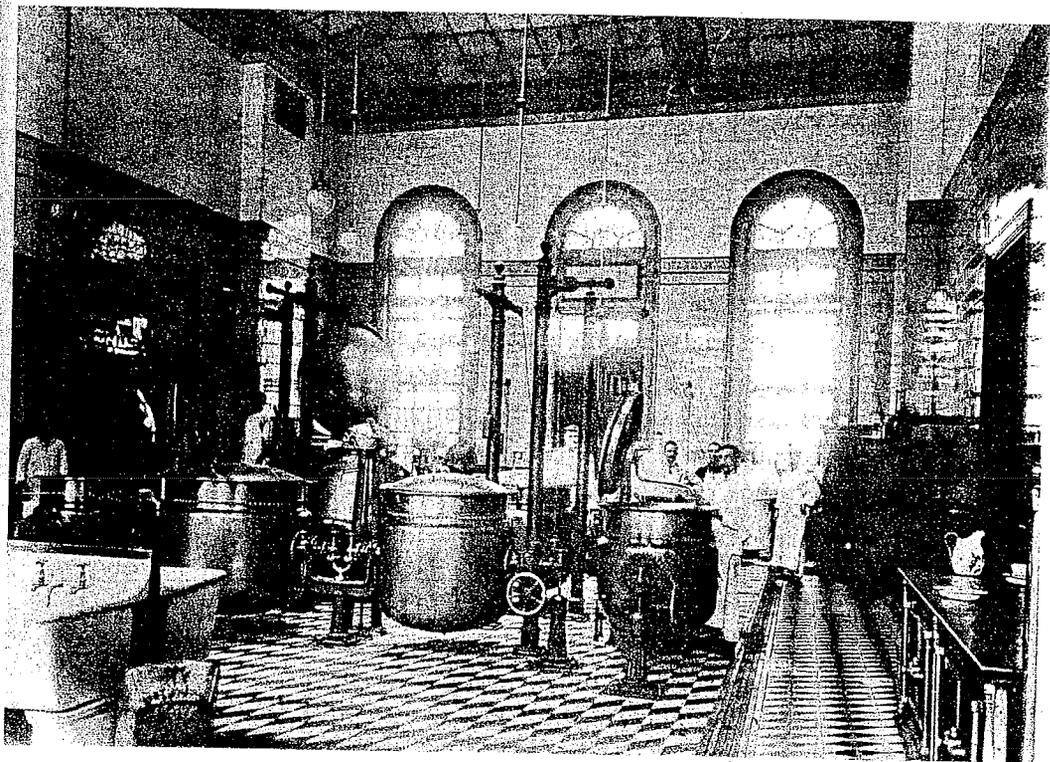
En relativamente poco tiempo el código higiénico penetró infinidad de esferas de la vida social e individual. En el mundo del hospital, donde la higiene suponía asepsia; en el mundo hogareño, donde la higiene se asociaba a la limpieza y ventilación de la vivienda; en el mundo laboral, donde daba cuenta fundamentalmente del ambiente de la fábrica y el taller y en menor medida del sobretabajo; en la calle, que destacaba los riesgos del contacto de modo indiscriminado con otra gente, residuos o ambientes. Y en la esfera individual, donde no sólo los rituales del aseo sino también las inmunizaciones estaban destinados a aumentar la resistencia física.

La higiene fue progresivamente tejiendo una trama de valores que, excediendo lo referido específicamente al combate de la enfermedad, terminó impregnándose no sólo de una cierta moral y respetabilidad sino también de fenómenos psicosociales marcados por la autoaprobación, la responsabilidad individual, la autodisciplina, el narcisismo, las ideas de saber gozar de la vida, el consumo de novedades simbólicas o materiales supuestamente portadoras de salud.

Como valor social e individual han sido tales su fuerza y pre-sencia, que además de haber logrado que nadie dude de su relevancia prácticamente todos terminaron asumiéndola como una inevitable bandera y estrategia de combate de la mayoría de los males y enfermedades. De modo oficial u oficioso, y en algo más de medio siglo, este código higiénico logró dominar consensualmente los modos que marcaron desde la vida cotidiana en el ámbito hogareño a las justificaciones que gobiernos y partidos políticos esgrimieron al momento de ofrecer a la sociedad sus programas en materia de salud pública. En medio siglo, de 1870 a 1920, el ideal higiénico sumó a su condición de estrategia específica y acotada para prevenir enfermedades las funciones típicas de una necesidad material, moral y espiritual de la vida en las ciudades modernas. Habiendo penetrado prácticamente en todos los poros de la sociedad y la cultura, la higiene se transformó en un catecismo laico donde se fueron confundiendo, de modo

creciente a medida que el siglo avanzaba, profilaxis, consumo y modernidad.

Este catecismo informaba a la sociedad sobre las conductas que se suponían limpias, saludables e higiénicas y las que, por sucias y antihigiénicas, facilitaban el contagio y la enfermedad. Por muy diversas vías, desde la apelación racional y el aprendizaje social hasta la imitación de hábitos bien instalados en la vida cotidiana de los sectores más acomodados, un conjunto de conductas higiénicas fue influyendo los modos y hábitos de la gente común. Fue un proceso que combinó discursos defensivos en materia de higiene —prohibiciones y castigos— e informativo-educativos —enfáticos en instruir sobre higiene y, más tarde, sobre los más cambiantes valores que asociaban la belleza con salud. Al final esa cultura de la higiene devino no sólo en un recurso más destinado a facilitar la integración de la gente común y los trabajadores en general en la vida urbana moderna e industrial, sino que también se perfiló como un nuevo derecho al que aspiraron más y más



*Cocina del Hospital de Dementes a fines del siglo XIX.*

sectores sociales. La incesante renovación de ofertas materiales y simbólicas terminaron situando al hombre higiénico en el mundo del consumo, un mundo surcado por las novedades de la industria farmacéutica, de la perfumería y del equipamiento hogareño. Y la emergencia de una red de servicios de atención médica, de los hospitales a los dispensarios y sociedades mutuales, a la que grupos sociales cada vez más vastos comenzaban a acceder o al menos a reconocer como una posibilidad, también contribuyó a alimentar nuevas obligaciones respecto de la higiene y nuevos derechos respecto de la salud.

Además de ser una puerta de entrada en el mundo del consumo de bienes y servicios, la higiene fue parte de un lenguaje que puso todo su énfasis en la cuestión social y, por esa vía, contribuyó a que muchas corrientes del pensamiento —el liberalismo, el catolicismo social, el socialismo— reformularan o afinaran sus relaciones con el Estado y la sociedad. En ese contexto, el sostenido interés por preservar y fortalecer la salud de la población, pensada como “raza nacional”, puso al descubierto toda la influencia que la eugenesia positiva tenía en la Argentina de fines del siglo XIX y comienzos del XX. De más está decir que, cuando las coyunturas así lo demandaban, la higiene se transformaba en uno de los tantos recursos del nacionalismo.

Mientras las enfermedades infectocontagiosas marcaban los avatares de la morbilidad y la mortalidad, el tono dominante en el código higiénico fue defensivo, siempre listo a enfrentar temores y peligros. Pero hacia la primera década del siglo XX, los discursos que habían caracterizado a la higiene social de fines del siglo XIX se hicieron más complejos. Si bien siguieron presentes las preocupaciones por el desorden, la degeneración, la inestabilidad en el cuerpo social y un cierto tono alarmista alimentado por una historia reciente de cíclicos azotes epidémicos, emergió una visión mucho más optimista del futuro, especialmente enfática en las posibilidades de la vida sana y la higiene positiva. La higiene, la deferencia, la sobriedad, el ahorro, parecían converger en una nueva respetabilidad. El Congreso Nacional de Medicina de 1916, por ejemplo, proclamó “el ideal de llegar a dar a todos los organismos, con ayuda de la vida higiénica perfecta, una resistencia suficiente para triunfar del contagio”.

A veces el excesivo detalle de normas colocaba al discurso higiénico fuera de la realidad. Incluso antes de la exitosa irrupción

de la bacteriología moderna, su densidad y detallismo motivaban comentarios irónicos. A comienzos de la década del setenta, Eduardo Wilde ya alertaba sobre las dificultades de poner en práctica el nuevo catecismo de la higiene: “El hombre más rico, en el país más hermoso del mundo y bajo el clima más sano, comete forzosamente cien mil pecados higiénicos por día. Ni el tiempo ni los recursos alcanzan para verificar lo que manda la higiene y el desgraciado mortal que se propusiera hacer todo lo que la higiene aconseja, sería el hombre más atormentado del mundo y la miserable víctima de sus escrupulosos cuidados. De manera que se puede decir que la higiene ha sido hecha expresamente para no ser obedecida en conjunto, por causa de imposibilidad”. Más tarde, al despuntar el siglo XX, *Ciencia Social*, una publicación anarquista, ironizaba de este modo: “Es una suerte de sarcasmo lo que vemos todos los días en los periódicos. Los señores galenos son muy tontos o se hacen. Para combatir la enfermedad invocan a la higiene. Y lo cierto es que en el actual orden de cosas, eso de la higiene es lo mismo que cortar las ramas de un árbol infectado desde las raíces y dejar el tronco que más tarde ha de reproducirlas aun más apestadas. ¿Qué es la higiene bajo un régimen de mentira, socialmente injusto y de explotación?”

Pero en modo alguno el tono crítico de estos comentarios menguó el arrollador impacto de la cultura de la higiene entre muy dispares grupos políticos, profesionales e ideológicos. Buscando legitimarse incesantemente en la ciencia, prácticamente todos, de los anarquistas a los conservadores embarcados en las tareas de la reforma social, adhirieron a la cruzada higiénica. Más allá de sus diferencias ideológicas —en otros temas definitivamente insuperables—, todos coincidían en la necesidad de un cierto reordenamiento social que permitiera superar el azote epidémico y los males sociales que aquejaban a la ciudad moderna. Que médicos, higienistas y reformadores sociales se hayan entusiasmado en ese proyecto no debe sorprender y la publicidad, la literatura, los diarios y las revistas revelan, una y otra vez, su persistente presencia en la vida cotidiana.

Más intrigante es reconstruir la recepción y absorción de este discurso y de esa nueva normatividad. El mundo urbano del novecientos estaba saturado, especialmente en las ciudades-puerto del litoral agroexportador, de un cosmopolitismo y una diversidad de niveles de alfabetismo que debe invitar a la cautela a cualquier

esfuerzo por explorar los avatares, contestaciones y matices que marcaron a la circulación de la cultura de la higiene. Hasta que nuevos estudios permitan dar cuenta de estas peculiaridades, el tremendo impacto de la cultura de la higiene en la sociedad puede dimensionarse en el lugar que logró hacerse entre ciertos anarquistas, sin duda los más críticos al estado de cosas imperante en la Argentina de fines del siglo XIX y comienzos del XX. Dos ejemplos son, en ese sentido, elocuentes. En 1901 *La Protesta Humana* se refería a las “reglas de higiene y modos de prevenir enfermedades” en el marco de su apoyo a las campañas de educación destinadas a evitar el contagio. Y veinte años más tarde, en 1921, el periódico anarcosindicalista *El Obrero en Dulce* invitaba a poner en práctica “los modos higiénicos, racionales y delicados” como “un medio para conseguir la emancipación, puesto que sin higiene no puede haber progreso ni salud”.

# BIBLIOGRAFÍA

- Armus, Diego, "Enfermedad, ambiente urbano e higiene social. Rosario entre fines del siglo XIX y comienzos del XX", en Armus, Diego, et al., *Sectores populares y vida urbana*, Buenos Aires, CLACSO, 1984.
- Belmartino, Susana, et al., *Las instituciones de salud en la Argentina liberal: desarrollo y crisis*, Buenos Aires, Secretaría de Ciencia y Técnica, 1987.
- Besio Moreno, Nicolás, *Buenos Aires. Puerto del río de la Plata. Capital de la Argentina. Estudio crítico de su población, 1536-1936*, Buenos Aires, Librería Panamericana, 1939.
- Casais de Corne, Alicia, y otros, *Panorama histórico de la medicina argentina*, Buenos Aires, Todo es Historia Ediciones, 1977.
- Coni, Emilio, *Memorias de un médico higienista*, Buenos Aires, Flaiban, 1918.
- González Leandri, Ricardo, "La profesión médica en Buenos Aires, 1852-1870", en Lobato, Mirta Zaida (ed.), *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina*, Buenos Aires, Biblos, 1996.
- Loudet, Osvaldo, *Médicos argentinos*, Buenos Aires, Huemul, 1966.
- Recalde, Héctor, *La salud de los trabajadores en Buenos Aires (1870-1910) a través de las fuentes médicas*, Buenos Aires, Grupo Editor Universitario, 1997.
- Salessi, Jorge, *Médicos, maleantes y maricas. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la Nación Argentina (Buenos Aires: 1871-1914)*, Rosario, Beatriz Viterbo Editora, 1995.
- Scenna, Miguel Ángel, *Cuando murió Buenos Aires*, Buenos Aires, La Bastilla, 1974.
- Tumburus, Juan, *Síntesis histórica de la medicina argentina*, Buenos Aires, El Ateneo, 1926.
- Veronelli, Juan Carlos, *Medicina, gobierno y sociedad*, Buenos Aires, Editorial El Coloquio, 1975.
- Vezzeti, Hugo, *La locura en la Argentina*, Folios Ediciones, 1981.
- Zimmerman, Eduardo, *Los liberales reformistas. La cuestión social en la Argentina, 1890-1916*, Buenos Aires, Sudamericana, 1995.