



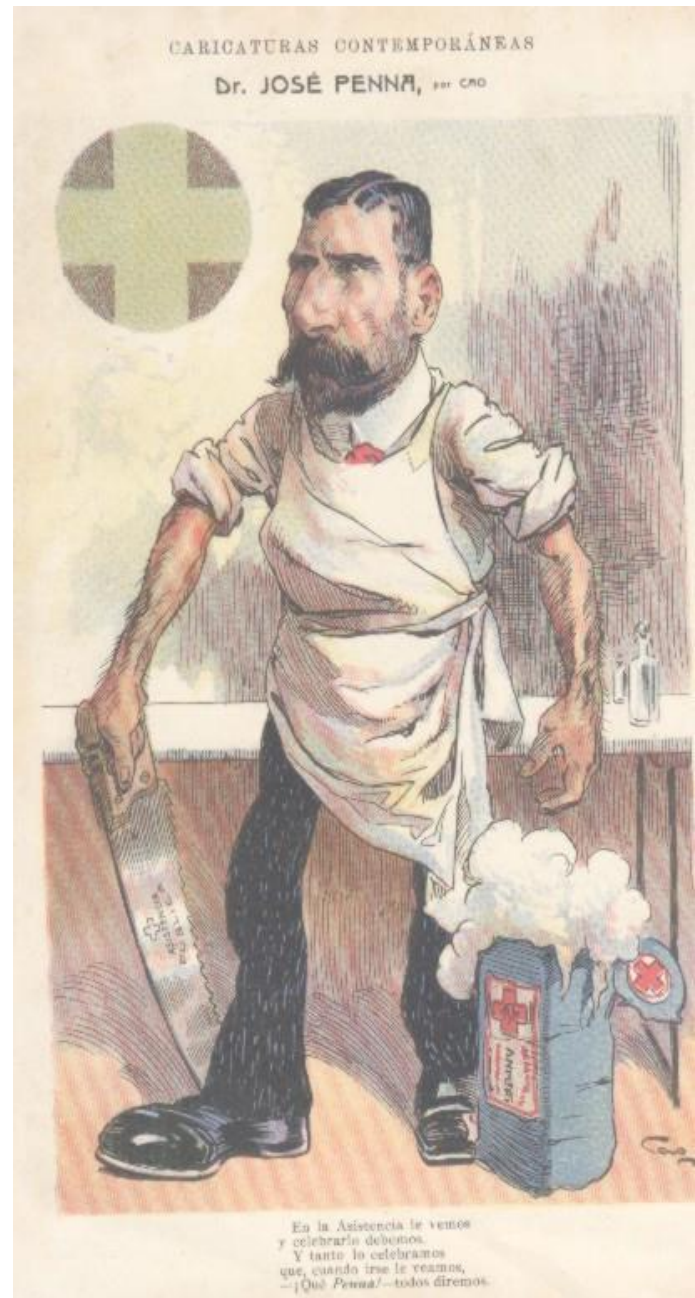
UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Facultad de Humanidades
Maestría en Historia

**EL BRAZO MÉDICO
DEL ESTADO
ARGENTINO.
ARTESANOS DE
UN MODELO DE
CIUDADANO,
DE CIUDAD Y
DE NACIÓN.
BUENOS AIRES
1880- 1920.**

Tesista: Licenciada Adriana Alvarez

Directora: Doctora Mirta Zaida Lobato



INDICE

Introducción

<i>La Salud Pública en la Argentina de fines del Siglo XIX: los caminos de la historiografía</i>	
...	6
1. La Problemática de la salud en los marcos de la producción historiográfica.....	9
1.a Las condiciones de vida de los sectores populares: un acercamiento a los temas de la salud.....	12
1.b Las pestes y las enfermedades como partes de la “Cuestión Social “	18
1.c Las diversas interpretaciones del clima de ideas higienistas.....	21
1.d Mirando la historia de la Salud Pública.....	23
2. Lineamientos teórico metodológicos.....	25
3. Delimitación temporal	27
4. Estructura del trabajo.....	28
5. Acerca de las fuentes utilizadas.....	30

Capítulo I:

<i>Los miedos, las pestes y las enfermedades como factores dinamizadores de cambios sanitarios</i>	32
1. Repasando los aspectos de un mismo escenario: desorden urbano, progreso, epidemias, orden político	34
2. Las enfermedades infectocontagiosas.....	39
3. El cólera y la fiebre amarilla	46
4. La difteria. La fiebre tífus y la tuberculosis.....	54
5. La lepra y la peste bubónica.....	68
6. Un nuevo escenario.....	72
7. Anexo estadístico	83

Capítulo II:

*Conceptos de Higiene. El surgimiento de una
autoridad sanitaria en el Buenos Aires de los años
80'..... 85*

1. Los servicios públicos de salud en los umbrales de los 80'.....	86
2. La aparición de la Asistencia Pública	89
2.1 Más funciones y atribuciones para la Asistencia Pública	95
2.2 Dos funciones claves: vacunación y aseo urbano.....	100
3 La evolución de la AP hasta principios del S.XX.....	106
4 Años de consolidación.....	114
5 Hospitales, asilos y asistencia a alienados.....	119
6 La suma de factores que permitieron los cambios sanitarios que introdujo la A.P.....	128

Capítulo III:

*Avances de la ideología higiénica en la consolidación de
un renovado entramado sanitario.....*
133

1. Departamento Nacional de Higiene.....	135
2. También médicos y educadores se unieron en la búsqueda de la pureza de la raza y de la nacionalidad	145
3. Las escuelas de niños débiles	150
3.1 Plan de actividades en las escuelas de niños débiles	153

Capítulo IV:

*Hombres e ideas que gestaron la transición de la Higiene a la Salud
Pública.....*
157

1. Aspectos generales del tránsito del higienismo al sanitarismo	158
---	-----

2. El momento de la higiene pública	161
3. La hora de la higiene social	164
4. Higienistas, clínicos y bacteriólogos. De higienistas a sanitaristas	174
5. Otros pensamientos que cruzaron el higienismo	180
Conclusión	186
Anexo Documental	191
Fuentes y bibliografía	197
Vocabulario específico	217

ABREVIATURAS

UBA: Universidad Nacional de Buenos Aires.

DNH: Departamento Nacional de Higiene.

AP: Asistencia Pública.

CNE: Consejo Nacional de Educación.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis tiene una larga historia que no relataré, pero repasar el tiempo transcurrido me obliga a agradecerle a quienes me estimularon a entregarla. En principio y fundamentalmente a la Doctora Mirta Zaida Lobato, quien en interminables encuentros discutimos una y otra vez los contenidos aquí vertidos; y es gracias a su empeño, y a su fuerza que este trabajo haya encontrado un final. No puedo dejar de mencionar al Dr. Juan C Suriano, y a todos los integrantes del Grupo Hisa, especialmente a la Mg Irene Molinari.

Debo reconocer los aportes que significaron los comentarios de los Dres Marcos Cueto, Ana María Carrillo y Diego Armus.

Finalmente, deseo agradecer a la Universidad Nacional de Mar del Plata que me ha permitido completar mis estudios de grado y posgrado.

Y por ultimo a mi familia, especialmente a Daniel, Juan Cruz, Guadalupe y Lourdes, por su paciencia y estímulo permanente.

A todos muchas gracias.

CAPITULO I

LOS MIEDOS, LAS PESTES Y LAS ENFERMEDADES COMO FACTORES DINAMIZADORES DE CAMBIOS SANITARIOS.

"... Terminada definitivamente la organización política del país por la creación de este Municipio en la Capital de la República, zanjadas o en vías de serlo por racional y común acuerdo nuestras cuestiones de límites con las naciones vecinas y desapareciendo así el temor de una guerra exterior, asegurada la paz interior,(...) consolidando nuestro crédito interior y exterior (....) afianzada la vida y el progreso de la República,(...) se puede decir que no queda otra cosa pendiente que pueda oscurecer ese cuadro de adelantos y bienestar, que el justo temor de una epidemia (...) Y por eso digo con profunda convicción, que la salud pública es la cuestión del día y

quizá el único problema pendiente porque su perturbación sería un formidable estorbo para nuestro progreso y una ruina para nuestras riquezas...":

José María Ramos Mejía, Buenos Aires 1887.⁵⁸

58.-*Memoria de la Intendencia Municipal de la Capital de la República Argentina* Correspondiente a 1886. Buenos Aires, Imprenta Biedma 1887, pág. 440.

La cita de Ramos Mejía revela la importancia que se le asignó a la *salud pública* cuando la Nación y las instituciones municipales se consolidaban. Es que en la Argentina en particular y en América Latina en general los movimientos independentistas del siglo XIX presentaron a sus líderes el reto de la conformación de nuevas nacionalidades.⁵⁹ Esto representó mucho más que el establecimiento de fronteras y gobiernos estables, implicó también la creación de comunidades "imaginadas" dentro de las cuales se articularon los significados de la nacionalidad y se trazaron los vínculos que unían a los distintos grupos y personas. La medicina, la literatura, la religión y la ciencia jugaron un papel decisivo en la formación de esta comunidad imaginaria.⁶⁰

En este contexto las epidemias se constituyeron en un estímulo para la ampliación de la autoridad del Estado en el área de la salud, pues no siempre estuvo bajo su responsabilidad. Además, las epidemias sirven como una lente de aumento para observar los temores, los prejuicios, las normas y los estereotipos que sobre los enfermos, el cuerpo humano, el género, los grupos étnicos y las clases sociales se formaron en este período.⁶¹

Los temores y el desequilibrio ecológico que provocaban las pestes ayudaron a idear una comunidad donde todo tipo de conflicto era zanjado por la vía de la medicalización de la sociedad, lo que incluía un tratamiento tanto físico como social de la enfermedad que ayudaba a la integración social.⁶²

Para dar cuenta de este proceso se analizará cómo variaron las percepciones e imágenes creadas en Buenos Aires sobre las enfermedades infecto - contagiosas entre fines del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX, enfatizando los cambios que se introdujeron en la práctica de la medicina local a partir de los descubrimientos tanto de Pasteur en París como de Koch en Berlín.⁶³ Dichas transformaciones permiten advertir las distintas formas de recepción e institucionalización de la ciencia europea en Buenos Aires, fortalecida por las vinculaciones que los científicos argentinos establecieron con los centros de estudios ligados tanto a Koch como a Pasteur, siendo éste el principal canal de apropiación -pero a su vez de interacción- entre la ciencia europea y las tradiciones locales ya existentes.

59.- PEAR, Julian "Medicina Tropical en Brasil del siglo XIX: La Escuela Tropicalista Bahiana 1860-1890" en CUETO, Marcos. *Salud, Cultura y Sociedad* op.cit pág. 34

60.-BENEDICT, ANDERSON. 1993. *Comunidades imaginadas. Reflexiones sobre el origen y la difusión del nacionalismo*. México FCE. pág. 50-65.

61.-Un ejemplo de este enfoque es el trabajo de FRÍAS NÚÑEZ, Marcelo.1992. *Enfermedad y sociedad en la crisis colonial del antiguo régimen: Una Nueva Granada en el tránsito del S. XVIII al s. XX*, CSIC. También los de Marcos CUETO. 1997. especialmente *El Regreso de las Epidemias*.op.cit.

62.- En esta perspectiva podemos citar para el caso europeo el texto de RANGER, TERENCE Y PAUL SLACK. 1992.*Epidemics and Ideas, Essays on the history of pestilence*, Cambridge University Press.

63.-Sobre las distintas visiones acerca de cómo abordar las maneras de entender las enfermedades tomamos como referencia el trabajo de Elizabeth Fee .1988. "Venereal Disease in Twentieth Century Baltimore" en Elizabeth Fee y Daniel, Fox (ed) *AIDS: The Burdens of History* Univ. Of California Press, págs. 121 a 146

A propósito de lo expresado, incluimos una descripción etiológica de las enfermedades, vinculando la intensidad de su presencia con las condiciones de insalubridad de ciertas zonas de la ciudad de Buenos Aires, es decir, las bases ecológicas y sociales que resultaban propicias para su propagación.

1.- Repasando aspectos de un mismo escenario: desorden urbano,
progreso, epidemias, orden político.

La ciudad de Buenos Aires fue el escenario de un acelerado proceso de urbanización finisecular, al igual que otras ciudades latinoamericanas donde se plasmaron características peculiares sobre la impronta de la ciudad colonial. Al finalizar los años '80 del siglo XIX -y aún antes- Buenos Aires experimentó un importante crecimiento y una concentración de población urbana. A diferencia de otros procesos como el europeo, esto no fue acompañado por una expansión de la actividad industrial que justificara tal distribución, sino que fueron la inmigración europea y la actividad comercial concentrada en el puerto de Buenos Aires las que motorizaron el paso de la "gran aldea" a la "ciudad metropolitana" , convirtiéndola en una de las más importantes urbes de América del Sur.

La ciudad criolla de mediados del siglo XIX se asemejaba más a una pequeña ciudad de provincia aunque se distinguía por un mayor dinamismo comercial. Esto se debió principalmente a su función de ciudad puerto y a su relevancia política, pues había sido la cuna de la Revolución de la Independencia y la sede principal del poder político. Para 1822, la ciudad se alineaba sobre tres kilómetros de fachada, de Retiro a San Telmo y sobre dos kilómetros hacia el interior, de la playa a plaza Lorea. Treinta años después a la caída de Rosas, en 1852, las dimensiones eran similares, ya que la ciudad avanzó simplemente agregando a sus límites algunos barrios. El espacio edificado representaba apenas el doble de la superficie delimitada por su fundador Juan de Garay en 1580.⁶⁴

La organización espacial de Buenos Aires respondía a la de cualquier ciudad colonial, con una gran plaza central alrededor de la cual se ubicaban la catedral, el cabildo -que encarnaba el poder municipal- y diversas construcciones particulares. Estas últimas no estaban preferentemente alineadas, sino más bien organizadas alrededor de jardines, huertas y espacios descubiertos.

"...Las calles de Buenos Aires eran intransitables durante la mayor parte del año, porque las lluvias arrastraban la arena suelta, y dejaban profundos pozos y lodazales a su paso..."⁶⁵

Estos aspectos sumados al hecho que, según Antonio Wilde la ciudad era un basural:

"... Los pantanos se tapaban (...) con las basuras (...). Estos depósitos de inmundicias, estos verdaderos focos de infección,

64 -SCOBIE, James .1977. *Buenos Aires del centro a los barrios 1870-1910*, Buenos Aires, Solar Hachette.

65 - LÓPEZ, Vicente Fidel. Citado en el *Censo Municipal de Buenos Aires 1904*, pág. 416.

producían, especialmente en verano un olor insoportable y atraían millares de moscas que invadían a todas horas las casas inmediatas...”.⁶⁶

Pantanos, basuras, olores convirtieron a la ciudad, en un foco pestilente que comenzó a conocer los azotes de las epidemias infecciosas que cobraron más muertes que las luchas facciosas a las que se había visto sometida la región desde décadas atrás.

En 1895 Emilio Coni, en el folleto “El saneamiento de Buenos Aires”, consideraba que “...Buenos Aires, la ciudad de los “buenos aires” como la bautizaron sus fundadores, se convirtió en un lugar malsano, donde las enfermedades contagiosas habían adquirido derecho de ciudadanía...”- luego agregaba que- “...La ciudad ha estado desprovista hasta ahora de un sistema de evacuación de inmundicias y la distribución del agua ha sido absolutamente insuficiente a las necesidades de su población...”.⁶⁷

Junto con las epidemias existían también enfermedades endémicas, como la viruela, la escarlatina, la rubeola, la difteria, la fiebre tifoidea, las mayoría de las veces éstas resultaban mortales debido a las deficientes condiciones de salubridad y a la escasa difusión de las teorías bacterianas en este medio.

Ante la propagación de las enfermedades se registraron campañas de vacunación desde los años setenta, pero ni los vacunadores ni la población eran aún conscientes de las ventajas y de los riesgos a los que estaban expuestos. Era notable la ausencia del Estado para garantizar la salud de la población. Este espacio era ocupado por las sociedades de beneficencia. La salud pública estaba reservada a la filantropía y a la caridad.⁶⁸

Este cuadro de situación se complejizó debido a que la población se multiplicó aceleradamente. En 1869 el primer censo nacional decía que la Argentina tenía 1.736.490 habitantes, en 1895 el segundo censo registró 3.956.060 y alcanzó la cifra de 7.885.237 pobladores en 1914, en su tercer censo. La causa fundamental de ese crecimiento fue la entrada masiva de inmigrantes extranjeros, lo que contribuyó a modificar la relación entre zonas urbanas y rurales, ya que el porcentaje de pobladores radicados en las primeras creció de un 28% a un 52% entre 1869 y 1914. El aumento registrado en Buenos Aires fue de 181.838 habitantes en 1869 a 1.575.814 en 1914.⁶⁹

66.- WILDE, Antonio .1971. *Buenos Aires desde setenta años atrás*, Buenos Aires, EUDEBA. pág. 12. Primera edición de 1881.

67 .- CONI, Emilio R .1895. *El saneamiento de Buenos Aires. Memoria descriptiva del servicio de aguas y de cloacas* . Paris, Bureau du Génie Sanitaire. Reproducido en RUIZ MORENO, Leandro .1949. op.cit

68 .-Sobre la problemática de la caridad véase GONZÁLEZ, LEANDRI, Ricardo.1989.“Damas médicos y funcionarios. Acuerdos y tensiones en la creación de la Asistencia Pública de Buenos Aires” en PESET, José Luis (ed) *Ciencia, vida y espacio en Iberoamérica*, CSIC, Madrid, Vol. 1. “Caridad y filantropía en la ciudad de Buenos Aires” en ARMUS, Diego (ed). 1984. *Sectores populares y vida urbana*, Buenos Aires Clacso.

69 .- GALLO, Ezequiel.1992. “ Política y sociedad en la Argentina, 1870-1916 “ en Leslie Bethell (ed) *Historia de América Latina* Vol. 10 Cambridge University Press, Ed. Crítica. pág. 41 a 64. Los censos consultados fueron: *Primer Censo de la República Argentina, 1869*, Buenos Aires, Imprenta el Porvenir, 1872. *Segundo Censo de la República Argentina, 1895*. Buenos

Con respecto al origen de los inmigrantes llegados a la capital Federal, el censo de 1895 destaca que un 27% eran italianos, un 12% eran españoles y un 8% eran inmigrantes procedentes de otros lugares de Europa. La población nativa representaba el 48%.⁷⁰

Al fenómeno demográfico se sumó el de las enfermedades exóticas, que se vinculó también con la inmigración y con el intercambio de mercancías y personas que, desde el punto de vista sanitario, entraban al puerto en forma no controlada.

La mayor cantidad de intercambios de personas se producían con Europa Occidental, región a la que desde 1830 asolaba el cólera en forma epidémica y punto desde el cual se difundió en la Argentina y en otros países de América del Sur como Brasil y Paraguay. Los barcos fueron la principal vía de traslado de la enfermedad.

Buenos Aires fue una de las zonas más afectada por las epidemias. En 1867 se registraron más de 5.000 casos coléricos en una población que no alcanzaba las 180.000 personas. En 1871 se produjo la epidemia de fiebre amarilla⁷¹ que se desató en las barriadas de La Boca en las cercanías del puerto y se propagó sin reconocer barreras espaciales, ni sociales, cubriendo a toda la ciudad. La fiebre amarilla provocó más de 10.000 muertes, ocasionando pánico entre la población y fuertes pérdidas económicas puesto que la actividad comercial se vio afectada como consecuencia de su interrupción. Esta situación caótica puso en vilo a las autoridades municipales que fueron destituidas por la población que reaccionó, según Bilbao, frente a la inercia de sus gobernantes.⁷²

La gran expansión demográfica unida al crecimiento económico provocaron una serie de problemas. A la presencia recurrentes de focos epidémicos se le sumaron las cuestiones propias de la urbanización acelerada, cargadas de nuevas imágenes asociadas a lo desbordante e insalubre, donde el hacinamiento y la ausencia de una estructura sanitaria fueron el común denominador de ciudades portuarias como Buenos Aires, o Rosario.⁷³ La carencia de viviendas, de agua potable, de sistemas cloacales y de hospitales, se hizo más evidente aún a partir de la multiplicación de la población.

Como resabio del pasado, se creía que el espacio de la enfermedad epidémica era la pobreza, por eso el número de asilos para pobres y huérfanos era mayor que el de los establecimientos destinados a la asistencia médica.

Aires. Taller Tipográfico de la Penitenciaría Nacional, 1898. *Tercer Censo Nacional, 1914*. Buenos Aires, Talleres Gráficos de Rosso y Cia.1916.

70.- CIBOTTI, Emma.2000. "Del habitante al ciudadano: La condición del inmigrante" en LOBATO, Mirta (ed) *Nueva Historia Argentina* Buenos Aires, Ed. Sudamericana, pág. 394.

71.- Sobre la epidemia de 1871 se puede consultar a : WILDE, Eduardo .1923. *Obras Completas*. Primera parte. Científicas. Volúmen II, Talleres Peuser. BUCICH ESCOBAR, Ismael .1932. *Infortunios del pasado*, Buenos Aires, talleres gráficos Ferrari ; RUIZ MORENO Leandro.1949. *La Peste Histórica de 1871. Fiebre Amarilla en Buenos Aires y Corrientes*. Paraná Ed. Nueva Impresora.

72.-BILBAO, M.1934. *Tradiciones y recuerdos de Buenos Aires*. Buenos Aires. pág. 242.

73.- Para ver el proceso de urbanización en Rosario se puede consultar a: ARMUS, Diego y HARDOY Jorge E.1990.

"Conventillos, ranchos y casa propia en el mundo urbano del novecientos " en ARMUS Diego (Comp.) *Mundo Urbano y Cultura Popular*, Buenos Aires Ed.Sudamericana,

Por ejemplo, en 1871 los “Asilos para pobres y huérfanos” destinados a suministrar cuidados y atención a los enfermos, representaban un 33% del total de establecimientos en la ciudad de Buenos Aires, mientras la existencia de “hospitales” era mínima y no superaba el 13%. Aproximadamente diez años más tarde, el porcentaje correspondiente a la asistencia médica seguía inamovible, y el número de asilos descendía a un 17%.⁷⁴ Para Ismael Bucich Escobar, a principios de la década del 70´ los servicios de asistencia hospitalaria estaban completamente descuidados en la ciudad de Buenos Aires. Las autoridades disponían de dos establecimientos: el hospital General de Hombres, que dependía de la Municipalidad y el hospital de las Mujeres, administrado por la Sociedad de Beneficencia.⁷⁵

La importancia de los asilos en Buenos Aires no era excepcional hasta la primera mitad del siglo XIX; se podría decir que era semejante a la de algunos casos europeos. En Francia, el Comité de la Mendicidad de la Asamblea Nacional Francesa estimaba que el único lugar posible de remedio de la enfermedad era el medio natural de la vida social; la familia. Si ésta era el ámbito natural para enfrentar la contingencia de la enfermedad y los costos, las responsabilidades del Estado estaban reducidas al mínimo o intervenía sólo para aquellas personas que carecían de vínculos familiares. En este caso era preciso crear casas comunales de enfermos.⁷⁶

Esta forma de organización, implementada en países como Francia, fue imitada también en otras ciudades latinoamericanas, como por ejemplo Montevideo (Uruguay). Se basaba en la caridad como sustento filosófico y en el asilar como práctica terapéutica.

Sin embargo, el fin de siglo se caracterizó por el despliegue de ideas filantrópicas, con una renovada valoración de la importancia económica de la población. Estas ideas eran la antítesis de la concepción caritativa. Ganados por la idea de “previsión”, los filántropos tendieron a modificar los objetivos de dichas instituciones orientando a algunas de ellas hacia fines exclusivamente terapéuticos.⁷⁷

Estas transformaciones en la concepción de la salud o la higiene pública fueron impulsadas a partir del aumento de la frecuencia de los azotes generados por las enfermedades infecto contagiosas que habían hecho del espacio urbano un foco plagado de grandes potencialidades infecciosas. Allí, entonces, las epidemias preocuparon en la medida en que cuando se desataban no respetaban ninguna condición social. También incidieron en las percepciones de las élites que se plantearon la necesidad de encauzar y contener, a través del Estado, estas transformaciones, especialmente en la gran masa de población que, por momentos, crecía en forma incontrolable.

74 .- Los porcentajes fueron elaborados sobre la base de datos del *Censo Nacional de 1914*, Op.Cit. “Asilos para Pobres y huérfanos”, pág.517

75 .- BUCICH ESCOBAR, Ismael .1932. *Infornios del pasado*. Buenos Aires, Talleres gráficos Ferrari. pág 116

76 .-FOUCAULT, Michel .1990. *El Nacimiento de la Clínica*, Buenos Aires,Ed. Fondo de Cultura Económica.

77 .- GONZÁLEZ, Ricardo .1984. “ Caridad y Filantropía en la ciudad de Buenos Aires durante la segunda mitad del siglo XIX”, en AA. VV.- *Sectores Populares*, Buenos Aires CLACSO..

En los cambios impuestos sobre la caridad, la filantropía, la previsión o la necesidad de intervención de los poderes públicos incidió también la profesionalización de la medicina y la aparición de especializaciones, como la medicina social que permitía corregir los males creados por las nuevas condiciones infecciosas. La higiene servía para combatir los males del urbanismo y la epidemiología para prevenir enfermedades transmisibles cuya etiología comenzaba a revelarse por la bacteriología.⁷⁸

Este nuevo rumbo también implicó una extensión de las actividades del Estado que tenía por base fundamental una nueva y moderna concepción orgánica de la sociedad, de la libertad, de sus funciones y de su vinculación con la economía que reemplazó los conceptos individualistas de la filosofía del siglo XVIII. La filosofía positiva del siglo XIX reclamaba la renovación completa de valores para la armonía social y acentuaba una mayor actividad y participación del Estado.

2.- Las enfermedades infecto contagiosas.

Las enfermedades infecto-contagiosas formaron parte del paisaje de la Buenos Aires desde época temprana. Hacia el Centenario se sostenía:

"..nos bastaría inventariar sus enfermedades endémicas y epidémicas, computando el tiempo que llevan de reinado y las cifras de su morbilidad, para convencernos que los factores etiológicos que concurren a sostenerlas, son de existencia muy antigua y no se han logrado extinguirlos en ninguna época, con lo que se demuestra que sus agentes originarios han tomado derecho de domicilio en nuestro suelo y actúan con todas las exigencias y bajo las condiciones de los focos morbíficos mejor constituidos..."⁷⁹

La reflexión de los doctores José Penna y Horacio Madero se debía a que desde principios del siglo XIX la ciudad era caldo de cultivo para pestes y epidemias. Una de las causas se originaba a partir del descuido que se tenía con el agua destinada al consumo de la población. Esta era distribuida generalmente por los denominados aguateros, quienes no guardaban normas higiénicas. El preciado líquido era extraído del río en donde las lavanderas tenían sus piletones y a donde la policía acarrea los caballos y otros animales muertos. Estos - entre otros- factores

78.- KOHN LONCARICA, Alfredo y AGÜERO, Abel .1985. en BIAGINI, Hector (comp.) *El Movimiento Positivista Argentino*. Buenos Aires, Ed. Belgrano.

79.- PENNA, José- MADERO, Horacio.1910. *La Administración Sanitaria y la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires* Tomo 1, Buenos Aires, Ed. Kraft. pág. 53.

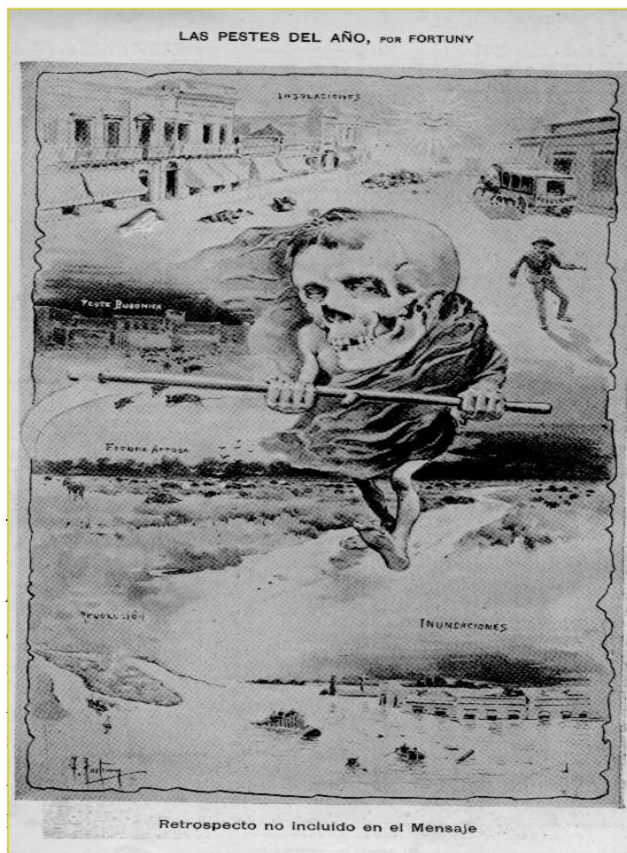
hacían que el agua reclamara cierto grado de purificación que por entonces no recibía.⁸⁰

Aguas contaminadas y suciedad favorecieron la difusión de enfermedades. En general, la falta de estadísticas vitales impide señalar con rigurosidad los brotes epidémicos; en este caso Nicolás Besio Moreno resulta una fuente útil para recrear los años claves. Las epidemias de sarampión fueron en 1819, 1821, 1824 y 1835; tifus en 1801, 1817, 1829; fiebre tifoidea en 1831, 1833 y escarlatina en 1836.⁸¹

Al respecto este estudioso consideraba que “ *la entrada de los terribles morbus en el Río de la Plata y en Buenos Aires, debía ser triste privilegio de la segunda mitad del siglo XIX. En Buenos Aires desde Rivadavia ninguna precaución ni medida se adoptó para preservar la invasión de los males, ni de confinarlos o reducirles si penetraban y luego extirparlos. Ni se higienizó más la ciudad, ni se dictaron instrucciones para el pueblo, ni se adoptaron precauciones con los navíos de arribada, ni se vigiló el tránsito por las fronteras. Todo ello habría de pagarse algunas décadas después, carísimamente...* ”.⁸²

Entre las enfermedades infecto contagiosas, la viruela⁸³ fue una de las que

mayores estragos produjo hasta alrededor de 1830 transformándose en endémica con ciertos focos epidémicos que perduraron hasta la década del 80'. A mediados del siglo XIX algunos de los males mencionados como el sarampión, la fiebre tifoidea, la difteria y crup



GARCIA BELSUNCE, Carlos (Ed) .1977. *Buenos Aires* de Raquel y UCCELLO, Fabian .1999. *La pequeña Buenos Aires* en *Publicaciones de la Cátedra de Historia de Buenos Aires, 1536-1936* Buenos Aires. *Puerto del Plata, 1536-1936*. Buenos Aires, Talleres gráficos Tuduri, *Historias y documentos históricos sobre la viruela, variolización y vacuna* en

Anales de la Facultad de Ciencias Médicas, Buenos Aires, Agustín Etchepareborda ed.

también adquirieron un carácter endémico; a ellos se sumaron las epidemias de cólera o fiebre amarilla, que por los años

setenta dejaron plasmadas sus crueles consecuencias
en la memoria pública.

Fuente: *Caras y Caretas* 5 de Mayo de 1900 año III n° 83

En la década del 80 algunas enfermedades endémicas fueron consideradas epidémicas y debieron convivir con otras que habían llegado para quedarse por mucho tiempo, como la tuberculosis. Hay que agregar que a ellas se sumaban otros flajelos como el alcoholismo.

El diagnóstico que se realizaba para la mayoría de estos males hacía hincapié en los factores atmosféricos, pero se centraba en cargar las culpas sobre las condiciones higiénicas y el contagio: éste era interpretado en función de la desidia, el abandono y la imprevisión de ciertas familias e incluso de las autoridades. A esto se sumaba el escaso conocimiento etiológico de las enfermedades y las resistencias de los enfermos al aislamiento, ya que preferían permanecer en sus domicilios.⁸⁴ Así, no siendo obligatoria la conducción a la casa de aislamiento, el 95% de los habitantes con enfermedades infecto-contagiosas era asistido en sus hogares, aunque no siempre estaba garantizada su atención.⁸⁵

El contagio subsistía porque el rol de los médicos seccionales⁸⁶, se limitaba a la asistencia médica, al socorro terapéutico y a la desinfección del local, no avanzaban en las tareas de prevención.

"... especialmente en los habitantes del conventillo cuyas malas condiciones higiénicas complican los peligros. Aquí se forman los focos que han de diseminarse luego por mil vehículos de transmisión

84.- Las respuestas sociales que se dieron frente a la presencia de enfermos con infecto contagiosas, fueron variadas, en principio el aislamiento en el domicilio particular era lo más generalizado, sin embargo los "miedos" que despertaba este tipo de enfermedad provocaron el abandono de personas, registrándose por ello varias actuaciones ante el hallazgo de cuerpos sin vida en la vía pública. Archivo General de la Nación- Tribunales-Año 1871. También se menciona el mismo fenómeno, en el informe del Dr. Lucas Vodanovich de la sección octava de la Boca, del cual se hicieron eco varios periódicos de la época: *La Prensa*, Buenos Aires Noviembre de 1886.

La Nación, Buenos Aires, Noviembre de 1886. Dicho informe se encuentra en Archivo General de la Nación, Ministerio del Interior, Leg. N° 32.

85.- *Memoria de la Intendencia Municipal de la Capital de la República Argentina* Correspondiente a 1887. Buenos Aires, Imprenta de La Universidad, 1888. pág. 206

86.-Sobre los médicos seccionales consultar capítulo 2

en toda la ciudad flagelando los hogares y los establecimientos sea cual sea el establecimiento en que se hallen...”.⁸⁷

Hacia fines de los ochenta, el mayor número de defunciones obedecía a la tuberculosis pulmonar y a la viruela. Algunas de las enfermedades infectocontagiosas se difundieron mayoritariamente entre la población inmigrante. Así fue que en la epidemia de fiebre amarilla de 1871, los extranjeros murieron en la proporción de 75%, en la epidemia del cólera del año 1867, su mortalidad fue de 66% y en la de 1887 alcanzó a representar el 63%.⁸⁸ Esto se debía en gran medida a las condiciones de hacinamiento en las que los inmigrantes viajaban desde su lugar de origen y a que, a veces, tocaban puertos infectados antes de llegar a destino. A su vez, cuando llegaban a Buenos Aires tendían a concentrarse en las zonas donde las condiciones de vida eran sumamente precarias, lo que favorecía el desarrollo de enfermedades y su posterior propagación.

De acuerdo con la cantidad de enfermos entrados en los hospitales municipales se refuerza la imagen que relaciona enfermedad e inmigración. Entre los enfermos atendidos en los nosocomios los italianos ocupaban el primer lugar seguidos en orden de importancia por los españoles, franceses y orientales.⁸⁹ El origen popular de los internados surge de la profesión declarada. Los jornaleros constituían el contingente más numeroso (1492), le seguían los vigilantes (196), los marineros (184), los albañiles (168), los carpinteros (123), los cocineros (120) y los carreros (104).⁹⁰ Cuando se hizo más frecuente la aparición de enfermedades, como la tuberculosis o el tifus, el cólera y la fiebre amarilla dejaron de ser temidos como males históricos.

87.- *Memoria de la Intendencia Municipal de la Capital de la República Argentina*. Correspondiente a 1887, Buenos Aires, Imprenta La Universidad 1888. pág. 51.

88.- PENNA José y MADERO, Horacio. 1910. *La administración sanitaria y la Asistencia Pública de Buenos Aires*. Tomo 1, Buenos Aires, Ed. Kraft pág. 64

89.- La mortalidad por nacionalidad es abordada específicamente en las siguientes obras: RECCHINI de LATTES, Zulema .1971. *La población de Buenos Aires. Componentes demográficos del crecimiento entre 1855 y 1960*. Buenos Aires, Ed. Del Instituto T. Di Tella. MULLER, María .1974. *La mortalidad en Buenos Aires entre 1855 y 1960* Buenos Aires, Ed. del Instituto T Di Tella.

90.- *Memoria de la Intendencia Municipal de la Capital de la República Argentina*, Correspondiente a 1888, Buenos Aires, Imprenta Sud América, 1889. pág. 354.

En general, puede decirse que como las enfermedades sobrevivían a las cuarentenas y a los controles que se realizaban en los barcos entrados, los médicos comenzaron a pensar que la higiene preventiva era una solución.

Entre los dispositivos que se montaron para controlar la propagación de las enfermedades infecciosas el más generalizado fue el aislamiento. Mas tarde se comenzó a pensar en otros focos de propagación de las epidemias; a partir de ello la imagen que se tenía de las enfermedades infecto-contagiosas se modificó porque se montó un dispositivo que tendió a cambiar hábitos y costumbres, pues comenzaban a considerarse como los verdaderos responsables de estos flagelos.

Frente a la presencia de enfermedades infectocontagiosas el rol de algunas instituciones fue clave. Los municipios fueron los primeros en asumir un papel importante entre las autoridades porque les estaban encargadas por la Ley Orgánica todas las medidas y disposiciones tendientes a evitar las epidemias, disminuir sus estragos, investigar y remover las causas que las produjeran y asegurar la salud y el bienestar de la población. Para esto debían supervisar el funcionamiento de los cementerios, mercados, caballerizas, tambos, mataderos, conventillos, hoteles, establecimientos industriales, casas de educación, así como el aseo y limpieza de las calles y plazas, tal como se analiza en el capítulo II.

El cuerpo médico, con las herramientas que proporcionaban la medicina y la experiencia de la época, elaboró una tipología más acabada sobre la esencia de cada una de estas enfermedades. Las imágenes de prevención de cada una de ellas, como veremos, estuvieron cargadas de principios higiénicos que tenían por meta modificar hábitos y contribuir a formar una sociedad sin conflictos. La prevención ayudaría a controlar la propagación de los *males* mencionados, hecho que en la práctica se puso de manifiesto a través de un descenso en los niveles de mortalidad causados por las enfermedades infecto contagiosas (cuadro n°1). Si en 1888 el 21,96 % de las muertes acaecidas en la ciudad de Buenos Aires era a causa de enfermedades infecciosas, veinte años más tarde ese porcentaje se reducía al 8,4%.

En la mortalidad general, las muertes por causa de enfermedades infectocontagiosas (tifoidea, viruela sarampión, escarlatina, coqueluche, difteria y crup) tuvieron una participación importante en el período comprendido entre 1869-89; en promedio alcanza la cifra de 14,4% y en algunos años superaron el 20%. Para

la demógrafa Victoria Mazzeo, a partir de 1890 el saneamiento de la ciudad comenzó a dominar las epidemias, la activa intervención de la instituciones de la medicina pública puso un freno visible a la mortalidad. Pasado el brote epidémico de 1900(escarlatina) la mortalidad general se estabilizó con niveles cercanos al 15 por mil, mientras que la tasa por infecciosas registra a partir de 1902 (exceptuando 1906) niveles inferiores al 1 por mil, desapareciendo prácticamente a partir de 1917.⁹¹(cuadro n° 2).

Cuadro n° 1: Mortalidad por enfermedades infectocontagiosas en relación a la mortalidad en general, en la ciudad de Buenos Aires entre 1888 y 1908. En valores absolutos y porcentajes.

Años	Población total	Mortalidad Gral	Mortalidad por Infecto contagiosas	% de muerte por infectocontagiosa respecto a la mortalidad Gral
1888	455.167	12.367	2.717	21,96
1889	523.452	14.736	2.815	19,10
1890	547.144	16.417	3.000	18,27
1891	535.060	13.014	2.432	18,68
1892	554.713	13.341	2.405	18,02
1893	580.371	13.000	2.240	17,23
1894	603.012	13.702	2.272	16,58

91 .-MAZZEO, Victoria .1993. *Mortalidad Infantil en la ciudad de Buenos Aires (1856-1986)* Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.

1895	677.780	14.947	2.205	14,75
1896	712.095	13.645	1.916	14,04
1897	738.484	14.216	1.925	13,54
1898	765.744	13.533	1.767	13,05
1899	795.323	13.567	1.706	12,57
1900	821.293	16.594	2.009	12,10
1901	848.367	15.807	1.860	11,76
1902	870.237	14.097	1.620	11,49
1903	895.381	13.996	1.563	11,16
1904	979.235	14.313	1.461	10,20
1905	1.025.653	15.916	1.551	9,93
1906	1.084.113	17.916	1.652	9,22
1907	1.129.283	18.616	1.648	8,85
1908	1.189.180	18.139	1.525	8,40

Fuentes: Se tomó como referencia para la construcción del cuadro el *Censo Nacional de 1914* Tomo IV , se completó la información con las obras de Besio Moreno *Buenos Aires, puerto del Río de la Plata ; estudio crítico de su población (1536-1936)*, op.cit, pág. 142 y con José Penna y Horacio Madero .1910. *La administración sanitaria y la asistencia pública de la Ciudad de Buenos Aires*. Tomo 1, Ed. Kraft.pág. 55

Cuadro n° 2: Número de víctimas por epidemias de enfermedades infecto contagiosas registradas entre los años 1858 - 1915 en la ciudad de Buenos Aires, en valores absolutos.

AÑO	EPIDEMIAS						
	Fiebre Amarilla	Sarampión	Cólera	Fiebre Tifoidea	Viruela	Difteria y Crup	Escarlatina
1858	141						
1865		269					
1867			1.653				
1868			993				
1869			319	600			
1871	13.614				1.656		
1872					836		
1873		71					
1874		125	790				
1875					1.041		
1878						240	
1879					429	369	
1880					832	335	
1883					1.510		
1884		164					

1886			562			452	
1887		141	530		1.299	1.052	
1895	10	812					598
1900							359
1901					1.227		409
1906					970		
1910					543		
1915		353				402	

FUENTE : Extraído de MAZZEO, Victoria .1993. *Mortalidad Infantil en la ciudad de Buenos Aires (1856-1986)* Buenos Aires, CEAL. pág 21 y sig.

3.-El cólera y la fiebre amarilla.

El cólera y la fiebre amarilla eran enfermedades que reinaban en Brasil, país con el cual la Argentina tenía vinculación comercial, y como los navíos que entraban por el puerto de Buenos Aires eran numerosos, las posibilidades de adquirir el virus se acrecentaban con el comercio o el arribo de barcos de pasajeros.

El cólera se había originado en la India y se difundió por distintas partes del mundo debido a su carácter epidémico. Algunos estudiosos reconocen al siglo XIX "como el siglo del cólera morbus".⁹² De hecho su difusión durante toda la centuria tuvo un marcado impacto social, cultural y político en diversas regiones del mundo y llamó la atención sobre las condiciones deplorables de vida de las clases trabajadoras y de otros sectores urbanos que habían surgido, ya sea a partir del proceso de industrialización como del de urbanización.⁹³

En 1817 la enfermedad salió de su hábitat original en la India y se extendió por casi todo el mundo. Algunos factores ayudan a explicar este desplazamiento. En primer lugar se pueden ubicar las condiciones de insalubridad, miseria y hacinamiento en las que vivía gran parte de la población mundial, aunque éstas no hubieran sido suficientes por sí solas sin el desplazamiento de los ejércitos y las guerras. También tuvo un alto impacto el impresionante desarrollo del transporte transoceánico en el siglo XIX, sumado a los procesos concomitantes de inmigración, migración y crecimiento urbano.⁹⁴

El desarrollo del cólera en algunos puntos de Europa puso en alerta a nuestra población y el aislamiento se convirtió en el principal medio preventivo. La epidemia del cólera de fines de 1867 y principios de 1868, representó un giro importante en las preocupaciones de médicos y funcionarios,

92.-LAÍN ENTRALGO, Pedro.1978. *Historia de la Medicina*. Barcelona, Salvat.

93.-OLIVER, Lilia.1996. "El cólera en los barrios de Guadalajara en 1833 y en 1850"en CUETO, Marcos (ed) *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina*. op.cit. pág .88.

94.- Ibid. pág. 89.

planteando la necesidad de incorporar cambios en la práctica médica, según sostiene González Leandri.⁹⁵ Centralizada primero en las ciudades de San Nicolás y Rosario, se extendió luego hacia Buenos Aires donde, actuó como un verdadero revulsivo en determinados sectores de la población y ayudó a situar a las cuestiones higiénicas en el centro mismo de atención de la opinión pública.

Para erradicar *el mal colérico* se recomendaba el blanqueo de las viviendas, la limpieza y la desinfección de las letrinas. Aunque la superficialidad con que se afrontaba la cuestión higiénica era notoria, fue a partir de ese preciso momento cuando los médicos diplomados locales, como Eduardo Wilde o Pedro Mallo, iniciaron una importante ofensiva con el fin de crear un nuevo Consejo de Higiene.⁹⁶

En la década del '80⁹⁷, ante una nueva amenaza de la enfermedad, el gobierno cerró el puerto para las mercaderías procedentes de los puntos infectados⁹⁸ con el fin de velar por la salubridad pública.⁹⁹ En esos años el eje de las preocupaciones estaba puesto en lo ajeno, en el extranjero, en lo que venía de afuera, aunque ya se comenzaba a plasmar fuertemente la necesidad de realizar obras de saneamiento con el fin de evitar la propagación de los gérmenes. Hacia los noventa el panorama había cambiado; se planteaban otros factores de propagación de la enfermedad además de la "importación"; un elemento importante residía en la posibilidad de que el virus permaneciera latente en determinadas épocas del año.¹⁰⁰ El *Vibrio Cholerae* podía vivir muchos días en tanques de agua como los que se llevaban a bordo de los buques.

El cólera siguió la ruta marítima, en la década del ochenta se propagó desde la India hacia el Norte. Durante períodos variables de tiempo el *vibrión* también podía vivir en el intestino de un portador humano que no presentaba síntomas pero que excretaba luego las heces infectadas. Esto explica también la difusión del cólera, ya que el virus se podía encontrar en cauces de agua, canales, zanjas de desagües, ríos y puertos, tuberías de agua, bombas públicas, estanques y pozos.¹⁰¹

95.- GONZÁLEZ LEANDRI, Ricardo.1999. *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires 1852-1886* Madrid CSIC, pág. 66

96.- Sobre la visión de los médicos de la época sobre el cólera epidémico se puede consultar: *Revista Médico Quirúrgica* . 1864 año 1 n° 17, 8 de Diciembre pág 297 y sig.

97.- El foco colérico se desató en 1886, año en que finalizaba su mandato el presidente Roca y a pocos días de asumir la presidencia Juárez Celman, pero desde 1884 y por las noticias que se tenían del desarrollo de ésta enfermedad en Europa se llevaron adelante medidas defensivas.

98.- *Memoria de la Intendencia Municipal de la Ciudad de Buenos Aires*. Correspondiente a 1884. Tomo 1, Buenos Aires 1885, Imprenta Biedma. pág. 145.

99.- Documentos intercambiados entre la Asistencia Pública y otros organismos, con fecha 14 de Julio de 1884. Consignados en *Memoria de la Intendencia Municipal de la Capital de la República Argentina*. Correspondiente a 1885 op.cit.

100.- Robert Koch completó sus investigaciones sobre la naturaleza del agente causal bacteriano del cólera (un bacilo en forma de coma) en tanques de agua de Calcuta en 1884. Con el descubrimiento del papel desempeñado por el intestino humano en el ciclo vital del *Vibrio Choleare* y la confirmación de la importancia vital del agua en la transmisión del cólera mediante excrementos contagiosos, quedaba claro que era necesario aislar a los pacientes afectados de manera que su materia fecal u orina no se propagara a personas sanas.

101.- ROSENBERG, Charles .1992. *Explaining Epidemics and other studies in the history of medicine*_. Cambridge, University

En 1867 el cólera ocasionó en Buenos Aires un total de 1.653 defunciones, esto le hace suponer a Besio Moreno que el número de atacados debió alcanzar cerca de 5.000, poco más del 3% de la población. En 1868 retornó, pero no causó un número tan grande de víctimas como en el año anterior. En 1872 arribó a Buenos Aires procedente de Génova el vapor “Pó” que en la travesía sufrió una epidemia de cólera con 22 decesos.¹⁰²

Prueba de la difusión del virus colérico es que con su aparición en 1886 el diario La Nación pedía la destrucción de focos de infección por medio del fuego. *“No somos alarmistas, pero señalamos a la Boca como un foco de infección que es menester destruir a todo trance.... ¡ La Boca no tiene desagües ni agua que beber y su población se ingurgita sus propios desperdicios !..”*. El diario La Prensa también criticaba la insalubridad del distrito, señalaba la indiferencia de las autoridades y proponía el único recurso apto: el servicio de aguas corrientes y cloacas.¹⁰³

Un informe oficial con preocupación señalaba: *“Hemos hallado a la localidad de La Boca en tan pésimas condiciones higiénicas que ni a caballo se puede transitar por algunas de sus calles circundadas por charcos de aguas estancadas que despiden olores nauseabundos, por lo que hemos pedido el desalojo de varias casas.”*¹⁰⁴

Por la aparición de un nuevo brote epidémico en 1886 y porque fue ganando terreno en nuestro medio la concepción bacteriana que considera a los microbios proclives a multiplicarse debido a que cuentan con una serie de agentes transmisores (un cuerpo enfermo, el agua y el aire) como causantes de enfermedades, la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires inició en La Boca, obras de rellenado y pavimentación de calles. Al mismo tiempo se emprendió el saneamiento del Riachuelo.¹⁰⁵ Sin embargo los brotes coléricos tardaron en ser dominados por la paralización de las obras de saneamiento, alternándose como veremos a continuación con otros focos epidémicos que reinaron hasta entrado el siglo XX.¹⁰⁶

La fiebre amarilla fue otra de las enfermedades “exóticas” que asoló las tierras del Río de la Plata ya en época temprana. Desde el siglo XVII hasta comienzos del XX fue considerada como una de las grandes plagas del Nuevo Mundo. Ciudades tropicales y subtropicales de América, desde Nueva Orleans hasta Buenos Aires, estaban sujetas a epidemias, que reducían la población,

Press. pág.120

102 .-BESIO MORENO,Nicolas .1939. *Buenos Aires*_ op.cit pág.151

103 .- Citado por BORDI de RAGUCCI,Olga .1992. *Cólera e inmigración* . Buenos Aires, Ed. Leviatán , pág 53

104 .-Ministerio del Interior, Obras Públicas. Archivo General de la Nación . año 1886 legajo nº 33

105 .- Ministerio del Interior, Obras Públicas, Archivo General de la Nación. Leg. 15 y 19 de 1887

106 .-Las obras de agua y saneamiento se paralizaron a mediados de 1887 debido a que las obras dejaron de pertenecer a la Administración Nacional puesto que el Congreso aprobó el proyecto Wilde (Ministro del Interior) consistente en el arrendamiento a una empresa particular. Juárez Celman también adjudicó a la empresa extranjera las obras de La Boca. El contrato se firmó con la firma Samuel H Hale quien al poco tiempo transfirió su concesión a la “Buenos Aires Water Suplí and CO” de Londres o sindicato de banqueros ingleses cuyos principales accionistas fueron los Baring BROS, a pesar de los traspasos, y por la crisis económicas que venía asomando no se concluyeron ninguna de las obras adicionales entre las que estaba La Boca. En 1891 las Obras volvieron a la Nación.

paralizaban el comercio y creaban un ambiente de desasosiego y pánico.¹⁰⁷ En Buenos Aires la primera epidemia fue importada desde el puerto de Montevideo en el mes de septiembre de 1857. Los navíos portadores fueron "Le Courier", "Warp" y "Prince".¹⁰⁸

De acuerdo a la información de los Anales del Departamento Nacional de Higiene
“... En Marzo del año siguiente de 1858 la fiebre amarilla apareció entre nosotros, importada desde Brasil, desarrollándose en focos aislados, pasando de una casa a otra casa y hasta el mes de Mayo en que cesó, produjo sólo 250 casos, con 150 muertos...”.¹⁰⁹

En esa época, consignan las memorias oficiales, el procedimiento sanitario consistía en hacer arder hogueras y obtener “vapor nitroso” echando ácido nítrico sobre fragmentos de cobre. Estos métodos resumían toda la práctica preventiva de aquellos tiempos.

En 1870 curiosamente apareció un rebrote en Buenos Aires y se lo llamó "Hotel Roma" porque se inició y terminó en sus inmediaciones, produciendo unos 40 casos. Sin embargo al año siguiente se produjo una gran epidemia de fiebre amarilla en la ciudad de Buenos Aires, que cobró en cuatro meses cerca de 14.000 víctimas, en tiempos en que la población de la ciudad era cercana a las 185.000 personas.¹¹⁰

José María Ramos Mejía consideraba hacia fines del siglo XIX, que estas epidemias habían sido la consecuencia del abandono más absoluto de todas las reglas de profilaxis conocidas y que los brotes que se produjeron luego de esa fecha en los años 1872, 1873 y 1878, fueron parciales, ya que surgieron, se desarrollaron y terminaron atacando relativamente a pocas personas.¹¹¹ La opinión de Ramos Mejía era compartida por otros médicos de la época.

Por otro lado los avances en la bacteriología habían permitido conocer que la fiebre amarilla era de naturaleza microbótica y, a partir de este principio, admitido por la generalidad de los clínicos de la época, se generaron dos hipótesis distintas; unos consideraban haber encontrado el microbio patógeno en todos los órganos: en la sangre, materias segregadas y excretadas. Otros, por el contrario,

107.-CARTER, HENRY, R. *Yellow Fever: An Epidemiological and Historical Study of its Place of Origin*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1931. Citado por MARCOS CUETO en "La Fiebre Amarilla, la Costa Norte y la Fundación Rockefeller" en CUETO, Marcos (ed) .1997. *El Regreso de las epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima, IEP, pág. 61.

108 . PENNA, Jose .1895. “Estudio sobre las epidemias de fiebre amarilla en el Río de La Plata” en *Anales del Departamento Nacional de Higiene*. Año V. Nº1.

109.- "Reglamento sanitario y marítimo de la República Argentina" en *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Buenos Aires, Imprenta Berra, año 1, Nº 1, 1895. pág. 351 y sig.

110 .-Una descripción de la vida en el Buenos Aires de 1870 y la devastación causada por epidemia de fiebre amarilla se puede encontrar en: SCENNA, Miguel Angel .1874. *Cuando murió Buenos Aires, 1871*, Buenos Aires Ediciones La Bastilla. También en la prensa de la época se pueden leer las consecuencias y problemas que trajo aparejado este rebrote de fiebre amarilla: *La Prensa*, 3 de Marzo de 1871; *La Prensa* 4 de Febrero de 1871; *La Nación*, 16 de Marzo de 1871; *La Prensa*, 31 de Marzo de 1871.

111.- "Reglamento sanitario y marítimo de la república Argentina" en *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Buenos Aires, Imprenta Berra, año 1, Nº 1, 1895. pág. 354.

admitían la existencia del germen morbo en la vía gastrointestinal, siendo productor en este sitio de una materia tóxica más o menos abundante la que absorbida producía en el organismo los fenómenos clínicos que distinguen a la enfermedad. Esta última hipótesis era la más difundida, pues nada se había podido comprobar respecto de la primera.¹¹²

Desde fines del siglo pasado, médicos europeos ,y sobre todo americanos, pusieron en circulación diversas teorías acerca de la patogenia y profilaxis de la fiebre amarilla. Las controversias que motivaron constituyen una vía privilegiada para examinar el modo que se adaptó la revolución pasteuriana en sus escenarios periféricos.

Jaime Benchimol, para el caso de Brasil, distingue, tres percepciones de la fiebre amarilla. Una es la higienista, cuya práctica tiene que ver con el control de la enfermedad en cuanto fenómeno colectivo. Su reflexión se encuentra volcada hacia las causas de las epidemias y los obstáculos que impiden su control. La segunda es la percepción del clínico, cuya práctica se relaciona con el cuidado de los enfermos. Éste estructura el conocimiento de la fiebre amarilla según un modelo que correlaciona descripción de los síntomas, interpretación de los procesos fisiológicos e identificación de las lesiones orgánicas subyacentes a ellos.

La tercera percepción es la del médico bacteriólogo que reestructura o interpreta la enfermedad a la luz de la teoría de Pasteur, su práctica transcurre en los pocos laboratorios existentes, lo que no excluye su intervención en la clínica y la higiene. El clínico y el higienista no son categorías fijas y distintas. Son papeles encarnados casi siempre en las mismas personas. A pesar de ello los estudios clínicos e higiénicos engendran cuerpos documentales diferentes por las tradiciones que se movilizan y por los métodos que se valen.¹¹³

En la Argentina la impronta europea tuvo una fuerte presencia en la época analizada, tal como se puede observar en el capítulo cuarto. Distintos espacios cumplieron las funciones de laboratorios en Buenos Aires, donde se elaboraron sobre la base de una observación sistemática, ideas más complejas acerca del fenómeno salud/enfermedad. Allí la visión ambientalista/ higienista (que es la que se ha seguido hasta bien avanzado el siglo XIX) dejó de ser considerada como uncausal a la hora de entender el origen de las enfermedades infecciosas como el fruto del hacinamiento provocado por las grandes aglomeraciones y la ausencia de obras cloacales, aguas corrientes etc, y se la combinó con la nueva teoría bacteriana, cuyo énfasis estaba puesto en la transmisión parasitaria y microbiana.¹¹⁴

112.-OTERO, Francisco.1894. "Algunas consideraciones sobre el tratamiento de la fiebre amarilla en relación con su patogenia" en *Anales del Departamento Nacional de Higiene* Año IV, Buenos Aires Agosto. N° 30 Año IV. pág. 897 a 904.

113.-BENCHIMOL, Jaime. "Domingo Freire y los comienzos de la bacteriología en Brasil" op.cit. pág. 55

114.- Para el desarrollo histórico de la "Fiebre Amarilla", véase: DELAPORTE, Francois 1989. *Historia de la fiebre Amarilla* Universidad Nacional Autónoma de México.

En diversas publicaciones y estudios clínicos terapéuticos de la fiebre amarilla¹¹⁵, se establecía que los síntomas en un primer momento eran cefalalgia frontal moderada, dolores de los miembros, falta de apetito, estreñimiento y sequedad en la boca, posteriormente, aumento de la temperatura, adquiriendo finalmente un color amarillento en todo el cuerpo y manchas equimóticas en las partes declives del cuerpo (espaldas, nalgas, cuello), así como rastros de hemorragias por la nariz y encías. Ante estos síntomas se proponía un tratamiento que había sido aplicado con relativo éxito en el Hospital Flotante de Del Viso. Allí se aconsejaban bebidas calientes adicionadas con medicamentos diaforéticos, el abrigo excesivo e inyecciones hipodérmicas de clorhidrato de pilocarpina a la dosis de un centigramo repetida una o dos veces en las 24 horas.¹¹⁶

Las ideas y los diagnósticos que se realizaron en algunos laboratorios de la ciudad de Buenos Aires - como fue la experiencia llevada a cabo en el hospital Flotante del Viso- relativas al tratamiento de ciertas enfermedades como la fiebre amarilla, marcan la adaptabilidad que sufrieron las corrientes médicas europeas en el espacio rioplatense.

Como consecuencia de la difusión de métodos adecuados para el tratamiento de la enfermedad, a partir de los años ochenta del siglo XIX las estadísticas cuentan que la fiebre amarilla asolaba sólo parcialmente a estas tierras. Cuando a ellas se sumaron los conocimientos que se tenían acerca del desarrollo de gérmenes patógenos que la producían, se repensaron sus causas y consecuencias. Entonces se pasó a considerar que los gérmenes de dicha enfermedad no tenían entre la población elementos favorables para su sostenimiento y desarrollo. Se creía también que su establecimiento en forma epidémica había ocurrido en épocas de abandono y de verdadera incuria administrativa.¹¹⁷ Hacia fines de siglo XIX la fiebre amarilla dejó de ser por lo menos oficialmente "tan temida", se solicitó entonces que

*"... ya que es tiempo de que cesen las medidas coercitivas establecidas para defendernos de ellas, pues la mejor defensa esta en la desinfección prolija, en el saneamiento de nuestras capitales y la fundación de estaciones sanitarias en nuestros puertos, que han sido y son la entrada obligada de las enfermedades exóticas que tenemos que combatir.....".*¹¹⁸

115.- OTERO, Pedro.1894. "Estudio clínico terapéutico de la fiebre amarilla en el hospital Flotante Rodolfo Del Viso" en *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Buenos Aires,Año IV, N° 35. OTERO, Francisco. 1894 "Algunas consideraciones sobre el tratamiento de la fiebre amarilla en relación con su patogenia" en *Anales del Departamento Nacional de Higiene* Año IV, Buenos Aires Agosto. N° 30 Año IV. págs. 897 a 904.

116.-OTERO, Pedro. 1894. "Estudio clínico terapéutico de la fiebre amarilla en el Hospital Flotante Rodolfo Del Viso" en *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Año IV, N° 35, Buenos Aires. pág. 998. Las autopsias formaron parte insustituible de la observación. En las historias clínicas presentadas puede leerse: " Todos los órganos interiores estaban infiltrados por un líquido amarillo....En los pulmones y vértigos congestionados sin exudados en la cavidad pleural: tráquea y bronquios congestionados y con líquido espumoso. etc.En el estómago había gases y un líquido negro que manchaba las manos. etc., se pone el estado y características del duodeno, estómago, hígado, vesícula biliar, riñón...".

117. - Frente al desarrollo de la Fiebre Amarilla en el puerto de Santos, Brasil, el gobierno en 1891, mediante el Departamento Nacional de Higiene decretó que " único puerto hábil para recibir buques procedentes de Brasil, era el de la Capital, donde se procedería a una rigurosa medida de inspección.."Ministerio del Interior. Archivo General de la Nación, año 1891.Leg. 18.

118.-OTERO, Francisco.1894. "Algunas consideraciones sobre el tratamiento de la fiebre amarilla en relación con su patogenia" en *Anales del Departamento Nacional de Higiene* Año IV, Buenos Aires Agosto ,N° 30 Año IV. pág. 897 a 904

En 1900, una comisión del Ejército Norteamericano demostró en La Habana que la fiebre se transmitía de una persona enferma a una sana a través del mosquito *Aedes aegypti*, y que producía inmunidad en las personas que sobrevivían a la primera infección. Esto dio origen a la llamada "teoría de los centros claves", que suponía que la enfermedad era endémica en puertos y ciudades costeras importantes (a los que se denominaba centros claves) y que desde allí se difundía a otras zonas o regiones.

Los métodos tradicionales para combatir los mosquitos incluyeron la fumigación, la cobertura de contenedores de agua con mallas metálicas, el aislamiento de enfermos, la cuarentena de puertos, el establecimiento de cordones sanitarios terrestres que aislaban a las poblaciones infectadas y la reconstrucción de locales. Hacia 1910, señala Marcos Cueto, las campañas se concentraron en la destrucción de las larvas del mosquito *Aedes* de los contenedores de agua doméstica.¹¹⁹

4.- La difteria, la fiebre tífus y la tuberculosis.

La difteria, la fiebre tífus y la tuberculosis dominaron entre fines del siglo XIX y las primeras décadas del XX y fueron vistas como males originados por la urbanización, con lo cual su exterminio dependía, igual que en otras ciudades latinoamericanas, del conocimiento del medio, del examen minucioso de lo urbano y de los espacios específicos que representaban un peligro de enfermedad y de desorden. Estas nociones condujeron a medicalizar cementerios, escuelas, cuarteles y ciudades. Implicaba establecer un orden urbano específico y una nueva relación: orden-moral-salud, con la que se trataba de generalizar y conseguir el acuerdo de los grupos sociales acerca del orden y de la moral, necesarias para el mantenimiento del poder del Estado.¹²⁰

Entre las enfermedades se ubicaban según orden de importancia de acuerdo a la población infectada, la *tuberculosis* en primer lugar, y le seguía la *viruela*. La *difteria* y la *fiebre tifoidea* formaban parte de los principales miedos, pero porcentualmente eran menores.

La viruela, que había hecho su aparición en el continente americano en el siglo XVI (en el valle de México 1531-32), siguió el camino de las redes comerciales para penetrar en las tierras sudamericanas; desplazándose al sur por la costa llegó al Río de La Plata.¹²¹ Atacó en forma

119.-CUETO, Marcos. "Sanidad desde arriba: La fiebre Amarilla, la Costa Norte y Fundación Rockefeller" en CUETO, Marcos. *El Regreso de las Epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX* op. cit. págs 63 y 64.

120.-OLIVEIRA, Carlos Roberto. 1982. *Medicina e Estado: Origen e Desenvolvimento da Medicina Social no Brasil-Bahía 1866-1918* (Dissertacao de Mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro., pag.188. Citado NUNES, Eduardo E. 1995. "Sobre la historia de la Salud Pública en el Brasil: Revisando algunos estudios" *Cuaderno de Historia* N° 80, Brasil

121. -WATTS, Sheldon. 2000. *Epidemias y Poder: Historia, enfermedad, imperialismo*. Santiago de Chile Ed. Andres Bello.

epidémica a Buenos Aires en 1627, 1638 y 1700, convirtiéndose en endémica a lo largo del siglo XIX.¹²²

El cuadro n° 3 demuestra que la viruela en la década del '80 tuvo una presencia variable¹²³, de representar el 65,91 % de la mortalidad por causas infecto contagiosas, pasó al 4,34% en 1883. En 1885 apareció un brote epidémico que provocó la muerte de 736 habitantes del municipio de Buenos Aires, lo que representó el 7,91 % de la mortalidad general.¹²⁴ A pesar de estas irregulares apariciones aun en 1887 era la columna con el mayor número de defunciones, siguiéndole en orden de importancia la difteria. En cuanto a la nacionalidad, los nativos representaban el 70% del total de las defunciones por viruela. Con respecto al sexo, predominaba el masculino y en las edades, la infancia concentraba más del 60% de la mortalidad.¹²⁵

En las formas benignas de la viruela preponderaban los extranjeros: de 14 personas infectadas con viruela discreta (suave) , 12 eran extranjeros. Esto se explica porque los países europeos practicaban la vacunación con más esmero; la inmunización mediante la vacuna hacía que la enfermedad se tornara menos agresiva. Por esta razón de 12 extranjeros con viruela discreta ,11 eran vacunados; de dos argentinos, uno era vacunado y el otro no.¹²⁶

Hasta 1890 las epidemias de viruela fueron frecuentes en esta ciudad, a partir de entonces su avance disminuyó hasta desaparecer. En 1895, a cinco años de la última gran epidemia (1890), tuvo otro rebrote, pero no logró alcanzar una mortalidad mayor de 0.4 por mil de la población; en otras palabras, la viruela dejó de constituir una amenaza social.

Cuadro n° 3: Defunciones por enfermedades infectocontagiosas en Ciudad de Buenos Aires 1882-88 En valores absolutos y en porcentajes									
AÑOS	Población estimada	Decesos totales	VIRUELA	SARAPIÓN	ESCARLATINA	DIFTERIA	FIEBRE TIFOIDEA	COQUE LUCHE	TOTAL
			11 %	2,89 %					

122.- MALLO, Pedro .1898. “ Apuntes históricos sobre la viruela, variolización y vacuna” en *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas*, Buenos Aires, Agustín Etchepareborda ed. Así mismo recomendamos DI LISCIA, María Silvia .2002. “Viruela, vacunación e indígenas en la pampa argentina del siglo XIX” en ARMUS, Diego (ed) *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Buenos Aires, ed. Norma

123.-*Memoria de la Intendencia municipal de la Ciudad de Buenos Aires*_ Buenos Aires., correspondiente a 1884,op.cit. pág. 38.

124.-*Memoria de la Intendencia de la ciudad de Buenos Aires* Correspondiente a 1885, op. cit. pág. 104.

125.- *Memoria de la Intendencia Municipal de la ciudad de Buenos Aires* Correspondiente a 1887 op.cit pág. 284

126.-*Memoria de la Intendencia Municipal de la ciudad de Buenos Aires*. Correspondiente a 1885.op.cit.

1882	364.979	3.281	362	95	0,36 %	5,4 %	6,46%	-----	959
					12	178	212		
1883	378.660	2.291	65,91 1510	0,21 % 5	0,52% 12	7,55% 173	7,85% 180	-----	1.880
1884	392.341	3.268	4,34 % 142	5,93 % 194	0,76% 25	7,74% 253	5,90% 193	-----	807
1885	406.022	9.295	7,91% 736	0,1 % 17	0,72 % 67	3,61% 336	2,24% 209	-----	1.365
1886	419.703	9.994	5,36% 536	0,56 % 56	0,60 % 60	4,53% 453	2,72% 272	0,29% 29	1.406
1887	433.375	12.084	10,74 1.299	1,16 % 141	0,51 % 62	8,15% 985	2,31% 280	0,28% 35	2.802
1888	462.185	12.367	5,31 % 657	0,80 % 99	0,13 % 17	11,19 1.385	3,13% 388	0,54% 67	2.613
Total		52.560	9,97% 5.242	1,15 % 607	0,48% 255	7,15% 3.763	3,29% 1.734	0,24% 131	11.732

Fuente: Cuadro elaborado en base a la *Memoria de la Intendencia Municipal de la Capital de la República*_Correspondiente a 1888. Imprenta Sudamericana, 1889. pág .58

Se sabía que la infección de viruela era producto del hacinamiento y que luego la septicemia acentuaba sus efectos. Hacia mediados de los ochenta la enfermedad despertaba temores no sólo por su propagación, sino también por la falta de estudios que permitieran conocer a fondo sus características. En varias ocasiones el pánico llegaba a apoderarse de los médicos. Uno de ellos declaraba que ante el desarrollo de la enfermedad "... *Era inútil acudir a los medios aconsejados para modificar este estado: abertura de un absceso, las incisiones de un flemón, las ulceraciones mismas dejadas por la viruela en ciertas regiones de la piel eran seguidas por los escalofríos que anunciaban la infección purulenta y la muerte...*", con lo cual uno de los pocos caminos que este profesional encontraba era "... *blanquear de nuevo la casa, pintar las puertas, ventanas y camas, destruir por el fuego las ropas manchadas, desinfectando constantemente las salas...*".¹²⁷ El objetivo era prevenir la muerte por contagio, un variloso, según este testimonio, era entonces un condenado a muerte.

Se argumentaba que la viruela tenía una distribución espacial, pues el sur de la ciudad arrojaba más de un 80% en la mortalidad por viruela "... *De los pocos enfermos de viruela que la asistencia a domicilio señala, un 76% corresponde a las secciones 19 y 20 es decir al distrito de la Boca y Barracas, lo que acusa sus malas condiciones higiénicas ... la falta de agua potable contribuye en mucho a la insalubridad de aquel paraje...*".¹²⁸ Estos barrios estaban mayormente poblados por inmigrantes. Pero el caso de esta enfermedad es muy particular, porque atacó

127.-*Memoria de la Intendencia Municipal* de la Capital de la República Argentina. Correspondiente a 1885, op.cit. pág. 110

128.- *Memoria de Intendencia Municipal* de la Capital de la República Argentina. Correspondiente a 1884. pág. 14. op.cit.

preferentemente a la población nativa, pues los inmigrantes habían sido vacunados en Europa, con la inmunización, el virus varioleso tendía a someterse y a controlar los brotes epidémicos.

Frente a la vacunación como medio de prevención, la población en general no respondía pasivamente. En un primer momento algunos sectores tendieron a resistirse a la vacunación y por eso algunos miembros de la élite se inclinaron a responsabilizar básicamente a los sectores populares por la propagación de la enfermedad. Esto provocó que en el imaginario, a pesar de no estar científicamente demostrado, siguiera subsistiendo la idea del pobre como portador del germen, aunque el virus se presentara en hogares acomodados, en los que al pánico por la enfermedad se sumaba la vergüenza, que llevaba a ocultarla y a no denunciarla.¹²⁹

Por las silenciosas resistencias populares hacia la vacunación, Torcuato de Alvear, presentó en 1881 un estudio al Congreso de la Nación y un proyecto de ley sobre vacunación obligatoria. En dicho escrito sostenía que la viruela era una de las enfermedades más difundidas en la ciudad, por la falta de legislación nacional que obligara a los vecinos a la vacunación. Agregaba que “...*La estadística demuestra que la viruela ha producido en la ciudad de Buenos Aires durante el espacio de 26 años (1855 a 1880) 6.755 defunciones , que sumadas a las 11.635 ocasionadas en la campaña durante 23 años (1855 a 1877) dan un total de 18.390. Esta cifra de mortalidad sobrepasa a la de la fiebre amarilla de 1871...*”.¹³⁰

Para combatir la viruela, así como para verificar una profilaxis severa en todas las enfermedades infecciosas, se adoptaron las medidas que la ciencia de la época aconsejaba, más una propaganda permanente en pos de esos propósitos¹³¹, que incluían los beneficios de la higiene, de la medicina formal versus la que ejercía el "curandero", y los de la medicina en general.

Torcuato de Alvear decía respecto de la obligatoriedad de la vacunación

“.. No basta, en efecto, hacer obligatoria la vacunación,(...), es necesario hacer práctica la ley (...) se debe verificar de tal manera que las clases inferiores de la sociedad no puedan sustraerse al acto de la inoculación del virus vacínico. Para conseguir este propósito sería necesario practicar la vacunación a domicilio. Sería indispensable que los vacunadores penetren en los 2.000 conventillos de la Capital para vacunar y revacunar los 60.000 habitantes que residen en ellos y que son precisamente los que por su ignorancia y condiciones de vida suministran el mayor contingente a la mortalidad variólica...”.¹³²

129.-*Memoria de la Intendencia Municipal* Correspondiente a 1885.op.cit pág. 111.

130 .-TORCUATO DE ALVEAR Nota al Congreso de la Nación solicitando una ley sobre vacunación obligatoria en 1881 .
Reproducida en BECCAR VARELA.1926. *Torcuato de Alvear . Su acción edilicia* Publicación Oficial, Buenos Aires,
Imprenta Krafft

131 .-*Memoria de la Intendencia Municipal* de la Capital de la República Argentina. Correspondiente a 1887, Buenos Aires, Imprenta la Universidad
1888.pág. 200

132 .- TORCUATO DE ALVEAR Nota al Congreso de la Nación 1881 op.cit

Así, se evidencia que entre fines del siglo XIX y principios del XX se hablaba ya de la desaparición de las epidemias de viruela, hecho que había coincidido con el gran impulso dado a la vacunación.¹³³

Cuadro n° 4: Muertes por viruela según grupo etario. Buenos Aires 1889-1896.										
Edad	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	total	%
0-4	97	907	162	22	4	11	133	88	1424	48.4
5-9	16	145	15	2	0	1	17	11	207	7
10-14	9	67	7	1	0	0	13	6	103	3.4
15-19	12	172	20	1	3	0	18	10	236	8
20-24	20	205	22	2	2	0	31	13	295	10
25-29	14	172	25	3	2	0	16	11	243	8.2
30-31	8	83	7	3	2	1	12	17	133	4.5
35-39	8	87	4	2	0	1	13	8	123	4.1
40-44	2	52	4	1	0	1	6	7	74	2.5
45-49	3	40	1	0	0	0	7	2	52	1.7
50-54	1	27	1	0	0	0	4	0	33	1.1
55-59	0	3	2	0	1	0	4	0	10	0.3
60-64	1	4	1	0	0	0	1	1	8	0.2
65-69	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
70	1	1	0	1	0	0	0	0	3	0.1

Fuente. "La Viruela en Buenos Aires"pág. 559. El cuadro gráfico de mortalidad por viruela, ha sido construido con datos obtenidos de la Pcia .de Buenos Aires hasta 1874, de las estadísticas compiladas por el Dr. Coni hasta 1886, y de la estadística llevada por la oficina Municipal hasta 1896 y sobre la base de los datos del archivo de loa Oficina de Estadística Municipal, donde se encuentran las fichas de defunción correspondientes a cada muerto.

El cuadro n° 4 muestra que el grupo más afectado eran básicamente el de los niños. Un artículo de un especialista aseguraba que en el siglo pasado, antes del descubrimiento de la vacuna, la mortalidad virulenta estaba limitada casi exclusivamente a criaturas, pues los adultos habían tenido probablemente la enfermedad cuando niños. Diego Davison aseguraba que *" la mortalidad de viruela que se compone casi exclusivamente de criaturas es un signo de total ausencia de vacunación. Cuando no se practica la revacunación la mortalidad se compone en gran parte de adultos, porque éstos han perdido con el tiempo, la protección que habían adquirido con la vacunación. Una*

133 .-CONI,Emilio. op.cit pág. 476 a 482.

*mortalidad compuesta en gran parte de adultos acusa pues la ausencia de la práctica de la revacunación".*¹³⁴

La difteria y el tifus o fiebre tifoidea, fueron enfermedades endémicas, pero aun así despertaron los mismos "miedos" entre la población y las autoridades, que las enfermedades epidémicas. A pesar de no haber estado tan difundidas como la viruela o la tuberculosis, el desconocimiento de su taxonomía - sobre todo de la difteria- la convertía en un enemigo temible. No había vacuna, el tratamiento era limitado y su profilaxis, poco segura. Con la fiebre tifoidea los temores eran menores, pues su propagación era escasa. El tifus no causaba tanto miedo como la difteria.

El tifus, una de las enfermedades infecciosas populares, no había sido bien conocido hasta el siglo XVI en que se generalizó con carácter epidémico por toda Europa (Italia, Francia y España). Durante el siglo XVII las epidemias se renovaron por los defectos de la higiene. Las tropas españolas lo trajeron al Nuevo Mundo y se difundió primero en México y en Perú. A fines del siglo XIX los principales focos de tifus en Europa eran las Islas Británicas y Rusia, particularmente las islas del Báltico y Polonia. También existía en Italia, Portugal y Francia. Esta enfermedad no había sido observada jamás ni en estado esporádico ni en estado epidémico, por lo que no formaba parte del cuadro nosográfico de las enfermedades reinantes en el Río de la Plata. Sin embargo era endémico en el país y, como lo demuestra el cuadro n° 3, en los años ochenta no cesó un solo año de sumar víctimas, entre las que preponderaban inmigrantes, principalmente los que procedían de Rusia.¹³⁵

Su presencia en Buenos Aires, se tornó significativa a partir de 1879, cuando la mortalidad tifoidea comenzó a ascender en forma constante hasta 1881, descendiendo algo, pero muy poco, en 1888.¹³⁶ El origen del tifus era atribuido a la contaminación de los líquidos y sólidos por las materias fecales de los tifoideos dando lugar a focos de infección cuyos miasmas se diseminaban luego por el aire, en las aguas bebibles y en los alimentos. Siendo el agua la vía principal de la infección, eran el estado de las letrinas, de los sumideros y de los depósitos fecales los medios de la propagación creciente de la enfermedad, por lo que se insistía en la necesidad de la adopción de aguas corrientes para los establecimientos públicos y privados del municipio: colegios, casas de inquilinato, cuarteles, hospitales, cárceles, fábricas¹³⁷ y por la eliminación de materias fecales.¹³⁸

134.- DAVISION, Diego.1898. "La viruela en Buenos Aires" *Anales del Departamento Nacional de Higiene* Año VIII, N° 14, Buenos Aires, pág.547 a 563. Las epidemias de viruela cesaron en Buenos Aires con el gran impulso que se dio a la vacunación, pero a pesar de ello en 1895 murieron 277 variolentos, en 1896, 176, en 1897 44 personas, por lo que hacia fines del XIX se afirmaba que la viruela ya no existía en Buenos Aires en forma epidémica sino en forma endémica.

135.- PENNA, José. 1898 "Sobre la aparición del tifus exantemático en la República y proyecto de nombramiento de una comisión para su estudio". En *Anales del Departamento Nacional de Higiene* Año VIII, Marzo. La Semana Médica Imp. y Encuadernación de Spinelli y Cia pág. 171 y sig.

136.- DAVISION, Diego.1898. "La fiebre tifoidea en Bs As" en *Anales del Departamento Nacional de Higiene* Año VIII N° 13.

137.-*Memoria de la Intendencia Municipal de la ciudad de Buenos Aires*. Correspondiente a 1887. op.cit. pág. 299.

138.- "Dirección General de Salubridad y Asistencia Pública. Instructores para los inspectores sanitarios" en *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Año VIII, Buenos Aires Marzo de 1898, N° 6, pág.189

A fines de los años 90 es común encontrar, tanto en las publicaciones del DNH como en las de la Municipalidad de Buenos Aires, notas sobre la importancia del agua como agente transmisor de gérmenes infecciosos. Se deja de responsabilizar sólo a los inmigrantes y se señala como agente difusor de microbios a la impregnación fecal del subsuelo debido al predominio de pozos ciegos.

Nuestros más importantes higienistas, entre los que se destaca Guillermo Rawson, escribieron sobre la necesidad de completar el sistema técnico del suministro del agua y el DNH reclamaba por la supervisión de la obra dada su estrecha relación con las enfermedades hídricas tales como el cólera o la fiebre tifoidea. La provisión de agua corriente y la construcción de cloacas constituyeron problemas esenciales del gobierno municipal. En Buenos Aires no existía el servicio de provisión de agua - como ya mencionáramos anteriormente- la población se abastecía usando el agua de pozos (primera napa), recogiendo en aljibes o cisternas de las lluvias o comprando a los aguateros. En los dos primeros casos el agua estaba contaminada por las filtraciones de los pozos para letrinas que se excavaban cerca de los pozos de agua.

Si bien los primeros proyectos para construir la red de agua y cloacal datan de la década del 70', hasta la del 80' por las sucesivas crisis político - económicas fueron, paralizados. Paralelamente la ciudad de Buenos Aires registró importantes cambios en la densidad poblacional, circunstancia que complejizó aún más el escenario sanitario.

Hacia la década del 90 se pueden observar cambios en materia de infraestructura, que ayudaron a controlar la aparición de ciertos gérmenes, pero también a su vez por la desapareja distribución que tuvieron estas obras, algunas enfermedades, como la fiebre tifoidea se convirtieron en endémicamente localizadas. El Dr Penna comentaba al respecto al diario La Prensa que:

*“...Los factores están distribuidos irregularmente, pues hay barrios que son ejemplo de confort, bienestar e higiene y frente a ellos los otros cuyos servicios son lamentables, por ejemplo la calle Florida frente al barrio Sud o calles laterales de Flores. Así pues entre los vecinos que viven en la Avenida Alvear y los habitantes de La Boca hay una distribución irregular enorme y todos pagan el mismo impuesto. Mientras los primeros ven renovarse los afirmados de sus calles, cuentan con servicios de cloacas, extracción regular de desperdicios y una iluminación deslumbrante, los segundos carecen de pavimento, beben el agua de los famosos pozos de agua infectada por la letrina inmediata; aquí se vive en lucha con la difteria, tifus, escarlatina, tuberculosis...”*¹³⁹

En 1913 aún persistía el problema de la distribución de aguas y de cloacas lo que se traducía en una relocalización de algunas enfermedades, como por ejemplo la fiebre tifoidea, en la “Semana Médica” se afirmaba que “ ... la zona provista de agua es el denominado radio antiguo (.....) pero hay una población de cerca de 500.000 habitantes que carecen del servicio de cloacas, y de los cuales tan sólo 57.000 tienen el de agua potable (...) La redención higiénica del Municipio, reclamada a voces por los pobladores de los suburbios, donde la fiebre tifoidea reina endémicamente

139 .- PENNA, José. Nota en el diario La Prensa , 6 de Enero de 1896.

y dónde a veces son de lamentar estallidos epidémicos que, aunque pequeños, llevan el luto y la desolación a muchos hogares...”.¹⁴⁰

Era evidente que por las obras de urbanización, principalmente la provisión de agua potable, se había reducido la mortalidad tifoidea en Buenos Aires, aunque no en la proporción que se esperaba. Algunas explicaciones enfatizaban en el peligroso "polvo" puesto que se aseguraba que en Buenos Aires existían infinidad de casas con patios de tierras desnudas en la inmediación de las piezas donde se dormía de noche. Esa tierra recibía directamente los rayos solares y los transmitía a las capas inferiores, llevando al virus tifoideo el calor necesario para el desarrollo de los bacilos de Eberth.¹⁴¹ Por eso se recomendaba cubrir a esos patios con pavimentos, para evitar la conducción del calor a las capas inferiores.

El tífus de erupción roseola con ascensos y descensos de temperatura no era tan temido por la población en general. Lo cual seguramente se debía en parte a que a diferencia de la viruela o la tuberculosis no dejaba rastros físicos de por vida en quien la padecía. Su aspecto no era tan desagradable como el del virulento o el tuberculoso. Por estas razones el enfermo de tífus no sufrió la exclusión social que padecieron otros enfermos de infecto contagiosas.

Los medios para combatir al *tífus* también fueron diferentes, radicaban en el saneamiento de la ciudad, la purificación del agua que la servía, la higienización de su suelo y no en el aislamiento y la desinfección de los enfermos.¹⁴² No ocurría lo mismo con la *difteria*,¹⁴³ que no tenía como la viruela una profilaxis como la de Edward Jenner, la vacuna, que permitía una severidad menor, por lo que se aplicaba un aislamiento severo y una desinfección rigurosa.¹⁴⁴

En 1888 hubo alarma puesto que la cifra de fallecidos por *difteria* se elevó en la ciudad de Buenos Aires a 1.385, cifra mayor que la correspondiente a todas las otras enfermedades infecto-contagiosas juntas, representando más del 11% de la mortalidad en general. Por esta razón José María Ramos Mejía, como responsable de la Asistencia Pública, tomó una serie de disposiciones que tendieron a facilitar la acción de los médicos seccionales, recabando la cooperación de los inspectores municipales de higiene y de la policía para detectar a los diftéricos. Se habilitaron cuatro nuevos

140.- GONZÁLEZ, Agustín .1913. “La higienización del Municipio. Las nuevas obras sanitarias proyectadas” en *La Semana Médica*, Buenos Aires, año XX, n° 3, Enero pág. 150 y sig.

141.- En 1796 Edward Jenner, un médico de Gloucester, fue el primer hombre que evitó una enfermedad causada por un virus. Reparó en un proceso utilizado años antes por un granjero de Dorset llamado Benjamin Jesty. Jesty admitía que usaba materia infecciosa tomada de la ubre de una vaca contagiada de viruela para inocular a su esposa y a su familia. Constatando que la familia había sobrevivido a los brotes epidémicos, E .Jenner se apropió del proceso y lo llamó vaccination “vacunación”, la que servía para proteger a la gente de la viruela. RAZZELL, Peter .1977. *Edward Jenner's cowpox vaccine. The history of a medical Mit*. Firlie, Sussex, Caliban Books.

142.- *Memoria de la Intendencia Municipal de la Ciudad de Buenos Aires*. Correspondiente a 1888. op.cit. pág 58

143.- *Memoria de la Intendencia Municipal de la ciudad de Buenos Aires*. Correspondiente a 1887 ,op.cit. pág. 291. Por ejemplo en dicho año la difteria había producido una mortalidad de 686 casos argentinos, siguiéndole los italianos con 38.

144.- *Memoria de la Intendencia Municipal de la Ciudad de Buenos Aires*. Correspondiente a 1888. op. cit. pág. 55.

pabellones para el hospital de diftéricos construidos en las inmediaciones de la casa de aislamiento y se cremaron todos los objetos y pertenencias de los atacados. Estas medidas llegaron al extremo de no respetar en todos los casos el derecho de vecindad cada vez que los enfermos se negaban a la hospitalidad del aislamiento, puesto que se solicitaba a la Intendencia el desalojo de las poblaciones de conventillos, con el objetivo de "... Evitar la propagación. ... combatirla y obstaculizar el contagio...".¹⁴⁵

Una de las explicaciones del aumento de la mortalidad por difteria se basaba en que 1884 fue un año de grandes remociones de tierra para realizar la extensión de los servicios de agua corriente. La línea gráfica de la enfermedad desde entonces respondió con un rápido ascenso, habiendo fallecido 995 personas en 1887 contra 495 en 1886. En el año 1888 la putrefacción del suelo -nido de los gérmenes de la difteria- siguió en aumento. Por lo cual para algunos médicos la elevación de la mortalidad diftérica desde 1884 a 1894 se debió a la defectuosa ventilación del subsuelo.¹⁴⁶ Estas interpretaciones alejadas del verdadero motivo de propagación de la enfermedad, eran fruto del estado de desarrollo de la medicina, ya que el descubrimiento de los antibióticos se inició con Alexander Fleming recién en 1928, con la revelación de la penicilina.

La difteria es una enfermedad bacteriana que afecta a las amígdalas, faringe, laringe, nariz y órganos genitales, y cuyo único reservorio son los seres humanos. El modo de transmisión es mediante el contacto con un portador y, rara vez, el contacto con artículos contaminados por secreciones de lesiones de personas infectadas. De esto se desprende que el aumento de los casos, entre fines de los años 80 y principios de los 90 del siglo XIX, se debió básicamente al contagio de persona a persona, a la falta de inmunización y a la ausencia de un tratamiento apropiado.

Sin duda alguna, entre las enfermedades infecto contagiosas la *tuberculosis* era la más difundida. Se la consideraba como eminentemente contagiosa porque se suponía que los esporos del bacilo de la tuberculosis contenidos en los esputos del tuberculoso eran arrojados al suelo y disecados allí por el aire, enseguida pululaban en la atmósfera y penetraban en las vías respiratorias de otras personas. Las mismas tenían cierta *predisposición* que facilitaba el desarrollo de los gérmenes.¹⁴⁷

La tuberculosis era provocada por el bacilo de Koch que vivía ventajosamente en un suelo húmedo. Se sostenía que este no era transmitido por el agua y sólo de una manera relativamente pequeña por los alimentos, por lo que el factor de la tuberculosis tenía forzosamente que pasar por el aire antes de penetrar en el cuerpo humano.

Se elaboraron dos hipótesis explicativas sobre la difusión de la tuberculosis: una que el bacilo en el aire provenía de la espectoración desecada de tuberculosos y otra que ascendía del suelo a

145. Carta al Intendente municipal Dr. Crespo de R. Mejía, Mayo 26 de 1887. *Memoria de la Intendencia Municipal* correspondiente 1887. op.cit. pág. 318.

146.-DAVISON, Diego. 1898. "Los efectos de las excavaciones de tierra y de la presión barométrica sobre algunas enfermedades de Buenos Aires" en *Anales del Departamento Nacional de Higiene* Año VIII, Buenos Aires, Julio, n° 12.

147.- *Memoria de la Intendencia Municipal*. Correspondiente a 1888. op. cit. pág. 81

la superficie. Con relación a esta última, se la completaba argumentando que era durante la noche cuando las condiciones del suelo se prestaban mejor al ascenso de este bacilo. Ante esto abundaban las propuestas sobre el tratamiento de la tuberculosis al aire libre.¹⁴⁸ Esto se tornaba aún más preocupante, puesto que el 18% de las vacas de los tambos de la ciudad, eran tuberculosas y proveían parte de los 36.000 litros de leche que a diario se introducían en la Capital.¹⁴⁹

Entre 1889 a 1897 la población de Buenos Aires aumentó en más de 200.000 habitantes y experimentó una pérdida de población durante el mismo período de 11.889 personas muertas por tuberculosis, de ellas 6.083 eran de nacionalidad argentina y 5.806 extranjeros, 7.073 varones y 4.816 mujeres.¹⁵⁰

Entre las causas generales que provocaban la tuberculosis se aseguraba que:

"... Es conocido el hecho de que los pobres son proporcionalmente a los ricos los más atacados y los que más mueren tísicos en las ciudades. Ahora bien la inmigración que recibimos de Europa, hasta ahora es una inmigración pobre, si a esto le agregamos que comúnmente sacrifican su alimentación y su abrigo, a la necesidad impuesta por su ideal, del ahorro sobre el hambre y la sed, tenemos una de las causas más poderosas que puede servir a la explicación de las diferencias del tributo mortuario por tuberculosis.... La frecuencia es mayor en la población de las ciudades que en la campaña, los extranjeros que llegan a este país, en su mayor parte viven en la campaña de la Europa, al mismo tiempo las condiciones en que viven los trabajadores extranjeros que nos llegan, los conventillos verdaderos hacinamientos humanos, les sirve de vivienda, el exceso de trabajo al que someten voluntariamente con la obsesión del lucro que todo lo sacrifican, les produce la fatiga, la extenuación de las fuerzas, que no bien reparadas por una alimentación deficiente, les debilita de tal modo que no pueden oponer una mediocre resistencia a la invasión de la enfermedad..."¹⁵¹.

Hacinamiento, exceso de trabajo y mala alimentación forjaron una imagen de la tuberculosis asociada con la miseria entendida en términos económicos y culturales. Se consideraba que las malas condiciones higiénicas y la deficiente alimentación se debían al afán de lucro y de ahorro objetivos siempre presentes entre los inmigrantes de "hacerse la América".

El ambiente era visualizado como nocivo, portador de aire viciado por el hacinamiento, el amontonamiento de personas, por lo que se buscó apartar al tuberculoso incluso de otros enfermos. Se consideraba que el único tratamiento consistía en la adaptación del enfermo a un medio conveniente cuyos factores principales eran la altura sobre el nivel del mar y la temperatura natural ambiente.¹⁵²

148.- "Establecimiento de Cromer para el tratamiento de tuberculosos al aire libre" .1898. en *Anales del Departamento Nacional de Higiene* . Año VIII, N° 12. pág 446

149.- PENNA, José - MADERO, Horacio. 1910. *La Administración Sanitaria y la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires*. Tomo 1, Kraft., Buenos Aires, pág. 51.

150 .-RAMÍREZ, Eugenio .1898. " La tuberculosis en Buenos Aires" en *Anales del Departamento Nacional de Higiene* Año VIII , N° 13, Buenos Aires. pág.575

151 .-Ramírez, Eugenio. op.cit pág.573

152.-*Memoria de la Intendencia Municipal*. Correspondiente a 1888. op. cit. pág.81

No cabe duda de que del grupo de enfermedades infectocontagiosas era la tuberculosis la que representaba más acabadamente los males propios de la modernidad. Diego Armus sostiene que fue discutida como plaga social, como evidencia de la degeneración, como enfermedad de la decadencia de los individuos y de la sociedad. Se la asoció a la mala vivienda y a los excesos en el trabajo, con la bebida, con el esfuerzo físico, con el sexo, con los placeres de la vida urbana moderna.¹⁵³ Ya no se trataba de una enfermedad de inmigrantes o de nativos, por el contrario, era la mejor representante del nuevo estado de cosas, el de una sociedad cosmopolita en términos de sus integrantes, sesgo que en lugar de diluirse se fue acentuando, acarreado otros problemas como fueron el del nacionalismo y/o fortalecimiento de la raza.

También formó parte de un discurso eugenésico donde los problemas más amplios de la degeneración y la regeneración de la sociedad argentina reconocían por lo menos tres temas recurrentes: En primer lugar el de la inmigración, en segundo lugar el mejoramiento de los individuos y la sociedad, y el de la ciudad misma.¹⁵⁴

La tuberculosis cristalizaba a la nueva sociedad que se ponía en movimiento, donde el criollo, el gallego, el tano, el judío, a pesar de seguir conservando ciertos caudales culturales propios, tenían cosas que los emparentaba, en este caso la tuberculosis ponía en evidencia un medio urbano compuesto por una heterogeneidad cultural que no lograba contrarrestar la homogeneidad impuesta por las bases ecológicas de esta enfermedad.

Por esta razón el mensaje higienista debía llegar al mayor espectro posible, proclamando que todos, en menor o mayor medida, eran posibles blancos de la enfermedad. La prédica antituberculosa se sumaba a esos más o menos imprecisos pero perdurables discursos que subrayaban no sólo la responsabilidad individual, sino también la progresiva generalización y aceptación del valor de la salud.¹⁵⁵ Entre los valores que se imponían estaba el de una ciudad limpia y sana, con lo cual no sólo se moldearon nuevos hábitos, sino que se plasmaron nuevas pautas urbanísticas, donde se contemplaron los espacios destinados a los enfermos, que influyeron hasta en la distribución interna del espacio hospitalario. Sin embargo en la nueva cuadrícula urbana no se hizo lugar a los tuberculosos apoyados en las nuevas tendencias y fundamentalmente en los avances de la bacteriología. Su tratamiento debía realizarse en zonas alejadas de las ciudades.¹⁵⁶ Sin duda que esto además de ser efectivo como terapia, también operaba como profilaxis social, puesto que no sólo se alejaba al enfermo, así como al alcohólico, a la prostituta, al promiscuo, todos males relacionados - por lo menos en el imaginario- con la tuberculosis.

153.-ARMUS, Diego. 1996. "Salud y anarquía: la tuberculosis en el discurso libertario argentino, 1870-1940" en CUETO, Marcos. *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina*. IEP/ Organización Panamericana de la Salud, Lima, pág. 112.

154.- ARMUS, Diego. 1996. Ídem. pág. 111.

155.-ARMUS, Diego. 1996. Ídem. pág. 128.

156.-DÁVISON, Diego. 1898 "La Tuberculosis. Tratamiento al aire libre" en *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Buenos Aires. págs. 423 a 434, Año VIII, N° 12

5.- La lepra y la peste bubónica

La lepra y la peste bubónica merecen tratarse en forma apartada del resto de las enfermedades infectocontagiosas, puesto que su desarrollo fue diferente y las respuestas sanitarias que engendraron también.

La peste bubónica no presentó en la ciudad de Buenos Aires los caracteres epidémicos que adquirió en otras partes del mundo. Los casos fueron aislados, pero atacados y difundidos por las autoridades con una llamativa intensidad.

En febrero de 1900 se inició la epidemia asiática atacando a operarios de los galpones municipales, a los de un molino harinero y a los habitantes de un conventillo.¹⁵⁷ El Departamento Nacional de Higiene y la Asistencia Pública porteña acordaron de manera conjunta emprender una enérgica campaña higiénica en el municipio porteño atacando los focos de infección situados en diversos puntos de ciudad, lejanos unos de otros. Con ese objeto el Ministerio de Guerra cedió los cuarteles de artillería que se estaban construyendo en Liniers, habilitándose diversos pabellones como lazaretos.

Este nuevo lazareto dependió de la Asistencia Pública, al frente del mismo se encontraba un jefe interino y un administrador encargado de la dirección del personal, y una guardia de diez bomberos al mando de un oficial, realizaba la vigilancia del establecimiento.¹⁵⁸

Los procedimientos para aislar los focos de infección consistían en la demolición de las construcciones, la remoción del suelo, vallas de madera que se colocaban alrededor de las habitaciones donde había permanecido una persona atacada, y las chapas de zinc para cazar las ratas portadoras de pulgas bubónicas.¹⁵⁹

La profilaxis aplicada contra la aparición de la peste asiática fue catalogada por la prensa de entonces como “agresiva”. Luego de que Rómulo de Nicolari, habitante del conventillo situado en las calles Alberti y Victoria, fuera declarado el primer sospechoso, “...la casa fue condenada a que el fuego la purificase. Todos los que moraban en su interior fueron detenidos (...) La casa fue quemada presenciando aquel acto de fe la comisión vecinal ...”.¹⁶⁰

Por las acciones sanitarias emprendidas “...algunos llegaron a temer, hubiese concluido por reducir a cenizas medio Buenos Aires...”¹⁶¹, esta actitud engendró resistencias en algunos conventillos donde los inquilinos se sublevaron al verse sitiados por el cordón sanitario.

Ya sea por las medidas emprendidas o por el desfavorable clima, la peste bubónica pasó con más prensa que víctimas atacadas. Es evidente que llamó la atención su aparición y la difusión que tuvo se debió al miedo que despertaba la amenaza de “la bubónica en Buenos Aires” en función de los estragos que había hecho en los países europeos.

157.- *Caras y Caretas*, Buenos Aires, 10 de Febrero de 1900 año 3 n° 71

158.- *Caras y Caretas*, Buenos Aires, 17 de Marzo del 1900, año 3, n° 76

159.- idem ant.

160.- *Caras y Caretas*, Buenos Aires, 24 de Marzo del 1900, año 3 n° 77



Fuente: Revista *Caras y Caretas*, Buenos Aires, 24 de Marzo de 1900, año 3 n° 77



Dstrucción de los escombros por el fuego

Fuente: Revista *Caras y Caretas*, Buenos Aires, 24 de Marzo de 1900 año 3 n° 77

En el caso de la lepra, la preocupación de los médicos porteños fue tardía en relación a otros países como Colombia, donde desde finales del siglo XIX fue un foco de atención.¹⁶² A diferencia de otras enfermedades infecciosas, a nivel local no fue tratada como una vía de medicalización de la sociedad, sino que fue entendida como una cuestión de abandono gubernamental recién casi a finales de la década del '10 del siglo XX, de lo que se infiere que fue considerada prioritaria. En relación al resto de las enfermedades infectocontagiosas y desde el punto de vista numérico fue inferior, su prevalencia y crecimiento posterior, llama a preguntarnos si sólo se trataba de inercia gubernamental o como algunos trabajos lo indican de ocultación sistemática.¹⁶³

Si bien el origen de la lepra en el territorio rioplatense se remontaba a la época de la conquista nunca contó con elementos de profilaxis para prevenir la transmisión, ni con establecimientos adecuados para aislar y tratar a los enfermos. En el período colonial existieron leproserías en el Río de la Plata, las que desaparecieron tiempo después. En 1916 en la Capital

162.- Sobre el tema de la lepra recomendamos el trabajo de OBREGÓN, Diana .1998. "Lepra, exageración y autoridad médica" en *Asclepio Revista de la Medicina y de la Ciencia*, Volumen L, fascículo 2

163.-ABERASTURY, Maximiliano .1925. "La lepra en la República Argentina" en *Revista de la Universidad de Buenos Aires* Tomo IV págs 351 a 367

Federal sólo existían dos salas en el hospital Muñiz , desde donde se asitía a todas las regiones del país.¹⁶⁴

Hasta 1920 carecemos de estadísticas oficiales que nos permitan elaborar un juicio aproximativo sobre las proporciones que por entonces alcanzó la lepra; sí podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que a diferencia del resto de las infectocontagiosas, ésta se incrementó. En 1906, cuando se realizó en Buenos Aires la Conferencia Nacional de la Lepra, el número de leproso asistidos en el hospital Muñiz era de veintinueve, mientras que en 1916 sumaban cientovienticinco¹⁶⁵

Es llamativo que, a diferencia del resto de las enfermedades, ésta no apareciera como una amenaza al proyecto de modernización y progreso trazado en el horizonte de la Argentina moderna y que tampoco la impronta higienista avanzara con fuerza sobre esta enfermedad. Sin embargo, los replanteos que desde el campo médico se realizaron entrado el siglo XX, introduce dudas al respecto, ya que los diagnósticos sobre su desarrollo fueron apocalípticos y las lecturas que sobre el futuro de esta enfermedad hicieron los profesionales de la salud eran preocupantes. Razón por la cual abundaron propuestas que, en general, giraban sobre dos puntos principales: el aislamiento obligatorio del leproso y la construcción de colonias o *leproserías*.

La lepra, en la ciudad de Buenos Aires, no fue una preocupación durante el período analizado, pero su incremento y desarrollo hicieron llamar la atención de médicos y autoridades en las décadas siguientes.

Resulta claro que en la ciudad de Buenos Aires el crecimiento poblacional y la higiene defectuosa facilitaron la permanencia y desarrollo de enfermedades infecciosas. Estas generaron la aparición en las esferas gubernamentales de una agenda sanitaria, fortaleciéndose, de esta manera, la vigencia del paradigma higienista que condicionó y orientó las prácticas médicas y la profilaxis urbana en el Buenos Aires del siglo XIX y principios del XX, hacia el llamado “furor sanitario”, que dio como resultado la aparición de un renovado escenario urbano.

Fuente: Revista *Caras y Caretas*, Buenos Aires 28 de Octubre de 1899, año II, n° 56

6.- Un nuevo escenario.

En la ciudad de Buenos Aires los avances del conocimiento científico europeo¹⁶⁶ se fueron

164.- PENNA, José .1916. “Cuestiones sanitarias” *Anales del Departamento Nacional de Higiene*,

165 “Proyecto de Ley Nacional sobre tratamiento de leproso” *Boletín de Higiene* volumen XXIX n° 2

166 .- Desde comienzos del siglo XVIII, en Europa se buscaban las causas de las enfermedades epidémicas. En Italia



incorporando por diversas vías. Adaptados a las tradiciones médicas preexistentes, conformaron lo que en este trabajo llamamos universo “criollista” de la medicina, el que sirvió para sanear el espacio urbano, pero también como brazo disciplinador de hábitos y costumbres sociales considerados por ese mismo pensamiento como peligrosas. Precisamente fue por la difusión de las teorías miasmáticas que médicos higienistas como Eduardo Wilde y Guillermo Rawson, entre otros, insistieron acerca de la necesidad de purificar el agua que habitualmente consumía la mayoría de los habitantes porteños. Una de las soluciones encontradas para no perjudicar la pureza del río, fue la instalación en 1889 de lavaderos municipales, en ellos se utilizaba lejías líquidas, jabones químicos, agua caliente y máquinas de planchar.

El objetivo de higienizar la principal fuente de suministro de agua de la ciudad de Buenos Aires, era por los olores pestilentes que emanaban del riachuelo, puesto que no sólo las lavanderas enturbiaban el agua con jabón, sino que en él también abundaban animales muertos, basuras etc. Los nuevos cuidados a los que fue sometida la ribera del Río de La Plata, son un ejemplo de la influencia que ejercieron las doctrinas de saneamiento urbano europeo, las que terminaron por desterrar viejas costumbres porteñas: *“El progreso, la fiebre amarilla, el cólera y hasta la peste bubónica han hecho desaparecer las viejas costumbres coloniales y con ellas se ha ido la vieja lavandera clásica...”*.¹⁶⁷

la "fermentación" de las aguas estancadas, concedió una importancia decisiva a los "vapores" emanados de los pantanos, encontrando en ellos el origen de las epidemias. Según Lancisi, las temperaturas elevadas de la época estival producían una "destilación química" de las aguas pantanosas; los vapores, convertidos en efluvios volátiles eran trasladados por el viento, ocasionando diversos tipos de morbilidad. A estos productos inorgánicos se unían otros seres orgánicos producto de la descomposición, formando los enigmáticos "miasmas" que, difundidos por la atmósfera, afectaban al organismo humano. En las últimas décadas del setecientos y en relación con el avance de la química y su influjo en la medicina, se produjeron intensos esfuerzos para precisar la naturaleza de los componentes de estos miasmas y su comportamiento químico. J. P. Janin (1731-1799) estableció en 1782 el "carácter alcalino" de los vapores pestilenciales; para Guyton de Morveau (1737-1816), las emanaciones pútridas eran "amoniacales", mientras que para Latham Mitchill (1764-1831) -representante de la escuela americana- los miasmas eran el resultado de "la acción del *septon* -un óxido de nitrógeno- sobre el oxígeno". En consonancia con estas teorizaciones, se concretó desde finales del XVIII una serie de medidas terapéuticas y preventivas que consistían principalmente en la fumigación de los lugares apestados -o que corrían peligro de contagio- con diversas sustancias: ácido nítrico y clorhídrico y gas cloro. Por la misma época en que tuvieron gran consideración las doctrinas miasmáticas, se originaron también aquellas interpretaciones de la enfermedad como fenómeno social, que alcanzaron una amplia difusión en el siglo pasado. A finales del XVIII algunos médicos europeos atribuyeron a la pobreza; el exceso de trabajo, la mala alimentación, el hacinamiento en barrios insalubres, y otros factores de tipo económico-social, una gran relevancia para explicar el impacto de determinadas enfermedades. En 1790 el médico vienés J. P. Frank (1745-1821) publicó un folleto titulado: *La miseria del pueblo, madre de enfermedades*. Este mismo autor escribió, entre 1779 y 1819, un extenso tratado de higiene pública: *System einer volltaendigen medizinischen Jolizey* (6 vol), donde se recogían las principales doctrinas sobre sanidad pública de la época, y en el que aparece desarrollada una teoría social de la enfermedad. Las condiciones de vida y trabajo de las clases subalternas, los barrios pobres de las ciudades, los lugares públicos de reunión de multitudes (iglesias, mercados, teatros, etc) aparecieron, a partir de J. P. Frank, como focos o agentes de procesos patógenos que el médico debía escrutar estrechamente. Sobre el tema se consultó: CASTIGLIONE, A. 1941. *Historia de la Medicina* Barcelona. LAÍN ENTRALGO, P 1978. *Historia de la Medicina*, Barcelona. LAÍN ENTRALGO, P (Director) .1974. *Historia Universal de la Medicina*, Barcelona. 6 vol

167. - *Revista Caras y Caretas*, Buenos Aires, 28 de Octubre de 1899, año II, n° 56

Entre las medidas sanitarias que se aplicaron a finales del siglo XIX se encontraba el de la desinfección domiciliaria. La Asistencia Pública porteña podía realizar la desinfección a través de tres procedimientos: por bicloruro de mercurio, por formol o por glycoformol. El primero fue el más comunmente empleado. Para esta tarea el municipio contaba con dos estufas, la del Sud establecida en la calle de Comercio esquina Cevallos y la del Norte, en la esquina de Centro América y Melo, la primera era portátil, con sistema Le Blanch y realizaba la desinfección por presión de vapor, la segunda era una combinación de cuatro estufas Geneste-Herscher.¹⁶⁸ (Este tema se amplia en capítulo siguiente).

Entre los nuevos servicios sanitarios que dependían de la Asistencia Pública, estaba el de “servicio de saneamiento”, el que fue creado en 1908 siendo director el Dr José Penna. Tenía por objetivo sanear los locales insalubres y el exterminio de las ratas de todo el municipio. Este servicio estaba anexo al de la desinfección, dependiendo ambos de la Inspección Técnica de Higiene.¹⁶⁹

El tratamiento de la basura se sumó a la agenda de preocupaciones. En 1899 se consideraba que el procedimiento utilizado por el municipio porteño era contrario a las prescripciones de la higiene, a los intereses sanitarios y económicos del mismo¹⁷⁰. Se sostenía que “...Hace cerca de treinta años que se conduce y acumula la basura en el mismo lugar (...) formando una materia orgánica en constante putrefacción (...) Esta colosal mina de microbios y gases mefíticos que se llama quema de basuras, no habría abarcado en su irradiación morbosa la zona de población que actualmente abarca, merced a la combustión irregular e incompleta a la que se la somete (...) Se necesita de un vehículo para extender todo lo posible la acción malsana de las emanaciones y nada mejor que el humo (...) Esa densa nube de humo infecto (...) se irradian constantemente sobre los distritos próximos y los numerosos establecimientos, hospital nacional de alienados, hospicio de las Mercedes, Hospital Rawson, casa de aislamiento, hospital militar, hospital inglés, casa de expósitos, en la forma más perjudicial..”¹⁷¹

Por esta situación se inició un estudio por parte de una comisión integrada por los doctores Antonio Piñeiro y Francisco Lavalle y el ingeniero Carlos Echagüe. La misma dictaminó que el único medio posible de aplicar en la ciudad de Buenos Aires, era la construcción de hornos para la incineración de las basuras.¹⁷²

A estas medidas de acción sobre los espacios “peligrosos” se sumaron las obras de infraestructura y de ingeniería sanitaria que sin duda contribuyeron a controlar la aparición de pestes y enfermedades, aunque dicho control fue diferente para cada una de ellas, y en algunos casos la erradicación de

168.- *Revista Caras y Caretas*, Buenos Aires, 28 de Octubre op.cit

169.- RIVERO, Pedro. 1911. “Saneamiento de la ciudad de Buenos Aires. Desratización” en *La Semana Médica* Buenos Aires 5 de Enero de 1911, Año XVIII, n° 1 pág 1 y sig

170.- “Informe especial sobre la eliminación y tratamiento de las basuras” en *Anales de la Sociedad Científica Argentina* Tomo XLIX 1° semestre de 1900, Buenos Aires, imprenta Coni Hnos. pág 5 y sigs

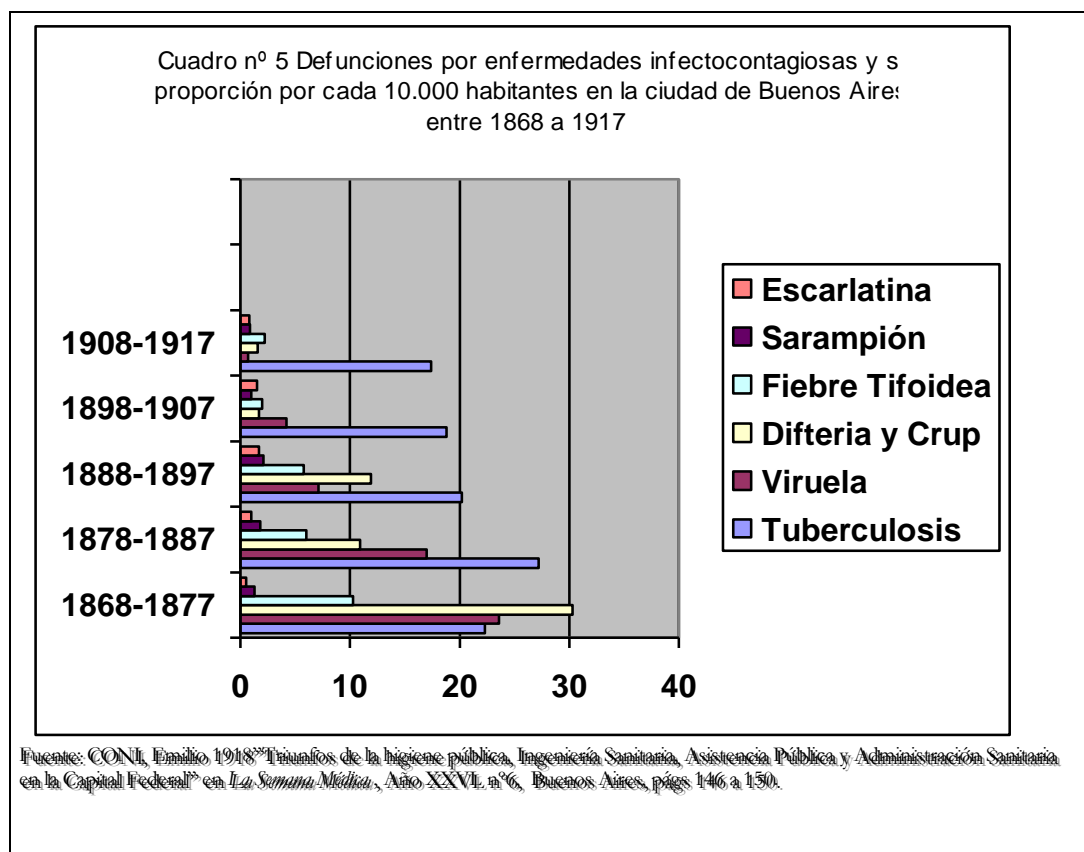
171.- idem pág 14

172.- *Anales de la Sociedad Científica Argentina* Tomo LIX, primer semestre de 1905, Buenos Aires, Imprenta Coni Hnos. pág 1905

ciertos males en el “radio viejo” (centro y norte de la ciudad de Buenos Aires) significó, como se verá más adelante, un desplazamiento espacial de los enfermedades hacia barrios más populosos.

El caso de la fiebre amarilla fue paradigmático al respecto ,a la idea de que fueron las pestes y las muertes las que motorizaron cambios y entronizaron políticas públicas de salud, puesto que despertó de la apatía y la indiferencia a los poderes públicos. Sirvió para iniciar la provisión de agua por cañerías, para la extensión de un sistema de alcantarillado, iniciándose de esta forma las grandes obras de higienización urbana. Lo mismo ocurrió con la peste bubónica, que si bien jamás presentó en Buenos Aires caracteres epidémicos, su esporádica aparición sirvió para establecer un servicio de saneamiento urbano y desratización cuya tarea se enlazaba con las del Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública, donde se analizaba si los roedores eran portadores de enfermedades o no.

El caso de la viruela, es concreto para identificar los avances de la bacteriología en nuestro medio, y de la aplicación de campañas de vacunación. En el siguiente gráfico se puede apreciar, en la larga duración, el declinar de las enfermedades infectocontagiosas, entre las que se encuentra la viruela. Los datos han sido tomado de Emilio Coni, quien contabilizó las defunciones por enfermedades infectocontagiosas y su proporción por cada 10.000 habitantes en un período de cincuenta años (1868 a 1917)



Del gráfico se desprende que la viruela, hacia fines de la primera década del siglo XX, se convirtió en una enfermedad controlada, gracias a la lucha antivariólica. La Asistencia Pública porteña desde su creación , contó con una sección de vacunas antivariólicas, sin embargo la precariedad de los comienzos unidos al hecho de que tampoco existía en esa época una ley de vacunación obligatoria,

hacían que la misma fuera sólo voluntaria para quienes la aceptaban en su domicilio o concurrían a la oficina para solicitarla. Con una profilaxis tan deficiente, las epidemias de viruela - tal como lo demuestra el gráfico- se sucedieron periódicamente, lo que impulsó al Congreso de la Nación a sancionar en 1903 una ley sobre vacunación y revacunación obligatoria. A partir de allí en 1907 el Director de la AP, Dr. José Penna reorganizó el servicio dividiendo a la ciudad en ocho radios e instaló en cada uno un dispensario de vacunas.

La fiebre tifoidea también descendió y la vacunación antitífica dio buenos resultados, sin embargo demostró una prevalencia mayor que la viruela. Esto se debió a que, como venimos enfatizando a lo largo de este texto, la falta de aprovisionamiento del agua potable en los suburbios provocó que ciertas enfermedades, que en términos generales disminuyeron, quedaran atrapadas en esas zonas donde las obras de infraestructura urbana tardaron en llegar. A la falta de agua potable se sumaban las inundaciones que se sucedían en forma periódica, como así también el amontonamiento de basuras.

Las siguientes imágenes muestran la gira del diputado Alfredo Palacios por los Barrios de Nueva Pompeya y San Antonio donde, debido a los olores nauseabundos se vio obligado a usar su pañuelo en la nariz y a utilizar tablones para transitar sobre un charco de agua en mal estado.



Fuente: “Gira del Diputado A.Palacios por Nueva Pompeya y San Antonio. Al bajarse en la quema (pañuelo a las narices)”.Y con “Algunos miembros del

Comité de Mejoras _Fray Mocho_ Buenos Aires, 13 de diciembre de 1912, año 1 n° 33

En la primera década del siglo XX cuando en el Centro y Norte de Buenos Aires se hablaba del triunfo de la higiene, en los barrios más populosos se decía “ *Vengan avenidas diagonales, vengan arquitectos de París, vengan figuritas para los paseos públicos (...)* Las avenidas de agua reblandecen los cimientos de los edificios , se llevan la gente y aflojan el adoquinado , y el arrabal se pudre .Nueva Pompeya y San Antonio están como las bocas del Ganges, lo mismo que estuvieron

siempre (...) Por todas partes , hedores insoportables pantanos verdes agua podrida , lodo que si se revuelve despide emanaciones que voltean.Los vecinos se enferman y los chiquitos crecen ladeados y raquíticos . El agua podrida penetra a veces en el patio de las casas y aun en los dormitorios , hasta varios centímetros de altura y entre aquellos vapores malsanos comen y pasan la vida”¹⁷³

Idéntica situación vivían los vecinos de los barrios de la Boca, Belgrano y Palermo. Es decir estos barrios se sentían “como en los mejores tiempos del siglo XIX”.¹⁷⁴
op.cit



Fuente: *Caras y Caretas* n° 118

Fuente:

Fray Mocho, Buenos Aires 1° de Mayo de 1912.



En estas populosas barriadas, frente a la necesidad de resolver los problemas de infraestructura que las hacía presa fácil de enfermedades, se realizaron una serie protestas, donde sus habitantes afirmaban ser “*las víctimas de las inundaciones*”. Esto marca un clivaje importante con respecto a las épocas precedentes, en cuanto al valor otorgado por la ciudadanía a las obras de saneamiento y al cuidado de sus condiciones de vida . La indiferencia de los pobladores hacia las cuestiones de la higiene, que eran

173 .- Revista *Fray Mocho*, Buenos Aires, año 1, 13 de Diciembre de 1912, n° 33 pág. 10

174 .- Revista *Caras y Caretas*_Buenos Aires_3 de Enero de 1901, año III n° 118 .

motivo de preocupación por parte de las autoridades, a principios del siglo XX se habían transformado en un valor social. Era evidente que la “ideología higiénica” estaba presente en estos barrios y eran conscientes de su necesidad e importancia.

Si bien los brotes infecciosos se controlaron mediante campañas de saneamiento urbano y sanitario, también es razonable inferir - a partir de lo expuesto hasta el momento - que no se trató de una erradicación de enfermedades, puesto que de ese progreso sanitario estuvieron por largo tiempo exentos los vecinos de los barrios más alejados del centro capitalino.

En el caso de la difteria y el crup también podemos observar su descenso en el nivel de mortalidad, en este caso se debe atribuir en gran parte al empleo de los sueros Behring y Roux. Una parte considerable de los que se empleaban contra las enfermedades infecciosas eran importados de Alemania. Esto ocurría en su totalidad con el suero antidiftérico. *“Pero vino la 1ª Guerra Mundial y nos estábamos quedando sin sueros. Del antidiftérico, del poco que había o alcanzaba a importarse, era cobrado a precios fabulosos. La ampolla subió de cinco a cuarenta pesos.”*¹⁷⁵



Fuente: *Fray Mocho* 8 de Enero de 1915, año IV, n° 141.

En Buenos Aires existía el Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene, que se conocía como Instituto Nacional Bacteriológico, hasta entonces prestaba servicios relativamente escasos, funcionaba en malas condiciones y en forma defectuosa debido a que estaba instalado en la azotea del Departamento Nacional de Higiene, hasta se concluyera la construcción de su propio edificio. Pero ante la urgencia de las circunstancias, se improvisaron las instalaciones con el fin de sustituir los sueros importados de Europa. De esta experiencia resultaron sueros más baratos- el antidiftérico a dos pesos la ampolla- lo que hizo posible darlos gratuitamente a las personas necesitadas. El doctor Krause, médico austríaco, fue contratado por el gobierno para dirigir el

175 . Revista *Fray Mocho*, Buenos Aires 8 de Enero de 1915, año IV, n° 141

laboratorio en compañía de profesionales argentinos, como los Drs. Beltrami y Miguez. También se prepararon sueros antitetánico, antitífico, anticolérico, antiestreptocócico, antirrábico, antituberculoso, antimeningocócico, antivenenoso.



Fuente: *Fray Mocho* 8 de Enero de 1915, año IV, n° 141.

A modo de síntesis, podemos decir que observar los orígenes de las políticas públicas de salud en la ciudad de Buenos Aires a través de la lente de las enfermedades infectocontagiosas, nos permite puntualizar algunas ideas que consideramos centrales a la hora de entender la emergencia de las instituciones públicas de salud entre fines del siglo XIX y los inicios del XX. En primer lugar, es claro que la aparición de las tempranas epidemias sirvieron para alertar a las autoridades sobre la necesidad de intervenir mediante la formación de instancias estatales en cuestiones que hacían a la salud de la población. Fueron los médicos y la Higiene los encargados de diagnosticar las causas y las consecuencias de la presencia de las enfermedades infectocontagiosas, y por ende, los que propusieron una batería de medidas consideradas como indispensables. En esta empresa es evidente que existió cierta apropiación del conocimiento científico europeo el que se amalgamó con las tradiciones y prácticas locales existentes.

Sin entrar en el debate que engendran las teorías difusionistas sobre la ciencia,¹⁷⁶ - porque excede a los objetivos propuestos en este trabajo- podemos decir que en el período analizado, tanto la ciencia médica como su práctica cobraron una importancia desconocida hasta entonces por la sociedad porteña, fortalecida por el acontecer y los avances de la ciencia del viejo mundo. Esto sirvió para que el discurso higienista rápidamente impregnara el entramado social, el institucional y el político, favoreciendo la institucionalización (como se analizará en el siguiente capítulo) de la práctica profesionalizada de la medicina en organismos como la Asistencia Pública. El surgimiento de instituciones como ésta estuvo condicionado por la vigencia de un proyecto modernizador que convirtió a los médicos y a su discurso en la principal vía de penetración de un aparato discursivo disciplinador en hábitos y costumbres que se consideraban inherentes al mencionado proyecto.

Por otro lado, el descenso en los niveles de mortalidad de las enfermedades infectocontagiosas no se debió solo a la mayor importancia que adquirió la práctica profesionalizada de la salud, entendiendo por esto campañas de vacunación, atención médica domiciliaria, procedimientos preventivos y terapéuticos, sino al desarrollo de obras de infraestructura urbana que implicaron un mejoramiento en las condiciones de vida material. En los barrios donde estas mejoras no llegaron y las condiciones socioeconómicas de la población eran más deficientes, las tareas de prevención entronizadas por la medicina resultaron insuficientes, traduciéndose en el predominio de ciertas enfermedades que tanto en el centro y como el norte de la ciudad de Buenos Aires, habían sido erradicadas. De esta manera, se advierte una nueva distribución espacial de las enfermedades infectocontagiosas. Si bien esta idea puede ser cuestionada, debido a que en la epidemiología histórica está vigente una discusión, a partir de las obras de Thomas Mc Keown¹⁷⁷, sobre el descenso de la mortalidad relacionada a factores socio económicos. Resulta claro que en la ciudad de Buenos Aires el descenso y control de las infectocontagiosas fue más exitoso en las zonas donde dichas condiciones estaban presentes con más fuerza.

176 .-BASALLA, George .1993. "The Spread of Western Science Revisited" *Actas del Congreso Internacional "Ciencia, descubrimiento y mundo colonial"* ed A. Lafuente , A.Helena y M.L Ortega (Madrid, Doce Calles) op.cit , en este trabajo, el autor, argumenta en contra de las teorías difusionistas sobre las ciencias

177 .- MCKEOWN, Thomas .1990. *Los orígenes de las enfermedades humanas*_Barcelona, Ed Crítica.

A continuación analizaremos el surgimiento y desarrollo de la Asistencia Pública porteña, ya que esta institución materializa una de las principales instancias de organización de los principios de la Higiene.

ANEXO ESTADÍSTICO

Cuadro n° 6:
 FIEBRE TIFOIDEA, tasa de
 mortalidad por cien mil habitantes

AÑOS	Tasa por 100.000 habitantes
1869	315,8
1871-1875	80,0
1876-1880	56,1
1881-1885	60,2
1886-1890	85,3
1891-1895	43,8
1896-1900	26,1
1901-1905	17,4
1906-1910	20,1
1911-1915	28,3
1916-1920	11,1
1921-1925	7,8

FUENTE: BESSIO MORENO, Nicolás. 1939. *Puerto del Río de la Plata...* op.cit. pág 166.

El año 1869 se produjo la epidemia más grande de fiebre tifoidea en la ciudad de Buenos Aires. En ese año la población era de 177.787 y las defunciones totales del año fueron de 5.982. A partir del 1900 se registró un descenso sostenido

Cuadro n° 7 VIRUELA, Tasa de mortalidad por cien mil habitantes

AÑOS	Tasa por 100.000 habitantes
1871-1875	400,0
1876-1880	103,0
1881-1885	158,0
1886-1890	201,0
1891-1895	20,3
1896-1900	14,1
1901-1905	57,5
1906-1910	30,6
1911-1915	2,8
1916-1920	0,0
1921-1925	0,2

--	--

FUENTE: BESSIO MORENO, Nicolás .1939. *Puerto del Rio de La Plata...* op.cit pág 168

La viruela fue mucho mas dañina que la tifoidea. En 1901, la ciudad de Buenos Aires tenía 850.000 habitantes y sus defunciones ascendieron a 15.807.Desapareció por primera vez en 1916 y definitivamente en 1924.

Cuadro n° 8:

DIFTERIA Y CRUP. Tasas de mortalidad por cien mil habitantes.

AÑOS	Tasa por cien mil habitantes
1871-1875	70,6
1876-1880	107,9
1881-1885	73,2
1886-1890	199,4
1891-1895	94,6
1896-1900	25,6
1901-1905	14,6
1906-1910	11,0
1911-1915	18,0
1916-1920	13,2

FUENTE: BESSIO MORENO, Nicolás op.cit pag 171

La difteria fue una endemia en franca declinación , sus formas epidémicas se hicieron sentir en varios períodos para dar cifras que la colocaban encima de la tifoidea. El brote más significativo se dio entre 1886 a 1893.

CAPITULO II

CONCEPTOS DE HIGIENE:

El surgimiento de una autoridad sanitaria en el Buenos Aires de los años 80'

La emergencia de organizaciones sanitarias en las naciones modernas tiene significativa importancia puesto que en general fueron concebidas como importantes instrumentos en el desarrollo de sus sistemas políticos, económicos y sociales. Las instituciones, incluso las de salud no funcionan en el vacío, sino que influyen en el cambio social general y a su vez pueden ser agentes de cambio potencialmente benéficos o nocivos.

298

Para entender la relación entre la difusión de enfermedades -cuya periodicidad e intensidad se vieron en el capítulo anterior- y las ideas y las acciones que las articularon, se analizará el surgimiento de la Asistencia Pública Metropolitana, centrando el enfoque en las innovaciones de tipo científico/técnico y político que se introdujeron, así como en el rol ejercido por el proceso de profesionalización de la medicina en esta institución, con la aparición de áreas específicas y de profesionales diplomados. En una segunda parte, el eje está puesto en los elementos que le permitieron a la Asistencia Pública consolidarse y demostrar su eficiencia e importancia, transformándose así en una de las instituciones sanitarias más importantes y perdurables del país.

De esta manera, se esbozará una primera imagen de la fisonomía que adquirió entre fines del siglo XIX y 1920 la política sanitaria en la ciudad de Buenos Aires, pues ella sirvió para configurar un sistema de normas y de imágenes; perspectiva que abre la posibilidad de examinar la relación existente entre los discursos, las instituciones y la ética.

298.-HALL, Richard.1981. *Organizaciones, Estructura y Proceso*, Londres, Prentice. (1ra Impresión 1973), pág. 4.

En el plano del análisis de las instituciones, Mary Douglas ha establecido las bases de una teoría que muestra cómo las sociedades informan y socializan a sus miembros en ciertos arquetipos ideales del cuerpo, del bienestar físico y mental, de patrones de conducta higiénica y no higiénica y de estigmas asociados a ciertas enfermedades.³⁰¹ Para esta autora, la desviación, la suciedad tienen importancia porque revelan acerca de los sistemas y reglas de clasificación existentes.³⁰²

1.- Los servicios públicos de salud en los umbrales de los 80'.

Instituciones de salud existieron en la ciudad de Buenos Aires desde el siglo XVIII. Entre 1665 y 1667 fue fundado el hospital San Martín. Con la creación del protomedicato (1780) impulsado por el Virrey Vertiz y de la Casa de Niños Expósitos (1779), se intentó por primera vez centralizar la actividad médica dándose comienzo en el Río de La Plata, a un período de aplicación de políticas sociales por parte del Estado, que se fue perfeccionando a partir de la aparición de la Sociedad de Beneficencia, en 1823.³⁰³

El protomedicato, creado en 1780 y abolido en 1822, era una institución concebida junto con la Casa de Niños Expósitos (1779) con el fin de fiscalizar a quienes ejercían el arte de curar; también cumplía tareas vinculadas al mantenimiento y prevención de la salud pública y a la promoción de la enseñanza de la medicina.³⁰⁴

Con la caída de Juan Manuel de Rosas, en 1852, el gobierno de la provincia de Buenos Aires promulgó una serie de decretos que reglamentaron el funcionamiento del cuerpo médico, mediante una reformulación de la Facultad de Medicina (1852), del Consejo de Higiene Pública (1852) y de la Academia de Medicina (1822). Estos organismos heredaron las antiguas funciones del desaparecido Tribunal de Medicina (1822).³⁰⁵

301.- DOUGLAS, Mary.1992. *Purity and Danger, An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo* Londres Routledg.

302.- AA. VV .1988. *Análisis cultural*, Buenos Aires , Paidós.

303 .- Sobre la acción de la Sociedad de Beneficencia puede consultarse a: MORENO, José Luis (comp.) 2000. *La Política Social antes de la Política Social, Caridad, beneficencia y política social en Buenos Aires, siglos XVII a XX*. Buenos Aires, Trama Editorial/ Prometeo Libros.

304.- Para este período se consultó; CASAIS DE CORNEI, A.E .1977. *Panorama Histórico de la Medicina Argentina*. Buenos Aires, y BELTRÁN , J.R .1937. *Historia de Protomedicato de Buenos Aires*, Buenos Aires, El Ateneo.

305.- Sobre el período previo se puede consultar CANTÓN, Eliseo.1928. *Historia de la Medicina en el Río de La Plata* Madrid, Ed Biblioteca de Historia Hispanoamericana. También GARCIA BELSUNCE, Cesar.1977. *Buenos Aires 1800-1830.Salud y delito* Buenos Aires, EMECE. Para el período posterior a la caída de Rosas en 1852 GONZALEZ LEANDRI, Ricardo *Curar. Persuadir .Gobernar_op.cit*

Al Consejo de Higiene Pública³⁰⁶ se le adjudicó la vigilancia del ejercicio médico farmacéutico y el control del curanderismo. Estaba constituido por un presidente, el cirujano mayor del ejército, el administrador general de la vacuna, los médicos de policía y del puerto y un secretario, tenía a su cargo todo lo relacionado con la salubridad pública en general, la inspección de la vacuna, de los puertos; la vigilancia sobre la venta de medicamentos y sustancias medicinales, la policía sanitaria y las visitas sanitarias.

Con la separación de Buenos Aires del resto de la Confederación, la salud pública quedó bajo el control de la Facultad de Medicina y, en especial del Consejo de Higiene.³⁰⁷ Éste no vio definidas sus atribuciones en forma precisa, por lo que su actuación concreta dio pie para el debate entre quienes defendían una incumbencia médica amplia y variada, y los que abogaban por acciones más específicas, cuestiones que ponían en evidencia la precariedad en su organización.³⁰⁸ El 27 de Julio de 1870, fue sancionada la Ley que establecía la composición del Consejo de Higiene y sus nuevas atribuciones entre las cuales se encontraba controlar el adecuado ejercicio de la profesión médica; al mismo tiempo, por decreto del 6 de febrero de 1873, el gobierno aceptó la propuesta de la Facultad de Medicina de separar la asignatura *Terapéutica, Materia Médica e Higiene*, vigente desde la reorganización de dicha casa de estudios en 1852 y crear la cátedra de *Higiene*, designando como catedrático a Guillermo Rawson, así la enseñanza de la *Higiene Pública* alcanzó una importancia desconocida en décadas anteriores.

Lo expresado anteriormente demuestra que en Buenos Aires, desde la década del 50´en adelante, se introdujeron cambios con el objetivo de optimizar el cuidado de la salud de la población. En función de ello se demarcaron incumbencias destinadas a realizar un mayor control en el ejercicio de la medicina. Sin embargo, a pesar de dichos esfuerzos, aún a mediados de 1870 las enfermedades infectocontagiosas aún constituían un alto porcentaje de la mortalidad de esta ciudad, según lo manifestado por el mismo Guillermo Rawson.³⁰⁹ De manera que en los años 80´ la organización sanitaria entonces vigente no estaba en condiciones de responder a las necesidades que la transformación urbano-demográfica planteaba.

El importante número de personas que llegó a la Argentina procedentes del continente europeo fue acompañado por un rápido proceso de urbanización, es así que, Buenos Aires pasó de 187.100 habitantes en 1869 a 1.575.800 en 1914.³¹⁰ Por su parte

306.- Recopilación de los debates de leyes orgánicas municipales y sus textos definitivos. "Registro Oficial Decreto del 29 de Octubre de 1852", Oficina de Información Municipal, Buenos Aires.

307 .- BERNARD ,Tomás .1976. *Régimen Municipal Argentino*, Buenos Aires, ed. Depalma.

308 .- MACCHI ,M .1981. *Creación de la Municipalidad de Buenos Aires en 1852* Concepción del Uruguay

309 .-RAWSON ,Guillermo.1890. *Escritos y discursos* Buenos Aires.

310 .- LIERNUR, Francisco .2000. "La construcción del país urbano" en LOBATO, Mirta (dir) *El Progreso, la Modernización y sus*

las ciudades que se expandían de modo acelerado en el litoral ofrecían una realidad cambiante, traída por el progreso moderno, pero a la vez padecían los azotes epidémicos y la ausencia de equipamientos colectivos.³¹¹

La suciedad de las calles, la despreocupación por el aprovisionamiento del agua, y la falta de hospitales determinaban una tasa de mortalidad comparables con las de Europa del siglo XVIII,³¹² pues las epidemias siguieron apareciendo regularmente en 1869, 1871, 1874, 1879, mientras que se experimentó un cierto freno al iniciarse la década del 80´.

Un momento importante para mostrar los cambios fue el de la intendencia de Torcuato de Alvear (1879 – 1887), quien se rodeó de un equipo de médicos (Guillermo Rawson, Emilio Coni, Antonio Crespo, José María Ramos Mejía) que concibió un vasto plan de saneamiento y equipamiento hospitalario. El gobierno y la municipalidad se hicieron cargo del saneamiento de la ciudad, financiando las grandes obras de extracción de agua, de cloacas y de pavimentación. Crearon una administración de la salud para los hospitales, los dispensarios y los asilos nocturnos, que pretendía controlar las medidas de desinfección, de aislamiento, de inspección de los domicilios y de vacunación.

2.- La aparición de la Asistencia Pública.

Con el afán de hacer curables los "males" que habían hecho conocer la muerte por contagio, las pestes y las epidemias y que eran, en cierta medida, mirados con los miedos lógicos que encarna todo mal no dominado, la elite médica, y sobre todo los higienistas, emprendieron la tarea de resolver este estado de cosas, encarnando en instituciones las ideas que hicieran viables esta solución.

En este contexto, el 7 de agosto de 1883 la Comisión Municipal de la ciudad de Buenos Aires, presidida por Don Torcuato de Alvear, consideró y aprobó el proyecto de creación de la Asistencia Pública³¹³, con el fin de centralizar la dirección científica de todos los hospitales y demás servicios de beneficencia del municipio; su primer director fue José María Ramos Mejía. Este nuevo organismo municipal tenía bajo su dirección todos los establecimientos hospitalarios y de beneficencia de la Capital

límites (1880-1916), Buenos Aires, Ed Sudamericana, pág 409.

311.- ARMUS, Diego.2000. "El descubrimiento de la enfermedad como problema social" en LOBATO, Zaida (dir) *El Progreso, la Modernización y sus límites (1880-1916)* op.cit pág 510. Una visión desde la perspectiva demográfica del proceso se puede apreciar en la obra de LATTES. A y Rechini de LATTES Z.1969. *Migraciones en la Argentina. Estudio de las migraciones internas e internacionales basados en datos censales (1869-1960)*, Buenos Aires. LATTES, Alfredo y RECHINI de LATTES, Zulema.1975. *La Población Argentina* Buenos Aires. INDEC. LATTES, Alfredo. 1973. " Las Migraciones en la Argentina entre mediados del siglo XIX y 1960" *Desarrollo Económico* Vol 12, N° 48, Enero- Marzo.

312.- El texto de José Antonio Wilde .1977. *Buenos Aires desde setenta años atrás (1810-1880)*, Buenos Aires .EUDEBA, brinda una imagen acerca de las transformaciones que durante esos años experimentó la vieja aldea colonial en su paso por convertirse en capital de la metrópolis.

313.-OBARRIO, Juan .1934. "La Asistencia Pública" en *La Semana Médica* año XLI, N° 12, Marzo.Buenos Aires, Ed Spinelli pág 919.

Federal e instaló su dirección en una dependencia de la administración del hospital San Roque. Los establecimientos que ésta comprendía, eran: el Hospital General de Hombres, el Hospital Buenos Aires (hoy Clínicas), el Hospital San Roque (hoy Ramos Mejía), el Hospicio de las Mercedes, la Casa de Aislamiento (hoy Muñiz). Ese mismo año, el Hospital Buenos Aires fue entregado al gobierno de la Nación y el Hospital General de Hombres fue clausurado, tales medidas fueron compensadas, en parte, con la inauguración, el 12 de agosto de 1883, del nuevo Hospital San Roque.

En la primera memoria oficial de la Asistencia Pública porteña, se trazó un programa para la nueva repartición que fundamentaba las ventajas de su creación. En este documento se resaltaba que el organismo permitía centralizar, reorganizar y fiscalizar mediante un plan armónico todos los establecimientos de asistencia, que antes marchaban sin orden ni concierto. Este plan estaba inspirado en el modelo de la Asistencia Pública francesa.

La tarea era dificultosa puesto que lo único legalmente vigente eran los lineamientos generales del plan ya que no existía una reglamentación que definiera las atribuciones y desglosara así las responsabilidades. La primera fase organizativa consistió en instaurar una centralización cuya cabeza era el director de la Asistencia Pública, esto implicaba cambios en la orientación política vigente que establecía que cada director de hospital dependiera de la Comisión de Higiene.

Esta acción centralizante comenzó por la información, así fue que para que los establecimientos hospitalarios mantuvieran una íntima y frecuente relación con la Oficina Central se colocaron teléfonos directos para comunicarse rápidamente; se dispuso que cada hospital pasara un parte diario de su movimiento; que los pedidos de artículos de consumo, de farmacia y ropería, se hicieran con regularidad periódica cada mes y que los balances de consumo se regularizaran, previa formación de un libro de inventario.³¹⁴

Estas disposiciones fueron los engranajes necesarios para emprender una centralización hospitalaria, concebida como una integración de los hospitales en la figura de la Asistencia Pública. De éste modo se buscaba romper con el aislamiento de cada institución para encauzarlas mediante la homogeneización de problemáticas comunes, que iban desde los gastos hasta las perspectivas de crecimiento de cada establecimiento. Esta nueva estrategia habla a las claras de una nueva concepción sobre la *Higiene*; José María Ramos Mejía la definía de la siguiente manera:

“...La higiene pública encierra en sí todo lo que tiende a la conservación de la salud: comprende por consiguiente los medios preventivos, aquello que puede impedir el mal nacer, como también los medios curativos que tienen propiedad de hacerlos

314.-Éstas innovaciones de tipo administrativo que marcan cierto grado de complejidad respecto de la estructura anterior fueron consignadas en *Memoria de la Ciudad de Buenos Aires*. Tomo 1. Correspondiente 1884. Buenos Aires, Imprenta Biedma, 1885.

*desaparecer. Se la considera como una agrupación de la ciencia, que apoya una parte sobre la medicina y otra sobre disposiciones administrativas inspiradas en la experiencia... ”*³¹⁵

Y Eduardo Wilde la ubicaba como una rama de la medicina legal, preguntándose:

*“...¿ A quién está encargada la dirección de la sociedad, por lo que respecta a la higiene pública? No puede estar encargada a un particular sino a la autoridad general. Es el gobierno el que tiene que dirigirla, el que tiene que vigilar todo el terreno en que ha de ejecutarse el desenvolvimiento social... Salud del pueblo quiere decir: Instrucción, moralidad, buena alimentación, buen aire, precauciones sanitarias, asistencia pública, beneficencia pública...”*³¹⁶

Como parte de esta lógica de control mediante la centralización de la información y de la ejecución de una política global hospitalaria, en 1883 se dividió a la ciudad en 20 partes, y se formaron las "Comisiones de Higiene" las que debían preocuparse de la higiene de sus respectivas secciones y la vigilancia de las casas de inquilinato, entre otras funciones.³¹⁷

Estas comisiones tenían una particularidad: en su mayoría estaban formadas por vecinos, y si bien la presencia de médicos era escasa, para los fines que habían sido creadas no era considerado de vital importancia la presencia de profesionales. Ellas tenían por objetivo mantener informada a las autoridades municipales sobre los problemas o, sobre la existencia de ciertos males vinculados con la “*vigilancia de las casas de inquilinatos en cuanto a su aseo y población que ocupa...*”, así como ejercer el control en la proliferación de prostíbulos o denunciar la existencia de algún enfermo infeccioso que se resistiera a acudir al hospital, o también alertar sobre el ejercicio de charlatanes y curanderos, presentes en los barrios prácticamente desde siempre. En situaciones como ésta tenía más valor un "viejo y buen vecino" que un médico, puesto que lo que se necesitaba era conocer las prácticas cotidianas y hasta los secretos de la circunscripción, cosa que por lo general los doctores en medicina no conocían.

Algunos vecinos se convirtieron en el principal nexo con la autoridad sanitaria, pues ella entendió que para combatir ciertos males no bastaba con conocerlos o enunciarlos, había que estar en contacto con ellos. Saber cómo, cuándo y dónde se desarrollaban y, a la vez, contar con agentes capaces de hacer permeables las medidas sanitarias tomadas. De manera tal que penetrar en los hogares, en donde por mucho tiempo el arte de curar había estado reservado al curandero o a la terapia familiar, no era tarea fácil, más aún porque los médicos no tenían una presencia cotidiana en el barrio y su palabra basada en el saber científico no resultaba convincente para los sectores populares.

315.-*Memoria de la Intendencia Municipal de la Ciudad de Buenos Aires*, TOMO II, Correspondiente a 1884. Buenos Aires 1885, Imprenta Biedma. pág. 119

316.- WILDE, Eduardo. 1878. *Curso de Higiene Pública*. Buenos Aires, pág. 9.

317.-*Memoria de la Intendencia Municipal de la ciudad de Buenos Aires*, Tomo II, 1884. op.cit .pág.121

Con el tiempo se delimitaron las incumbencias de las Comisiones que “...estaban compuestas por personas muy honorables por cierto...”³¹⁸, para que no tuvieran atribuciones por sobre los médicos seccionales puesto que “...esas personas no estaban habilitadas por su falta de conocimiento científico a probar o desaprobado la conducta de un hombre de ciencia en tal materia...”³¹⁹. En 1883, se creó la figura de los médicos seccionales, que tenían bajo su responsabilidad a los inspectores de higiene municipal quienes eran los encargados de hacer cumplir las multas.

Los médicos serían así, los responsables de sancionar y vigilar la higiene del barrio y la comisión de higiene fue exenta de estas tareas. Esta organización y delimitación de funciones se vincula con la profesionalización de la medicina y la consolidación de la figura del profesional sanitario. Una figura que fue cobrando cuerpo y ganando un espacio antes vacante.³²⁰ Esto es importante ya que uno de los objetivos de los higienistas era la jerarquización de la profesión médica bajo el liderazgo de los médicos.

Esta delimitación de atribuciones, donde se les niega a las Comisiones de Higiene la tarea de penalizar, respondía de alguna manera a preservar el valor principal de sus componentes, como habitantes permanentes de sus barrios. Se pensó que las funciones penalizadoras podían conspirar en parte, contra el objetivo último de su creación que era el de informar, pues no sería insensato pensar que bajo el código de "buena vecindad" muchas veces "olvidaran" comunicar a las autoridades algunas situaciones sanitariamente peligrosas. También podía ser visto como un traidor y así dejar de ser "respetado y querido" por sus vecinos. No había que dejar librado al azar el control: éste debía ser ejercido por los médicos con conocimientos y formación. Este proceso exhibe cómo la elite de médicos diplomados ligaba sus destinos a los del Estado³²¹ y consolidaba su presencia prescribiendo formas generales de comportamiento y de existencia, en terrenos tan variados como la vivienda, la alimentación, la bebida, la sexualidad, la higiene personal etc.³²²

318.- *Memoria de la Intendencia Municipal de la ciudad de Buenos Aires*, Tomo II, correspondiente a 1884, op. cit. pág. 61

319.-Idem. pág. 62

320.-Sobre el tema consultar a GONZÁLEZ Ricardo.1984. "Caridad y filantropía en la ciudad de Buenos Aires durante la segunda mitad del siglo XIX" en ARMUS, Diego (comp) *Sectores populares y vida urbana*. Buenos Aires, CLACSO.

321.- Entre los autores que han trabajado la injerencia de la profesión médica en la esfera estatal se encuentra GONZÁLEZ LEANDRI, Ricardo.1996. "La Profesión médica en Buenos Aires" en LOBATO, Mirta. *Política, Médicos y enfermedades Lecturas de historias de la salud en Argentina*, Buenos Aires, Ed. Biblos, pág. 27. Del mismo autor *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires 1852-1886*. Biblioteca de Historia de América, Madrid, CSIC. 1999.

En general sus trabajos abordan el período formativo de las profesiones que se ubica entre la caída de Rosas (1852) y la formación del Estado Nacional.

322.-ARMUS, Diego .1983. *Los Médicos en la Vida de Nuestro Pueblo*, Vol. 4, Buenos Aires, CEAL, pág. 18

Con estas nuevas atribuciones, los médicos se convirtieron en agentes claves de la renovada cuadrícula social puesto que en gran medida asumieron el rol de responsables del progreso moral. Como cuidaban los bienes que tenían que ver con la fuerza de trabajo, se transformaron también casi en indispensables elementos del progreso. Bajo la idea de que eran irremplazables, fueron cubriendo cada vez más terrenos, la higiene, la salud, la asistencia y plantearon los interrogantes sobre a quién le correspondía el cuidado de la salud pública y cómo debía ser ejercida, cuestiones que se relacionaban con las nuevas funciones y atribuciones del Estado. Así, con referencia a la Asistencia Pública se sostenía que: “....Es una institución eminentemente práctica ,...,está encargada de velar por la salud del municipio, es un instrumento de preservación...”³²³ Dotar de nuevos contenidos y significados más abarcadores a problemáticas relacionadas con la salud, no fue un hecho privativo de los higienistas, sino que fue un elemento más de lo que Diego Armus ha dado en llamar ideología urbana, la que ganó terreno en la Argentina de mitad del siglo XIX y se basó en buscar fórmulas políticas y sociales para encontrar formas de convivencia dentro de un sistema institucional, donde progreso, multitud, orden, higiene y bienestar constituyeron elementos nucleares de esa ideología urbana.³²⁴

2.1. Más funciones y atribuciones para la Asistencia Pública.

La elite-médico-higienista intentaba darle a sus ideas un sentido práctico. En el orden municipal éstas fueron acompañadas, por una serie de iniciativas. Un ejemplo fue la creación de los *médicos seccionales*, cuando Ramos Mejía obtuvo el permiso para la formación de un cuerpo médico destinado exclusivamente a la asistencia a domicilio. Este servicio, denominado también seccional, estaba compuesto por 20 facultativos que fueron nombrados el 11 de Agosto de 1883. La nómina de médicos de asistencia a domicilio era:

Sección 1ra	Miguel Murphy	Sección 12	José Olivero
Sección 2da	Félix Pineda	Sección 13	Carlos Villar
Sección 3ra	Carlos Rojo	Sección 14	Abraham Zenavillas
Sección 4ta	Lorenzo Martínez	Sección 15	Pablo Santillán
Sección 5ta	Atilio Boratti	Sección 16	Agustín Batilana
Sección 6ta	Juan Arini	Sección 17	Marcelino Aravena
Sección 7ma	Manuel de la Cárcova	Sección 18	J. V. González
Sección 8va	Antonio Gandolfo	SECCIÓN 19	FEDERICO DE
Sección 9na	Manuel Agueló	LA SERNA	
Sección 10ma	Laureano Rufino	Sección 20	Lucas Vosdanovick
Sección 11va	Rafael Peña		

323.-*Memoria de la Intendencia de la capital de la República Argentina*. Correspondiente a 1886. Buenos Aires, Imprenta Biedma, 1887, pág. 441.

324.-ARMUS, Diego.1995 "O discurso da regeneracao. Espaço urbano, utopias e tuberculose em Buenos Aires, 1870-1930" En *Estudos Históricos Cultura e História Urbana*, Río de Janeiro, Vol 8, N* 16,pág. 235 y sig

Asimismo, la puesta en práctica de éste emprendimiento puede leerse como la llegada de la medicina a los hogares de los barrios más populosos. Con este objetivo el director de la Asistencia Pública J.M Ramos Mejía dividió a la ciudad en 20 circunscripciones.

Esto implicó un cambio importante en la práctica médica rioplatense, ya que el brazo médico salía del consultorio y se internaba en la ciudad. De esta manera, tal como puede leerse en el cuadro siguiente, la menor cantidad de enfermos asistidos se dio en las secciones correspondientes al centro y norte de la ciudad de Buenos Aires. Ocurriendo lo inverso en el oeste y sur del municipio.

Los médicos seccionales fueron vistos como otra vía de penetración de la autoridad sanitaria en todos los rincones. Su función era importante ya que se afirmaba que

“...son los que en realidad tienen en sus manos la salud pública desde el momento que por sus condiciones de médicos de los indigentes, son los primeros llamados a diagnosticar un caso de cualquiera de las enfermedades exóticas que con tan justa razón nos aterran...” .³²⁵

325.- *Memorias de la Intendencia Municipal de la ciudad de Buenos Aires*, correspondiente a 1884, op. cit. pág. 64

Cuadro n° 1: Enfermos asistidos por la Asistencia Pública porteña en sus domicilios, en 1883,1884 y 1885.

Sección	Sup. Mts. ²	<i>Enfermos Asistidos 1883</i>	<i>Enfermos Asistidos 1884</i>	Enfermos Asistidos 1885
1	600.000	12	174	169
2	600.000	60	444	253
3	600.000	15	143	162
4	600.000	11	318	303
5	655.000	48	206	186
6	630.000	65	315	268
7	660.000	35	334	199
8	666.000	120	429	228
9	1.100.000	9	287	185
10	3.800.000	154	852	547
11	1.540.000	2	125	126
12	5.285.000	21	142	91
13	1.300.000	30	182	203
14	912.000	134	546	368
15	2.800.000	32	327	420
16	910.000	52	455	237
17	9000.000	44	393	506
18	2.000.000	105	503	268
19	8.800.000	86	519	322
TOTAL		1.116	7.266	5.553

FUENTE: *Memoria de la Intendencia Municipal*.Correspondiente a 1885, pág 27

Luego de la creación de la asistencia domiciliaria el Dr. Pedro Antonio Pardo, presidente del Departamento Nacional de Higiene, le propuso al intendente de la ciudad de Buenos Aires adscribir un

servicio de inspección a cada una de las circunscripciones, bajo la dirección de un médico domiciliado en la respectiva circunscripción. Sus atribuciones debían ser la inspección frecuente de los conventillos, caballerizas, establos, mercados, establecimientos de educación, hoteles, plazas, calles. Puesto que "... *los médicos municipales prestarían mejor servicio dirigiendo la inspección de la circunscripción que le corresponde, que atendiendo a los enfermos pobres...*"³²⁶

El director de la Asistencia Pública, José María Ramos Mejía, convencido de que los servicios de la misma debían concentrarse en los pobres, entre otras muchas razones porque eran considerados como los principales portadores de enfermedades infecciosas, propuso y realizó otro cambio: serían los inspectores municipales los que velarían por el cumplimiento de las ordenanzas sobre higiene bajo la inmediata dirección de los médicos de sección.³²⁷

Los médicos municipales, como Félix Pineda, Carlos Rojo, Carlos L Villar, entre otros (de los que se han encontrado referencias biográficas), compartieron con Ramos Mejía, quien fuera el inspirador junto a Coni y Rawson de este nuevo modelo asistencial, la creencia en el método positivo y la experiencia de formar una nueva clase médica a través de la fundación del Círculo Médico. Fueron pioneros en muchos aspectos, Carlos Villar fue el descubridor del suero que lleva su nombre y que por aquella época curó a centenares de tuberculosos, Pablo María Santillán se convirtió en 1877 en el primer médico de la penitenciaría de Buenos Aires inaugurando, en ella, el servicio médico. Este primer médico carcelario fue el autor de la tesis "Del cólera Morbus"³²⁸; de ella se desprende que uno de los mayores factores de propagación de enfermedades era la pobreza, una creencia compartida no sólo por los médicos argentinos, sino también latinoamericanos.³²⁹

Muchos de los facultativos que actuaron en los inicios de la Asistencia Pública tenían la particularidad de haber compartido el clima de tensiones que se registró hacia fines de 1871 cuando un grupo de estudiantes impugnó a la elite médica con el fin de inducir a la organización de sus compañeros y a otros miembros del cuerpo médico. Ese grupo creó la sociedad Estímulo Médico Argentino y, años más tarde, el Círculo Médico Argentino.³³⁰ Dicho impulso - sostiene González Leandri - se entroncó, a su

326.-Carta del Presidente del Departamento Nacional de Higiene, Dr. Pedro Antonio Pardo, del 17 de julio de 1884, a José María Ramos Mejía. Consignada en la *Memoria de la Intendencia Municipal de la ciudad de Buenos Aires*, correspondiente a 1884, pág. 131, op. cit.

327.-*Memoria de la Intendencia Municipal de la ciudad de Buenos Aires*, correspondiente a 1884, pág. 139., op .cit.

328.-SANTILLÁN, Pablo María .1856. " Del cólera morbus".Tesis presentada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Archivo de la Facultad de Medicina UBA.

329.-Otro de los autores latinoamericanos que ha prestado especial atención a la problemática de la pobreza es BARRAN, José Pedro. 1994. *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos La ortopedia de los pobres*. T. 2, Montevideo, Ed. Banda Oriental.

330.- GONZÁLEZ LEANDRI, Ricardo .1997. "Académicos, doctores y aspirantes. La profesión médica y la reforma universitaria: Buenos Aires 1871-1876" en *Entrepasados*.Revista de Historia, Año VI, n° 12, Buenos Aires. pág 31 a 55

vez, con un movimiento juvenil de características poco precisas que, si bien nació dentro del ámbito universitario, aspiró a ejercer su influencia en áreas más amplias.

Ramos Mejía fue uno de los principales portavoces de este movimiento que cuestionaba a la vieja elite médica y a las instituciones sanitarias vigentes como inoperantes, basándose en la poca habilidad para controlar las epidemias. Además consideraba que ni la Facultad de Medicina ni el Consejo de Higiene estaban a la altura de las circunstancias. Ambas instituciones eran vistas como retrógradas por los jóvenes doctores. Según González Leandri, el movimiento juvenil de la década de 1860 engendró una nueva elite cuyos miembros, que mantenían sólidos lazos con el mundo político y la prensa, tenían la plena confianza en que tarde o temprano se incorporarían al seno de los "distinguidos".³³¹ Al inicio de los 80' los médicos que habían compartido la experiencia fundacional del Círculo Médico, y que habían incursionado en el periodismo como forma de difundir sus ideas, fueron quienes rompieron con la inercia que había caracterizado a la política sanitaria de las etapas anteriores, siendo algunos de ellos los primeros médicos seccionales (ver apéndice documental).

2.2. Dos funciones claves de la Asistencia Pública: vacunación y aseo urbano.

Los focos epidémicos de 1869, 1871, 1874, 1879, 1886, sumados a los endémicos pusieron en evidencia la insuficiente presencia estatal en el cuidado de la salud y de las enfermedades frente a la difusión de éstas. Con el tiempo el miedo a la muerte inexorable que los males despertaban fue paulatinamente reemplazado, por una actitud esperanzada que se difundió por medio del discurso y la praxis de los médicos, ya que éstos se apoyaban en los avances de la medicina en general, en la aparición de nuevas especializaciones en medicina social, en higiene, en epidemiología y en bacteriología. Estos cambios los habilitaban tanto para prevenir como para ahondar en el conocimiento de la etiología de las enfermedades.

Frente a los problemas del crecimiento de la población, la difusión de enfermedades, y la proliferación de focos de contagio se levantaron varios blancos de ataque. Uno fue el de las grandes obras de saneamiento, como la red de agua corriente, la cloacal y la extensión de la ciudad relacionada con el desarrollo de medios de transportes públicos que permitían descongestionar la zona céntrica y combatir los focos de contagios. Otro de los frentes quedó en manos de los médicos, quienes extendieron el brazo de las instituciones médico-hospitalarias y asumieron la voluntad de imponer sus ideas sobre "el poder de curar" para ordenar el espacio urbano.

Los profesionales de la salud llevaron a cabo múltiples acciones. Las tareas de vacunación fueron las que reunieron en torno de sí una serie de cuestiones relacionadas con los avances de la medicina y,

331.-GONZÁLEZ LEANDRI, Ricardo .1997. "Académicos, doctores y aspirantes...", op. cit. pág. 37.

sobre todo, con la bacteriología, que permitía conocer la tipología de cada enfermedad y su antídoto. A esto hay que sumarle las tareas de desinfección realizadas con maquinaria europea, la instalación de laboratorios para el estudio y el seguimiento de enfermedades consideradas peligrosas.

Conviene tener en cuenta que la instauración de un nuevo orden sanitario, basado en los progresos de la ciencia médica, no fue inmediatamente aceptado por sus principales destinatarios, siendo recurrente la figura de la "resistencia" a vacunarse, a internarse, a la desinfección. Por eso fueron los médicos los que en un primer momento salieron a buscar enfermos con el fin de penetrar en sus hogares.

Esta imagen se refuerza si se considera que en 1883 se vacunaron 6.096 personas entre adultos y niños. En 1884 esta cifra bajó a 3.006, menos de la mitad, de los cuales acudieron a la administración pública y sucursales 1.383, mientras que los 1.623 restantes tuvieron que ser buscados en sus domicilios.³³² Se consideraba que "...para combatir la apatía perjudicial a todos..."³³³ era indispensable convertir en obligatoria la vacunación y la revacunación.

De acuerdo al cuadro nº 2 se producían variaciones importantes en el número de personas vacunadas en los períodos normales de acuerdo a que se tratara un año epidémico o no. En los años normales "... A los practicantes vacunadores a domicilio no les permiten cumplir con sus deberes...". Cuando recrudecía una enfermedad era cuando se incrementaba el número de vacunados. En 1887, se sostenía que:

*"...por la propaganda por una parte y la insinuación severa por la otra han revertido el año ultimo resultados satisfactorios, pero no quiere decir que el procedimiento seguido sea el mejor y el más adecuado entre nosotros teniendo en cuenta principalmente la resistencia que el pueblo opone como consecuencia lógica de su ignorancia(...).Han sido múltiples los medios observados para ejercer en el pueblo el principio de autoridad conjuntamente con el acto de la inoculación a fin de establecerla como un acto obligatorio. Todos estos medios han fracasado y sólo a expensas de recursos extremos a saber: la propaganda continuada, la multiplicación de oficinas especiales, la disposición superior para la vacunación en las escuelas, la de esta Dirección General exigiéndola a los enfermos y personal de los hospitales aptos para ellas y otras análogas, sólo así repito, ha podido llegarse a un resultado, que habría presentado cifras muy altas, si las disposiciones adoptadas por el Consejo Deliberante se relacionasen con el medio y los hábitos del pueblo combatiendo la resistencia allá donde sin arbitrariedades ni abusos fuera fácil vencerlas..."*³³⁴

La vacunación obligatoria era defectuosa entre otras cosas porque la Ordenanza respectiva prescribía como pena a los infractores una multa de 10\$ moneda nacional. Los infractores abonaban la multa y se

332.-*Memoria de la Intendencia Municipal*, Correspondiente a 1884. op. cit. pág. 154.

333.-Ídem anterior, pág. 155

334.-*Memoria de la Intendencia de la Capital de la República Argentina*. Correspondiente a 1887, pág.353

resistían a la vacuna. O más frecuentemente, la población ni se vacunaba ni pagaba la multa. No obstante, de acuerdo con las estadísticas de vacunación (cuadro n° 2) aumentó notablemente el número de personas vacunadas.

Cuadro n° 2: ESTADISTICAS DE VACUNADOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, por la Administración Municipal de vacuna y Asistencia Pública .Desde 1871 hasta 1908³³⁵

Años	Vacunados	Población estimada	Decesos
1874	1551	255.531	7.190
1875	2784	269.121	6.751
1876	958	282.893	5.277
1877	1656	296.574	5.538
1878	2056	310.255	5.550
1879	2329	323.936	6.794
1880	1998	337.617	7.073
1881	1404	351.298	6.316
1882	3142	364.979	7.196
1883	6906	378.660	8.501
1884	3006	392.341	8.242
1885	5600	406.022	9.295
1886*	4205	419.703	9.994
1887	2726	433.375	12.084
1888	941	462.185	12.367
1889	18349	490.995	14.736
1890	38247	519.865	16.417
1891	13056	548.615	13.014
1892	14361	577.425	13.341
1893	18204	606.235	13.000
1894	18222	635.045	13.702
1895	27926	663.854	14.947
1896	28377	695.797	13.645
1897	11439	727.640	14.216
1898	20808	759.533	13.533
1899	13427	791.426	13.567
1900	22196	823.319	16.504
1901	62864	855.212	15.807
1902	6475	887.105	14.097
1903	17488	918.998	13.996
1904	38784	950.891	14.313
1905	58907	1.007.058	15.916
1906	221295	1.063.225	17.916
1907	94595	1.119.392	18.616
1908	96447	1.175.559	18.139

FUENTE: Cuadro elaborado en base a la *Memorias de la Intendencia Municipal de la ciudad de Buenos Aires*. 1884.Buenos Aires, Imprenta Biedma. pág 155 y las *Memorias de la Intendencia*....1888 .op.cit ,pág 49, y a la obra de PENNA, José y MADERO, Horacio (1910) *La administración sanitaria*..op.cit. Buenos Aires Ed. Kraft,

• 335 Años en los que se registraron brotes **coléricos**, Años donde la **fiebre tifoidea** recrudesció. También se abatió sobre Buenos Aires una epidemia de fiebre amarilla y cólera,Años en que recrudesció la **difteria**.El resto de los años predominó la tuberculosis como una de las enfermedades dominantes en el Buenos Aires de fines del siglo XIX.

Las tareas de profilaxis llevadas a cabo bajo la idea de prevención del contagio fueron realizadas principalmente por la asistencia médica a domicilio. Los profesionales de la salud mediante la creación del servicio de médicos seccionales salieron de sus consultorios a buscar a los enfermos en sus viviendas particulares. Esta era una manera de detectar posibles focos de infección. También procedieron a la vacunación de manera preventiva, sobre todo en ámbitos como el conventillo, materia objeto de observación y atención permanente por parte de ese cuerpo médico.

En general se asociaban los factores pobreza/enfermedad y no era del todo erróneo, pues existía la idea de que el hacinamiento era un foco de propagación en las bases ecológicas de las enfermedades infecto contagiosas. Este hecho estaba lejos de ser responsabilidad del individuo o del tipo de condiciones de vida (el conventillo), sino que respondía a la existencia de zonas expuestas al agua contaminada, que era una de las principales vías de propagación de las enfermedades infectocontagiosas.

Otra manera de llevar adelante la profilaxis urbana consistió en acondicionar la infraestructura existente. Las obras de salubridad se construyeron en tres períodos, el primero desde 1874 hasta aproximadamente principios de 1877, donde se hicieron los grandes conductos de tormenta y las cloacas interceptoras; de 1883 hasta 1886 se basó en la construcción de cloacas de menor dimensión y extensas cañerías de aguas corrientes.³³⁶ El tercer período, se inició en 1889, cuando comenzaron las conexiones externas y la construcción de las cloacas domiciliarias.³³⁷

Todas estas obras se relacionan estrechamente con la organización del espacio urbano, donde desde fines del siglo XIX la densidad del centro se estabilizó y los barrios del sur y del sudeste afirmaron su vocación industrial. La Boca, Barracas, San Cristóbal y Avellaneda se cubrieron de depósitos, de mataderos y de fábricas. A menudo, las instalaciones eran deficientes, las densidades eran elevadas y las calles daban cuenta del estado de pobreza. En cambio, al Norte, se incrementaron los espacios verdes, el equipamiento, las residencias elegantes. Barrio Norte, Palermo y Belgrano respiraban riqueza.³³⁸ Así es que estas tareas específicas de prevención, basadas en la realización de obras públicas, en un primer momento no tuvieron el mismo impacto que las de vacunación debido al desigual equipamiento urbano

336.- Sobre el tema se puede consultar a WILDE, Eduardo .1914. "Curso de Higiene pública cap.VII Alcantarillados y cloacas, obras de salubridad de Buenos Aires sistemas de conductos" en *Obras Completas* Volumen tercero op.cit. HERZ, E.G .1979. *La historia del agua en Buenos Aires*. MCBA

337.-DAVISON, Diego. 1890. "Efectos de las excavaciones de tierra y de la presión atmosférica sobre algunas enfermedades de Buenos Aires" en *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Año VIII, Buenos Aires, julio nº 12. pág 403 y sig

338.- BOURDÉ, Guy .1977. *Buenos Aires: urbanización e inmigración* , Buenos Aires, ed. Huemul, pág 101.

que contribuía a la localización de algunas enfermedades que, como el tifus, tenían que ver con la calidad del agua, tal como ha sido señalado en el primer capítulo de este trabajo.³³⁹

En función de los desequilibrios en materia de ingeniería sanitaria, es ilustrativa la visión del Dr. José Penna al respecto, cuando sostenía que “...esta oposición hace que se establezca una dualidad: un Buenos Aires soberbio que alardea de opulento y derrocha los beneficios de la higiene, frente a una ciudad desheredada y oprimida que languidece en la indigencia(...) Lo importante: la salud pública no ha mejorado paralelamente a las obras de saneamiento parciales efectuadas en la ciudad porteña y por ello, los barrios desamparados del municipio actúan sobre los demás y generalizan enfermedades(...) varias casas de la Av. Alvear han sido invadidas por la difteria (...). En suma, el estado higiénico de Buenos Aires es pues defectuoso porque los servicios para mantenerlos están desigualmente distribuidos...”.³⁴⁰

Las tareas de aseo a cargo de la llamada "Policía de Aseo"³⁴¹, que no era otra cosa que 200 barrenderos, fue otra instancia de la prevención sanitaria. Su denominación involucraba a la higiene con la "cosa pública" y coercitiva por imponer un hábito. La policía de aseo se complementaba con la importación de París de barrenderas mecánicas de calles tiradas por caballos.

El afán de las autoridades por llevar adelante la provisión de servicios sanitarios y urbanos, como los detallados anteriormente, tuvo que ver con el hecho de que en las primeras décadas del siglo XX había quedado atrás la explicación miasmática de las enfermedades, que asociaba la presencia de gérmenes contagiosos a la figura del pobre, del inmigrante, o simplemente a los “miasmas” producidos por la suciedad. Los avances de la especialidad microbiana destruyeron esa teoría basada en la generación espontánea de bacterias y en el contagio como un proceso que se iniciaba en el mismo cuerpo por autogeneración o causado por agentes químicos. Las nuevas teorías sostenían que el contagio era desencadenado por agentes vivientes, extraños al cuerpo alterado, ya que se comprobó que del mundo microbiano es de donde parten la mayoría de los elementos etiológicos de las enfermedades.

339.-La parte baja se inundaba cuando el pequeño río, Riachuelo, crecía o durante las mareas excepcionalmente altas del río. La población de Buenos Aires era de 680.000 almas. Los distritos servidos comprendían 570.000 ha. de los cuales 275.000 estaban abonados a la distribución de aguas y 300.000 habitaban casas unidas a las cloacas

340.- PENNA, José. Nota publicada en el diario *La Prensa*, 6 de Enero de 1896.

341.-*Memoria de la Intendencia Municipal de la capital de la República Argentina*. Correspondiente a 1884, pág.160

A pesar de la divulgación de las ideas microbianas entre los médicos porteños, la imagen de la enfermedad asociada a la pobreza, a la promiscuidad o a los males morales sobrevivió a la difusión de las ideas pausterianas, que denunciaba que en gran medida los focos propagadores estaban en el agua y se beneficiaban con la ausencia de obras de saneamiento. La continuidad de esta idea fue funcional en la medida en que permitió disciplinar en el plano social, inculcando nuevos hábitos de higiene y de orden, con el mensaje subliminal de que lo sano era sinónimo de progreso material y cultural. Lo contrario era lo enfermo, que quedaba bajo la responsabilidad del individuo. El poder escapar de la situación de pobre mediante el trabajo digno, de enfermo por medio del uso de pautas higiénicas y de ignorante a través de la educación, fueron aspectos inculcados desde el discurso higienista, y desde la escuela, que tampoco escapó a la medicalización a la que estuvo expuesta toda la sociedad. Una prueba de la coexistencia de las visiones miasmáticas y bacterianas y de las contradicciones fruto de esa tensión, es que la realización de obras de infraestructura abarcó en primer lugar la zona céntrica, medida que contradecía la imagen de que la miseria era el foco propagador de las enfermedades. Además, en los barrios periféricos las obras se retrasaron.³⁴²

3.- La evolución de la Asistencia Pública hasta principios del siglo XX.

En 1885, cuando José María Ramos Mejía terminaba su primer mandato en la dirección de la Asistencia Pública, redactó una extensa memoria donde dejó plasmados sus proyectos y los principios que los sustentaban con la esperanza de que no se avanzara sobre ellos destructivamente, sino que se profundizaran en los marcos de esa "ideología higiénica" que, sin ninguna duda, él había contribuido a gestar junto al resto de los médicos involucrados en este proceso. La preocupación de Ramos Mejía se basaba en el problema de que los cambios de opinión o las diferencias políticas ponían fin a vidas políticas, profesionales y a las instituciones mismas. Un ejemplo de la complejidad de los vínculos entre médicos, instituciones y política se produjo en el año 1886 cuando se abatió sobre Buenos Aires una aguda epidemia de fiebre amarilla y cólera. El Poder Ejecutivo Nacional invistió de amplias facultades a Ramos Mejía para llevar a cabo la campaña profiláctica, por decreto del 16 de noviembre, la medida fue tomada al margen de la opinión del intendente Torcuato de Alvear. Éste se sintió desplazado y reaccionó publicando una incisiva nota sobre el defectuoso estado de los hospitales San Roque y el Hospital de Crónicos.

342.- Un informe de la Comisión Administrativa de las Obras del Riachuelo afirmaba que " *...Hemos hallado a esa localidad en tan pésimas condiciones higiénicas que ni a caballo se puede transitar por algunas de sus calles circundadas por charcos de aguas estancadas que despiden olores nauseabundos, por lo que hemos pedido el desalojo de varias casas...*" Ministerio del Interior, Archivo General de la Nación, 1886, Leg.nº 33

Una vez que Ramos Mejía culminó con la campaña sanitaria y el peligro epidémico había cesado, contraatacó los dichos de Torcuato de Alvear por medio de una nota en el diario La Prensa del 5 de marzo de 1887, donde enumeraba las obras inútiles hechas por ese intendente. Decía que “... *durante seis años viene haciendo jardines y grutas y no cuida de enfermos ni mendigos...*”.³⁴³

Por decreto, del 2 de marzo de 1887 se separó al Dr. Ramos Mejía del puesto de Director General de la Asistencia Pública, se nombró en su reemplazo al Dr. José María Astiagueta. Esta administración fue muy breve y transitoria, a los tres meses de nombrado cesaba en su cargo, conjuntamente con el Intendente Torcuato de Alvear, quien terminaba su período administrativo. El nuevo intendente, Dr. Antonio Crespo, volvió a restablecer en su puesto al Dr. José María Ramos Mejía el 1 de junio de 1887, que cesaría en sus funciones un año más tarde.

En los años en que Ramos Mejía estuvo a cargo de la dirección de la Asistencia se avanzó en la implementación obligatoria de los concursos³⁴⁴ en virtud de lo cual todo el personal técnico, sin excepción, debía en lo sucesivo rendir ante un tribunal las pruebas de competencia que la Dirección General estableciera.

El nuevo sistema de selección requirió de la confección de programas, constitución de los jurados y organización regular del procedimiento a fin de brindar tanto la garantía de equidad como la consecución de idoneidad. La búsqueda de probos profesionales sentó un precedente importante, puesto que por lo general los cargos dependientes de la administración pública habían sido cubiertos teniendo en cuenta no sólo la capacidad, sino también el clientelismo político, las redes familiares y sociales, sobre todo en profesiones como la médica, donde por el origen de sus miembros se prestaba a esa práctica.³⁴⁵

Los concursos, que con el tiempo sufrieron modificaciones, dejaron de ser orales y se sustituyeron por el promedio obtenido durante la carrera y luego por otros méritos basándose en concursos por antecedentes.

Los mecanismos de selección sentaron un precedente novísimo a la hora de ocupar cargos, como la instancia de la evaluación. Por un lado esto se relacionaba con la profesionalización de la medicina, pero también con las imágenes que deseaban crear. Ya que la *Higiene* y la *Salud Pública*, adquirieron nuevos significados, el médico también debía dar testimonio de los cambios. Ya no se trataba del tradicional médico de familia recluso en su consultorio, sino de médicos que tenían sobre sus espaldas la idea de prevenir y curar, pues prevenir era curar los focos infecciosos que provocaban las enfermedades. Además, para muchos esos focos no tenían una raíz biológica, sino más bien moral o, mejor dicho, de

343.-*La Prensa*, Marzo de 1887.

344.- Decreto firmado por Intendente Torcuato de Alvear, del 10 de marzo de 1885. Reproducido en: *Memoria de la Intendencia de Buenos Aires*, Correspondiente a 1885. Buenos Aires 1886. Editorial .KRAFT,1886 pág. 20

345.- Emilio Coni al respecto sostenía que “...*esos cargos eran provistos por recomendaciones o favoritismos por la comisión municipal...*” *Memorias de un médico higienista*, 1918, Buenos Aires, Asociación Médica pág 68

usos y costumbres. El largo brazo del médico abrazaba un abanico tan amplio de problemas que, a veces, encontraba en los miembros de su clase escollos diferentes a los presentados por los sectores populares. Sin embargo aquéllos veían con desconfianza la arrolladora acción que los profesionales médicos llevaban a cabo.

Será por eso que la demora y la lentitud legislativa fueron características en esta época. Para 1885 Ramos Mejía había presentado once proyectos al Concejo Deliberante de la Municipalidad de Buenos Aires³⁴⁶, la mayoría de los cuales fueron sancionados hacia finales de la década. Los mismos tenían que ver con: 1). - Creación de la escuela municipal de enfermeros y desinfectadores. 2).- Desinfección a domicilio, que requería aparatos que habría que encargar a Europa .3).- Repatriación de ancianos incurables o impedidos que no tuvieran familia. 4). -Organización de un servicio médico a domicilio 5). - Despacho de recetas para los pobres asistidos a domicilio 6). Panadería central. 7). Droguería central. 8). - Arancel de hospitalidad. 9). - Impuesto de pobre (gravamen a los teatros y diversiones públicas para arbitrar fondos permanentes a la Asistencia Pública) 11). - Cremación de cadáveres en los hospitales, cuando los fallecidos no tuviesen familia .12). -Reglamentación de la prostitución.

Con referencia a la escuela de enfermería, cabe mencionar que se creó el 2 de diciembre de 1887³⁴⁷ con el propósito de reaccionar frente al hábito de habilitar para este cargo a personas analfabetas e ignorantes. Así lo hacía saber Ramos Mejía al sostener que:

*“... El personal subalterno empleado en los hospitales municipales hasta poco tiempo después de hacerme cargo de la Asistencia, estaba muy lejos de responder a sus necesidades, especialmente el de enfermeros. Fue entonces que se decretó la fundación de una escuela destinada expresamente a formar enfermeros, que antes de desempeñar las funciones de tales, hubieran adquirido los conocimientos necesarios y rendido las pruebas de competencia (...). También asisten por turno a esta escuela, los cabos de sala al servicio de los diversos hospitales.”*³⁴⁸

Entre las condiciones exigidas a los candidatos estaba el saber leer y escribir medianamente, justificar el estado de completa salud, estar vacunado, tener 20 años cumplidos, hablar bien español y *“...comprobar por uno ó más certificados expedidos por personas respetables, reunir condiciones morales intachables....Las alumnas mujeres llenarán las mismas condiciones requeridas a los hombres*

346.-El régimen municipal de la ciudad de Buenos Aires, quedó sujeto a la jurisdicción del Congreso Nacional por tratarse de una ciudad federada . Razón por la cual el 31 de octubre de 1881 se sancionó la Ley n° 1129 que anticipó una organización para la Municipalidad de la Capital de la República, la que encontró forma definitiva en noviembre de 1882 cuando se promulgó la Ley Orgánica (Ley 1260) que establece dos ramas para el gobierno comunal: Un Concejo Deliberante de tipo consultivo y legislativo, cuyos miembros son elegidos por votación popular, y un Departamento Ejecutivo a cargo de un intendente designado por el presidente de la República con acuerdo del Senado.

347.-*Memoria de la Intendencia de Buenos Aires*. Correspondiente a 1887, Buenos Aires 1888, Ed La Universidad. Tomo 1. pág. 252

348.-*Memoria de la Intendencia Municipal de la capital de la República*. Correspondiente a 1887. Buenos Aires, imprenta de la Universidad, 1888. pág 250

exceptuando lo que se refiere a la edad, para lo que se les exige tener 33 años cumplidos o el asentimiento de sus padres o tutores....”.³⁴⁹

Con estos elementos, más el extenso reglamento donde se organizaba desde las obligaciones de profesores y alumnos hasta los títulos a obtener en función de los contenidos a abordar, comenzó a funcionar esta escuela que ya conocía un antecedente en las actividades desplegadas por Cecilia Grierson, pionera en este aspecto. Grierson organizó una escuela de este tipo en el Círculo Médico durante la presidencia de José María Ramos Mejía, donde funcionó unos meses entre 1885 y 1886 . La médica señala que “ ...[por]disensiones entre la comisión directiva, resolví llevarla a mi casa, donde funcionó durante cuatro años. El alumnado practicó en los hospitales valiéndome de la amistad de varios directores de esos establecimientos...”.³⁵⁰ Este dato lleva a suponer la coexistencia de dos establecimientos, aunque los documentos encontrados no hacen referencia a ello. Sí señalan que la escuela de la Asistencia Pública no funcionó plenamente, siendo rehabilitada nuevamente durante la gestión de Emilio Coni bajo la dirección de la Dra Cecilia Grierson.

Más allá de estos datos que pueden plantear algunos interrogantes que superan los objetivos de esta investigación, como la existencia de dificultades para aceptar a una mujer en un lugar que por tradición era ocupado por varones, lo importante es que se sentaron las bases de la profesionalización de la medicina, aún en ramas auxiliares como la enfermería. De este modo los agentes transformadores ya no sólo serían los médicos, sino también el personal hospitalario. Este debía estar en consonancia con el nuevo orden para convertirse en agente difusor de la higiene, de las consecuencias de la mugre y de las pautas urbanas garantes el "buen vivir".

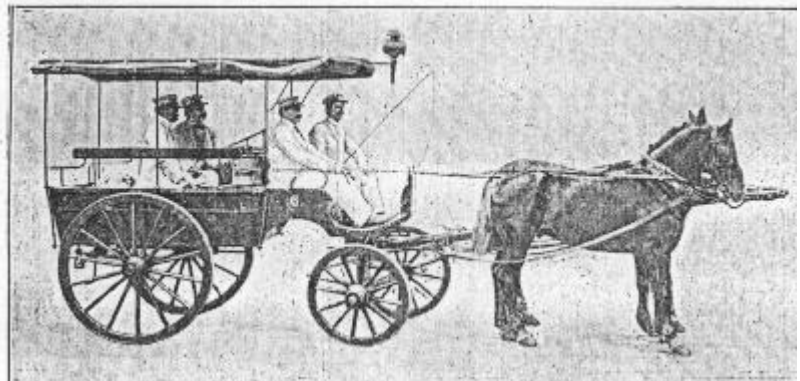
Otra de las iniciativas de los primeros años consistió en organizar hacia 1888 un servicio de desinfección, entendida esta práctica como un sistema coadyudante de la profilaxis, que se aplicaba de manera regular a los domicilios contaminados. Las ordenanzas dictadas sobre desinfección y sobre el uso de desinfectantes adolecían de los defectos de la época, por cuanto hasta fines del siglo pasado, en que el advenimiento de la doctrina bacteriana en la génesis de las enfermedades infecciosas ilustró a la ciencia sobre el verdadero valor de los microbios patógenos y sobre la importancia de la esterilización, no podía comprenderse todo el alcance de esa práctica. A partir de entonces, todo lo relacionado con el aseo y la limpieza tomó nueva importancia. De esa época datan las estufas de desinfección, así como los distintos aparatos del instrumental.

349.-*Memoria de la Intendencia Municipal de la capital de la República*, Correspondiente a 1887, op.cit.pág.254

350.-Nota dirigida por la Dra. Cecilia Grierson al Dr. Emilio Coni, en 1891, al momento de ser nombrado Director de la Asistencia Pública, reproducida en TABOADA, Asunción.1983. *Vida y Obra de Cecilia Grierson. La primera médica argentina*, Buenos Aires, ed. Triada pág. 102

Antes de esa fecha, los medios defensivos eran el aislamiento de los enfermos, que generalmente se hacía en lazaretos improvisados, y las prácticas que se habían transmitido de generación en generación.³⁵¹ Se consideraba que los *miasmas*, los *efluvios*, las emanaciones descompuestas resultantes de la fermentación ó de la putrefacción de la materia orgánica, desempeñaban el principal papel en el origen y en la transmisión del contagio.³⁵² Las fumigaciones se hacían con las más variadas sustancias resinosas, irritantes y hasta con grandes hogueras, utilizándose ciertos desinfectantes como el azufre, el cloro y los vapores nitrosos . Pero la forma rudimentaria de aplicación no alcanzaba a sanear los lugares infectados.

De modo que recién en 1888 empezó a funcionar en Buenos Aires un servicio de desinfección dependiente de la Dirección General de la Asistencia Pública, compuesto por seis



n
te: PENNA, José y MADERO, Horacio 1910 *La administración sanitaria y la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires Ed. Kraft,

cuadrillas, constituidas cada una de ellas por un capataz, tres peones y un cochero, dirigidas todas ellas por un mayordomo. Los vehículos que se destinaron a este servicio se componían de dos ambulancias cerradas y de una chata . La desinfección se realizaba en la Casa de aislamiento con una estufa *Schimmel*. Las desinfecciones a domicilio se hacían fundamentalmente

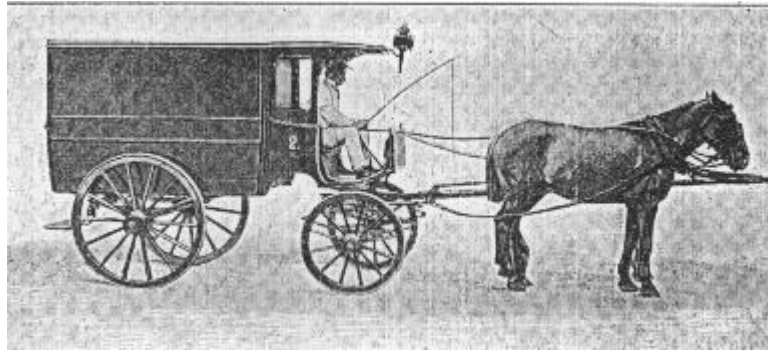
con fumigaciones de azufre no empleándose aparatos especiales.

Lo significativo de la desinfección era que trascendía las barreras bacteriológicas e invadía ampliamente las culturales. Con el dispositivo montado no sólo apuntaban a sanear los ámbitos de virus

351.-PENNA, José - MADERO, Horacio. 1910. *La administración sanitaria y la asistencia pública de la ciudad de Buenos Aires*. Tomo 1, Buenos Aires, Kraft, pág. 142. En la prensa abundan consideraciones como la expresada en el diario *La Prensa* , 17 de diciembre de 1872, pág.1, 10 de diciembre de 1887, pág 4.

352.-PENNA, José MADERO, Horacio.1910. *La Administración sanitaria.....* op.cit pág. 142

patógenos, sino que se dejaba una impronta de desazón en la población frente a la impotencia de los métodos de desinfección tradicionalmente aplicados en el seno familiar. Se abrió así una instancia para la acción de la autoridad sanitaria de fumigar o blanquear.



Fuente: PENNA, José y MADERO, Horacio .1910. *La administración sanitaria y la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires Ed. Kraft

Éstas no fueron las únicas dependencias que se organizaron en la Asistencia Pública. Entre sus servicios contaba también un laboratorio de bacteriología, un laboratorio de preparación y conservación de vacuna antirrábica, una administración general de vacuna antivariólica, una sección de higiene, que debía cuidar especialmente de la limpieza de las habitaciones, establecimientos incómodos, insalubres y peligrosos para los cuales tenía a sus órdenes un cuerpo de desinfectadores.³⁵³

La prostitución y el tratamiento de las enfermedades venéreas estaban asimismo incluidos entre los servicios de la Asistencia Pública con este objeto se creó el Dispensario de Salubridad y se adquirió un edificio para instalar un sifilicomicio.³⁵⁴ A estas prestaciones debe agregarse el establecimiento de una Droguería Central destinada a abastecer a las farmacias de los hospitales.

Los primeros cambios en la Asistencia Pública porteña estaban inspirados en los modelos europeos, aunque dinamizados por una razón nativa que apremiaba para transformar las instituciones; tal es el caso del espectáculo desbordante de gente que presentaban los nuevos núcleos urbanos, donde se asentaron la mayor parte de los inmigrantes y de los focos infecciosos.

Sin embargo, y a pesar de las transformaciones analizadas, la aparición de la AP no trajo aparejada, en un primer momento, el predominio de las corrientes microbianas en boga en el viejo continente, sino que adquirió caracteres marcadamente localistas puesto que no todos los sanitaristas

353.-*Memoria de la Intendencia Municipal de la Capital de la República*, Correspondiente a 1888. Buenos Aires, Imprenta Sud-América, 1889. pág.38-39

354.- Sobre la problemática de la prostitución y la Asistencia Pública se puede consultar: GUY, Donna .1994. *El sexo peligroso* .La

estuvieron dispuestos a renunciar al planteamiento de tipo social y ambiental por el modelo radicalmente biológico experimental. De hecho, como se puede ver en el último capítulo de este trabajo, muchos higienistas cultivaron tanto la corriente sociológica como la biologicista . Sumadas ambas líneas de pensamiento se encontraron frente a la preocupación por el devenir de la raza, fruto de lo cual fue la aparición de una higiene con rasgos propios que podemos denominar medicina social.³⁵⁵

Por este motivo en Buenos Aires no es tan clara la división entre miasmáticos, microbianos y sociales, sino parece más acertado pensar que todos los médicos de esta época tuvieron o recogieron de estas doctrinas elementos que incorporaron a este multifacético arco que reconocemos como higienismo.

Así aunque en los años posteriores a la fundación de la Asistencia se marcaron, desde distintos sectores, algunas de las limitaciones que padecía la institución -como por ejemplo- la necesidad de que el poder deliberativo del gobierno municipal dictara una ley que definiera los deberes y atribuciones con el fin de administrar los nuevos servicios y que pusiera de relieve la necesidad de establecer algunos cambios; lo innegable era su existencia. Por eso era posible plantear la transformación de la emergente autoridad sanitaria.

4. Años de consolidación .

Los años posteriores a la aparición de la Asistencia Pública marcaron, como veremos a continuación, otros cambios y la dinamización aun más de su acción. En el 900 se había generado una identificación de la institución con el progreso. Recordemos que se asimilaba progreso con salud y atraso con enfermedad. Estas ideas no eran nuevas, la variante era que en los años noventa, se había incorporado la salud pública a la cultura política como meta insoslayable del progreso. La institución había dado muestras de su eficiencia. Ya hacia el Centenario la esencia sanitaria no estaba en discusión, sino las formas por las cuales se podían seguir adaptando la institución a las necesidades de un sector urbano tan cambiante y dinámico como el de Buenos Aires.

Para el período 1888-1890 el Dr. Astigueta se hizo cargo de la dirección de la Asistencia Pública. El que tendió a incrementar sus funciones, puesto que durante este período se logró establecer un nuevo hospital, denominado en un primer tiempo de Inválidos, que años más tarde, en 1888 recibió el

prostitución legal en Buenos Aires, Buenos Aires, Ed. Sudamericana.

355 .-Para tener en cuenta los cambios en el mundo de la medicina han sido consultados entre otros textos:

TEMKIN, Owsei .1953. “ An Historical Analysis of the Concept of Infection”. Studies in Intellectual History, Baltimore.

ROSE, George .1985. *De la Policía médica a la Medicina Social* . Ensayo sobre la historia de la atención de la salud, México.

LESKY, Erna (ed)1984 *Medicina Social estudios y testimonios históricos*. Madrid.

LABISCH, Alfons .1986. “Higiene ist Moral - Moral ist Hygiene” .*Soziale Disziplinierung durch Aerzte und Medizin*, in

SACHSSE, TENNSTEDT (eds) Frankfurt.

nombre de Hospital Rawson; también se concretó la inspección médica de la prostitución, que luego se denominó “dispensario de salubridad”. Éste contaba con un médico director, diez médicos inspectores, un tenedor de libros, dos agentes de control, un auxiliar y un ayudante y un hospital llamado sifilicomio.

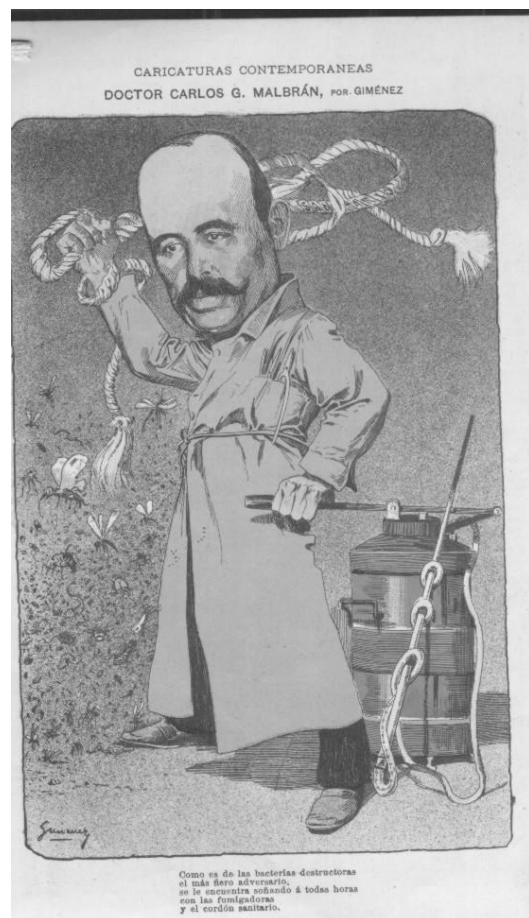
Además se establecieron el laboratorio de vacuna antirrábica, la inspección de higiene con un médico director y cincuenta enfermeros encargados de la desinfección; la droguería y farmacia central y la inspección del Mercado de Abasto. En este período, la Asistencia Pública sumó algunos servicios y se consolidó como autoridad técnica y administrativa.

La complejización administrativa-institucional, reflejo de un mayor dinamismo de la entidad, se intensificó durante la dirección de Emilio Coni (1892-1893). El organismo pasó a denominarse *Administración sanitaria y asistencia pública de la Capital*. Además estaba dividida en tres ramas :1ra) La administración sanitaria encargada de todos los asuntos relativos al municipio; 2da) Asistencia Pública, a la que estaría confiada la asistencia domiciliaria, hospitalaria y la protección de la clase menesterosa. 3ra) Patronato y asistencia a la infancia. Concordando con estas medidas se instaló la estación de desinfección del Norte (1892) y se proyectaron dos nuevas estaciones.

A éstos avances, a los que habría que sumarles otros, como la construcción de la primera sección del edificio de la casa central de la Asistencia Pública, previa demolición del viejo hospital de Mujeres; la del hospital de Flores (actualmente Dr. Álvarez), la del pabellón de cirugía y obstetricia del hospital San Roque, dos nuevos pabellones del Hospital Norte, las modificaciones del servicio médico a domicilio por la asistencia en los consultorios oficiales de la Oficina Central o de los hospitales Vecinales (Casas de Socorros) y el servicio de urgencia.

Fuente: Doctor Carlos Malbrán. “Como es de las bacterias destructoras el más fiero adversario se le encuentra soñando a todas horas con las fumigadoras y el cordón sanitario”. *Caras y Caretas*, 1-9-1900 año 3, n° 100

La complejidad del entramado sanitario no sólo denotaba una política sanitaria específica, sino cambios en los hábitos de la población, pues había incorporado algunas de las pautas higiénicas y de prevención. Además, la imagen del médico se había hecho más cotidiana y estaba triunfando en



detrimento del “arte de curar” que tenían los boticarios y curanderos.

La Administración Sanitaria implementada por Emilio Coni comenzó a funcionar el 1° de julio de 1892 bajo la dirección de los Dres. Carlos Malbrán y Antonio Gandolfo. Esta repartición tenía múltiples atribuciones: recibir las declaraciones de las enfermedades infectocontagiosas, de las defunciones originadas por las mismas, el servicio de desinfección, la inspección de los mataderos, mercados, tambos, carnicerías, fábricas de embutidos, etc. Contaba con nueve veterinarios, tres inspectores de mercados y cuatro de higiene.³⁵⁶ Esta dependencia era una verdadera Inspección Técnica de Higiene, razón por la cual, de la mano del Dr. Carlos Malbrán, se estudió detenidamente la cuestión relativa a la explotación de la sangre y residuos de los mataderos, que siempre habían constituido una poderosa causa de infección, llegando sus emanaciones pestilentes a viciar la atmósfera hasta grandes distancias y los residuos líquidos, a contaminar seriamente las aguas del Riachuelo donde se derramaban.

No obstante estos adelantos, la ciudad de Buenos Aires a principio de la década del 10 del sigloXX, carecía de un servicio de saneamiento. El mismo fue creado por el Director de la AP en 1906 el Dr. José Penna. La nueva sección estaba formada por 90 peones y 10 capataces. Tenía por objeto no sólo la higiene de los locales insalubres, sino también el exterminio de las ratas de todo el municipio.

El servicio de saneamiento estaba anexado al de desinfección, dependientes ambos de la Inspección Técnica de Higiene. Los programas de desratización en el municipio estaban basados en las denuncias públicas y privadas y en un plan metódico trazado por la Dirección General de la Asistencia Pública. Para una mejor distribución, la ciudad fue dividida en cinco radios, cuyos límites coincidían con los de la desinfección Norte, Sud, Boca y Barracas, Belgrano y Flores. La división del municipio, tenía el

de

a

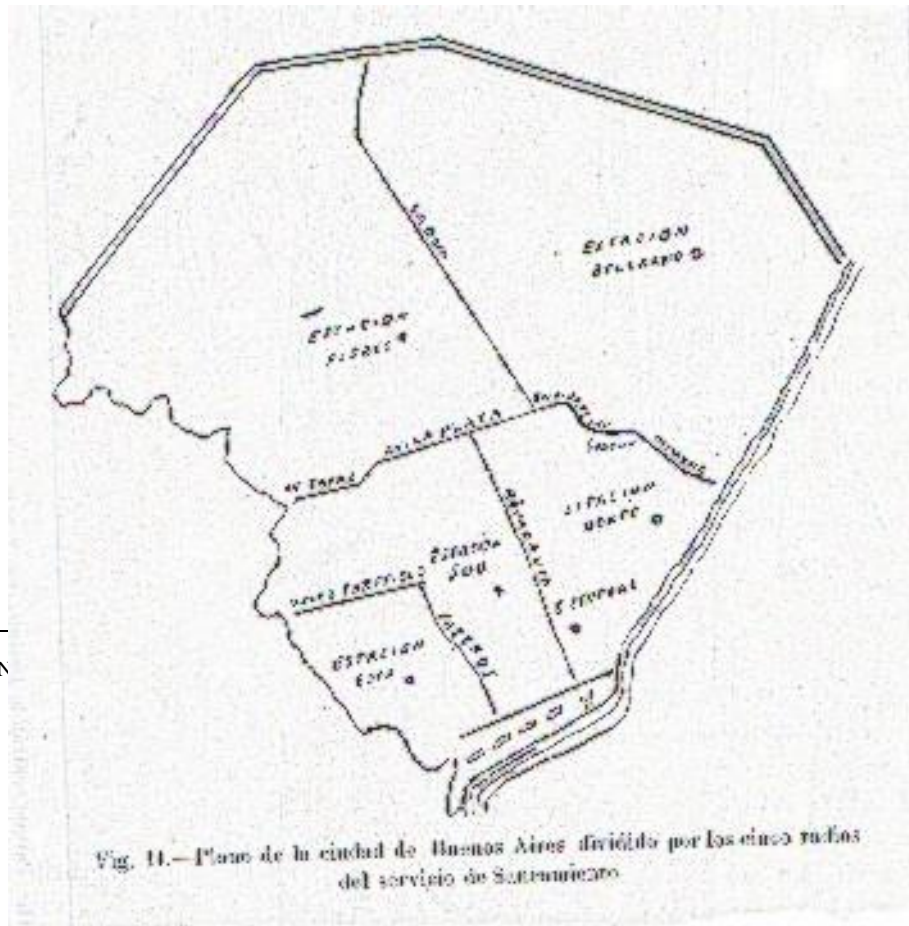


Fig. 11.—Plano de la ciudad de Buenos Aires dividida por los cinco radios del servicio de saneamiento.

objetivo que el personal conociera fondo sus radios de acción.

Fuente: *Semana Médica*_Año XVIII, nº 1 Buenos Aires 5 de Enero de 1911 pág 1

Como método de desratización , la Oficina de Saneamiento utilizaba dos clases de gases asfixiantes , uno producido por la combustión del azufre y el arsénico, y el otro por los aparatos Marot, que producían el gas Marot (anhídrido sulfuroso ozonizado).³⁵⁷ Como los paratos destinados a exparcir los gases eran poco resistentes y tenían una presión deficiente para que penetraran de forma eficiente en las cuevas de los roedores, la Oficina de Saneamiento ideó la construcción de un aparato que hacía penetrar los gases con una presión máxima y continuada.

Para 1909 se habían desratizado 1.816 manzanas, lo cual se logró a pesar de diversas dificultades “...debido a la resistencia que oponía parte de la población al ignorar los beneficios de un servicio que recién se creaba.....”.³⁵⁸

Aparato Marot. Fuente:
La Semana Médica año XVIII, nº1 Buenos Aires 5 de enero de 1911.



Fig. VII.—Aparato Marot funcionando

Parque Central de Desinfección y Saneamiento. Sección aparatos Marot.
Fuente: *La Semana Médica*_Idem.

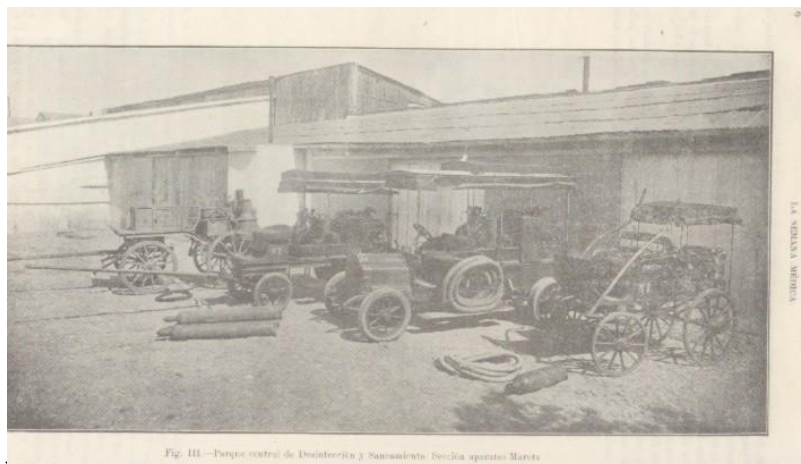


Fig. III.—Parque central de Desinfección y Saneamiento. Sección aparatos Marot

357.-*La Semana Médica* año XVIII, nº1 Buenos Aires 5 de enero de 1911, pag 7

358.- Idem pág 18

Las innovaciones que la Asistencia Pública introdujo en el cuidado de la salud estuvieron apoyadas en un horizonte de ideas y en un clima ideológico que sustentaba las transformaciones analizadas precedentemente. Estos saberes influyeron a la hora de reformar los hospitales y asilos dependientes de esta emergente autoridad sanitaria, tema que se analizará a continuación.

5.- Hospitales, asilos y asistencia a alienados.

Hacia los años '80 la ciudad de Buenos Aires ya había sufrido los azotes de más de una epidemia, en esas oportunidades los lazaretos habían servido para capear la situación, pero cuando se organizó el servicio de Asistencia Pública en 1883, la preocupación central fue la de habilitar hospitales porque las condiciones edilicias de los existentes no eran óptimas.³⁵⁹

La precaria infraestructura hospitalaria preocupó al Departamento de Policía quien llamó la atención del gobierno sobre la deficiencia de los establecimientos de caridad pública y sobre la frecuencia con que eran rechazados los individuos que se enviaban para ser atendidos.

Al respecto, el Municipio reconocía que *"...no puede negarse (los hospitales y asilos municipales) carecen de la capacidad necesaria para que la beneficencia oficial pueda alcanzar a todos los que debían merecerla en la crecida población de la Capital..."*.³⁶⁰ Sin embargo aclaraba que se estaba en medio de un proceso de cambios, pues el hospital Buenos Aires había sido recientemente destinado al hospital de Clínicas; al pasar a depender del gobierno nacional, se limitaba la cantidad de instituciones que dependían de la Asistencia Pública. Los medios de acción de los que disponía la Asistencia de la ciudad de Buenos Aires eran muy escasos, pues sólo contaba con el hospital San Roque (1883), con capacidad para 240 camas; con el viejo edificio de la calle de Comercio, antigua casa de hermanas, habilitado como hospital de Crónicos con capacidad para cincuenta enfermos y en muy malas condiciones; con la Casa de Aislamiento para enfermedades contagiosas y el hospicio de las Mercedes (1883) para insanos, establecimiento destinado exclusivamente al cuidado de adultos del sexo masculino sin que los niños ni las mujeres alcanzasen los beneficios del tesoro municipal.³⁶¹

En hospitales como el San Roque dice la memoria de la intendencia que se *" habilitaron los corredores que separan las salas para alojar a los enfermos que desesperadamente llaman a las puertas de ese establecimiento como el único hospital General habilitado para recibirlos y*

359.- En el apéndice documental se pueden encontrar gráficos sobre infraestructura, número de camas etc.

360.-*Memoria de la Intendencia Municipal*, Buenos Aires, correspondiente a 1885, op.cit

361.-*Memoria de la Intendencia Municipal de la capital de la República Argentina* Correspondiente a 1886. Buenos Aires Imprenta Biedma 1887. pág.337

*para llenar no sólo las necesidades del municipio sino también de la campaña..."*³⁶², por tal razón se habilitó la casa de enfermos crónicos.

La mayoría de los enfermos del hospital San Roque eran de ese tipo y , sobre todo , pertenecían a las clases menesterosas, que según las autoridades hospitalarias, “... *se multiplicaban en límites que escapaban a toda previsión y a todo cálculo ..*”.³⁶³ Por este motivo se comenzó a racionalizar el ingreso y a no admitir enfermos con dolencias prolongadas, lo cual era visto como perjudicial para el mismo y hasta peligroso, sobre todo si su enfermedad no era mortal. La permanencia en el hospital aumentaba los riesgos de mortalidad ya que “ *el cúmulo de enfermos (...) se vuelve a su vez causa de insalubridad lo que nos explica (...)las complicaciones nosocomiales, como la erisipela, que atestiguaban claramente la disminución en la capacidad vital de la atmósfera allí contenida, es decir de su viciamiento ...*”.³⁶⁴

La Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires sólo tenía a su cargo el hospital San Roque en las condiciones que se han detallado, la Casa de Crónicos que fue establecida con el propósito exclusivo de dar un desahogo al San Roque y el hospicio de las Mercedes destinado a insanos. El Asilo de mendigos, no dependía de la Asistencia Metropolitana .

La dirección de la AP reclamaba tener alguna ingerencia en los establecimientos que dependían de la Sociedad Benéfica para una mejor distribución de los enfermos. Este proceso está vinculado con la delimitación y organización territorial y política que se fue operando, en la Nación, en la Provincia y en la ciudad de Buenos Aires, donde unas instituciones quedarían en el ámbito provincial y otras en el nacional. La delimitación de funciones y ámbitos de actuación de la autoridad sanitaria generaba una confusa situación y a ello se sumaban los problemas de infraestructura como por ejemplo la escasez de agua en los hospitales. Se sostenía que “... *los caños de aguas corrientes colocados hasta el Hospicio de las Mercedes y el San Roque permanecen secos la mayor parte del tiempo...*”

Éstas iniciativas pueden ser vistas como contradictorias en la medida en que algunas respondieron o estuvieron relacionadas con los avances científicos de la época, como por ejemplo la redistribución del espacio interno hospitalario. Otras, en cambio, fueron el resultado del miedo al " pobre y a la pobreza" más que de algún principio científico. Esas contradicciones sólo lograron apuntalar la precariedad del sistema sin lograr controlar en el corto plazo las pestes y su propagación. Tal fue el caso de la "Casa de Aislamiento" bajo la dirección del Dr. José Penna, establecida con el propósito de asilar variolosos (enfermos de viruela). La casa fue habilitada el 1 de noviembre de 1884 y resolvió en gran parte el problema higiénico del hospital San Roque. Según Ramos Mejía se buscaba “...*conciliar las*

362.-*Memoria de la Intendencia Municipal*, Correspondiente a 1884, op.cit. pág..11.

363.-*Memoria de la Intendencia Municipal*, Correspondiente a 1884, op.cit. pág. 28

364.-*Memoria de la Intendencia Municipal*, Correspondiente a 1884 op.cit.pág.28 La erisipela es una enfermedad aguda febril y contagiosa, caracterizada por la inflamación difusa de la piel y mucosas.

necesidades de la clase menesterosa que incesantemente demanda hospitales, con la conservación de una atmósfera relativamente pura, por lo menos en cantidad (...) pues el hacinamiento obligado de enfermos tenía que producir como resultante final, la disminución del cubo de aire correspondiente a cada uno de ellos, engendrando así un estado permanente de insalubridad...”.³⁶⁵

La Casa de Aislamiento no respondía a un reordenamiento hospitalario novedoso. Fue establecida en una propiedad particular cuya comodidad y distribución era reconocida por las autoridades municipales como “...insuficientes para prestar un servicio general como el que hoy se presta..”.³⁶⁶ Por eso en la memoria municipal de 1887 no era visible aún la disminución de la tasa de mortalidad.³⁶⁷

La transformación del sistema sanitario era compleja. Aunque se proponían cambios en el plano de las ideas, en lo urbano y en lo político, los resultados tardaron en verse. La renovación jurídica del Estado tenía en la Salud un territorio parecido al de la Educación pues en ambos casos se buscó restringir cierta ingerencia eclesástica.³⁶⁸

Fueron los médicos higienista quienes pusieron en duda los principios de la caridad, la beneficencia y el voluntariado en aspectos, relacionados con la salud de la población. Aún así la caridad y la filantropía siguieron presentes en los primeros años de la Reforma Sanitaria. No obstante, el hospital de hombres que llevaba el nombre de hospital Buenos Aires (1881) marcó el pasaje del hospital como lugar de reclusión organizado por la iglesia al hospital como “instrumento” a cargo de los médicos y como ámbito de aplicación de políticas sanitarias estructurado según el tipo pabellonal.³⁶⁹ Prevalció por algunos años en la instancia oficial una imagen ambigua respecto de la entidad del hospital público, pues la misma aparecía mezclada con la de asilo y caridad. Así se pronunciaba el intendente de la ciudad de Buenos Aires, Torcuato de Alvear, en Diciembre de 1881:

“...Podemos abrir al servicio público el hospital Buenos Aires, en cuyas construcciones, enseres y demás, se ha gastado aproximadamente seiscientos mil pesos moneda corriente. La Corporación que presido(...) espera que el Excmo.

365.-*Memoria de la Intendencia de la Ciudad de Buenos Aires* Correspondiente a 1885. pág.48

366.-*Memoria de la Intendencia de la Ciudad de Buenos Aires*. Correspondiente a 1884. op.cit.pág. 36

367.-*Memoria de la Intendencia de la Ciudad de Buenos Aires*.Correspondiente a 1887. Buenos Aires 1888. Editorial de la Universidad, Tomo II, pág.392

368.- LYNCH, John.1991. "La iglesia católica en América Latina, 1830-1930"en BETHELL Leslie, *La Historia de América Latina* _Vol 8. Cambridge University Press Ed.Crítica.Barcelona. pág.98

369.- El empleo de pabellones aislados obedecía a la creencia en la expansión de las infecciones a través del aire y en la necesidad de aislar entre sí a los grupos de enfermos y a las virtudes curativas de la acción solar.LIERNUR, Fancisco .2000.“La construcción del país urbano” en LOBATO, Zaida *El progreso, la modernización y sus límites 1880-1916*. Editorial Sudamericana, Buenos Aires. pág.449

*Señor Presidente de la República y los distinguidos ciudadanos que le secundan concurrirán a la inauguración de este nuevo Asilo de caridad....*³⁷⁰

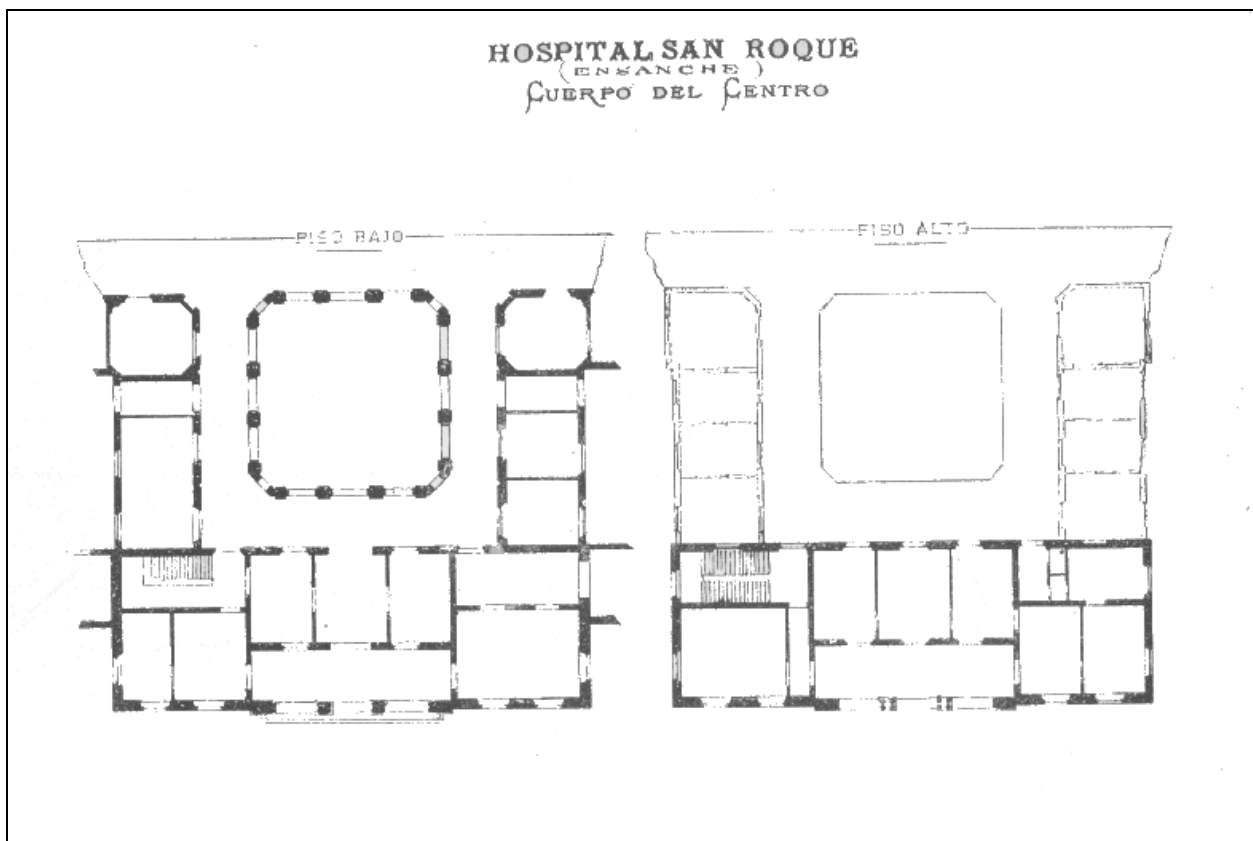
A pesar de llamar a un hospital público "Asilo de caridad" o de fundar una Casa de aislamiento cuyo horizonte no lograba superar el miedo a la pobreza como vehículo de las enfermedades, el rumbo trazado se orientaba hacia el hospital moderno. Habría que agregar que esta tendencia parece acorde con el fuerte proceso de municipalización que se daba en todo el territorio y que un estudio de la situación en las provincias ayudaría a profundizar.³⁷¹

En la ciudad de Buenos Aires de fines del siglo XIX y principios del XX se observa una traza arquitectónica que muestra la permanencia de las ideas pre higienistas frente a la emergencia de los nuevos principios planteados por la higiene. Los aires de renovación se plasmaron en la nueva distribución del espacio interno de los nosocomios. Los antiguos métodos de construcción fueron reemplazados por modernas concepciones hospitalarias vinculadas con los avances en la medicina y con la idea de progreso.

El nuevo ordenamiento se basaba específicamente en el sistema de pabellones y en la distribución interna que se hacía del espacio de acuerdo a cada una de las áreas. Sin embargo, en el hospital San Roque los pabellones no se encontraban divididos por actividad y/o enfermedad, sino que agrupaban enfermos de todas clases (crónicos, de enfermedades pasajeras y contagiosas). Tal como se observa en el plano n° 1, había un espacio central común entorno al cual se ubicaban todos los pabellones y, la cocina, lo que facilitaba el contacto entre los diferentes espacios. El patio se convertía en un ámbito común de diferentes patologías.

370. ALVEAR, Torcuato De. "Nota enviada al Poder Ejecutivo, en diciembre de 1881". Buenos Aires, 1881.

371 . Sobre la importancia del proceso de municipalización se ha consultado: BOTANA, Natalio y GALLO, Ezequiel 1997 *De la República posible a la República verdadera (1880-1910)*, Buenos Aires, Ed. Ariel pág. 112 y sig. En esta obra se pueden encontrar documentos que aluden al interés que despertaron en Rodolfo Rivarola, por ejemplo, las tesis municipalistas calcadas de Nueva Inglaterra propuestas por la Liga del Sur, el partido que organizó Lisandro de la Torre en Santa Fe, cuyos principios fueron recogidos en un artículo de Enrique Thedy publicado en el primer número de la Revista Argentina de Ciencias Políticas, fundada y dirigida por el propio Rivarola.



Fuente: BECAR VARELA, Adrián 1926 *Torcuato de Alvear*. Primer intendente municipal de la ciudad de Buenos Aires, su acción edilicia. Buenos Aires, Ed Kraft

Esto se debía a que si bien la finalización del hospital San Roque -actual hospital Ramos Mejía- data de 1883, la obra se inició en 1872, y estuvo paralizada durante dos años, y por ende fue concebida por el arco de ideas pre higienistas. A pesar de que su terminación estuvo a cargo del arquitecto Juan A Buschiazzo, que fue uno de los mejores exponentes de la renovación en la arquitectura modernista de la época, debió respetar el plano original, según se observa en la imagen precedente fue ideado en base a una planta claustral, tipología que ya estaba en desuso para la moderna arquitectura hospitalaria, y especialmente para este arquitecto que a nivel nacional fue uno de los precursores de la tipología pabellonal.³⁷²

Los nuevos principios arquitectónicos quedaron claramente expresados con la ampliación y reforma del Hospicio de las Mercedes (1883), - actual hospital Borda- , el único establecimiento para alienados que tenía la municipalidad de Buenos Aires. Esa reforma consistió en la creación del departamento hidroterápico, la formación de una sala de duchas con todos los aparatos, es decir, baño

372.- Sobre el tema se ha consultado *Cuadernos de Historia*. Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas Buschiazzo. Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo. Buenos Aires. . Varios números

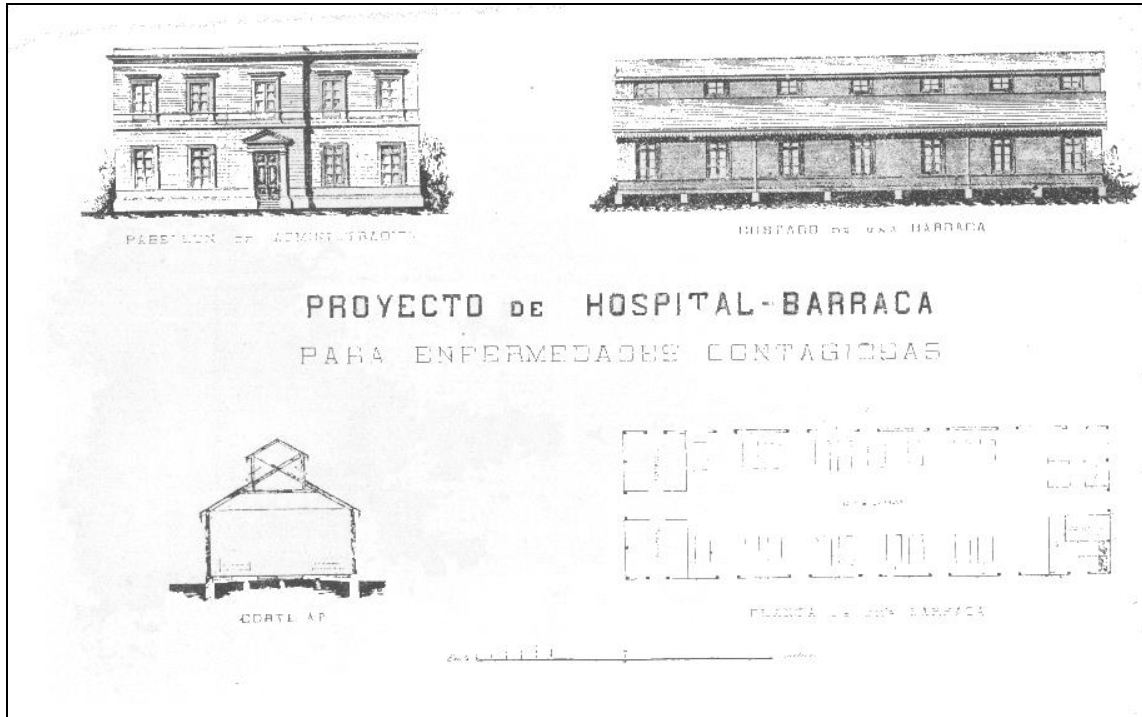
circular de lluvia, de asiento, vertical y una sala de baños con seis bañaderas.³⁷³ Cabe destacar que, siendo una obra de refacción y ampliación de otra existente, no fue posible eliminar el modelo claustral, sólo se pudieron imprimir mejoras materiales y tecnológicas, optimizando la distribución y el cuidado de los principios de higiene a través de reformas que garantizaran la circulación de aires por los aventanamientos.

La preocupación por el diseño tomó un cariz diferente en el caso de otros hospitales, que fueron proyectados a partir de la tipología de pabellones aislados, especializados por tipo de enfermedad. Tal fue el caso del hospital Barraca para enfermos contagiosos (1884) (Casa de Aislamiento) (figura N°2), proyectado durante la intendencia de Torcuato de Alvear para el tratamiento de enfermedades crónicas.

Trazado por el ingeniero Pablo Blot, sobre la idea de Juan Buschiazzo, el propósito era observar al máximo los preceptos de higiene. La tipología pabellonal era la clave para evitar la propagación de las enfermedades que se transmitían por medio del aire.

El hospital Barraca contaba -tal como lo demuestran sus planos- con un pabellón destinado a la administración, salones de enfermos con cuartos de baños, un pabellón de maternidad y especialmente uno para enfermos contagiosos, que era la verdadera casa de aislamiento. Es decir que este sistema de pabellones diferenciados para cada actividad, que se recomendaba en Europa para hospitales y asilos, superó a las otras dos tipologías conocidas, la de patios centrales (caso del hospital San Roque) y la de los panópticos. El hospital Barraca, entonces, contaba con una sección destinada a lavaderos y baños, en el sector "G" se hallaba el pabellón destinado a niños enfermos, en el sector "H" el asignado a las parturientas y uno de aislamiento, en el sector "A" se hallaba la administración, siendo los sectores "B" y "C" pabellones para hombres y mujeres respectivamente y, en el "D", aislado de los otros y de las posibles fuentes de contagio, se encontraba la cocina. Se podría agregar que la distribución dejó de ser concéntrica y adquirió una forma más longitudinal.

373.Las imágenes fueron extraídas del Archivo de la Facultad. de Medicina (UBA). Varias Memorias Hospitalarias.



Fuente: BECAR VARELA, Adrián 1926 *Torcuato de Alvear*. Primer intendente municipal de la ciudad de Buenos Aires, su acción edilicia. Buenos Aires, Ed Kraft

Al cuadro de situación hospitalaria hay que sumarle la creación de otros nosocomios como el Muñiz (1883), Rawson (1888), la fundación del hospital Juan N Fernández (1888) en el barrio de Palermo, zona donde en 1887 había sido trasladado el hospital de Agudos Bernardino Rivadavia (1774), Pirovano (1896), Argerich (1900), y la construcción del hospital Durand (1912) en el que primó la idea del pabellón.

Los hospitales modernos, o frutos del modernismo, gozaron de un especial estatus de funcionalismo, idea tomada de los higienista franceses cuando crearon la idea de ciudad-hospital porque estaban más preocupados por un control socio-estadístico de la salud que por la correcta terapia o prevención de la enfermedad.³⁷⁴ El hospital Barracas es un ejemplo. Era un hospital grande, con una acumulación de servicios distribuidos según la idea del hospital horizontal y desarrollado de acuerdo con unas leyes bien precisas: mujeres/varones, complejidad/no complejidad, aislación/no aislación. Formalmente cada servicio era un pabellón autónomo y albergaba la tecnología propia y necesaria. Estas transformaciones eran motorizadas por el deseo de cambio coherente con las grandes ideas-fuerza del momento: progreso, utilitarismo, científicismo. Es decir que tanto la nueva distribución del espacio arquitectónico hospitalario como el fin que éste perseguía se vinculaban con la concepción utilitaria y

374. FERNÁNDEZ, Roberto. 1983. "Hospital Nacional de Pediatría de Buenos Aires" en *SUMA*, n° 186, Buenos Aires, Abril.

funcionalista de la arquitectura propia del positivismo,³⁷⁵ así como también de las instituciones. La teoría que estos modernos hospitales sustentaban no era un invento nacional, sino que había arrancado con las ideas decimonónicas del higienismo francés.³⁷⁶

El hospital –asegura Liernur-³⁷⁷ llegó a constituir un modelo en pequeño de la “perfecta” organización urbana, la “primera máquina perfecta” y la ingeniería hospitalaria promovida desde el higienismo impulsó avances en el empleo de nuevos materiales (pintura, colores, cerámicas), la regulación de los cubajes de aire, el control climático, la renovación de mobiliario y los cambios en las tradiciones constructivas.

Para que la arquitectura de la “máquina de curar” fuera aceptada por el conjunto de la sociedad sólo había que transformar la idea de la medicalización en un paradigma cultural.

De hecho, la renovación también había llegado a la Sociedad de Beneficencia, la que reemplazó su viejo hospital de mujeres con la construcción de un nuevo nosocomio y un hospital de niños. Finalmente, el pabellón de tuberculosas del hospital Rivadavia fue sustituido por el hospital Dr. Vicente López y Planes, en General Rodríguez.

Para la década del 20’ la ciudad de Buenos Aires contaba con 12 hospitales Municipales que sumaban 4.778 camas³⁷⁸, además poseía seis hospitales regionales : José M. Bosch, Las Heras, Villa Devoto, Curpaligüe, Nueva Pompeya y Velez Sársfield.

En Fray Mocho podía leerse:
“La Asistencia Pública en su loable empeño de extender y ampliar sus misiones sanitarias, ha creado en los hospitales Alvear, Fernández, Tornú y Pirovano, nuevas dependencias. En el



375. IGLESIAS, Rafael. 1985. "El progresismo como ene

376. FERNÁNDEZ, Roberto .1983. op. cit. pág. 38

377. -LIERNUR, Francisco.2000. “La construcción del país urbano” op.cit.pág.450

378. -Los Hospitales Municipales eran: Ramos Mejía (650 camas), Rawson (570) , Muñiz (780) Alvear (1270) Alvarez (280) Fernández (252), Pirovano (327), Durant (300), Tornú (225), Argerich (32), Salaberry (32) Asilo Crónicos de Ituzangó (60).Extraído de : CONI,Emilio .1918. *Asistencia y Previsión Social . Buenos Aires caritativo y previsor*, Buenos Aires, Ed.Spinelli.

Fernández se inauguraron dos salas..”

Fuente: *Fray Mocho*, Buenos Aires, 3 de Enero de 1914, año III nº 92

6.- La suma de factores que permitieron los cambios sanitarios que introdujo la Asistencia Pública.

Los cambios ideológicos que el positivismo introdujo en la sociedad argentina, otorgaron sentido y coherencia a varias concepciones sobre los "males" de la época, se produjo, al igual que en el resto de América Latina, la superposición de ideologías en cuyo seno convivían tendencias tan variadas como el vitalismo, el decadentismo o el espiritualismo modernista. Así el ensayo positivista introdujo su intervención discursiva más exitosa cuando trató de plantear soluciones a los efectos no deseados del proceso de modernización y de la invención del Estado-Nación.³⁷⁹ La sociología abrió un nuevo camino a los estudios; la medicina social, permitía corregir no sólo los viejos males, sino aún los creados por las nuevas condiciones de vida; la higiene combatía los males del urbanismo y la epidemiología, prevenía enfermedades transmisibles y cuyo contagio era favorecido por el hacinamiento y las comunicaciones.³⁸⁰

A estos factores se sumaba la idea de una raza fuerte y la preocupación por la herencia biológica que también fue un tema común en el pensamiento latinoamericano³⁸¹, en este sentido, Eduardo Zimmermann, ya ha explicado como la idea de raza dio una fundamentación científica a la discusión de una amplia variedad de aspectos conectados con la cuestión social, como la salud pública, la criminalidad, el anarquismo. En este sentido la idea de raza trascendía toda división ideológica y fue adoptada como un

379.-TERÁN, Oscar. 1987. *Positivism y Nación en la Argentina*, Buenos Aires, Puntosur editores, pág.12

380.- KOHN LONCARICA, Alfredo y AGÜERO, Abel .1985. "El Contexto Médico". En BIAGINI, Héctor. (Comp). *El Movimiento Positivista Argentino* , Buenos Aires, Ed. Belgrano, pág. 121.

381.-La problemática ha sido tratada por: ZIMMERMANN, Eduardo: "Racial Ideas and Social Reform: Argentina, 1890-1916 "*Hispanic American Historical Review*, Febrero 1912; "Raza, Medicina y Reforma Social en la Argentina, 1890-1920" op.cit. Para América Latina: HALE, Charles "Las ideas políticas y sociales en América Latina 1870-1930" en LESLIE BETHELL (ed) 1986 *Historia de América Latina*, Cambridge, tomo: 5. LEYS STEPAN, Nancy. 1991. *The Hour of Eugenics: Race, Gender, and Nation in Latin America*. Ithaca: Cornell University Press.

instrumento clave para entender el desarrollo de las sociedades por intelectuales y políticos de las más diversas tendencias. La idea de preservar científicamente la pureza racial de una población era, a comienzos de siglo, una noción compartida por los grupos más progresistas del espectro político, aceptada tanto por socialistas como por liberales reformistas, en la Argentina y en los países donde muchas doctrinas como ésta se originaron.³⁸²

Además de un clima ideológico favorable a la intervención de los higienistas en cuestiones de orden sanitario y social, existía una serie de variables que permitió la emergencia de la Asistencia Pública. En primer lugar, se encontraba la ausencia de una autoridad que resultara eficiente para encarar los problemas asistenciales; segundo, la presencia de un grupo de médicos con una perspectiva renovada del rol del médico y de la medicina. Por último, la difusión de una creencia en el método positivo donde la ciencia y sus avances eran vistos como la salida a los males. Estos aspectos formalizaron las razones más poderosas de los cambios experimentados.

Entre los factores que permitieron la consolidación y permanencia de la Asistencia Pública se encuentra un dispositivo de medidas tendientes a fijar nociones y creencias, algunas de ellas de tipo moralizante en pos de una higiene pública que garantizara el "buen vivir", en función de lo cual se llegaron a establecer desde un calendario de vacunación hasta "normas de comportamientos" que incluían tanto a la higiene personal, como a la necesidad de profundizar la movilidad social con el objetivo de cercar uno de los males más mentados como el de la "pobreza". Tal es así que parte de la política sanitaria montada en este período en la ciudad de Buenos Aires no se daba aisladamente, sino en medio de un concierto de cambios que afectaba a las provincias. Por ejemplo, en la provincia de Buenos Aires se gestó el gobierno sanitario donde al Ministerio de Obras Públicas le correspondía por intermedio de la Dirección General de Salubridad y de los dispensarios municipales ejercer dicha función.

El objetivo de la Dirección de Salubridad era realizar un servicio general de higiene pública en la provincia y en los dispensarios municipales, los que eran administrativamente dependencias municipales. Esta institución tenía a su cargo hacer cumplir la ley, los controles sobre el ejercicio de la medicina, farmacia y la práctica veterinaria, la prevención y extensión de las afecciones transmisibles endémicas o epidémicas, la asistencia médica a los menesterosos, la protección a la infancia, la higiene de los alimentos y los medicamentos librados en comercios. Por intermedio de los dispensarios de higiene la Dirección de Salubridad difundía nociones de higiene primaria valiéndose de cartillas. El proyecto manifestaba como objetivo principal el de organizar el servicio de higiene en la provincia en forma permanente, puesto que la ley de municipalidades establecía en forma facultativa el cumplimiento de ciertas prácticas, pero las disposiciones que establecía las reformas a esta ley la hacían obligatorias y vigiladas en su aplicación por la Dirección de Salubridad que era la autoridad superior a este respecto.³⁸³

382.-ZIMMERMANN, Eduardo.1993. "Raza, Medicina y Reforma Social....."op.cit. pág. 580.

383. *Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires*, La Plata ,1908., debate: 2-7-1909, pág 136 a 139.

Estaba inspirado al igual que en la ciudad de Buenos Aires por las nuevas tendencias donde la política sanitaria comenzaba a ocupar un lugar central en los programas gubernativos, no solo en este caso en aras del Bien Común sino que como su mismo autor lo manifiesta a favor de “ *...La evolución de las doctrinas médicas (...) ha concurrido a perfeccionar los principios de la higiene preceptiva que afectan el cuerpo social y el moderno código sanitario consagrado por su eficacia (...) comprometida su existencia en un proceso irrevocable de desarrollo y de diferenciación que impone la agregación de elementos étnicos múltiples y extraños....* ”.³⁸⁴

Dentro de esta línea se inscribe la creación de la "Escuela de parteras de la Provincia de Buenos Aires", la que estaba bajo la dependencia administrativa de la Dirección de Salubridad de la Provincia³⁸⁵, y que fue sin duda la reforma más significativa por la creación de siete estaciones sanitarias dependientes de la Dirección de Salubridad en las ciudades de Bahía Blanca, Mar del Plata, San Nicolás, Mercedes, Bragado, Dolores y Azul.

La generación de una política sanitaria, tanto en los marcos de la ciudad de Buenos Aires como en la provincia de Buenos Aires, denota para las primeras décadas del siglo XX, la consolidación de una política de salud basada en un centralismo que robustecía los poderes municipales; A la vez que atribuía, consolidaba y delimitaba los nuevos atributos para del Estado provincial y el nacional. También se hablaba de una acción decisiva por parte del Estado que buscaba operar sobre aquellos problemas que antes estaban fuera de su incumbencia.

La complejidad del entramado sanitario no sólo denotaba una política sanitaria específica, sino cambios en los hábitos de la población, pues había incorporado algunas de las pautas higiénicas y de prevención. Además, la imagen del médico se había hecho más cotidiana y estaba triunfando en detrimento del “arte de curar” que tenían los boticarios y curanderos.

384. *Diario de Sesiones Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires*, La Plata, 1908. Debate: 2 de julio 1909, 7ma sesión extraordinaria. "Proyecto de Ley sobre sanidad pública", pág 138.

385. *Diario de Sesiones Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires*. 29 de septiembre de 1909 pág. 659

CAPITULO III

AVANCES DE LA IDEOLOGÍA HIGIÉNICA EN LA CONSOLIDACIÓN DE UN RENOVADO ENTRAMADO SANITARIO

En las páginas anteriores se hizo un análisis de la transformación material de la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires y de las ideas que sustentaban las reformas. Un punto importante de las transformaciones estuvo dado por la presencia de enfermedades infectocontagiosas y de las consideradas sociales y morales. Pero como este proceso no quedó circunscripto sólo a los límites municipales, sino que los traspasó, en este capítulo nos proponemos mostrar que tanto las pestes como el miedo a las enfermedades y asociada a ellas la preocupación por una raza fuerte, traspasaron los límites de la gran metrópolis avanzando sobre áreas inherentes a la Nación.

El avance de la higiene sobre este ámbito es una muestra de la magnitud que alcanzó el proceso de medicalización en nuestra sociedad. Por esa razón, en este capítulo nos centraremos sólo en dos instancias del mencionado proceso, una es la creación de *la Defensa Marítima contra las enfermedades exóticas* a partir del espíritu de reforma que se dio en el Departamento Nacional de Higiene (1880) y otra la formación de *Escuelas para niños débiles* (1909), examinando cómo ese ideal reformista en el plano de la salud se expandió a otros campos como el educativo.

Ambas cuestiones muestran que el higienismo estableció un fuerte vínculo con el poder estatal, ya que estaba en la base de la creación y transformación de instituciones que debían contribuir a regular y reglar los fenómenos urbanos característicos del período; Mediante una orientación de tipo eugenésica que hizo de la defensa de la raza criolla el denominador común y el norte en la gestación tanto de la Defensa Marítima como en las Escuelas para niños débiles.

Michel Foucault⁴⁷² ha señalado la coincidencia estructural de la medicina y la economía tal como se constituyó en el siglo XIX, a partir de una común referencia al valor central del trabajo como fundamento de riqueza y equivalente de salud. Desde esta perspectiva fue la clínica la que estratificó el abordaje de la enfermedad y, al lado del espacio de la clasificación y de la intimidad del encuentro médico-paciente, propuso una posición de la patología en el espacio social. La experiencia médica amplió su jurisdicción y su punto de mira: la medicina debió ligarse al Estado y asumirse como una tarea nacional; y con ello se transformó radicalmente el estatuto institucional de la enfermedad.⁴⁷³

472.-FOUCAULT, Michel.1996. *El Nacimiento de la clínica*, México, Siglo XXI, cap.1

473.- VEZZETTI, Hugo.1985. *La locura en la Historia*, Buenos Aires, Ed.Paidós, pág. 26

1.- El Departamento Nacional de Higiene.

El fin del siglo XIX, en la Argentina, se caracterizó por un fuerte movimiento de tipo reformista en lo político, cultural y social; los positivistas crearon instituciones, algunas de las cuales fueron concebidas como laboratorios de observación de las cuestiones sociales. Para evitar males mayores diseñaron una institución destinada a estudiar, diagnosticar y combatir esos flajelos. El Departamento Nacional de Higiene fue fundado en 1880 por el inciso 13 del Presupuesto de Marina, que quedó a cargo de la Junta Provisoria de Higiene, establecida el 7 de noviembre de 1879.⁴⁷⁴ En él se establecían amplias atribuciones al DNH, pero escaso margen para sus decisiones, ya que fue puesto bajo la múltiple dependencia de las autoridades de Guerra, Marina o Interior, según el origen del problema a enfrentar, es decir ya fuera que se refiriera a la higiene del puerto, del ejército o del territorio.

El DNH reemplazó en la Capital Federal al antiguo *Consejo de Higiene* (1855) que había sido producto de la organización municipal iniciada a mediados de la década del cincuenta. El DNH a diferencia del *Consejo* (1855) contaba con jurisdicción nacional; le correspondían facultades muy amplias como era todo lo relacionado con la salud en las diversas reparticiones de la administración nacional. Podía proponer la reglamentación y la organización del cuerpo médico del ejército y de la Armada ó proyectar medidas sanitarias para los puertos, el mantenimiento de la higiene en el Ejército y la Armada, vigilar el ejercicio legal de la medicina y la farmacia, inspeccionar la vacuna, las droguerías y farmacias.⁴⁷⁵

474.- *Memorias de los Ministerios de Guerra y Marina*. Tomos 1880 a 1886

475.- Los deberes y atribuciones constan en el art.4 del Decreto que reglamentaba esta ley, el que se encuentra reproducido en PENNA, José-MADERO, Horacio. 1910. *La administración sanitaria y la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires* Tomo 1, Buenos Aires, Kraft, pág 31 y sigs.

En octubre de 1891, el Congreso Nacional estableció reformas a la estructura original del DNH, a partir de las cuales tuvo a su cargo el estudio de las cuestiones relativas a la higiene y salud pública, así como las investigaciones científicas ó administrativas, la inspección sanitaria de los puertos de la República, la dirección y la administración de los lazaretos, profilaxis interna y vacunación.

Al llegar Luis Sáenz Peña a la presidencia de la República, en 1892, le ofreció a José María Ramos Mejía el cargo de presidente del DNH, quien organizó la defensa sanitaria de la República mediante el fomento y fundación de autoridades respectivas en todas las provincias. Además, se las asistía con personal y elementos necesarios para la prevención de las enfermedades que provenían del extranjero y la extinción de las infecciosas comunes, que producían numerosas víctimas, como la difteria y la viruela.

Uno de los problemas que tenían la Argentina en general y Buenos Aires, como ciudad puerto en particular, era la ausencia de políticas sanitarias que frenaran o controlaran las llamadas “*epidemias viajeras*”⁴⁷⁵⁴⁷⁶ (fiebre amarilla, cólera y peste de oriente).

Si bien se puede destacar que el desarrollo de las ciencias médicas y el descubrimiento de la bacteriología habían permitido dar un gran paso hacia la solución de la defensa contra las “enfermedades exóticas viajeras”, las que como se ha señalado en capítulos anteriores, reinaron con diferente intensidad desde principios del siglo XIX a lo largo y ancho del territorio bonaerense.⁴⁷⁷ Las facilidades que habían dado la aplicación del vapor a la navegación complicaron aún más el problema sanitario. Los espléndidos navíos eran el vehículo más frecuente de dichos gérmenes.

Conviene aclarar que la peste de Oriente no despertaba gran preocupación puesto que no había comunicaciones directas con las zonas donde reinaba endémicamente; con el cólera y la fiebre amarilla la cuestión cambiaba pues dominaban en los países con quienes la Argentina tenía gran intercambio comercial.

La fiebre amarilla aparecía en nuestros puertos con una regularidad de ciclos estacionales. La corta distancia que nos separa de los puertos brasileños permitía la aparición de pasajeros enfermos antes de que terminara el período de incubación, siendo desconocidos sus gérmenes, los medios de propagación y el desarrollo de éstos. Con formas clínicas diferentes, con un período de incubación variable dentro de términos muy alejados, y con un tratamiento puramente sintomático, ofrecía un amplio campo en lo que respecta a la investigación científica, así como también a la incertidumbre. Se sabía que la *fiebre amarilla* era endémica en la república del Brasil, principalmente en sus puertos de Bahía, Santos y Río de Janeiro, y que su desarrollo estaba favorecido por las malas condiciones higiénicas, la falta de grandes obras de salubridad y de **una policía sanitaria**. Entonces, con el fin de controlar la presencia de las enfermedades

476.- AGOTE, Luis. 1898. "Defensa sanitaria contra las enfermedades exóticas viajeras". en *Anales del Departamento Nacional de Higiene* Año VIII, nº 10, Buenos Aires, pág 309.

exóticas viajeras, pero sin perjudicar las relaciones comerciales portuarias, Ramos Mejía en su calidad de presidente del DNH, estableció las bases para la implantación de lo que dio en llamar la "Defensa Marítima". Gracias a ella logró desplazar la concepción dominante entorno del origen de las enfermedades exóticas que pasó de ser concebida como interna y producto de condiciones locales, a ser considerada de procedencia extranjera.⁴⁷⁸ Esto en la medida que para este Estado no había ya un espacio por dentro y otro por fuera de la frontera: la mirada y el control del Estado se extendieron a todas partes, dentro y fuera del país.

Como parte de la "Defensa Marítima" se elaboró un reglamento de "inspectores de sanidad" que fue aprobado en 1893. Constaba de un cuerpo médico dependiente del DNH encargados de la higiene y la profilaxis de la rada, de la inspección, vigilancia, desinfección y asistencia de enfermos en los buques en cuarentena o en lazaretos flotantes y también de la asistencia y vigilancia de los grupos de cuarentenarios con destino a Martín García.⁴⁷⁹ También le correspondía la inspección higiénica de todos aquellos edificios, establecimientos, talleres y fábricas de la Capital Federal.

Para el "servicio médico en rada" se establecía que durante su permanencia a bordo debían hacer una visita general a los pasajeros y a la tripulación por la mañana y dos inspecciones más, una al medio día y otra a la tarde; tenían que pasar un parte diario, con las novedades ocurridas en el buque o lazareto a su cuidado, también llevarían un libro, sellado, foliado y rubricado por la secretaría donde debían anotar los resultados de las visitas; en caso de haber enfermos a bordo, tenían la responsabilidad de consignar los datos individuales, los antecedentes hereditarios y patológicos, diagnóstico y terapéutica empleada.⁴⁸⁰

Estos inspectores eran considerados de vital importancia porque, en enfermedades como la fiebre amarilla y el cólera, la distancia no se convertía en una barrera ya que, aunque no se produjeran casos a bordo de la travesía, se consideraba que la vitalidad de los gérmenes podía contaminar la ropa de los pasajeros y tripulantes, conservando todo su poder infeccioso.⁴⁸¹ La cuestión se agravaba si a esto se le agrega que se había llegado hasta el punto de ocultar a los enfermos, "...tratados inhumanamente y

477.- AGOTE,Luis .1898. "Defensa sanitaria contra las enfermedades exóticas viajeras". op. cit pág.307 .

478.-SALESSI,Jorge .1995. *Médicos, maleantes y maricas.. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación Argentina (Buenos Aires: 1871-1914)*, Rosario,Beatriz Viterbo Editora op.cit. pág.27

479 .- Sobre la creación del lazareto en Martín García puede verse: WILDE, Eduardo. Informe sobre la sanidad marítima, Buenos Aires mayo,30 de 1870 en "Cosas Viejas y Cosas menos viejas" en *Obras Completas* Vol. VI .Pág.29 y sig.

También se rescata el accionar en la isla Martín García en los siguientes documentos:

Legajos del Ministerio del Interior, Departamento de Obras Públicas. Archivo General de la Nación. Año 1887. Legajos: 30-6871, /30-6849 /, 30-6867.

480.-Proyecto presentado por José María Ramos Mejía, en 1893. Reproducido en *Anales de Higiene Pública y Medicina Legal*, Buenos Aires, marzo de 1893, año II, n° 1. págs.293 a 295.

*privados de los auxilios médicos necesarios, para que no denuncien con su padecimiento a la enfermedad infecciosa que los obligará a someterse a un tratamiento sanitario...".*⁴⁸² En otro documento se reitera que *"... continuamente hemos observado ocultaciones de enfermos hechos tercamente por capitanes de buques e intereses particulares del comercio que intentaron entorpecer la acción de las autoridades sanitarias y sólo ante el imponente espectáculo de la muerte de un hombre y de la responsabilidad que esto envolvía, se retiraba la ignorancia para dar paso al médico que varias veces llegaba tarde, por haberse perdido un tiempo tan necesario..."*.⁴⁸³ Por esta razón se elaboró un arsenal de medidas tendientes a luchar contra los peligros foráneos que no sólo perjudicaban las condiciones de vida de la población, sino también las relaciones comerciales con otros países. Dichas medidas contribuyeron a reafirmar el concepto de frontera marítima.

Hasta entonces el puerto de Buenos Aires había sido visto como una gran puerta de entrada y salida tanto de bienes como de personas. El carácter cosmopolita de Buenos Aires en la zona portuaria llegaba a su máximo esplendor, era el lugar de arribo de los afluentes inmigratorios, el primer espacio con el que el inmigrante se identificaba en la nueva tierra, el rincón donde la mayor cantidad de lenguas y dialectos se entremezclaban. Estaba cercano a los barrios donde un buen número de inmigrantes se radicó, como por ejemplo la Boca. Pero ante la amenaza la zona porteña había dejado de ser visto como el límite o la frontera y pasó a integrar la agenda de los médicos higienistas como una de las cuestiones a tratar.⁴⁸⁴

No era casual que fuera el DNH el encargado de depurar a Buenos Aires y al país de los llamados males foráneos puesto que era la *higiene* la que debía realizar la articulación e integración del cuerpo de la Nación. Este papel de la higiene era evidente por el énfasis puesto en la nueva política de salubridad a partir de la renovada reglamentación.

La modalidad de control y profilaxis se basaba en el sistema de cuarentenas. Estaban afectados aquellos barcos donde se hubiese detectado algún enfermo, tanto entre los miembros del pasaje como de la tripulación. Ésta se practicaba en un lazareto que tenía por objeto aislar a las personas infectadas, o sospechosas, del resto de la población local. Tanto era así que si al momento de llegar el barco ya tenía pasajeros atacados, estos eran alojados en el hospital flotante, y no llegaban a tocar tierra firme.

Este cúmulo de controles o prevenciones contemplaba las siguientes instancias: los lazaretos fijos eran los que estaban en tierra destinados a personas que durante el viaje habían estado en contacto con un infectado, y los lazaretos flotantes, que eran barcos hospitales donde eran recibidos los atacados de

481.-"Reglamento Sanitario Marítimo de la República Argentina" en *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Buenos Aires 1895, Imprenta Berra, Año nº1. págs 351 y 355.

482.-"Reglamento Sanitario Marítimo de la República Argentina" op.cit pág 355

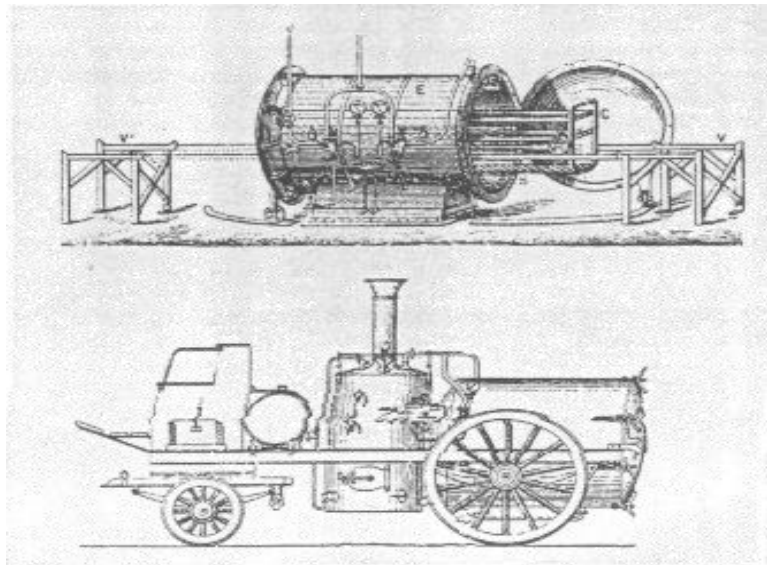
483 .Archivo General de la Nación. Legajos del Ministerio del Interior. Departamento de Obras Públicas. Legajo 30- 6867 (21-1-1887)

484 .- Un estudio detallado sobre la política sanitaria marítima en la Argentina entre fines del siglo XIX y principios del XX es el de BORDI de RAGUCCI, Olga .1992. *Cólera e Inmigración* Buenos Aires, ed. Leviatán.

enfermedad pestilencial exótica procedentes de los navíos infectados. La República contaba con los lazaretos de Martín García y Rodolfo del Viso, este último flotante, a donde se enviaban los enfermos aparecidos en la rada.

El reglamento decía que los pasajeros sospechosos debían ser enviados al lazareto de Martín García donde aislados en compartimientos especiales sufrían la observación sanitaria que imponía el reglamento. Al mismo tiempo sus equipajes eran desinfectados por medio de estufas (Geneste Hersher). En el navío permanecía a bordo un guarda sanitario y, en caso de tener enfermos a bordo, éste era sometido a la observación de rigor. De otro modo, previa desinfección, permanecía aislado hasta la terminación del período de observación. Todos los gastos que demandaba el procedimiento corrían por cuenta de las compañías navieras.

*Estufas de
desinfección,
utilizadas en los
barcos
sospechosos.*



En 1895 el reglamento fue modificado suprimiéndose las cuarentenas por considerarlas antieconómicas. A partir de entonces los buques que procedían de puertos europeos, sucios o sospechosos, con más de 100 pasajeros de proa, desembarcaban en la Isla Martín García para la desinfección de sus ropas y equipajes. Esta decisión daba cuenta de una medida que era hija del triunfo de los controles y de los medios proporcionados por la ciencia, porque dejaba de lado el simple aislamiento para ser reemplazados por la desinfección mediante una renovada tecnología médica.

La necesidad de suprimir las cuarentenas, por su escasa practicidad, había sido fruto de enconados debates en los que se reconocían los perjuicios a las relaciones comerciales y su escasa eficiencia como mecanismo sanitario. Su vigencia por tantos años (teniendo en cuenta que otros puertos las habían desarticulado mucho antes) se debía a que *"...de puntos europeos han partido distintas epidemias que extendiéndose por todo el mundo nos visitaron en los años 1868, 1886 y 1894-95....."*.⁴⁸⁵ Pero ante el descenso en la aparición de focos epidémicos en los puertos con los que se mantenía mayor contacto y ante la convicción expresada por varios facultativos de esta repartición de que el país contaba con los instrumentos necesarios como para reemplazar las costosas cuarentenas, éstas fueron suprimidas. Se reemplazaron por inspectores a bordo de los barcos.

La presencia de este personal, como una muestra de la práctica de la observación panóptica, diversificada y centralizada por operar como una mirada vigilante que se movía de los puertos europeos a los argentinos.⁴⁸⁶ Lo más importante es que las nuevas disposiciones representaban el espíritu del adelanto científico, que iba dejando atrás el encierro absoluto, el abandono y aún el sacrificio del enfermo, las medidas científicas modernas, basadas en el conocimiento de la naturaleza de los gérmenes y de los medios de propagación, consideraban que *"...hay un abismo grandísimo que las ciencias médicas han llenado, introduciendo en las leyes sanitarias las modificaciones que se desprendían de los numerosos descubrimientos que diariamente se realizan en su terrenos....."*.⁴⁸⁷

Estas reformas no resignaban la idea de modificar ese espacio abierto, que había sido el portuario e implantar los controles y las medidas necesarias para hacer sentir la presencia de una autoridad sanitaria nacional, reafirmando el concepto de lo nacional como sano contra lo foráneo y extranjero que amenazaba con sus enfermedades a la raza criolla. Se afirmaba que:

*"...Es ya una vulgaridad repetir que el dinero invertido en mejorar la higiene es capital destinado a dar valiosa renta, pero no es desgraciadamente inficioso el decir que el dinero empleado en sanear nuestro país, sobre todo en el interior de nuestro país, es un paso dado en el sentido de asegurar la existencia de la nacionalidad, pues es en las viejas y olvidadas ciudades de Provincia, habitadas por raza criolla, donde se conservan depositadas las tradiciones y los ideales de éste pueblo y es á esa raza a la que incumbe asimilar por la absorción, el elemento extranjero que de día en día y con proporciones marcadas entra al país. La raza criolla es la raza autóctona de éste suelo, que debe como en Roma, como en la Galia y como en todo Occidente de la Europa, dominar al invasor victorioso por la fuerza de su sentimiento nacional y de su vitalidad.."*⁴⁸⁸

485.- Francia, ocultó una epidemia de cólera que en 1896 atacó duramente sus provincias meridionales, sin que se declarase a estas como "foco epidémico". Esta epidemia fue conocida después de su desaparición, por un acto puramente administrativo: la condecoración de médicos que prestaron sus respectivos servicios profesionales. *Anales del Departamento Nacional de Higiene* 1897, pág.314

486.- SALLESSI, Jorge. 1995. *Médicos, maleantes y maricas...* op.cit. pág.103

487.-"Ley Orgánica del Departamento Nacional de Higiene. Proyecto de reforma". en *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, 1897 op. cit.pág.325

488.- *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, 1897,op.cit. pág.328

Fue el DNH quien por esta época estableció la nueva cuadrícula legal con la que no sólo los inmigrantes sino también los navíos extranjeros debían someterse y respetar la meticulosa reglamentación que se basaba en desglosar los puertos de procedencia (catalogados como sospechosos de contagios o no) y de navíos. Para estos últimos se consideraban varias clases, pero sólo los de la "A" (más de 100 pasajeros) estaban obligados a llevar siempre médico, botiquín y útiles de cirugía para tener el privilegio de "paquete" (que consistía en no tener que pasar por Martín García). Además, debían estar provistos de estufa y útiles de desinfección, depósito desinfectante, libro de proveeduría de farmacia - en el cual se designaba la cantidad y especies de drogas o medicamentos- de recetas médicas, libro clínico, lista de pasajeros con nombre, sexo, nacionalidad, profesión y procedencia.⁴⁸⁹

El DNH estableció hacia fines del noventa diferentes mecanismos de control, acordes con los avances de la medicina, de la tecnología médica y de la estructura sanitaria local considerada en un estado de desarrollo plausible de reemplazar las cuarentenas por estufas de desinfección y controles permanentes en los barcos. Todo esto fue acompañado por el estudio, el diagnóstico y la observación mediante la oficina sanitaria con que contaba el Departamento.

La oficina sanitaria era una dependencia técnica que tenía por misión el estudio experimental sistemático de las cuestiones de higiene pública. Estaba constituida por una dirección y las secciones de Bacteriológica, Química, Seroterapia, de Vacuna jennericiana, Veterinaria y de Higiene General (legislación sanitaria, epidemiología y estadística), en sus laboratorios se practicaba el examen de los sueros, vacunas y preparaciones farmacéuticas. También contaba con una sección veterinaria (que proveía servicio veterinario, dictaminaba sobre vacunas, agentes curativos etc) y una sección bacteriológica (controlaba las aguas de consumo, el aire y la tierra y fijaba los métodos de desinfección) y una de higiene general.⁴⁹⁰

Por medio de esta dependencia se aspiraba tanto a preservar a la población de afecciones exóticas como también a disciplinar al cuerpo de la Nación mediante el ordenamiento y respeto de las leyes en forma estricta y categórica. El DNH pasó así a ser efectivamente una institución de carácter nacional, ya que hasta entonces sólo había logrado responder a las necesidades metropolitanas. De esta forma logró la manera de extender sus brazos curativos, preventivos y de control al resto del territorio nacional, centralizando en una instancia de decisión política las acciones que hasta entonces habían sido organizadas en los marcos provinciales y hasta municipales.

A través de la acción del DNH se hace visible una vocación centralizadora, que se plasmó en leyes que trazaron el contorno jurisdiccional del territorio⁴⁹¹. Éstas también sirvieron para trazar los

489.- *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, idem. pág.329

490.- *Anales del Departamento Nacional de Higiene*. Año VIII, 1898, Buenos Aires. Ed. "La Semana Médica". Imprenta Spinelli y Cia. pág.329

491.- Esto reafirma la idea sostenida por BOTANA, Natalio y Gallo, Ezequiel.1997. *De la República Posible...* op.cit. pág.121

lineamientos sobre los cuales se moverían los controles sanitarios a nivel nacional a partir de una inspiración de tipo eugenésico. Como señala José Pedro Barrán, para el Uruguay los controles sanitarios fueron utilizados para la prevención de las enfermedades, pero también en última instancia concluían controlando hombres.⁴⁹²

Los cambios antes analizados han sido interpretados como la extensión de la medicina y de la higiene hacia un adentro, hacia otras ciudades del país. Esa transformación fue significativa e imprimió a ese momento histórico, una dirección a la higiene que al hacerse nacional también buscaba alcanzar (más allá de la defensa del cuerpo físico de las personas por microbios y bacterias) la llamada "defensa social" de una población imaginada como un cuerpo demográfico amenazado.⁴⁹³



Fuente: Vista del edificio en construcción para el Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene. Fray Mocho, Buenos Aires 8 de Enero de 1915, Año VI n° 141

492.-BARRAN, José Pedro.1995. *Medicina y Sociedad en el Uruguay del 900*.Tomo 3 "La invención del cuerpo", Montevideo Ed. de La Banda Oriental, pág. 235

493.-SALESSI,Jorge.1995. *Médicos, maleantes y maricas...* op.cit. , pág. 23

2.- También los médicos y educadores se unieron en la búsqueda de la pureza de la raza criolla.

Al igual que en otras ciudades latinoamericanas, la escuela fue vista como el medio que estaba faltando para completar la acción civilizadora, puesto que la acción de la higiene para inculcar conductas y establecer los estereotipos ideales del cuerpo fue limitada⁴⁹⁴. Los frenos impuestos a la higiene devenían muchas veces de las silenciosas resistencias populares, que no respondían, como se esperaba, a las campañas de vacunación, también de la evidencia de que el cuerpo médico encargado de las instituciones de salud no había logrado encontrar la fórmula apropiada para penetrar íntegramente en el entramado social.⁴⁹⁵

En 1900, el discurso médico-eugenésico irrumpió fuertemente en la escuela brindando fundamentos y orientación en la crianza de los niños y haciendo sus aportes para que la escuela fuera activa formadora de ciudadanos. En la Argentina, como en otros países latinoamericanos - por ejemplo Brasil- las formulaciones eugenésicas no eran un privilegio de médicos, sino también de juristas y educadores, entre otros, que querían introducir en la vida cotidiana controles reguladores que se convertían en verdaderos disciplinadores de las prácticas sexuales, definían la constitución de las familias, los medios para existir y tendían al progreso biológico y para disfrutar con ello del progreso social.⁴⁹⁶

Un claro nexo entre eugenesia y educación estaba dado por la figura de José María Ramos Mejía puesto que como se ha señalado en los capítulos anteriores fue Director de la Asistencia Pública porteña, Presidente del Departamento Nacional de Higiene y asumió la presidencia del Consejo Nacional de Educación en 1908, cuando Figueroa Alcorta lo designó como presidente del mismo. Su pensamiento reflejaba una de las preocupaciones más enquistadas en la dirigencia del momento acerca de la

494.-En el Montevideo del 900 la escuela valeriana fue el paradigma "civilizado" y conjuntamente con el confesionario católico, y el consultorio médico fueron divulgadores de las consecuencias físicas que acarrearaba la violación de los nuevos tabúes sociales. Sobre el tema véase. BARRAN, José Pedro. 1990. *Historia de la sensibilidad en el Uruguay. El Disciplinamiento (1860-1920)*. Montevideo. Ed. Banda Oriental Fac. de Humanidades y Ciencias.

495.-Esto se debía a que los sectores populares y la elite o los sectores de más altos ingresos, que tenían pautas culturales diferenciadas, también demostraron tener sus propios tiempos y que detrás, como afirma Barrán, de las transformaciones impulsadas desde arriba se halla una lucha social dinamizadora de un proceso cultural que fue, a la vez, obra de un sistema de dominación. BARRAN, José Pedro. *Historia de la sensibilidad en el Uruguay. El disciplinamiento (1860-1920)* op.cit. pág.13.

496.-Sobre el tema véase: Vera Regina Beltrao Marques. 1994. *A medicalizacao da raca: médicos, educadores e discurso eugenico*. Campinas, Editora da Unicamp.

inmigración y sus posibles “males”. Al respecto afirmaba “...*Cualquier craneota inmediato es más inteligente que el inmigrante recién desembarcado en nuestra playa. Es algo amorfo, yo diría celular, en el sentido de su completo alejamiento de todo lo que es mediano progreso en la organización mental. Es un cerebro lento, como el del buey a cuyo lado ha vivido; miope en la agudeza spíquica, de torpe y obtuso oído en todo lo que se refiere a la espontánea y fácil adquisición de imágenes por la vía del gran sentido cerebral...*”.⁴⁹⁷

En este sentido, tres principios trazaron las primeras líneas sobre las que se levantaría la reforma educativa encarada por Ramos Mejía: la *herencia, el ambiente y la nacionalidad*. Estos conceptos entrelazados y por momentos difíciles de separar sirvieron para diagramar una orientación educativa donde “*La verdadera educación patriótica, es la de la virtud, la del trabajo, la de la salud, señalando (...) como rumbo la filantropía, como norma la justicia, como aspiración el engrandecimiento de la República...*”.⁴⁹⁸ Esto se relaciona con que se sostenía que “*La educación patriótica debe ser nacional, debe tender a formar hombres buenos y enseñarles a vivir como hombres de bien... y debe tender a formar hombres y mujeres sanos y fuertes...*”.⁴⁹⁹

En función de estos objetivos es que se llevó adelante la reformulación de los programas de enseñanza; se restituyó el juramento a la bandera, se reglamentó la enseñanza privada dentro de una orientación nacionalista y patriótica y se la sometió a la fiscalía estatal, se creó la Asociación pro Maestros de Escuela con el objeto de ayudarlos en sus necesidades económicas y el Museo Escolar Sarmiento. Por otro lado se promulgó la ley sobre el impuesto a la transmisión gratuita de bienes con la finalidad de obtener fondos para el Consejo Nacional de Educación y se crearon las **Escuelas de Niños Débiles**.

El discurso médico fue utilizado en el análisis político y social por un sector profesional que fue acumulando poder desde el sistema educativo. A su vez el paradigma de la medicina positivista permitió caracterizar a los sujetos que ascendían y ampliaban sus demandas como productos de una enfermedad social o bien como expresiones de deficiencias provenientes de la raza, la cultura o la sociedad originarias.

Por esta razón se utilizó el soporte que proporcionaba la ciencia médica para penetrar en la liturgia escolar a través de la instauración del cuerpo médico escolar, como un organismo diferenciado dentro del organigrama educativo estatal y para avanzar sobre el resto del sistema, determinando contenidos curriculares, administración del espacio y del tiempo de los alumnos. Pero por sobre todas las cosas, tenían por meta controlar la contextura física de los niños, a través de controles que incluían desde

497.-RAMOS MEJIA, José María .1899. *Las multitudes Argentinas*, Buenos Aires, Ed. La Cultura Popular, 1934 (La primera edición fue en 1899) pág.69

498.-FERNANDEZ,Clotilde.1910. "Educación Patriótica" *El Monitor de la Educación* Año XXIX, N° 446,Tomo XXXII, Febrero, pág.465.

499.-FERNANDEZ,Clotilde.1910. "Educación Patriótica" op.cit, pág.472.

el peso, la altura y el diámetro cerebral, elementos éstos que eran indicativos de la conformación física de los niños, como encarnación de las generaciones futuras.

Vezzetti sostiene que la concepción biologicista de la nacionalidad de José María Ramos Mejía favoreció no sólo la intervención del discurso médico, sino la importación de la noción de “degeneración” para esclarecer aspectos sobre los caracteres opuestos de esa raza soñada. Es en ese marco que la doctrina de la degeneración se convirtió en la figura obligada de los efectos indeseados de la inmigración, se expandió y capturó casi todos los análisis. Esa imagen vino a situarse en el polo temporal opuesto al ideal racial y así es como esa desviación racial hispano-indígena, que debía ser redimida, se trastocó en la degeneración cosmopolita que impuso un retorno a los valores del terruño y de la tradición.⁵⁰⁰

Los temas de la eugenesia, si bien nunca alcanzaron una implementación sistemática en nuestro entramado médico- social, son bien reveladores de la lógica que domina esa visión organicista de la Nación. La eugenesia busca “ *la aplicación de las leyes que rigen el desarrollo de la vida, el perfeccionamiento de los organismos en general y particularmente el de la especie humana*”.⁵⁰¹

Esta teoría que combatía la degeneración de la raza amenazada por las enfermedades y los vicios populares, especialmente el alcoholismo, la sífilis, la tuberculosis, y las dolencias mentales. Fue la creencia dominante de los médicos del 1900 que estableció un vínculo entre reforma social y eugenesia (la idea de la degeneración de la raza implicaba casi siempre el principio de la transición hereditaria de caracteres patológicos adquiridos). Estas ideas fueron expuestas por vez primera por un médico francés, B. Morel, en 1857 aterrorizado por el espectáculo del proletariado de su país.⁵⁰²

Según Eduardo Zimmermann, hacia el fin de siglo esta preocupación entorno a la raza y a la conformación biológica de la población trascendía toda división ideológica y fue adoptada como un instrumento clave para entender el desarrollo de las sociedades por intelectuales y políticos de las más diversas tendencias.

El concepto de raza estuvo lejos de ser una idea precisamente delimitada durante éste período. Éste podía ser utilizado a veces para establecer una escala jerárquica entre distintos grupos o categorías étnicas y hablar así de razas "superiores" e "inferiores", pero esta distinción, a su vez, se fundamentaba a veces en factores biológicos y, a veces, en factores climáticos, geográficos, históricos y culturales. Por otra parte, también se utilizaba el término raza al hablar de la constitución biológica de la población, que debía ser preservada de toda potencial degeneración, principalmente a través de medidas sanitarias y de bienestar social. Como ha señalado Stepan en su libro sobre la eugenesia en América Latina, el hecho de

500.- VEZZETTI, Hugo.1985 *La Locura ...* op.cit, pág. 207

501.- AMEGHINO,A. "Reseña y crítica de las instituciones actuales de la profilaxis mental "en *Revistas de Psiquiatría , Criminología y Medicina Legal*, XI, pág.417, citado por Hugo Vezzetti pág. 213

502.-BARRAN, José Pedro .1995. *Medicina y sociedad en el Uruguay del 900*. Tomo 3, La Invencción del cuerpo. , Montevideo Ed de la Banda Oriental, pág. 206.

haber prevalecido en estos países una concepción neolamarckiana de la herencia, con su énfasis en la transmisión de las características adquiridas, facilitó la fusión de los términos frecuentemente yuxtapuestos de “herencia” y “ambiente”.⁵⁰³

El reconocimiento que hacía el neolamarckianismo⁵⁰⁴ de los factores ambientales en el proceso hereditario encajaba perfectamente con el optimismo que los reformadores latinoamericanos tuvieron respecto del mejoramiento de las condiciones sociales y de las técnicas sanitarias como instrumento de perfeccionamiento racial: si la raza degeneraba como consecuencia de un ambiente poblado de "venenos raciales", tales como el alcohol, las enfermedades venéreas y las condiciones insalubres de trabajo; las reformas sociales que apuntaban a poner fin a esos factores degenerativos adquirirían una importancia suprema.⁵⁰⁵

Se había observado que para modificar los problemas del ambiente urbano y a su vez poner a resguardo la herencia de la raza criolla, no bastaba con la acción de los médicos y la higiene, sino que había que poner énfasis en la población infantil porque las generaciones mayores habían resultado sectores difíciles de adaptar a los nuevos lineamientos. Así, la escuela se perfilaba como el medio ideal ya que contaba con una población cautiva por lo menos por unas horas y si a esto le sumamos que la concurrencia escolar había ido en incremento, resultaba un espacio por lo menos desde lo cuantitativo más favorable para llevar adelante los objetivos planteados. Los que merecieron el uso de varias técnicas, las escuelas para Niños Débiles, son un hecho paradigmático de esta nueva orientación.

3.- Las escuelas de niños débiles.

503.- ZIMMERMANN, Eduardo .1996. *Los liberales reformistas*, op.cit. pág. 110

504. En América Latina el transformismo basado en las teorías de Jean de Moret, caballero de Lamarck, ejerció una poderosa influencia. Esta teoría postulaba la evolución lenta de los organismos y su adaptación a cambios en el medio, así como proveía una solución científica a la incertidumbre de los mecanismos de la herencia, mediante las reformas del medio social, las que debían estar en consonancia con las ideas tradicionales de la moral. NANCY LEYS STEPAN *The hour of eugenics. Race. Gender and Nation in Latin American* Ithaca-Londres. Cornell University Press, 1991, pág. 198-199

505.- NANCY LEYS STEPAN .1991. *The Hour of Eugenics ; Latin America and Movement for racial improvement 1918-1940* Cornell University Press.

A principios del siglo XX se consideraba que la “*medicina preventiva era la del porvenir*”.⁵⁰⁶ En ese sentido, el mismo informe sostenía que las escuelas al aire libre eran preventivas, ya que con ellas se luchaba contra la acción malsana de la vivienda y las deficiencias alimentarias. Las que eran vistas como un mal de las ciudades modernas donde “*..los obreros especialmente viven hacinados en húmedas habitaciones (....) sus hijos engendrados en pésimas condiciones, son las más fáciles víctimas de las afecciones que amenazan a la humanidad...*”⁵⁰⁷. Las escuelas para Niños Débiles eran al aire libre y fueron concebidas con el fin de proporcionar una buena educación moral e intelectual, una nutrición e higiene perfecta y para “*permitir a los pulmones inundarse de aire puro y fresco*”.⁵⁰⁸

Este tipo de establecimiento educativo había logrado imponerse en Alemania y en Suiza. Para su creación se tomaron como referencia a autores como Louis Guinon, quien en su tratado "Des Maladies des Enfants", conceptuado por la época como la obra más completa y moderna, el autor sostenía que “*Las colonias de vacaciones son elementos buenos de profilaxis social, pero su acción es demasiado corta y ello (...) queda anulado con el retorno a la escuela y a las malas condiciones de higiene de la familia, siendo, únicamente realizables para nuestro fin las instituciones permanentes, es decir las escuelas al aire libre o escuelas rurales.....*”.⁵⁰⁹

En la Argentina estas escuelas fueron creadas por J.M.Ramos Mejía el 18 de diciembre de 1908 y quedaron autorizadas por el Consejo de Educación en 1909. Su fuente de inspiración era europea y siguieron el modelo arriba mencionado. Se regían por un reglamento que establecía que sólo serían recibidos aquellos niños que, sin estar propiamente enfermos, eran constitucionalmente débiles por una enfermedad anterior o por falta de una alimentación suficiente⁵¹⁰ y que no se aceptaban niños con enfermedades contagiosas. El discurso eugenésico se materializaba a través del examen médico que comprendía un estudio del peso, la talla, el perímetro torácico, los antecedentes de la salud de sus padres, el desarrollo muscular, la circunferencia craneana, el diámetro biparietal, el examen de la visión y la audición, de las fosas nasales, boca y faringe, del estado de su esqueleto, de los aparatos circulatorios,

506.- RAMOS MEJÍA, José María.1913. *Educación Común en la República Argentina 1909-1910*. Publicación del Consejo Nacional de Educación. Buenos Aires, Talleres Gráficos de la Penitenciaría Nacional.Cap.3 "Escuelas para niños débiles" pág. 85.

507.- RAMOS MEJÍA, José María .1913. *Educación Común.....* op.cit. pág.85

508.- RAMOS MEJÍA, José María .1913. *La Educación Común_* op.cit pág. 87

509.-PHILIPPE ARIÈS.1996. *Ensayos.....* op.cit pág.90

510.-Reglamento para Escuelas de Niños Débiles. Art.1. reproducido en Ramos Mejía .1913. *Educación Común ...*op. cit pág.91

respiratorios y digestivos, y de la faceta psicológica. Todos estos datos se consignaban en una libreta o ficha individual.⁵¹¹

A esto se sumaba la antropometría, que comprendía medidas que debían ser consignadas por los maestros de cada grupo en presencia del director de la escuela. Se señalaba que del 1º al 15 de cada mes se debía tomar el peso y la altura de los niños por la mañana. Del mismo modo, el director en presencia de un médico inspector debía anotar las medidas torácicas (perímetro torácico, perímetro torácico axilar, xifo-esternal) conformación torácica, diámetro torácico posterior, y transverso, diámetro del cráneo y el cefálico.⁵¹²

La evaluación física en forma permanente debía mostrar la evolución de los niños en la medida que el nuevo orden que se les brindaba, basado en un espacio renovado con pautas higiénicas muy marcadas, tendría por resultado una manifestación física adecuada. Para estos estudiosos era posible modificar la drástica influencia del medio y transformarlos en "*ciudadanos sanos, fuertes y patriotas*". Decimos "patriotas" porque estas escuelas se insertaban en las pautas de la educación orientadas al amor y respeto a la patria, ya que se respetaban todos los rituales impuestos para tal fin.⁵¹³

Las escuelas especiales, al aire libre o para niños débiles según las distintas denominaciones, se justificaban en la medida en que se aseguraba que "*...en general se obtiene en un 30% una cura radical o muy acentuado en un 50% ... pero no es solamente el resultado físico sino también el higiénico y el moral, los que unido al pedagógico, dan soluciones asombrosas...*".⁵¹⁴ Entre éstas se consignaba una idea dominante de la época acerca de la importancia de la educación para formar y generalizar la disciplina social.⁵¹⁵

A lo dicho se sumaba la inspección médica escolar, que se dedicaba a inspeccionar maestros y alumnos con el fin de velar por la profilaxis dentro y fuera de la escuela y garantizar el regular funcionamiento de la salud de los escolares.

En un informe se ponía énfasis en que se habían examinado 9.935 niños pertenecientes a las escuelas situadas en los distintos barrios de la Capital y entre los 161 enfermos anotados como deformes, no se

511.-RAMOS MEJIA, José María .1913. *La educación Común* op.cit. pág 470

512.-Por lo general se explicitaban las ecuaciones que se debían realizar, pero se le prestaba especial atención al diámetro craneal y cefálico= diámetro transversal X 100 y diámetro por entero posterior (DT X 100). D.A.P

513.- Los nuevos rituales consistieron en instituir a partir de 1908 el saludo a la bandera, el que consistía en el izar y arriar la misma. En 1909 se completó lo expresado con el juramento a la bandera nacional de los niños que ingresaran por primera vez al establecimiento. El programa que consistía en 1ro cantar el Himno Nacional, 2do. Palabras alusivas al acto, 3ro. Saludo a la Bandera, 4to. Marcha "Viva la Patria".RAMOS MEJÍA, José María. *Educación Común en la República Argentina* op.cit págs 32 y 41

514.-RAMOS MEJIA, José María.1913. *Educación Común.....* op.cit pág. 128

515.-BUNGE,C.O.1910. *El Monitor de la Educación Común*. Año XXIX, Tomo XXXIII,nº 440, mayo, pág. 337.

había encontrado ninguno con formación congénita del esqueleto, todas eran deformaciones adquiridas y la gran mayoría independientes del medio escolar, como localización de tuberculosis de los huesos y articulaciones y parálisis infantil.⁵¹⁶ Para el autor del informe resultaba evidente que el problema era el medio familiar puesto que era el principal portador de las malformaciones. Entre las enfermedades se destacaba la tuberculosis - la que fue parte relevante del discurso eugenésico y discutida como plaga social- como evidencia de la degeneración y como enfermedad de la decadencia de los individuos y de la sociedad. Se la asoció a la mala vivienda y a los excesos (en el trabajo, en la bebida, en el esfuerzo físico, en el sexo, en los placeres de la vida urbana moderna).⁵¹⁷

La tuberculosis, la sífilis y el alcoholismo fueron considerados males del modernismo y se los circunscribía a las grandes ciudades, es decir, al medio urbano. Y eran un obstáculo para las generaciones futuras, que no responderían al paradigma de la raza sana y fuerte. A principio del siglo XX el espacio de la ciudad había sufrido una ampliación que enfatizaba la necesidad de transformar el medio cultural donde se criaban los niños, no bastaba ya con vacunarlos o hacerles llegar el agua potable.

516.-RAMOS MEJIA, José María.1913. *Educación Común* op.cit pág.468

517.-ARMUS,Diego.1996. "Salud y anarquismo.La tuberculosis en el discurso libertario argentino" en LOBATO,Mirta op.cit. págs.93 y sig.

*"...Dar fuerzas, vigorizar el organismo de los niños débiles, en concepto de la ciencia moderna, es aumentar el capital moral e intelectual de los pueblos, importando para la sociedad una operación económica reproductiva, por cuanto tiende a defender a las nuevas generaciones de gérmenes inferiores, raquíuticos, de seres atrasados cuando no degenerados, que son el mayor número de casos, según la estadística, las causas inevitables de la miseria y de los vicios que pueblan los hospitales y hospicios, las cárceles y los presidios..."*²⁵⁴

3.1.-Plan de actividades en las escuelas para niños débiles.

La actividad del ciclo pedagógico, en algunas de estas escuelas como la del Parque Lezama de la ciudad de Buenos Aires, se iniciaba el 1° de septiembre y se clausuraba el 30 de mayo. Los niños entraban a la siete de la mañana, se les servía el desayuno, luego venía un pequeño descanso que anticipaba el inicio de clases, que se prolongaban de 8 hs a 11,30 hs. En los intervalos (recreos) se efectuaban ejercicios físicos y se jugaba por el parque. Al medio día se les servía el almuerzo. En la dieta intervenía el médico a cargo de la escuela y se realizaba a base de verduras, leche y huevos. Al almuerzo seguía la siesta de dos horas, y el baño consistía en una ducha tibia o en la clase de baño que prescribía el médico. Después los niños se dedicaban a las labores de mano o trabajos de orden masculino, según el sexo. A las 16 hs se les proporcionaba la merienda que incluía un plato de arroz con leche y pan con manteca o mazamorra con pan y manteca. Los niños se retiraban del parque antes de esconderse el sol.²⁵⁵

El Dr. Luis Casinelli, médico Inspector del Consejo Nacional de Educación, haciendo alusión al balance del 1° trimestre del 1913 en la escuela del Parque Lezama, afirmaba que *"... los datos antropométricos confirman los buenos resultados obtenidos, el peso a aumentado en un 90% de los alumnos... No es necesario ser médico para poder apreciar el adelanto obtenido, no sólo en el estado general y aspecto físico, traducido por la coloración de la piel y las mucosas, sino también por las funciones psicológicas, hechos que se manifiestan por su memoria, atención etc, y sus conocimientos pedagógicos y moralidad puestos de manifiesto en los más mínimos detalles de su vida diaria..."*²⁵⁶

Las imágenes que aparecen a continuación muestran distintas actividades realizadas en estas escuelas.

Fuente: *Fray Mocho* , Marzo del 1915 op.cit " Después del baño en la sesión de peinado"

254.- *El Monitor de la Educación*.1912. Año XXX, n° 474, junio, Tomo XLI, pág. 363

255.- Extraído de una entrevista realizada a la directora de la escuela del Parque Lezama. *Fray Mocho* Buenos Aires 19 de marzo de 1915 Año IV n° 151

256. - *La Semana Médica*, Febrero de 1913, Buenos Aires, año XX N° 7 pág. 445



De



recreación y



y castillos

En clase de labores.—Grupo instalado en el sitio que ocupara el viejo parral de Lezama, cuyas uvas, hasta hace poco tiempo, servian de postre gratuito a los vegetarianos del barrio.

En las escuelas para niños débiles se buscaba terminar con la alimentación irracional que era vista como la causante de enfermedades, de envejecimiento y muerte prematura de los individuos²⁵⁷ y no como consecuencia de los magros ingresos o de la ignorancia, la que provocaba muertes que ponían en vilo las variables demográficas, tan minuciosamente medidas en la época. La preocupación por la degeneración se sumaba a la generada por la despoblación, tal como señala Marcela Nari.²⁵⁸

CAPITULO IV

HOMBRES E IDEAS QUE GESTARON LA TRANSICIÓN DE LA HIGIENE A LA SALUD PÚBLICA.

*"Aparte de ser esto (el progreso de la medicina científica en la Argentina) el producto de las transformaciones naturales que hace experimentar el progreso de todas las cosas, es la consecuencia, la expresión de un deseo que palpita en todas las cabezas, cual es el de cultivar la inteligencia, el amor a la ciencia que ennoblece, el perfeccionamiento del espíritu por el estudio y la investigación, pacientemente buscada y siguiendo al viejo de Bremen: "La ciencia por la ciencia.....".*²⁵⁹

Esta cita precedente hace referencia a la ponderación que se le hizo a la *ciencia* en el Buenos Aires dicimonónico, bajo una concepción biologicista de la enfermedad que deslumbraba al campo médico por los avances que los "cazadores de microbios"²⁶⁰ europeos realizaron mediante el uso del microscopio.

En este capítulo realizaremos una aproximación al proceso de apropiación que los médicos de la ciudad de Buenos Aires hicieron de los avances científicos de la época y el impacto que éstos tuvieron en la construcción de esa trama sanitaria, detallada en los capítulos precedentes a partir del papel de las enfermedades y de los miedos

257.-LYNCH,Ricardo .1911. "Informe sobre ensayos realizados en las escuelas Nicolás Avellaneda O.Leguizamón, sobre 35 niños débiles, enfermizos, nerviosos, melancólicos, poco inteligentes y retardados" en *El Monitor de la Educación Común* Año XXX, N°467 Tomo XXXIX, págs.326 y sig

258.-Sobre el tema recomendamos: NARI,Marcela M. "Las prácticas anticonceptivas, la disminución de la natalidad y el debate médico, 1890-1940" en LOBATO,Mirta .1996. *Política Médicos y enfermedades. Lecturas de Historia de la Salud en la Argentina*, Buenos Aires, op.cit. pág.153 y sigs.

259. Citado por INGENIEROS, José .1918. *Ciencia y Filosofía. Seis Ensayos*. Madrid Ed. América, pág.129

para la definición de políticas estatales relacionadas con la salud. También nos centraremos en el rol que cumplieron la Asistencia Pública, los médicos seccionales, las campañas de desinfección y de vacunación y los hospitales en la construcción de una trama sanitaria que era depositaria de los principios rectores de la medicina europea.

El pensamiento de los médicos higienistas fue rector en el proceso de emergencia de las primeras instituciones públicas de salud. Sin embargo en el período que va de 1880 a 1920 se visualizan dos momentos en la historia de la medicina porteña: 1º) el higienismo que fue dominante en el Buenos Aires finisecular, 2º) el sanitarismo, que coexistió con el primero desde la década del 10'. Por lo que en este capítulo el objetivo es analizar por un lado las diferentes etapas de este movimiento y a sus representantes, y por otro la transición hacia el sanitarismo entendido como un movimiento que, al igual que su predecesor, impulsó políticas de salud pública, pero con preocupaciones que se vincularon más al mundo rural que al urbano y cuestionó los paradigmas de la "vieja higiene" en pos de los de la "nueva higiene".

1.-Aspectos generales del tránsito del *higienismo al sanitarismo*.

El *higienismo* fue una corriente de pensamiento que tuvo lugar en Europa desde finales del siglo XVIII, animada principalmente por médicos. Partiendo de la consideración de la gran influencia de la cuestión ambiental, y del medio social en el desarrollo de las enfermedades, los higienistas criticaban la falta de salubridad en las ciudades industriales, así como las condiciones de vida y trabajo de los empleados fabriles, proponiendo diversas medidas de tipo higiénico-social, que podían contribuir a mejorar la salud y las condiciones de existencia de la población.

Entre 1880 y los comienzos del siglo XX se descubrieron los microbios productores de la mayoría de las enfermedades infecciosas y se pusieron a punto las vacunas que permitieron una lucha más racional y exitosa contra estas dolencias. Los descubrimientos de gérmenes patógenos se acumularon en una carrera espectacular a partir de 1871, en que Gerhard A. Hansen descubrió el bacilo de la lepra. En 1880 Charles Laveran encontró el plasmodio de la malaria; Robert Koch, en 1882, descubrió el bacilo de la tuberculosis y un año más tarde, el "vibrión colérico". Poco a poco, los microscópicos agentes de la peste, la disentería, la fiebre amarilla, y la difteria sucumbieron ante los sueros y vacunas.

La concepción de la enfermedad era puramente biológica, quedando totalmente marginadas aquellas consideraciones sobre la influencia del medio ambiental o del marco social, característicos del enfoque de la higiene social. Esta primacía del marco puramente científico-

260.- Referenciamos la obra de De KRUIF, Paul .2001. *Los cazadores de microbios* , Mexico, Ed.Leyendas.

natural reorientó por completo la actividad investigadora que, a partir de 1880, tuvo como gran meta el hallazgo de los gérmenes patógenos y el modo de combatirlos mediante vacunas, y como único escenario el laboratorio.²⁶¹

Frente a la medicina tradicional que veía miasmas y propugnaba cuarentenas y fumigaciones, la bacteriología encontraba microbios y ofrecía vacunas. Si el interés de la higiene tradicional estribaba en lo supraindividual (medio ambiente, marco social, etc.), la nueva medicina científica se ciñó al individuo y a los fenómenos internos del organismo.

Entonces desde los comienzos del siglo XX se consolidó el modelo biomédico (o biologicista) caracterizado por el individualismo, reduccionismo y mecanicismo y basado en la biología molecular como eje científico. Éste estuvo sustentado en el descubrimiento de los microorganismos como responsables de las enfermedades infectocontagiosas, en los avances en la medicina, en la asepsia, la antisepsia y la microbiología.

Pero cabe agregar que con el transcurrir del siglo XX se evidenciaron dos cosas: por un lado, el éxito del modelo biologicista que había permitido la erradicación de innumerables enfermedades y, por otro, la profundización de diferencias entre patologías de sectores sociales pobres (parasitosis, desnutrición) y de sectores ricos (enfermedades cardio vasculares). La desigualdad social ante la enfermedad y la muerte exigió algunos replanteos en cuanto a la concepción dominante.

Frente a las desigualdades el modelo sanitarista incorporó dimensiones sociales, ambientales y psicológicas que si bien no cuestionaban el modelo biomédico prevaleciente, lo alejaron de la explicación mono-causal para atender en forma indistinta agentes biológicos, sociales y ambientales, pues todos eran considerados factores de riesgo. El sanitarismo fue parte del modelo médico hegemónico, se desarrolló en la corriente de la salud pública y muchos años más tarde acompañó el desarrollo de la concepción del Estado Benefactor.

En Buenos Aires, se advierten semejanzas con respecto a lo ocurrido en Europa, ya que puede atribuirse al movimiento higienista la presión necesaria para el surgimiento de las primeras instituciones de salud pública, bajo una noción organicista del cuerpo, de la salud y de la enfermedad.²⁶² Esta concepción se reforzó con la entronización de la ciencia y sus categorías de universalidad, legalidad y neutralidad, postulados que generaron en el campo de la medicina el modelo biologicista basado en un conocimiento compartimentado negador de la complejidad y de la totalidad del individuo.

261 .LÍAN ENTRALGO .1975. *Historia de la Medicina*, Barcelona.

262 .-El modelo primogenio del que se nutrió la medicina fue formulado por Galeno (130-201) : biologismo, dualismo, mecanicismo, determinismo serán las características más resaltantes de esta concepción a la que se llamó humoral por dividir al cuerpo en compartimentos, estableciendo el diagnóstico y el tratamiento sobre las partes afectadas , de tal modo se escindía al cuerpo como totalidad. A esta escisión le corresponde otra : la del cuerpo y el alma, ésta última regida por Dios, mientras que el cuerpo es portador del mal y por ende de la enfermedad. MOLLINA, G .1977. *Introducción al salud pública* Medellín, Universidad de Antioquia

Sin embargo en el campo médico porteño desde los inicios del siglo XX se registran voces que adhirieron a la corriente sanitarista, la que nació emparentada a la de la higiene, hecho que más que marcar una división entre ambas hace que estemos ante la presencia de una evolución del *higienismo al sanitarismo, de la higiene a la salud pública*.

En la ciudad de Buenos Aires entre 1880 y 1920 la influencia del positivismo y el cientificismo en los medios intelectuales argentinos era dominante.²⁶³ En el plano de las ideas asociado con el de la salud se distinguen tres etapas: *pública, social y sanitarista*, caracterizadas por agendas y preocupaciones diferentes.

En la delimitación de estas fases resulta complejo aplicar un criterio cronológico de aparición, su diferenciación pasa por los temas abordados en cada una. A continuación se analizarán los tres momentos.

2.- El momento de la higiene pública.

En Buenos Aires a fines del siglo XIX la visión microbiológica (gérmenes y bacterias) no gozaba aún de máxima popularidad en la explicación de la enfermedad, por lo que ésta era asimilada a fermentaciones de orden químico producidas por gases deletereos, siendo la materia orgánica en putrefacción la principal causa de gases mortíferos conductores de las pestes. El aire, más que el agua, era señalado como el principal causante de estos males.

En esta etapa, la agenda estaba dominada por preocupaciones vinculadas a la recolección de residuos, pavimentación, limpieza de letrinas, distribución de agua potable, desagüe cloacal, emplazamiento de los cementerios. Era una agenda que reclamaba la construcción de obras públicas que redundaran en mejores condiciones de salud para la población. Esto se debía a que en la explicación miasmática de la enfermedad se adscribía a la putrefacción de materias orgánicas, tanto de animales como de vegetales. A veces se achacaban a efluvios procedentes del interior de la tierra y también se postulaba su producción por cuerpos sanos en situaciones de hacinamiento.

La teoría miasmática, la doctrina telúrica, y lo que hemos llamado "teoría social de la enfermedad", son algunas de las doctrinas científicas elaboradas por los médicos en los siglos

263.-SOLER,Ricaute .1968. *El positivismo argentino*. Pensamiento filosófico y sociológico. Buenos Aires Paidós, pág.66

XVIII y XIX, que hacían referencia al impacto del *medio* en la salud de la población. En su conjunto, estas corrientes constituyeron la base teórica del paradigma de la higiene pública en el ámbito local.

Los primeros médicos en asomar a esta nueva vertiente fueron Eduardo Wilde, José Penna y Samuel Gache, pero sin duda fue Eduardo Wilde el gran protagonista. Estos profesionales tenían como referencia el proceso europeo, donde los higienistas franceses incorporaron los métodos de análisis numéricos a su observación de la realidad, lo que los condujo a producir explicaciones de corte socio económico acerca de los fenómenos vitales de la comunidad, en particular de la mortalidad.

Eduardo Wilde ²⁶⁴ nació en 1844 y había crecido en el seno de una Argentina que se debatía entre la guerra y las crisis internas para formar una República. Hijo de la conformación del Estado nacional, le prestó atención a un aspecto de la realidad poco atendida por aquellos días: *la salud*. Se inició en la vida pública a los 22 años, cuando siendo estudiante de cuarto año de medicina fue nombrado interno en el hospital de Coléricos. En 1870, ya recibido de médico, estalló la fiebre amarilla en Buenos Aires y participó activamente en la lucha contra la peste, lo que le costó contraer esta enfermedad. De acuerdo con el pensamiento europeo y embarcado en las teorías proporcionadas por el positivismo naturista y las ciencias biológicas tendió a interpretar los problemas de salubridad de Buenos Aires en términos de infraestructura. Su objeto de estudio era la ciudad y uno de sus mayores desafíos fueron las obras de salubridad de la ciudad de Buenos Aires. En 1872 pronunció un discurso en la Asociación Médica donde quedaban planteados todos los problemas básicos de las aguas pluviales y servidas de la ciudad.

264 .-Eduardo Wilde nació en Tupiza (Bolivia) el 15 de junio de 1844, y murió en Bruselas (Bélgica) el 4 de septiembre de 1913. Llegó a la Argentina siendo un niño debido a que su padre debió emigrar de su país natal por cuestiones políticas. Se graduó en 1870 como médico en la Facultad de Medicina de Buenos Aires, con una tesis doctoral titulada “ El hipo” A partir de entonces ocupó numerosos cargos, fue médico de Sanidad del Puerto y diputado de la Legislatura de Buenos Aires por el partido Autonomista (1874 a 1876 y reelecto hasta 1880). Con la presidencia de Julio A. Roca llegó a ocupar el Ministerio de Justicia e Instrucción Pública (1882). Fue impulsor de leyes como la de “ educación común, gratuita, obligatoria y laica (Ley 1420), la del Registro Civil (Ley 1565), la del Matrimonio Civil (ley 2393). En 1886 fue Ministro del Interior, durante la presidencia de Juárez Celman. En 1898 se hizo cargo por segunda vez de la Presidencia del Departamento Nacional de Higiene, cargo que había desempeñado en 1880. Sobre la trayectoria de Eduardo Wilde se consultó: Archivo de la Facultad de Medicina .Expediente Wilde Eduardo N° 6997, N° 19, Año 1870

José Penna ²⁶⁵, nació en Buenos Aires el 5 de abril de 1855, cursó sus estudios en el Colegio Nacional y luego ingresó a la Facultad de Medicina. En 1873 actuó como practicante de la comisión de salubridad de la parroquia de Balvanera, durante la epidemia de cólera. En 1879 se graduó con la tesis Uremia siendo el primero en escribir sobre medicina experimental. En 1882 fue nombrado sub director de la Casa de Aislamiento, donde permaneció por espacio de 30 años. En 1876 fue miembro fundador del Círculo Médico Argentino y ocupó, entre otros cargos, la banca de diputado entre 1910 y 1914.

Samuel Gache había nacido en Mercedes, provincia de Buenos Aires, el 20 de agosto de 1859, fundó la escuela de enfermeros, ocupó la Secretaría del Comité de Lazaretos Nacionales (1884), se doctoró en 1886, fue presidente del Círculo Médico Argentino y se preocupó por combatir el flagelo de la tuberculosis formando la Liga contra ese mal. Su libro *Tuberculose dans la Republique* fue uno de lo más importante sobre el tema.

Tanto Wilde, como Penna y Gache jugaron un papel importante en el primer momento del higienismo donde las preocupaciones en gran medida pasaban por el saneamiento del medio sin embargo, sus preocupaciones tal como afirmamos en un inicio, no eran fruto de compartimentos estancos; por el contrario en ellas asoman cuestiones que eran propias de la higiene social. Para Eduardo Wilde había que considerar que la:

“... Enfermedad que postra al trabajador en el lecho del dolor , suprime temporariamente un habitante de la población activa , quita un productor a la industria, un consumidor al comercio y una renta al Estado.... El enfermo consume sus economías, haciendo entrar en circulación un capital sin retribución para él, gasta sin producto, destruye materialmente sus elementos de vida, sin verlos convertirse en bienes para el individuo o para la sociedad... un enfermo es un atentado contra el comercio , es un mal para el individuo, una ruina para el hogar , una exacción para los tesoros del Estado y un elemento de pobreza pública ... Un enfermo quita la energía , la fuerza, la esperanza y la fe a una masa determinada de población, disminuye el caudal de resistencia para el trabajo... y actúa como causa opuesta al desarrollo del pueblo...”²⁶⁶

Eduardo Wilde dejó el Departamento Nacional de Higiene para presidir la Comisión de Aguas Corrientes. Desde allí impulsó las obras de desagües, de provisión de aguas y de los servicios cloacales, temas que provocaron innumerables discusiones y enfrentamientos con otros médicos, como el que mantuvo con Guillermo Rawson. Lo

265 .- Véase ARAOZ ALFARO, Gregorio *Doctor Penna*, en la Mutualidad , Buenos Aires, 1941 T XLII. LARDIES, Julio, y otros “Penna y Horacio Madero como historiadores de la medicina” en *Segundo Congreso Nacional de Historia de la Medicina*, Córdoba 1970.

266 .- WILDE, Eduardo. “Informe sobre la sanidad marítima “ Buenos Aires 30 de Mayo de 1870. En *Obras Completas*. Cosas Viejas y Menos Viejas. Volumen VI.

cierto es que su iniciativa se vio materializada en la sanción de la ley de septiembre de 1886, donde con referencias a Herbert Spencer se estimaba que dichas obras eran necesarias para la salud pública de la ciudad.²⁶⁷

Todas las iniciativas miraban a Europa donde se le dio forma a la tecnología de intervención ambiental perfeccionada a lo largo del siglo XIX. Se buscó el aislamiento de las emanaciones telúricas (pavimento, enyesado y pintado de paredes) la supresión de focos de putrefacción, se intentó a través de la retirada de basuras, la construcción de drenajes, y del desecado de zonas pantanosas. Como se ha señalado en los capítulos anteriores el mejoramiento de la infraestructura urbana y la conformación de instituciones públicas de salud fueron parte importante del proceso que permitió a los médicos una activa participación para lograr el mejoramiento de la salud de la población.

En el tránsito de los siglos XIX al XX la **higiene pública** priorizó su capacidad de actuación directa en el medio social y familiar, por medio de campañas dirigidas hacia grupos de ciudadanos en riesgo, y se convirtió en higiene social, tema que veremos a continuación.

3.- La hora de la higiene social.

Hacia las postrimerías del siglo XIX la *higiene pública* abrió paso a la *higiene social*. Este cambio estuvo inducido por la significación en torno a las causas sociales que originaban las enfermedades. A la agenda sanitaria vigente, basada en la recolección de residuos, pavimentos, acumulación de aguas, se agregaron otras preocupaciones vinculadas a otro tipo de causas como eran las condiciones de trabajo de los obreros, hacinamiento, salarios, alojamiento popular, enfermedades profesionales e higiene industrial. También se sumaban cuestiones como la tuberculosis, el alcoholismo, la prostitución y la niñez abandonada, padecimientos tratados por los higienistas sociales como producto, según estos médicos entendían, del ambiente malsano que rodeaba a la vida del trabajador.

En Buenos Aires los representantes de la higiene social fueron José María Ramos Mejía, Emilio Coni y Guillermo Rawson. Ellos formaron parte de un universo ideológico y de una generación que creía en la transformación de la sociedad y donde la política era concebida como un medio para la realización de esas ideas.

Como muchos hombres de su generación, estaban convencidos de que eran los responsables de ordenar el espacio social. Se sentían protagonistas y responsables a la vez de un presente y un futuro que no estaban muy claros, ni tampoco asegurados. Por eso se convirtieron en codificadores, ordenadores, legisladores y sintieron a las leyes y a las instituciones como los principales pilares sostenedores de dicha formación.

Desde fines del siglo XIX se desarrollaron políticas sociales impulsadas por el sector más reformador de la clase dominante con el objetivo de no perder el control frente a las problemáticas de índole social e intentar obtener un consenso que no era accesible por la vía de la coerción.²⁶⁸ Tributario de este proceso se fue generando en el seno

267. -Wilde, .1939. *Obras Completas, Gobierno y administración*. 1ª Parte. Buenos Aires. pág.321.

268.-La problemática del reformismo social a fines del siglo XIX y principios del XX ha encontrado en la historiografía argentina un eco favorable. Sobre el tema se puede consultar: SALVATORE, Ricardo (comp) .1992. *Reformadores Sociales en la Argentina 1900-1940. Discurso, Ciencia y Control Social*, Buenos Aires, Inst. Torcuato Di Tella .

del aparato estatal una elite política perteneciente a la burocracia político administrativa. Este nuevo sector comenzó a intercalarse con el poder político y la sociedad civil e intentó diferenciar los intereses del Estado de los sectoriales. En este sentido interpretaban aquellas corrientes europeas que concebían a una política estatal que brindara condiciones de vida y de trabajo relativamente equitativas como única garantía de reproducción de la renta capitalista y del mantenimiento del orden y la armonía social.²⁶⁹

Emilio Coni, Guillermo Rawson y José María Ramos Mejía formaron parte de ese sector reformista. En tal sentido José Ingenieros dirá que estas ideas fueron tempranamente plasmadas por José María Ramos Mejía en la Universidad y en el Círculo Médico.²⁷⁰ Al fundar este último el Círculo Médico Argentino en 1873, resumía el esfuerzo de una generación que había luchado con éxito relativo por la reforma de la enseñanza superior, puesto que fueron los hombres del Círculo Médico los que iniciaron las reformas universitarias del 13 de diciembre de 1871.²⁷¹

Tanto Emilio Coni como Ramos Mejía formaron parte de la renovación cultural que se operó en gran parte bajo la tutela de Sarmiento²⁷², quien ejerció influencia directa sobre un grupo de "El Nacional" donde se encontraban Aristóbulo Del Valle, Carlos Pellegrini, y Lucio López.²⁷³ Estos pensadores dejaban al descubierto su admiración por Charles Darwin y Herbert Spencer y sus deseos de introducir en el país la afición por las ciencias naturales.

El prologuista de la primera edición de la "Neurosis de los Hombres célebres en la Historia Argentina" fue Vicente Fidel López, quien le inculcó a Ramos Mejía tendencias volterrianas y al respecto decía:

"... Se ha propuesto estudiar los fenómenos de la vida social e histórica, sin otros métodos que la observación inmediata que los hechos naturales y sin otra lógica que la que resulta del

Zimmermann, Eduardo .1993. "Raza, Medicina y Reforma Social en la Argentina, 1890-1920" en A. Lafuente y M.L. Ortega (eds) *Mundialización de la Ciencia y Cultura Nacional* Madrid, Dos Calles.1992."Racial ideas and Social Reform and the Social Question: Argentina 1890-1916" en *Hispanic American Historical Review*. Febrero .1991. Liberals, Reform and Social Question: Argentina 1890-1916, Universidad de Oxford, (en español ha sido publicado en Argentina por Ed. Sudamericana). A estos se suman los trabajos de SURIANO, Juan, citados a lo largo de este trabajo y los de ARMUS , Diego. 1981. "Los Médicos" en *Profesiones Poder y Prestigio*, Buenos Aires, CEAL, y "Enfermedad, ambiente urbano e higiene social, Rosario entre fines del siglo XIX y comienzos del XX" en *Sectores Populares y vida urbana*, Buenos Aires, CLACSO,1984.

269.- SURIANO, Juan .1989. " Estado Argentino frente a los trabajadores urbanos:política social y represión" en *Anuario de Rosario* Segunda Epoca. No 14, Rosario Pág. 110.

270.-INGENIEROS, José .1915. Prólogo a la obra de Ramos Mejía "La neurosis de los hombres célebres en la Historia Argentina". 2da. edición, La cultura Argentina.

271.- En 1871 se había abierto una crisis Universitaria de la que la facultad de Medicina no había sido ajena.Su punto de partida fueron unos artículos publicados en la "Prensa" por José María Ramos Mejía en ellos se hacía un examen negativo de la enseñanza en esa facultad, proponiéndose la modernización de la misma. HALPERIN DONGHI Tulio .1962. *Historia de la Universidad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Ed. EUDEBA, pág. 82.

272.- La generación del 38 introdujo la ideología romántica, cuyos últimos ecos se apagarían en 1880; ella marcaría entonces la transición final del romanticismo al positivismo. HALPERIN DONGHI Tulio.1989. "1880 un Nuevo Clima de Ideas" en *El Espejo de la Historia.Problemas Argentinos y perspectivas Latinoamericanas*. Buenos Aires, Ed. Sudamericana.

273. El 7 de noviembre de 1878 se publicó en el "Nacional" un artículo sobre el primer volumen de la obra "La Neurosis de hombres celebres".

*encadenamiento mismo de estos hechos con las causas físicas (diríamos más bien fisiológicas) que los producen en cada organismo..".*²⁷⁴

Este grupo formó parte del grupo de positivistas universitarios²⁷⁵ animados por propósitos políticos aunque se hayan consagrado preferentemente a la psiquiatría y la filosofía. Ya habían pasado los tiempos del positivismo naturista, ahora la exploración no se centraba en el mundo objetivo, sino en el sujeto de la sociedad.²⁷⁶

Estos hombres abrazaron la doctrina agnóstica y evolucionista de Spencer, y se nutrieron de las ideas nuevas que surgían en el viejo continente. Escarbaron en la psicología positiva y en la sociología tratando de transferir los principios de las ciencias naturales a los fenómenos históricos y sociales. Su premisa era descubrir los elementos de un sistema político que posibilitara la convivencia social en la república.²⁷⁷

Dentro de las múltiples manifestaciones que llevaron a José María Ramos Mejía a ocupar una posición saliente en la historia cultural argentina, lo social se revela también como un rasgo destacado en este hombre nacido al promediar el siglo XIX.²⁷⁸ Proveniente de una familia de tradición antirrosista, su padre había combatido contra Rosas formando parte de las familias de los revolucionarios del Sur. Después de la derrota de éstos logró unirse al General Lavalle. Luego de Caseros regresó al país participó en los combates de Cepeda y de Pavón, transmitiendo el odio por la tiranía a sus descendientes hasta su fallecimiento en 1875.

Ramos en su etapa estudiantil tuvo una actuación agitada y turbulenta que motivó su expulsión de la facultad, hecho que lo llevó a fundar "El Círculo Médico Argentino", la primera institución que reunió a médicos y estudiantes y que fue considerada como el antecedente de la Asociación Médica Argentina.²⁷⁹ Psicólogo, sociólogo, e historiador se sintió embarcado en la sociedad de su tiempo y era espectador y analista de las transformaciones que la misma experimentaba en su afán de progreso.

Como psiquiatra siguió a los grandes maestros franceses de mediados del siglo XIX, como Morel, Magnan, Georget, Culliere, Moreau de Tours, Tardieu, Legrand du Saulle, Charcot, Feré, y Regis entre otros. Afirmaba que *".....Los maestros franceses reúnen a la par que su genio, el talento de la forma y del buen decir. Tienen el método*

274.- RAMOS MEJIA, José María .1878. *La Neurosis de los hombres célebres* Primera Edición, Buenos Aires, La Cultura Argentina, ed.1917, pág. 16.

275.- Estaba formada por dos grupos perfectamente definidos: Los normalistas y los universitarios. Los normalistas se ubicaron en la Escuela Normal de Paraná, donde se enseñaba el positivismo Comteano sumando algo del darwinismo evolucionista. SANTOMAURO Hector.1981. "Los positivistas argentinos" en *Todo es Historia*. No 173 oct. Buenos Aires.

276.-SANTOMAURO Héctor. 1981. op. cit. pág. 13.

277.-KORN, Alejandro.1963. *Estudios de Filosofía Contemporánea*. Buenos Aires, Ed. Claridad, 1ra edición.

278.- José María Ramos Mejía, nació el 24 de Diciembre de 1842 y falleció el 19 de Junio de 1914.

279.- FUSTIONI,Osvaldo..1971. "El medio social finisecular y los escritores médicos argentino en *Boletín de la Academia Nacional de Medicina* Buenos Aires, Vol 49, semestre 1, pág.130-143.

*en el que son insustituibles y la magia del estilo que los hace incomparables....."*²⁸⁰ Entre los autores alemanes consideraba destacados a Meynert, Zinze, Balmer.

Su obra "Los estudios clínicos sobre las enfermedades nerviosas o mentales" (1893) consta de 3 partes: los discursos inaugurales, las lecciones clínicas y los informes médicos-legales. Representan respectivamente los estados de la ciencia neuropsiquiátrica, la aplicación de esos conocimientos al enfermo y las pericias médicas de carácter psíquico criminal ante la justicia. Entre sus lecciones clínicas merece especial atención la que denominó "Delirios simuladores"²⁸¹, donde luego de una ordenada exposición de los delirios febriles, estudió los delirios vesánicos generales y parciales, donde los caracterizó como delirios sin ilusiones ni alucinaciones, bien sistematizados, de carácter persecutorio y que evolucionan hacia la enfermedad sin dejar rastros.

Ramos Mejía fue influenciado en su formación intelectual por la filosofía positiva, en su método y en su sistema. Sus maestros más directos fueron Hipólito Taine y Teódulo Ribot, cuyo método patológico en los estudios de psicología había sido de fecundos resultados.

En su obra hay que distinguir dos períodos: el primero está representado por "Las neurosis de los hombres célebres en la historia argentina"(1878-1882), "Las lecciones clínicas de patología nerviosa y mental "(1893) y "La locura en la historia"(1895). En estas obras era recurrente la presencia del psiquiatra erudito aunque ya comenzaba a despuntar el historiador. La óptica sociológica se adelantó y apareció "Las multitudes Argentinas"(1899) y "Los simuladores del talento"(1904). La segunda etapa fue con "Rosas y su tiempo"(1907), donde el historiador se hizo presente con una mirada tan sociológica como psiquiátrica, atributos de una obra que será discutida en cuanto a sus aportes historiográficos.

"La neurosis de los hombres célebres" apareció en 1878, cuando cursaba el quinto año de medicina y tenía 28 años de edad. Fue prologado por Vicente Fidel López, que mencionaba la intencionalidad del texto que no era otra que la de observar los fenómenos sociales e histórico con las herramientas que proporcionaban las ciencias naturales. Este emprendimiento intelectual no pasó desapercibido ya que fue aplaudido por un sector de intelectuales y discutido por otros, basta con ver la reacción de Domingo Faustino Sarmiento quien señalaba los puntos débiles de la doctrina:

*"...Es de espíritus jóvenes esta actitud y predisposición a conformar los hechos a un sistema dado de ideas, como ha sucedido con el transformismo, que de la historia natural ha pasado a las religiones, a la ciencia del lenguaje y amenaza invadir por entero el sistema de ideas morales. No todas las aberraciones de nuestros hombres de estado, en la época revolucionaria, y los extravíos de la opinión pública tienen por causa "la acción deletérea de un estado cerebral anómalo o los arranques de monomanía" como lo indica el joven autor..."*²⁸²

280.-RAMOS MEJIA, José María. 1891. *Los estudios clínicos sobre las enfermedades nerviosas y mentales*. Buenos Aires. (Discurso de apertura de 1891).

281.-LOUDET, Osvaldo. 1964. "José María Ramos Mejía 1842-1914. Un médico sociólogo" en el *Boletín de la Academia Nacional de Medicina* Vol 42, Semestre 1, Buenos Aires. pág.179 y sig.

282.-SARMIENTO, Domingo Faustino. artículo sobre "La neurosis....." Diario *El Nacional*, 7 de Noviembre de 1878.

"*La neurosis...*" en su edición definitiva comprende nueve capítulos. La primera parte se inicia con un estudio sobre los progresos de la psiquiatría moderna, y le sucede un capítulo sobre "La neurosis en la historia", con la aplicación de teorías psiquiátricas a hombres y sucesos. Los tres capítulos siguientes están dedicados a Rosas. La segunda parte se ocupa, entre otras cosas, de analizar el histerismo de Monteagudo y el delirio de persecución del Almirante Brown.

Este recorrido por la producción intelectual de Ramos Mejía refleja no sólo las influencias ideológicas que recibió el médico higienista, sino también una posición frente al método que lo llevó a considerar que sus planteos, tanto médicos como históricos, estaban provistos de una objetividad que le proporcionaba la ciencia positiva. También reflejan un conjunto de cuestiones que fueron abordadas, más que como fríos objetos de estudio, como temores, como fueron las preocupaciones por la tiranía, por las multitudes y la posible sublevación de la plebe, por la locura y los delirios mentales, enfermedades que eran hijas del desorden y el fracaso político según en la esfera social en que se dieran. Y en este sentido este médico psiquiatra de fin de siglo, de cultura afrancesada y vieja familia porteña, era uno de los que expresaban en las letras las preocupaciones de los miembros de una cultura dominante, que observaba atónito los cambios de la realidad social y se cuestionaba acerca de los potenciales peligros que esos cambios podían engendrar en cuanto a subvertir el orden existente.

Emilio Coni²⁸³ fue otro médico de este grupo de higienistas prestigiosos y también importante filántropo. Había nacido en Corrientes en 1854, cursó sus estudios secundarios en el Colegio Nacional Buenos Aires y luego se graduó de doctor (1877) en la Facultad de Ciencias Médicas con la tesis "Lepra anestésica". Fue practicante y concursó en el hospital de Mujeres, donde fue profesor de parteras y jefe de clínica quirúrgica del Hospital General de Hombres. Fue fundador y director de la inspección médica e higiénica de las escuelas públicas de cathedral Sur y San Telmo. Fundó la oficina estadística municipal de Buenos Aires y dirigió *Los Anales de Higiene Pública*. En 1892 fue director de la Administración sanitaria y Asistencia Pública de Buenos Aires, también de la primera maternidad Municipal del hospital San Roque y del primer asilo nocturno municipal. Creador del Patronato de la infancia y asistencia a la Infancia, dirigió los dispensarios de la Liga Argentina contra la tuberculosis. De la masa de gente aglomerada y apiñada de la multitud en términos de Ramos Mejía, lo desveló la pobreza y sus consecuencias, no tanto en clave económica, como lo había hecho Eduardo Wilde, sino más bien política, tratando de hacer responsable al Estado y de involucrar a la sociedad en ese flagelo, que atacaba en gran medida a un sector que preocupó tanto a Emilio como a Gabriela Coni, la "infancia, la niñez".

En 1892, cuando Emilio Coni, creó el Patronato de la Infancia, la comisión de médicos y demógrafos, trazó un plan completo de protección y asistencia de la infancia que él presidió.²⁸⁴ El desarrollo de dicho programa se hizo mediante el concurso de los poderes públicos y de las asociaciones de beneficencia que funcionaban en la Capital Federal. Este médico, a diferencia de Ramos Mejía y del mismo Guillermo Rawson, fue de éste segundo grupo el que tal vez más tamizó la figura del Estado y, en el que el proceso de laicización fue menos evidente,

283. Sobre biografías se sugiere a : CONI, Emilio .1918. *Memorias de un médico higienista*, Buenos Aires, Asociación Médica Argentina

puesto que consideraba indispensable la colaboración de la iglesia y la existencia de la beneficencia en la organización de la trama sanitaria en los marcos del Estado nacional y provincial.

Como decíamos la infancia fue una de sus preocupaciones centrales y en 1904 siendo comisionado municipal y presidente de la sección de higiene, apoyó y dinamizó la creación de un dispensario para lactantes y gota de leche, con el fin de suministrar leche higienizada a 50 niños lactantes pobres enviados por la Asistencia Pública. El dispensario para lactantes funcionó hasta 1908, año en que el director de la Asistencia Pública, Dr. José Penna, creó la sección protección de la primera infancia. Esta institución hizo rápidos progresos: en 1912 había 6 dispensarios los que se instalaron como anexos la inspección de nodrizas, a cuyo examen estaban obligadas las madres que se dedicaban a la llamada lactancia mercenaria. La protección al lactante, cuyo iniciador había sido E. Coni, se realizaba por medio de tres instituciones: los dispensarios, los institutos de puericultura y la inspección de las nodrizas.

Marcela Nari sostiene que de la mano de Coni ²⁸⁵ y de otros médicos locales como Gregorio Alfaro y Ernesto Gaing, la puericultura se extendió en nuestro medio, forjando fuertes lazos entre esta especialidad y la eugenesia, y se vertebró alrededor del problema de la mortalidad infantil. Particularmente interesa destacar que se trata de otro hito en la conformación de las instituciones destinadas a preservar la salud.

Otro médico destacado fue Guillermo Rawson. Su preocupación por la higiene fue más tardía y la misma se fue gestando no tanto como fruto de la necesidad de encauzar un ordenamiento urbano, sino más bien de haber padecido el desorden y el descontrol sanitario de la población por la presencia de las primeras epidemias.

A igual que otros médicos, Guillermo Rawson ²⁸⁶ creció experimentando los vaivenes de la construcción del Estado. Participó activamente en las funciones de gobierno desde su juventud, tal como lo demuestra su itinerario político donde ocupó cargos gubernamentales de gran jerarquía. Guillermo Rawson nació en San Juan en 1821, estudió en el Colegio de los Padres Jesuitas en pleno apogeo del rosismo y defendió su tesis doctoral en 1844, a los 23 años. Tuvo una amplia actuación política, fue legislador en San Juan, durante el gobierno de Benavides, en 1862 fue senador por su provincia, Ministro del Interior durante la presidencia de Mitre, opositor a D.F. Sarmiento, fue electo diputado por Buenos Aires en 1870, se incorporó al Senado Nacional en 1874.

En ese recorrido, siendo ministro de Mitre le tocó enfrentar al cólera que diezmo al ejército y se extendió a la ciudad. El propio vicepresidente Marcos Paz fue víctima mortal del brote epidémico en enero de 1868, mientras

284.- CONI, EMILIO. 1918. *Asistencia y Previsión Social. Buenos Aires caritativo y Previsor*. Buenos Aires, Ed Spinelli. Pag. X

285.- En 1879, E. Coni publicó un estudio sobre la mortalidad infantil en Buenos Aires y otras ciudades latinoamericanas, el que no obtuvo las repercusiones esperadas inmediatamente. Doce años después, estas preocupaciones hallaron eco en otros ámbitos. En 1891, el Intendente Municipal convocó a una comisión especial, integrada por médicos y demógrafos, para estudiar las “causas alarmantes” de la mortalidad infantil en la ciudad. NARI, Marcela. 2001. *Las políticas de maternidad y maternalismo político Buenos Aires, 1890-1940*. Tesis doctoral presentada en la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA, pág. 239 (mimeo).

286.- Existen varias biografías: LARRAIN, Jacob. 1895. *Biografía del Dr. Guillermo Rawson*, 2da edición. La Plata.

CARBONEL, Manuel. 1953. “Prólogo a Escritos científicos” en RAWSON Guillermo *Escritos Científicos*. Buenos Aires, Ed. Jackson, ALFARO, Gregorio. *Rawson Ministro de Mitre*, Buenos Aires, Imprenta Coni. S/f

ejercía el cargo de presidente por la ausencia de Mitre que se encontraba en campaña en la Guerra contra el Paraguay.

Tampoco escapó a la fiebre amarilla de la cual recordaba “ *Yo he presenciado, por razón de mi profesión, lo que ha sucedido en la epidemia pasada (fiebre amarilla de 1871)...Yo recuerdo,..., la soledad que se hacía en torno de los enfermos . Yo he visto abandonado el hijo por el padre, he visto a la esposa abandonar al esposo; he visto al hermano moribundo abandonado por el hermano...*”²⁸⁷

Estas experiencias hicieron que una de las principales preocupaciones de Rawson fueran las epidemias, las enfermedades, a las que interpretaba en los marcos que le proporcionaba la escuela “vitalista”. Estudiando la herencia patológica analizó la transmisión directa y la herencia de predisposición en diversas enfermedades. En materia de tuberculosis admitía que *la tisis* era fundamentalmente del mismo origen, y sostenía enfáticamente que la predisposición heredada podía ser combatida con buenas prácticas de higiene. En Rawson la microbiología no había dejado una sensación de seguridad tan marcada y seguía apelando a la modificación de los hábitos y las costumbres. Desde 1873 se desempeñaba en la cátedra de Higiene Pública de la Facultad de Medicina, desde donde divulgaba los progresos europeos y norteamericanos en materia de salud pública.

Rawson expresó de forma acabada un aspecto del pensamiento higienista de la época. Sostenía que entre los problemas sociológicos y económicos que se relacionaban estrechamente con la higiene pública, hay pocos que puedan compararse en importancia con el que se refiere a las habitaciones de los trabajadores y de los pobres, no sólo desde el punto de vista filantrópico.²⁸⁸ Es decir que expresa una preocupación por el pobre y la pobreza, pero no en términos caritativos, sino como una “cuestión” que pone en vilo a la seguridad pública ya que “ las enfermedades se generan en espacios pobres, cuyos gérmenes son eficaces para producir infecciones, y ese aire envenenado se escapa lentamente con su carga de muerte, se difunde en las calles, penetra sin ser visto en las casas aún de los mejores dispuestos...”²⁸⁹

A pesar de ello y en sintonía con otras voces representantes de la higiene con una orientación social, también interpretó la pobreza como un fenómeno social:

*“No pretendemos sugerir remedios para la supresión del pauperismo. Es un hecho al que está condenada la sociedad por causas que la ciencia económica consigna...”*²⁹⁰

En el pensamiento de Rawson las enfermedades infecciosas eran concebidas como un fenómeno de la miseria, el ser pobre era una situación del individuo al que el Estado debía responder sólo cuando ponía en vilo la seguridad pública. Por ello éste como otros médicos, concibieron la higiene como el camino y el medio para superar los peligros y para integrar a los actores disonantes en el proceso de modernización. Sustentaba su idea acerca de un

MARTINEZ,A.B. 1891.*Guillermo Rawson*, Compañía Sudamericana de Billetes de Banco, Buenos Aires. Entre otros.

287. -ALFARO, Gregorio. *Rawson Ministro de Mitre* op.cit.pág.140.

288. -RAWSON, Guillermo.1953. *Escritos Científicos* op. cit.pág. 42

289. - Ib. Ibidem. pág.42

290. -Ib. Ibidem. pág.43

Estado necesariamente fuerte frente al flagelo de las epidemias, el acercamiento al modelo francés hacía que sonara coherente laicizar las instituciones en pos de avanzar sobre, áreas donde antes el Estado estaba ausente.²⁹¹

Ramos Mejía, Coni y Rawson, por medio de la creación y puesta en funcionamiento de la Asistencia Pública porteña, lograron corporizar el núcleo de ideas antes descriptas, que articuladas a una realidad histórica dinámica, intentaron dirigir y ordenar el espacio urbano que por momentos aparecía como desbordante.

Así fue que la Buenos Aires de principios del siglo XX había logrado superar su antigua vulnerabilidad a la presencia de las enfermedades “exóticas” (consultar capítulo I), la fiebre amarilla y el cólera morbus. Esto era el resultado de obras de salubridad, campañas de vacunación y revacunación obligatorias, organización de instituciones públicas destinadas al cuidado y el control de la salud como fue la Asistencia Pública y el DNH, tareas de desinfección mediante la importación estufas especiales. Estas acciones ponen en evidencia la influencia que ejercieron en el medio nacional los avances de la medicina europea, los que se profundizaron a medida que avanzaba el siglo y la importancia que adquirió tanto la difusión del pensamiento higienista, como la consolidación de la higiene social.

La Higiene social, da cuenta del eclecticismo característico de este período, puesto que tal como se ha mostrado estos higienistas conjugaron la doctrina miasmática o la teoría telúrica para el cuidado del medio urbano con principios brindados por la bacteriología, difundiendo el uso de vacunas y propiciando sin ser bacteriólogos la aparición de laboratorios. Ellos mismos fueron los primeros en trazar una clara línea de demarcación entre la "vieja" y la "nueva" higiene.

A continuación veremos cómo la "revolución bacteriológica" impuso un claro reordenamiento del campo de la higiene, al redefinir los problemas que debe abordar la higiene, así como los métodos y las técnicas para resolverlos. Esta transformación encontrará lógicas resistencias entre los higienistas más apegados a su tradición, pero también apoyos que hacen que encontremos higienistas bacteriólogos.

4.- Higienistas, clínicos y bacteriólogos. De higienista a sanitaristas.

La percepción higienista de la salud, si bien fue dominante en el Buenos Aires de fines del siglo XIX y principios del XX, fue complementaria a otras percepciones menos difundidas, pero que con motivo de la reiterada aparición de ciertas enfermedades se hizo frecuente en la prensa especializada; una era la *clínica* y la otra la *bacteriológica*. La primera de estas corrientes estructuró su conocimiento por medio de la descripción de síntomas,

291 -RAWSON,Guillermo 1953 *Escritos Científicos* op.cit.pág. 78

lesiones, y ensayos con diversos tratamientos terapéuticos. Esta visión es muy común encontrarla en los informes médicos de los hospitales flotantes, detallados en el primer capítulo de ésta tesis.

El universo médico de ideas se cierra con la percepción bacteriológica cuyo prisma de interpretación de la enfermedad es la teoría de Pasteur.²⁹² Esta visión resultó complementaria a la clínica y a la higiene en el medio rioplatense. Si bien la mayoría de los higienistas se encolumnaron tras las ideas pasteurianas algunos profesionales adscribieron con mayor decisión a la mencionada teoría. Situación que conformó un escenario médico muy particular, marcado por la coexistencia y complementariedad del clínico, el higienista y el bacteriólogo.

Ignacio Pirovano²⁹³, considerado como el padre de la cirugía argentina, fue uno de los primeros médicos egresado de la Facultad de Ciencias Médicas (1872) que logró su doctorado en la Facultad de Medicina de París. Allí conoció y se formó con Claude Bérnard, Louis Pasteur y entró en contacto con Lister. A partir de entonces se familiarizó con los métodos de desinfección. Si bien en la Argentina fue Manuel Montes de Oca²⁹⁴ quien introdujo la técnica de antisepsia, fue Pirovano quien perfeccionó su aplicación.

El método antiséptico consistía en vaporizar los ambientes con ácido fénico, y en limpiar el material e instrumental quirúrgico como las manos de los cirujano con la solución fénica. Eran técnicas que permitían eliminar todo microbio del material quirúrgico - la asepsia- o bien eliminar los microbios patógenos capaces de producir enfermedades en los quirófanos, salas de hospital o en las heridas, en el caso de la antisepsia. La asepsia y la antisepsia fueron descubiertas por Joseph Lister²⁹⁵, quien llevó los descubrimientos de Pasteur al campo de la cirugía.

292 Pasteur trabajó intensamente el problema de la fermentación alcohólica entre 1855 y 1856, puesto que las causas de la fermentación y la putrefacción eran en ese momento importantes cuestiones; en general se aceptaban las ideas del famoso químico alemán Justus von Liebig, quien pensaba que eran causadas por agentes químicos que provocaban la descomposición de partículas orgánicas. Las investigaciones de Pasteur establecieron en forma definitiva que la fermentación del alcohol y de la leche dependían de microorganismos, los que eran específicos para cada tipo de fermentación, por lo que el problema era determinar si los microbios podían venir del aire atmosférico. Este médico que desarrolló métodos preventivos para las enfermedades, llevando la microbiología al nivel de una ciencia, demostró que la putrefacción y la fermentación dependen de la acción de microorganismos destruyendo así la teoría de la generación espontánea. En ese entonces el concepto de contagio de las enfermedades era explicado en forma similar a la fermentación y la putrefacción: un proceso iniciado en el mismo cuerpo alterado, ya sea autogenerado o causado por agentes químicos. La teoría que desplegó Pasteur sostenía que el proceso era iniciado por agentes vivientes, independientes y extraños al cuerpo alterado o que vivían en él como parásitos

293.-Ignacio Pirovano, nació en Buenos Aires el 22 de Agosto de 1844 y murió en Buenos Aires el 2 de Julio de 1895. Se recibió como médico en 1872, fue titular de la cátedra de *Histología y anatomía patológica*

294.-Juan José Montes de Oca nació en Buenos Aires el 6 de mayo de 1806, murió en Buenos Aires el 22 de febrero de 1876. Tuvo un protagonismo central en la transformación de la Escuela de Medicina en Facultad de Medicina (1852). Su tesis fue titulada *El cólera morbus*.

295. Un 12 de Agosto de 1865 un joven sufrió una fractura en su pierna izquierda, con exposición del hueso; un tipo de fractura que llevaba casi indefectiblemente a una grave infección. Trasladado al Hospital de Glasgoe, el Dr. J.Lister cubrió la herida con un paño embebido en aceite de lino y ácido carbólico (cresota), recubierto con un papel de estaño para evitar la evaporación, logrando que la herida no se infectara. Ya Holmes y Semmelweis unos 20 años antes habían establecido la necesidad de la higiene para evitar infecciones, pero sus ideas no habían sido aceptadas y se seguía creyendo que las infecciones eran producidas por el contacto con los miasmas y emanaciones pestilentes.

Lister continuó con sus estudios sobre métodos antisépticos (reducen o anulan la flora microbiana existente en el campo operatorio), realizando también importantes contribuciones sobre inflamación, anestesia, y hacia 1887 fue sustituyendo el método antiséptico por técnicas asepticas que son las que impiden la entrada de microbios en el campo operatorio, sin embargo ante la imposibilidad de cumplir en forma total con esta técnica

Enrique Tornú,²⁹⁶ cursó parte de sus estudios en la Facultad de Medicina de Buenos Aires y los concluyó en la Facultad de Ciencias Médicas de Burdeos. Fue uno de los más fervientes precursores de la doctrina bacteriana en el medio bonaerense y se vio atraído por el estudio de la tuberculosis. Ya en 1865 el médico francés Jean Antoine Villemín había demostrado las pautas de contagio de esta enfermedad, pero fue con los aportes del científico prusiano Robert Koch, para quien quedó la prueba final de la teoría microbiana de la enfermedad, dando nacimiento a la medicina moderna. Alrededor de 1882 demostró el origen bacteriano de la tuberculosis, y describió además los métodos para la coloración y cultivo del bacilo causante de la enfermedad, a la que llamó *Mycrobacterium tuberculosis*, pero el mundo rebautizó “bacilo de Koch”. En 1883, mientras residía en Alejandría, en las muestras recolectadas encontró una curiosa bacteria en forma coma, descubriendo el *Vibrio cholerae*, que no era otra cosa que un diminuto organismo viviente que causaba el cólera. Pero debió pasar un tiempo hasta que las radicales ideas de Koch gozaran de aceptación general e influyeran sobre la terapéutica.

E. Tornú se familiarizó en Europa con las ideas de Koch y con las llamadas curas de aire y se abocó a la tarea de establecer qué región de la República Argentina poseía atributos para la cura climática. Luego de recorrer diversas zonas, Tornú verificó que no existía ningún criterio racional para la elección de los lugares apropiados pues en los lugares examinados no se adoptaban medidas higiénicas ni profilácticas. Por lo que este médico consideró que el medio más importante para combatir la tuberculosis era la educación, la creación de sanatorios y la fundación de una liga contra esa enfermedad. En tal sentido estructuró un plan general de lucha antituberculosa, que contenía dieciséis normas profilácticas.

Otro de los médicos porteños que viajó a Europa para perfeccionar sus conocimientos fue Telémaco Susini.²⁹⁷ También él fue discípulo de Pasteur y Koch, donde tentaron a este médico a investigar sobre el carbunco, enfermedad contagiosa que atacaba a ovinos y vacunos, y cuya patología podía estar asociada al ántrax. Esta investigación era considerada de vital importancia, ya que tanto Koch como Pasteur estaban abocados a la búsqueda de una vacuna.

Robert Koch, luego de examinar la sangre de los animales muertos de antrax o fiebre esplénica, comprobó que estaba minados de gérmenes que se reproducían, demostrando que así como cada tipo de fermentación se debía a un microorganismo especial, cada enfermedad era causada por un germen particular. Entonces resultaba difícil de creer que los invisibles microbios fueran responsables de las terribles flajelos que habían azotado a la humanidad durante tantos siglos. Sin embargo otro descubrimiento aclaró las dudas existentes. L. Pasteur estaba experimentando con el microbio causante del cólera de las gallinas, y por error, inoculó algunos pollos con un cultivo viejo que era

, Lister continuó en la búsqueda de agentes antisépticos probando entre otros el cloruro de Zinc, y el ácido bórico a instancias de Pasteur.

HARDING, Rain (1977) *Joseph Lister and Antisepsis*_Priority Press LTD. London

296.- Enrique Tornú, nació en Buenos Aires el 1° de septiembre de 1856, enfermo de tuberculosis, se suicidó el 23 de agosto de 1901. En 1887 ingresó a la Facultad de Medicina donde cursó hasta 1889 momento en que viajó a Francia para continuar estudiando en la Facultad de Ciencias Médicas de Burdeos. Su tesis de graduación fue *Des operations qui se pratiquent por la vole sacre* (1893). En 1894 regresó a Buenos Aires desempeñando su trabajo en el Hospital San Roque y el Francés.

297.- Telémaco Susini nació en Buenos Aires el 27 de enero de 1856, y murió en el mismo lugar el 1° de junio de 1935.

demasiado débil para hacerlos enfermar. Entonces repitió la operación con uno muy activo. Con sorpresa observó que los pollos permanecían sanos. El cultivo debilitado o atenuado los había inmunizado de alguna forma contra el cólera. Sin darse cuenta Pasteur había vacunado a los pollos contra el cólera de la misma forma que Jenner había hecho contra la viruela. El contacto con gérmenes atenuados produjo resistencia a la enfermedad que causaban. En 1881 con el mismo método descubrió la vacuna contra el ántrax.

Telémaco Susini resultó ser uno de los difusores de los avances de la medicina en el medio rioplatense, de hecho en Europa se especializó en otorrinolaringología siendo el primer especialista en la Argentina, ocupando la cátedra de anatomopatológicos de la Facultad de Medicina de la UBA (1887).

En 1886, Susini fue nombrado director de la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires, y allí se dedicó a impulsar la creación de nuevos establecimientos hospitalarios y a la prevención de enfermedades mediante campañas de vacunación .

A medida que avanzaba el siglo, otros médicos presionaron para una visión más social de la medicina, con preocupaciones que excedían al mundo urbano y se internaban en el rural. Así se abrió paso al *sanitarismo*, con el propósito de realizar una explicación multicausal de las enfermedades que fuera superadora de la meramente biológica mediante la incorporación de factores sociales, ambientales y psicológicos. El sanitarismo no estableció una ruptura con el modelo médico hegemónico; de hecho existieron prestigiosos bacteriólogos, como el caso específico de Carlos Mazza, que se reconocía como sanitarista. Paralelamente a una comprensión más amplia del fenómeno salud /enfermedad, los médicos enrolados en esta corriente fueron fuertes impulsores de políticas de salud pública apoyadas en un rol protagónico del Estado.

Carlos Malbrán²⁹⁸ fue el gran impulsor de políticas de Salud Pública en nuestro medio. Fue miembro de Comité de Limpieza de la ciudad de Buenos Aires, jefe del Laboratorio del Departamento Nacional de Higiene , y en 1907 fue nombrado presidente del Consejo de Salud Pública de la capital.

Otro médico de esta generación que luego de su paso por Europa se dedicó en parte a predicar sobre la necesidad de conformar un sistema nacional de salud que comprendiera todos los servicios de asistencia sanitaria del país fue Gregorio Alfaro.²⁹⁹

Sin embargo sobresalen tres profesionales de la salud que encarnan el paso de la Higiene a la Salud Pública, puesto que representaron propiamente la corriente sanitarista, ellos son Enrique Finochietto, Angel H Roffo y Salvador Mazza. Todos tuvieron destacadas actuaciones en las primeras décadas del siglo XX.

La trayectoria de E.Finochietto³⁰⁰ se inició hacia 1900 al hacerse cargo del servicio de piel y enfermedades venéreas del hospital Rawson, entre 1906 y 1909 continuó su formación en Alemania, Suiza, Italia y Francia. Realizó varios aportes que le valieron el reconocimiento internacional, entre los que se encuentra la producción de instrumentos para realizar operaciones como el frontolux (luz ubicada en la cabeza de los cirujanos) el empuja ligaduras,

298. - Carlos Malbrán nació en Catamarca en 1862 y murió en Buenos Aires en 1940. En 1887 egresó de la Facultad de Medicina de Buenos Aires con una tesis cuyo título era “La patología del cólera”.

299. - Gregorio Aráoz Alfaro, nació en San Miguel de Tucumán el 8 de Junio de 1870 y murió en Buenos Aires en 1955.

diferentes tipos de pinzas, aspirador quirúrgico (succionador de sangre durante las operaciones) , las valvas Finochietto (sirven para abrir la zona operada y permitir una mejor visión al cirujano) , mesa quirúrgica móvil, banco para cirujanos etc. Finochietto fue miembro de la Academia Nacional de Medicina, presidente de la Sociedad de Medicina de Bolonia, miembro de la Academia de Cirugía de París, fue uno de los profesionales argentinos más respetados.

Angel Roffo basó su inmensa trayectoria en el estudio y lucha del cáncer ; fue uno de los médicos argentinos que más prestigio a nivel internacional cosechó, y produjo mas de 500 obras sobre su especialidad.

Sin duda que de éste trio destelló como impulsor de políticas de salud pública

Salvador Mazza.³⁰¹ Estudió la carrera de médico en la Facultad de Medicina de Buenos Aires, luego fue inspector sanitario, donde sus inclinaciones sanitarias eran obvias razón por la cual se convirtió en bacteriólogo y patólogo con el fin de abocarse a enfermedades endémicas presentes en las zonas rurales argentina. En 1920 fue nombrado jefe del laboratorio central del Hospital Nacional de Clínicas. En 1923 partió rumbo a Francia al instituto Pasteur, recorrió Africa y de regreso en Buenos Aires en 1926 logró cumplir un viejo anhelo creó desde la Facultad de Medicina la Misión de Estudios de Patología Regional Argentina (MEPRA), iniciando una recorrida por el interior del país.

Mazza se convirtió en un explorador sanitario, diagnosticó el primer caso americano de leishmaniasis (enfermedad que afecta la piel y las mucosas) , retomó los estudios que Carlos Chagas había realizado a principios de siglo en Brasil sobre la afección producida por el *Typanosoma cruzi*.

La vuelta a las investigaciones de Chagas tuvo lugar cuando Mazza relacionó a los afectados por la sintomatología de un mal común en el noroeste argentino (fatiga crónica, afecciones cardíacas que ocasionaban la muerte) con el hecho que durante los primeros años de sus vidas estuvieron expuestos a la picadura de unos insectos parecidos a las cucarachas. Con rigor científico Carlos Mazza estableció que el vector portador del mal era el triatoma infestans conocido como vinchuca. Una vez identificada la enfermedad , y su vector, para combatirla Mazza priorizó la toma de conciencia por parte de la población, y en especial de las autoridades. La acción concreta se basaba en mejorar las condiciones de vivienda para erradicar la vinchuca, que anidaba en las paredes de barro. Reclamó fuerte e infructuosamente a las autoridades gubernamentales la necesidad de extender la redes de agua potable como los sanitarios.

5.- Otros pensamientos que cruzaron el higienismo.

Otros pensamientos que permearon el higienismo fueron el socialismo y el catolicismo. La tradición socialista mantuvo una gran permanencia desde fines del siglo pasado; como experiencia nacional contribuyó no sólo a formar el primer partido político en términos modernos, sino que alimentó a otras culturas políticas. Como corriente encontró un centro ideológico y teórico en la figura de Juan B Justo.

300 .- Enrique Finochietto, nació en Buenos Aires el 13 de marzo de 1881, y murió en el mismo lugar el 17 de febrero de 1948.

El problema central que se le planteaba al socialismo como movimiento político, era el de encontrar una fórmula política capaz de mediar la movilidad social, de controlar los impulsos disruptivos de las masas, de orientarlos hacia la consolidación de una organización civil y democrática.³⁰² La unidad entre desarrollo económico y proceso de democratización, presupuesta en la teoría era vislumbrada como alcanzable mediante la integración de las masas populares al Estado.

Así describía su propio pensamiento J.B. Justo: “...*Me hice socialista sin haber leído a Marx, arrastrado por mis sentimientos hacia la clase trabajadora en la que veía una poderosa fuerza para mejorar el estado político del país. Mis más importantes lecturas de orden político y social, habían sido hasta entonces las obras de Herbert Spencer (...)* me había dado algunas ideas (...) *el teorema spenciano de la evolución social de tipo primitivo militar a un tipo industrial definido, fue uno de los motivos ideológicos de mi adhesión al socialismo (...).* La lectura de Marx me hizo ver más allá, comprendí la superficialidad de Spencer”.³⁰³

Frente al conflicto social puesto de manifiesto en la Argentina de las primeras décadas del siglo XX, el socialismo reaccionaba como alternativa a la clase política tradicional erigiendo la visión del partido obrero como racionalizador de la insubordinación social. Pero por otro lado había un hilo conductor que unió varias corrientes de pensamiento: Herbert Spencer.

Y seguramente fue Angel Mariano Giménez³⁰⁴ quien mejor encarnó el pensamiento higienista influido por ideas socialistas. Había nacido el 27 de marzo de 1878, en 1896 ya era alumno de la Facultad de Medicina y uno de los tantos personajes que se acercaba al higienismo a través de textos de la doctrina socialista. Con otros jóvenes de la Facultad se había suscripto a La Vanguardia, allí experimentó sus primeros encuentros con los mítines obreros “*Con mi condiscípulo José Ingeniero veíamos pasar la larga columna por Callao cuando en la última agrupación vimos al Doctor Justo que nos llamaba y a quien conocíamos por habernos examinado en la Facultad el año anterior..*” escribía.³⁰⁵

A partir de entonces se vinculó fuertemente con Juan B Justo y compartió este encuentro con otros compañeros como José Ingenieros, Roberto Payró, Eduardo Schiaffino, y Carlos de la Cárcova.

Empeñado en hallar las causas generadoras de la extrema opulencia y de la máxima pobreza recorrió las ideas de autores como Napias, Bunge, Patroni, Rochard, que le sirvieron para elaborar su tesis “*Consideraciones de Higiene sobre el obrero de Buenos Aires*”.

301 .- Carlos Mazza nació en 1886 y murió en 1946.

302 .-ARICÓ, José .1994. “La Tradición Socialista” en ITURRIETA Aníbal (comp) *El Pensamiento político contemporáneo* Buenos Aires, ed. Síntesis

303.-JUSTO, J.B .1947. *La realidad del Socialismo* en *Obras Completas*. Tomo VI. Buenos Aires, ed La Vanguardia, pág.374.

.-GIMENEZ, Angel Mariano.1943. Consideraciones sobre la Higiene del Obrero en Buenos Aires. Tesis presentada en la Facultad de Medicina en 1901.Reproducida en : ROVETTA, Carlos. (comp) *Obras Completas de Angel M Gimenez* , Ed Sociedad Luz , Buenos Aires Trabajo Nocturno Proyecto de Ley. En Rovera op,cit.

305 .-ROVETTA Carlos .1943. Prólogo de las *Obras Completas de Ángel Giménez* Sociedad Luz . Buenos Aires, pág.11.

A fines de los noventa junto con J. Ingenieros fundaba el Centro Universitario Socialista y con Lugones representaba a Córdoba en el primer Congreso Socialista realizado en el país.

La tesis presentada en la Facultad de Medicina en 1901 es un examen metódico, y detenido de las condiciones entonces imperantes en materia de salarios, higiene, alimentación y vivienda de los trabajadores. Esta investigación le permitía comprobar a éste higienista que la población obrera de Buenos Aires, amén de sus malos salarios, de largas jornadas de trabajo- se estaba lejos de las ocho horas – de la falta de descanso semanal, debía vivir en el conventillo y expuesta a carecer de trabajo. La mala e insuficiente alimentación, el trabajo insalubre, todas causas de miseria física y mental, eran señaladas como la causa de gran número de enfermedades. En su tesis reclamaba una legislación higiénica protectora del trabajo industrial y mejoramiento de la condición social de la clase trabajadora, como también todas las medidas de orden social, económico, político, e higiénico, que tendieran a elevar la situación moral, intelectual y física del obrero preparándolo para una vida cada vez más humana.

En 1899, junto con Juan B. Justo, Mauricio Kliman y Antonio Piñedo, fundó la Sociedad Luz, a ella se debe para algunos la aclimatación de la educación popular. Ahí se daban cursos de capacitación técnica y de divulgación industrial, difusión de nociones científicas y filosóficas, cultivo de las aficiones artísticas y del hábito de la lectura.

La Sociedad Luz era una entidad modelo dentro del perfil de “Universidad popular”, creada por los socialistas en 1899. Sus destinatarios eran empleados y trabajadores calificados. Era un espacio particular no sólo de debate y reflexión, sino también de difusión de sus ideas. Dora Barrancos sostiene que se constituyó en uno de los focos irradiadores de mayor especialización de saberes relacionados con la profilaxis, higiene y salubridad con el objeto de instruir a personas sobre las circunstancias que hacían posible las enfermedades infecciosas, con absoluto destaque de las transmitidas sexualmente, al par que esclarecer sobre la adquisición de dolencias debidas a las propias circunstancias del trabajo y de disuadir a los obreros del consumo de alcohol.³⁰⁶

El discurso higienista cruzado por el socialismo, puede vincularse a la higiene pública y a la social.³⁰⁷ Preocupaciones comunes por la situación de la clase obrera y los malestares sociales hicieron de éste entramado discursivo un todo. También en el diagnóstico guardaban elementos comunes, las enfermedades eran hijas de la pobreza y el hacinamiento. Las soluciones eran diferentes, mientras que Ramos Mejía, Coni, Rawson, entre otros, se preocuparon por hacerle saber al pobre su condición de tal y por ende su potencial peligro y la necesidad inmediata de salir de esa situación mediante el trabajo digno, el socialismo culpaba a las condiciones socio - económicas reinantes proponiendo soluciones más radicales.

306 - BARRANCOS, Dora .1996. “ Socialismo, Higiene y profilaxis social. 1900-1930” en LOBATO, Mirta *Política Médicos y enfermedades* op.cit. pág 120

307 - Sobre el tema recomendamos la lectura de BARRANCOS, Dora .1992. *Cultura Educación y Trabajadores*, 1890-1930, Buenos Aires CEAL

Como puede observarse, el movimiento higienista argentino fue producto de la asimilación de doctrinas europeas, pero también de condicionantes locales que forjaron lo que en esta tesis hemos llamado la “versión criollista del higienismo”, caracterizada por el eclecticismo teórico metodológico, por la influencia de corrientes intelectuales vigentes en nuestro medio, como por las preocupaciones o cuestiones sociales que motorizaron en nombre de la higiene el surgimiento de una trama sanitaria sobrecargada por la idea de la pureza de la *raza*, en clave eugenésica. Esto sirvió para aglutinar a un universo de ideas tan heterogéneo como el que hemos mostrado, mediante la formulación de objetivos comunes vinculados a la resolución de problemas que la cuestión social marcaba y vinculado a ella, la concepción de Nación.

Valga como ejemplo, la Ordenanza Municipal sancionada el 20 de diciembre de 1880 referida a instrucciones para combatir el cólera. En ella se nota una influencia preponderante de la higiene, aparece la visión clínica y se perfila con fuerza la óptica bacteriológica. En algunos de sus artículos sostiene:

“...El que guarda un buen régimen de higiene y procura combatir los primeros síntomas, tiene grandes posibilidades de librarse del cólera grave; el que por el contrario, desprecia los consejos de la ciencia, vive en el desorden, abusa de la bebida y de los placeres que debilitan, respira atmósferas insalubres y descuida los primeros síntomas del mal, está muy expuesto a contraer el cólera...” (art.7). “...Algunas personas creen que el uso inmoderado de bebidas alcohólicas es un preservativo; pero no hay nada más peligroso que esta creencia, y es preferible, según lo establece la higiene, la abstención más completa al más ligero exceso...” (art. 15) ³⁰⁸

Esta visión higienista del cólera que ponía el acento en los comportamientos populares y en la influencia que ejercían las condiciones sociales del medio en el que los seres humanos nacían, vivían y trabajaban, fue dominante - como ya fue mencionado- a lo largo del período estudiado, pero no exclusiva ya que en ese mismo documento se puede observar también el ojo clínico, y con un mayor protagonismo la presencia de la bacteriología.

La visión bacteriología se observa en el artículo 10º, 11º de la mencionada Ordenanza: *“ El uso del agua debe vigilarse de una manera escrupulosa y es bueno prevenir a la población que el filtro Chamberlan, sistema Pasteur, o algún otro que reúne las condiciones de éste, limpia el agua de todos los gérmenes, microbios o pequeños organismos que, según lo ha establecido la ciencia, son el origen del cólera ; el agua de pozo debe prohibirse de una manera absoluta, siendo preferible para beber , el agua corriente, el agua de aljibe ...”*

CONCLUSIÓN

Desde fines del siglo XIX la ciudad de Buenos Aires exhibía un nuevo cuadro poblacional como consecuencia de la llegada masiva de inmigrantes europeos. Este evidenciaba una serie de problemas propios de un crecimiento demográfico y una urbanización acelerada, que los médicos y la elite dirigente de la época denominaron “Cuestión Social” y la asociaron al desorden, a lo desbordante, y a lo insalubre. Este

308 - Memoria de la Intendencia de la ciudad de Buenos Aires .1881. op.cit

apresurado proceso agudizó las carencias de agua potable, de desagües, de viviendas, y de hospitales, situación que convirtió a esta metrópolis en un escenario favorable para el desarrollo de focos infecciosos.

El cólera y la fiebre amarilla fueron las primeras epidemias, de una larga lista de enfermedades infectocontagiosas, que debieron ser consideradas como uno de los problemas principales a resolver por las autoridades sanitarias y gubernamentales.

Asímismo, la presencia de estos males - asociados en un principio a los extranjeros - destruyó la imagen idílica del inmigrante, que décadas atrás intelectuales como Alberdi o Sarmiento habían plasmado. Se insistió en el “peligro racial” de estos grupos, hecho que condujo a llamar la atención sobre la ausencia del Estado en materia de salud. Dicha área era ideal para atacar la “degeneración” -interpretada biológica, social y moralmente- a los efectos de mejorar la calidad de la transmisión hereditaria y de esta manera poner a resguardo la modernización y el progreso.

Por esto, parte del desarrollo de este trabajo estuvo encaminado a revelar como ante la presencia de diversas enfermedades se puso en marcha un ambicioso programa de reforma social, que generado desde el campo médico, abarcó áreas tan diversas como la vivienda, la escuela, o la moral. Esta empresa surgió de una importante reforma sanitaria de la mano de los médicos higienistas, y su principal logro fue en primer término el control de los azotes epidémicos.

Así es que en la primera parte en que se divide esta tesis: Los miedos, las pestes y las enfermedades como factores dinamizadores de cambios sanitarios, se ha tratado de mostrar que la Higiene temprana estuvo preocupada por los comportamientos populares a los que se achacaban, en parte o en todo, los efectos negativos del nuevo modo de vida. La situación de las masas obreras se imputó en buena medida al desarreglo de los hábitos de los propios trabajadores, los que serían la causa inmediata de la abundancia de enfermedades y consecuentemente de la miseria.

En la ciudad de Buenos Aires, resulta evidente, que en los orígenes de las políticas asistenciales las enfermedades infectocontagiosas fueron el motor que aceleró la emergencia de las instituciones públicas de salud, entre fines del siglo XIX y los inicios del XX. Dicho proceso no se dio en forma aislada sino que fue parte del espíritu de reforma moral, social y política característico de ésta época.

El programa higiénico, que se había iniciado como un proyecto de transformación social, intentaba proporcionar un modelo de “salud”, aparentemente neutro, encaminado a adaptar la

nueva clase obrera a las condiciones de vida urbana, al trabajo intensivo, al orden y a la disciplina laboral. Para esto fue necesario establecer nuevos modelos que mostraran la importancia de la salud y la necesidad que el Estado, se involucrara con otras problemáticas como era el de crear un ideal del cuerpo, a fin a un tipo de ciudadano integrado a una cuadrícula donde las directrices políticas estaban orientadas a fortalecer el camino del progreso económico y del control político en manos de los sectores gobernantes.

El brazo médico y la higiene fueron los artesanos que diseñaron un esquema de armonía urbana donde todo conflicto era zanjado por la vía de la medicalización de la sociedad. Con ese fin se crearon instituciones como la AP y se reformaron otras, ya existentes, como el DNH.

En la segunda y en la tercera parte de este trabajo se deja en claro como operó esa medicalización desde las “renovadas” instituciones sanitarias. Observamos un significativo acrecentamiento de las funciones del Estado con el fin de lograr una población libre de flagelos pestilentes, pero por sobre todo de “calidad”. La higiene pública, fue vista como la gran responsable, de ello, puesto que “... *comprende los medios preventivos que pueden impedir el mal nacer (...)* ”.³⁰⁹

La preocupación por el “degeneramiento de la población” estuvo asociada a la figura del inmigrante como portador de enfermedades que amenazaban tanto a ese modelo de ciudadano propuesto como a la “raza criolla”. De ella se decía que “...*es autóctona de éste suelo (...) -y- debe dominar al invasor victorioso por la fuerza de sentimiento nacional y de su vitalidad...*”.

Las enfermedades tanto biológicas como las llamadas “morales”, fueron vistas como “degenerativas”. No obstante, estos médicos se preocuparon por mostrar que la “regeneración” era posible, para lo que hicieron hincapié en las modificaciones de la herencia mediante la reforma de los factores ambientales. Si bien no podemos avanzar sobre qué significaba para estos profesionales el término raza, si podemos decir que lo califican a partir de la visión del inmigrante, al que veían como “... *algo amorfo... de cerebro lento, como el de buey...torpe y obtuso....* ”.³¹⁰

309.- Sobre los diferentes conceptos de Higiene pública recomendamos consultar el Capítulo II, pág.90

310.- Sobre el tema recomendamos consultar página 146.

En torno al concepto de la herencia poco hicieron para modificarlo las teorías del contagio, de hecho los portavoces de la higiene pública, en general le prestaron poca atención y continuaron apelando al mejoramiento del medio mediante transformaciones sanitarias y sociales.

Sin embargo, en las primeras décadas del siglo XX por los avances de la epidemiología y de la bacteriología, se dejó atrás el confinamiento y las cuarentenas para los enfermos y se los trató en los hospitales; también se comenzaron a ver los males propios (tuberculosis, tifus, crup, entre otras) y se actuó mediante la realización de obras de infraestructura, aunque no desapareció la imagen de la miseria como foco propagador de enfermedades.

Lo interesante de este proceso es que el higienismo y los higienistas argentinos – tal cual se analiza en el último capítulo- siguieron de cerca los cambios de la medicina y los distintos aportes de esta en los Estados europeos, generando una aplicación de tipo localista de la misma. Es decir mostraron flexibilidad al cambio y adaptabilidad a las nuevas teorías. De allí que partieron de aplicar los preceptos de la visión ambientalistas en los primeros tiempos de la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires, e incorporaron elementos de la medicina social y aspectos de un discurso eugenésico hacia principios del siglo XX, inaugurando laboratorios químicos, bacteriológicos y veterinarios similares a los del viejo mundo.

No obstante, la versión criolla del higienismo estuvo orientada por un determinismo biológico social con fuertes visos Spencerianos, que no fue abandonado por el modelo biológico experimental, sino que más bien, se amalgamaron transformándose en el pasaje necesario para la llegada del sanitarismo a nuestro medio. Esta mixtura contó con la particularidad de poseer un fuerte acento cultural; convencidos que las cualidades culturales se transmitían por herencia, avanzaron sobre la medicalización de la educación.

El largo y poderoso brazo médico irrumpió, así, fuertemente en la escuela, brindando fundamentos y orientación en la crianza de los niños y haciendo sus aportes para que fuera activa formadora de ciudadanos, ya que contemplaba también marcar estereotipos de familia y modos de vida con el fin de preservar y cuidar el proceso biológico y disfrutar entretanto con ello del progreso social. Por tal razón combinar educación e higiene, fue la forma en que los médicos extendieron aún más su vocación higiénica, y su participación como brazo del Estado.

La medicina proporcionó los elementos necesarios para que la educación encontrara fundamentos científicos en su nueva acción; el darwismo social brindó las justificaciones que dejaron planteada la discusión sobre las divisiones más específicas, las más finas, acerca de las tipologías que encarnaba el inmigrante, desde el grado de evolución de su inteligencia hasta su capacidad de aprendizaje y de adaptación al medio, su inferioridad o superioridad respecto a los argentinos "civilizados" y al pueblo, como también los grados posibles de cambio.

Al considerar que la gran masa de educandos era susceptible de enfermar física, mental y espiritualmente, el médico pasó a formar parte insustituible de esta reforma, que estaba impregnada de algunos aspectos eugenésicos, los que dieron fundamentos a algunas iniciativas como las categorizaciones, que se materializaban en la división entre escuelas comunes y las escuelas especiales para niños débiles.

Para finalizar la reforma sanitaria tuvo una amplia esfera de acción, influyó en la consolidación de la práctica profesionalizada de la salud, en la difusión de campañas de vacunación, en la ampliación de los procedimientos preventivos y terapéuticos, e impulsó el desarrollo de obras de infraestructura urbana que implicaron un mejoramiento en las condiciones de vida material. La suma de estas acciones dio como resultado un marcado descenso en los niveles de mortalidad de las enfermedades infectocontagiosas.

Sin embargo este triunfo de la *Higiene* no fue total, el mismo debe interpretarse como un corrimiento de la frontera sanitaria interior de la metrópoli de Buenos Aires, puesto que fijó nuevos límites en el reinado de las enfermedades; las mismas fueron confinadas a los barrios populosos donde las obras de infraestructura urbana eran defectuosas o nulas. Allí las tareas de prevención entronizadas por la medicina resultaron insuficientes, no pudiéndose erradicar los males, tal cual había sucedido en el centro y norte de ésta Metrópolis. De esta manera la acción de los médicos higienistas dio como resultado no sólo una nueva distribución espacial de algunas enfermedades, sino también social, puesto que éstas quedaron estancadas en los sectores más pobres de la sociedad porteña.

ANEXO DOCUMENTAL

A los efectos de demostrar la importancia que en materia del cuidado de la salud pública adquirió la municipalidad de la ciudad de Buenos Aires en relación a otras dependencias públicas y privadas destinadas al mismo fin, presentamos los siguientes gráficos elaborados en base al Censo Nacional de 1914, correspondiente a hospitales, asilos y hospicios. También se incorpora el listado de las Comisiones de Vecinos que formaban cada una de las veinte secciones en que se dividió la ciudad. Y por último un cuadro que marca las tareas llevadas a cabo por la Asistencia Pública porteña en materia de vacunación.

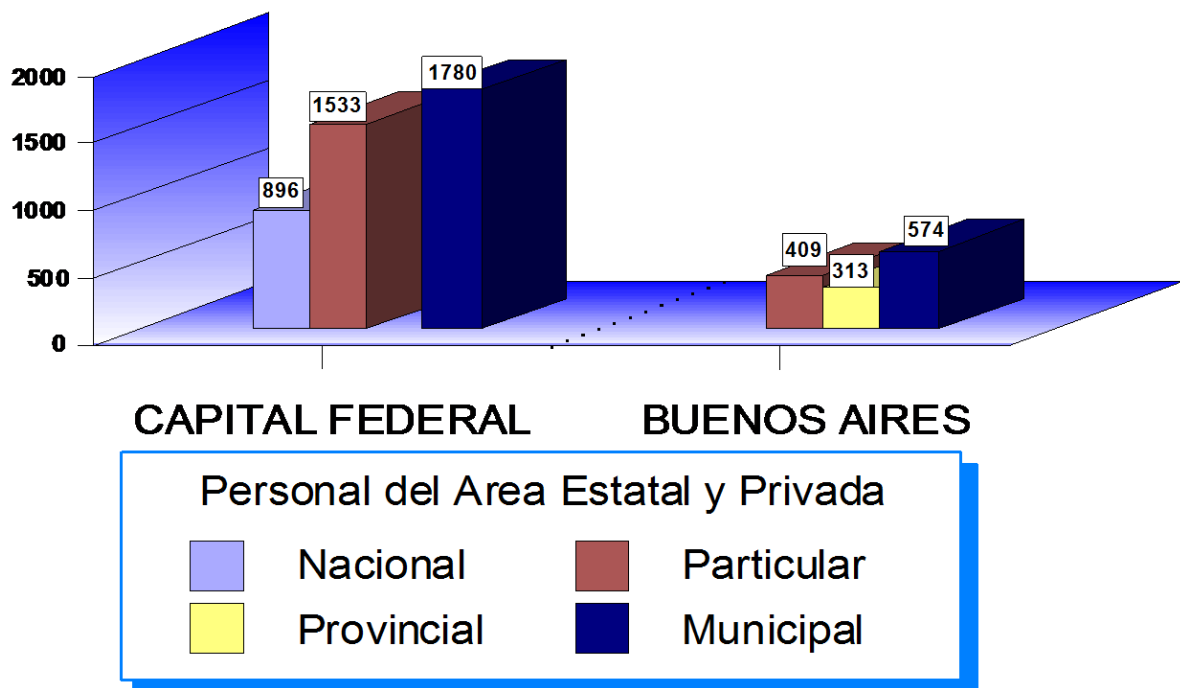
Disminución de la mortalidad en la Ciudad de Buenos Aires entre 1869-1914

Años	Población	Decesos	Mortalidad (porcentaje)
1869	187.126	5.982	33,6
1887	433.375	12.084	27,6
1895	663.854	14.947	22,0
1904	950.891	14.313	14,6
1909	1.231.698	18.959	15,2
1914	1.575.814	23.486	14,8

Fuente: Elaborado en base al Censo Municipal de 1909, t. III, pag.331; el Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires. Serie completa 1915-1923

PERSONAL EMPLEADO

Administración Nacional y Provincial. 1914

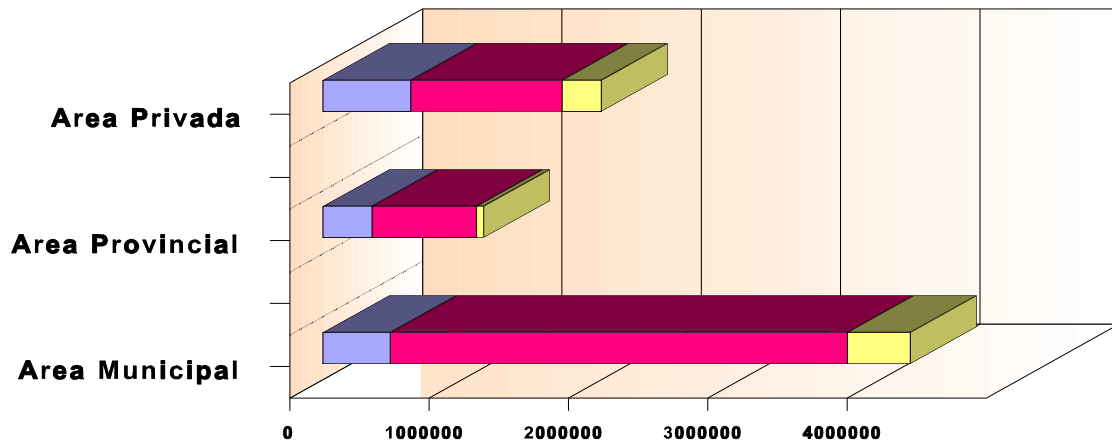


El Hospital San Roque para 1914 contaba con 241 empleados, de los cuales 96 eran médicos y practicantes, el Hospital Muñiz con 468 (99 médicos), el Alvear con 319 (de los cuales 88 eran médicos), el Hospital Fernández con 157 , de los cuales 77 eran médicos. En la Provincia de Buenos Aires el personal médico era escaso , sólo el Hospital de Niños de La Plata figuraba con 12 médicos, la mayoría contaba entre 3 y 4 médicos. La cantidad de personal también tenía que ver con las actividades que el sector público desempeñaba y con la ampliación de las obras de salubridad . Tareas como la vacunación, la profilaxis, la difusión empleaban parte de ese personal , cuya característica central fue el proceso de profesionalización al que estuvo sometida la medicina de la época.

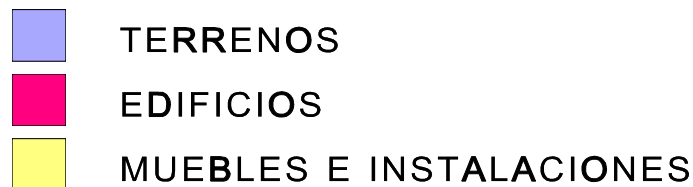
FUENTE: Censo Nacional de 1914, pág 517

VALOR DE LAS INVERSIONES EN SALUD

CAPITAL FEDERAL Y PROVINCIA DE BUENOS AIRES 1914.



Valores en Pesos. Fuente: Censo de 1914.



En la Capital Federal tanto el mayor nivel presupuestario, como la inversión edilicia e instrumental, se encontraban en el área privada. En la provincia de Buenos Aires el área pública sobrepasaba en estos puntos a la privada. El área de atención médica más importante reposaba en la acción que encarnaban los Municipios. Los Hospitales Municipales eran cuantitativamente mayor a la oferta privada y a su vez contaban con mayores partidas presupuestarias y dimensiones en cuanto a la atención y los servicios privados,

FUENTE: Censo Nacional de 1914,
correspondiente a Hospitales, Asilos y Hospicios
Punto II A Valor y presupuesto anual de los establecimientos. Pag: 517 a 522.

COMISIONES DE HIGIENE

Entre las reformas establecidas a principios de los años ochenta estaban las Comisiones de Higiene, ellas tenían por función ocuparse de la higiene de sus respectivas secciones, la vigilancia de las casas de inquilinato en cuanto a su aseo y población que las ocupaba. Estaban integradas, en su mayoría, vecinos que no poseían un título que los vinculara a la medicina, su mayor mérito era el de ser respetados vecinos como los califican las fuentes.

Autoridad	1 Sección	2da Sección	3ra Sección	4ta Sección
Presidente Vice Secretario Vocales	José Quesnel Francisco Gayol Andrés Merea Adolfo Portes E. Pellegrini (Dr) Rafael Calzada	Dr Victor Molina Ramón Gomez C. Gandolfi A. Belmonte José Mendieta J.A. Ocantos Juan Mondelli	Dr. Otto Recke Pedro Caseres Cárlos Rojo V. Fernández Roberto Almeyda Claudio Mejía	Julio Salas Juan Goyeneche F. Monasterio A. Thwaites Manuel Patiño L. Palacios A. Schrar
Inspector Médico	Dr. Carlos Monet Miguel Murphi	L. Luzuriaga Felix Pineda	Jossé Berisso Jorge Temperley Carlos Rojo	Miguel Tollo L. Martinez

Autoridad	5ta Sección	6ta Sección	7ma Sección	8va Sección.
Presidente Vice Secretario Vocales	Irineo Lima Aldolfo Aldao Adolfo Harris Nicolás Beruti Juan Spinetto F. Corradi Teodoro Encino	Manuel Perez M. Nanclares Alejandro Cejas Alejandro Rozas Santiago Olivera E. Reymond	Benito de Surra Luis de la Carcova D. Cabrera Dionisio Schoo Antonio Perez M Cadelago	F. Zamorano E. Hanselman Agustín Bursaco Alfredo Gimenez T. Rodriguez Lucio Reynoso Ricardo Parodi
Inspector Médico	Pedro Gallardo Atilio Boraschi	L. Vivanco Juan Arini	Diogenes Decout Luis de la Carcova	M. Bensunzan A. Gandolfo

Autoridad	9na Sección	10ma Seccion	11va Sección	12 Seccion
Presidente Vice Secretario Vocales Inspector Médico	N. Ballesteros LisandroSantana Lorenzo Balleto Isidoro Grimau Luis Casalla Melchor Iribarne Telmo Cadelago Manuel Aquiló	Vicente Peluffo José Somariva Pedro bourg Luis Isnardi J.Ballesteros Rodolfo Casares Juan Mosquera Felix Rodriguez Laureano Rufino	P. Igarzabal Juan Iribarne José Ellordi Cristiao Kickeu Tomás Hudson David Arguello Rafael Amoretti R. Salvadores Rafael Peña	Pedro Barrios Daniel Gowland David Marambio L. Villegas J Calderon Ramon Cano José Romani G.de lasCarreras José Oliverio

Autoridad	13 Sección	14 Sección	15 Sección	16 Sección
Presidente Vice Secretario Vacales Inspector Médico	Julio Victorica DrC.Pellegrini Juan Andrade Trifón Cárdenas S.Cordoba B.Schiapacassi Juan Cánepa Emili Reybaud Calos Villar	Alberto Mendez Pedro Achinelli Eleodoro Suarez AntonioSchivio Albano Honores E. Caamaño Ricardo Kleyne Samuel Almeida A.Zenavilla	Pedro Latorre Julio Garcia Marcelo bosch M.Gutierrez JuanPetitdeMura Angel Silva Remigio Gil F.Garcia P.Santillán	Juan Martinez José Arguello Manuel Dantas Nicanor Tejerina J.Lavandeyra GarciadelMolin o León Rivera Battilana

Autoridad	17 Sección	18 Sección	19 Sección	20 Sección
Presidente Vice Presidente Secretario Vocales Inspector Médico	Dr.Queben G. Moller G.Bouchet Pedro Pirán E.Gutierrez Jorge Cortines Pedro Dihel Justiniano Flores	Carlos Roballos Juan Duarte J.Sabigaray Emilio Casavega Pablo Corti José Poviñas Pedro Romero	José Ferreyra Domingo Viola Martín Hidalgo Juan Mañés Antonio Amoreti Rómulo Albino F. Almeida E. Basavilbaso	R.Bernenho Rufino Pastor M. Schwarz José Guetta D.Cichero Ricardo Peña Pablo Benguria Pedro Garcia Lucas

	M.Aravena	J.V.Gonzalez	F. de la Serna	Vodanovich
--	-----------	--------------	----------------	------------

ESTADÍSTICAS DE VACUNADOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, por la Administración Municipal de vacuna y Asistencia Pública .Desde 1871 hasta 1908.

Años	Vacunados	Población de Buenos Aires
1874	1551	
1875	2784	
1876	958	
1877	1656	
1878	2056	
1879	2329	
1880	1998	270000
1881	1404	
1882	3142	
1883	6906	
1884	3006	
1885	5600	384000
1886	4205	
1887	2726	
1888	941	
1889	18349	
1890	38247	547000
1891	13056	
1892	14361	
1893	18204	
1894	18222	
1895	27926	
1896	28377	
1897	11439	
1898	20808	
1899	13427	
1900	22196	821000
1901	62864	
1902	6475	
1903	17488	
1904	38784	
1905	58907	1025653
1906	221295	
1907	94595	
1908	96447	
Total	882749	

Fuente:Penna y Madeo Op.cit Pag 471

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

FUENTES OFICIALES (NACIONALES Y MUNICIPALES)

Cámara de Diputados de la Nación *Diario de Sesiones* 1880-1920

Cámara de Senadores de la Nación *Diario de Sesiones* 1880-1920.

Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires *Diario de Sesiones*.1880-1920.

Cámara de Senadores de la Provincia de Buenos Aires *Diario de Sesiones* 1880-1920.

Provincia de Buenos Aires: Archivo Histórico, Sección Ministerio de Gobierno,
1880-1910.

Intendencia Municipal de la Ciudad de Buenos Aires ,*Memorias* 1883-1920.

Departamento Nacional de Higiene Pública, *Anales* 1883 – 1920.

Archivo General de la Nación- Tribunales- año 1871.

Archivo General de la Nación –Ministerio del Interior- Obras Públicas año 1886

Archivo General de la Nación- Ministerio del Interior- Obras Públicas. año 1887.

Archivo General de la Nación – Ministerio del Interior- 1891

Atlas Sanitario de la Provincia de Buenos Aires. Ministerio de Obras Públicas. Bs.As.
1923 a 1945.

CENSOS

Segundo Censo General de la Nación de 1895. Buenos Aires, Taller Tipográfico de la Penitenciaría Nacional, 1898.

Tercer Censo General de la Nación de 1914. Buenos Aires, Talleres Gráficos de Rosso y Cía, 1916.

Censo General de Población, Edificación, Comercio e Industria de la Ciudad de Buenos Aires, 1904. Buenos Aires, Cía Sudamericana de Billetes de Banco, 1906.

Censo General de Población, Edificación, Comercio, e Industrias de la Ciudad de Buenos Aires, 1909. Buenos Aires, Cía Sudamericana de Billetes de Banco, 1910.

DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICAS: REGISTRO *Estadístico de la Provincia de Buenos Aires*.

Dirección General de Estadística de la Nación. Resúmenes estadísticos retrospectivos, Buenos Aires Imprenta Kraft, 1914

PUBLICACIONES PERIÓDICAS:

Diario, *La Prensa* : 1871, 1878, 1886, 1896

Diario, *La Nación* 1871, 1886

El Monitor de la Educación
(varios tomos)

La Semana Médica, Buenos Aires, Ed Spinelli . Años desde 1898 en adelante.

Revista del Río de la Plata. Periódico mensual de Historia y Literatura de América, publicado por Andrés Lamas, Vicente Fidel López, Juan María Gutiérrez. Imprenta y Librería de Mayo, Buenos Aire. (diferentes números)

FUENTES SECUNDARIAS

ABERASTURY, Maximiliano (1925) “La lepra en la República Argentina” en *Revista de*

AGOTE, Luis (1898) "Defensa Sanitaria contra las enfermedades exóticas viajeras" en *Anales del Departamento Nacional de Higiene* Año VIII, Buenos Aires, Mayo n° 10

ARAOZ ALFARO, Gregorio (1941) *Doctor Penna*, Buenos Aires, La Mutualidad.

ALFARO, GREGORIO *Rawson ministro de Mitre*. Buenos Aires, Imprenta Coni,.

AMADEO, O (1910) "Régimen Municipal de la Provincia de Buenos Aires" en *Revista Argentina de Ciencias Políticas*, Año 1, N° 2, noviembre.

BECAR VARELA, Adrián (1926) *Torcuato de Alvear*. Primer intendente municipal de la ciudad de Buenos Aires, su acción edilicia. Buenos Aires, Ed Kraft.

BESIO MORENO, N (1936) *Buenos Aires estudio crítico de su población (1536- 1936)*. Buenos Aires, Librería Panamericana.

BESIO MORENO, N (1940) "Historia de las epidemias de Buenos Aires" en *Publicaciones de Cátedra de Historia de la Medicina*, Buenos Aires

BIELZA, Rafael (1928) *La Municipalización de los servicios públicos* Buenos Aires, ed Valerio Abeledo.

BILBAO, M (1934) *Tradiciones y recuerdos de Buenos Aires*. Buenos Aires.

BUCICH ESCOBAR, Ismael (1932) *Infortunios del pasado*. Talleres Gráficos Ferrari.

CANTON Eliseo (1928) *Historia de la Medicina en el Río de la Plata desde su descubrimiento hasta nuestros días* 1915 a 1925. Madrid, Imprenta Hernández y Sáenz (seis tomos).

CONI, Emilio (1886) *Higiene social. asistencia y previsión social*. Buenos Aires, ed. Spinelli.

CONI, Emilio (1895) "El saneamiento de la ciudad de Buenos Aires. Memoria descriptiva del servicio de aguas y cloacas". Paris, Bureau du Génie Sanitaire). Reproducido en RUIZ MORENO, Leandro (1949) op.cit

CONI, Emilio (1918) *Asistencia y Previsión social. Buenos Aires caritativo y previsor*. Buenos Aires ed Spinelli.

CONI, Emilio (1918) *Memorias de un médico higienista*, Buenos Aires, Asociación Médica.

CUTOLO, Vicente (1975) *Nuevo Diccionario Biográfico Argentino (1750-1930)*, Buenos Aires ed.Elche.

DA ROCHA Augusto. *Colección completa de las Leyes Nacionales sancionadas por el Honorable Congreso durante los años 1852 a 1933*. Buenos Aires, La Facultad 1918-33 (27 tomos).

DAVISON, Diego (1890) “Efectos de las excavaciones de tierras y de la presión atmosférica sobre algunas enfermedades de Buenos Aires” en *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Año VIII, Buenos Aires, Julio n° 12

FERNÁNDEZ, Clotilde (1910) “Educación patriótica” *El Monitor de la Educación* Año XXIX n° 446, Tomo XXXII, febrero

FUSTIONE, O (1971) “El medio social finisecular y los escritores médicos argentinos” en *Boletín de la Academia Nacional de la Medicina* vol 42

GALARCE A (1887) *Bosquejo de Buenos Aires, Capital de la Nación Argentina*. Buenos Aires, Imprenta Stiller y Cia.

GARZON MACEDA Felix (1916 . *La medicina en Córdoba apuntes para su historia*. Buenos Aires. Imprenta Giles (tres tomos).

GIMÉNEZ, Angel (1943) *Obras completas* Buenos Aires, Sociedad Luz.

GIMÉNEZ, Ángel (1901) *Consideraciones sobre la higiene del obrero en Buenos Aires* (reproducido en Rovetta, Carlos op.cit)

GONZÁLEZ, Agustín (1913) “La higienización del Municipio. Las nuevas obras sanitarias proyectadas” en *La Semana Médica*, Buenos Aires, año XX, n° 3, Enero.

GUERRINO, Antonio (1972) “ Cuatro alienistas argentinos” en *Orientación Médica* n° 999, Mayo

INGENIEROS, José (1915) Prólogo a la obra de José María Ramos Mejía *La Neurosis de los hombres célebres en la Historia Argentina*, 2da edición, Buenos Aires ed La Cultura Argentina.

INGENIERO, José (1918) *Ciencia y Filosofía seis ensayos* Madrid, Ed América.

JUSTO, Juan B (1947) *Obras Completas* Buenos Aires ,Ed La Vanguardia.

- LARRAIN, Jacob (1895) *Biografía del Dr. Guillermo Rawson* La Plata.
- LE BON, Gustavo (1958) *Psicología de las multitudes*, Buenos Aires Ed. Albatros.
- LOUDET, Osvaldo (1935) “La obra intelectual de José María Ramos Mejía. El siquiatra y el Historiador” en *Revista de Criminología, psiquiatría y medicina legal*, Enero- Febrero, n° 127
- LOUDET, Osvaldo (1964) “ José Ramos Mejía 1842 – 1914: Un médico un sociólogo” en *Boletín de la Academia Nacional de la Medicina*_ vol 42
- LOPEZ, Vicente (1871) “Obras públicas de salubridad” en *Revista del Río de La Plata*, tomo II Buenos Aires, ed. Imprenta y librería de Mayo.
- LYNCH, Ricardo (1911) “Informe sobre ensayos realizados en las escuelas de Nicolás Avellaneda en *El Monitor de la Educación Común*_Año XXX n° 467 Tomo XXXIX Nov.
- MARTINEZ, A, B (1891) *Guillermo Rawson* Buenos Aires, Cia Sudamericana de Billetes de Banco.
- MÁXIMO, Victoria (1915) “El positivismo en la educación argentina” *Revista de Filosofía* 1 (4) Buenos Aires.
- MORES, G.H (1945) *Estampas y vistas de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires ,Museo Histórico,
- MORENO, Nicolás (1915) *Sinopsis histórica de la Facultad de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales de Buenos Aires*. Facultad de Medicina, Buenos Aires.
- MOYANO CARRANZA, H (s/f) *Historia de la Asistencia Pública de la Capital* (Homenaje en el primer centenario de su fundación. Ed. Biblioteca Juan Benito Alberdi.
- NIKLISEN,(1938) *Contribución al Estudio del Movimiento Mutualista*. Buenos Aires.
- NESIMO P.(1919) *Tratado de economía social y mutualismo argentino*. Buenos Aires.
- OBARRIO, Juan (1934) “ La Asistencia Pública” en *La Semana Médica* año XLI 12, Buenos Aires Ed Spinelli.

PENNA, José y MADERO, Horacio (1910) *La administración sanitaria y la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires Ed. Kraft,

RAMOS MEJÍA, José María (1917) *La neurosis de los hombres célebres*. Primera Edición 1878, La Cultura, Buenos Aires.

RAMOS MEJÍA, José María (1891) *Los estudios clínicos sobre las enfermedades nerviosas y metales*. Buenos Aires.

RAMOS MEJÍA, José María (1934) *Las Multitudes Argentinas*. Primera Edición 1899 Buenos Aires Ed La Cultura Popular,.

RAMOS MEJÍA, José María (1959) *A Martillo Limpio .Estampas y siluetas repujadas*. Buenos Aires

RAMOS MEJÍA, José María (1913) *La Educación Común en la República Argentina 1909-1910*. Buenos Aires Ed. Talleres Gráficos de la Penitenciaría Nacional,.

RAWSON, Guillermo (1953) *Escritos Científicos*, Buenos Aires Ed.Jackson,

RAWSON, Guillermo (1890) *Escritos y discursos* Buenos Aires

ROVETTA, Carlos (1943) (comp.) *Obras completas de Ángel Giménez*, Buenos Aires Soc. Luz,

RUIZ MORENO, Leandro (1949) *La peste histórica de 1871, Fiebre amarilla en Buenos Aires y Corrientes* Ed. Nueva Impresora, Paraná.

SANTILLAN, Pablo Maria (1856) “Del cólera morbus”. Tesis presentada en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires. Archivo de la Facultad de Medicina.

SARMIENTO, Domingo Faustino “La neurosis” en Diario *El Nacional*, 7 de Noviembre de 1878.

SCENNA, Miguel Angel (1874) *Cuando murió Buenos Aires, 1871* Buenos Aires, Ed.La Bastilla.

SHAW, Bernard (1825) *El Gobierno de Gran Bretaña*_Londres.

WILDE, Antonio(1881) *Buenos Aires setenta años atrás (1810-1880)*, Buenos Aires,.

WILDE, Eduardo (1878) *Curso de Higiene pública*, Buenos Aires

WILDE, Eduardo (1939) *Obras Completas*, Buenos Aires. Varios Tomos.

ZERBONI A.(1911) "Sistema Comunal en la Provincia de Buenos Aires" en *Revista Argentina de Ciencias Políticas*, Año 1, N° 4, enero, Buenos Aires.

BIBLIOGRAFIA ESPECIFICA

ALVAREZ, Adriana y REYNOSO, Daniel (1995) *Médicos e Instituciones de salud. Mar del Plata 1870-1960* Buenos Aires Ed.HISA/UNMdP..

ARMUS, Diego "Los Médicos" en *Profesiones Poder y Prestigio*. En Cuadernos de Historia Popular Argentina Buenos Aires Ed. CEAL.. s/f. P. 83.

ARMUS, Diego (comp.) (1984) Sectores Populares y vida urbana. Buenos Aires CLACSO.

ARMUS,Diego(1991)"Enfermedad, ambiente urbano e higiene social. Rosario entre fines del siglo XIX y comienzos del XX". En: *Sectores Populares* op.cit.

ARMUS,Diego (1995) "O discurso de regeneração. Espaço urbano, utopias e tuberculose em Buenos Aires, 1870- 1930" en *Estudios Históricos* Cultura e Historia Urbana , Rio de Janeiro Vol 8.

ARMUS, Diego (1983) *Los Médicos* en colección La Vida de Nuestro Pueblo Vol. 4 Buenos Aires CEAL.

ARMUS, Diego (2000) "El descubrimiento de la enfermedad como problema social" en LOBATO, Mirta *El progreso la modernidad y sus límites* Op.Cit.

BARRANCOS, Dora(1992) *Cultura, Educación y Trabajadores 1890-1930* Buenos Aires. CEAL.

BARRANCOS,_Dora (1996) "Socialismo, higiene y profilaxis social, 1900- 1930" en LOBATO, Mirta (ed) *Política, Médicos*_op.cit.

BARRÁN, José Pedro (1994) *Medicina y Sociedad en el Uruguay del 900*.La ortopedia de los pobres, Montevideo. ed Banda Oriental.

- BARRÁN, José Pedro (1995) *Medicina y Sociedad en el Uruguay del 900*. Tomo 3 "La Invención del cuerpo". Montevideo ed de La Banda Oriental.
- BARRÁN, José Pedro (1990) *Historia de la Sensibilidad en el Uruguay*. El Disciplinamiento (1860-1920) Montevideo ed. Banda Oriental.
- BELMARTINO, Susana, BLOCH Carlos y otros (1988) *Corporación médica y Poder en la salud Argentina 1920-1945* (C.E.S.S), Rosario, OPS.
- BELMARTINO Susana y BLOCH Carlos. (1980) "La política sanitaria Argentina y las estrategias de desarrollo". *Cuaderno Médico Sociales*. N° 14, Rosario.
- BELMARTINO, Susana (1987) *Las instituciones de salud en la Argentina liberal: Desarrollo y crisis*. Buenos Aires, Sec. de Ciencia y Técnica.
- BELLORA, Antonio (1972) *La Salud Pública en la Historia Popular*_ Buenos Aires CEAL.
- BELTRAO MARQUES, Regina (1994) *A medicalizacao da raca; médicos, educadores e discurso eugenésico*. Editora Unicam, Campinas.
- BELTRÁN, J.R (1937) *Historia del protomedicato de Buenos Aires*, Buenos Aires
- BERNARD, T (1976) *Régimen Municipal Argentino*_ Buenos Aires.
- BORDI de RAGUCCI, Olga (1992) *Cólera e inmigración*_ Buenos Aires, ed. Leviatán.
- BOURDÉ, Guy (1977) *Buenos Aires; Urbanización e inmigración* Buenos Aires ed. Huemul.
- CASTIGLIONE, A (1941) *Historia de la Medicina*, Barcelona.
- CLEMENTI, Hebe (1985) "José Ramos Mejía" en BIAGINI, Hugo (comp.) *El Movimiento Positivista Argentino*_ op.cit
- CORNEI, A.E.C. "Panorama histórico de la medicina en la Argentina" Buenos Aires. Revista *Todo Es Historia*. 1977.
- CORTES, Rosalía.(1985) "La seguridad social en la Argentina" FLACSO. Serie Documentos e Informes de Investigación N° 28.

CUETO, Marcos y BIRN, Ann Emanuelle (1996) "Syllabus del curso: Historia Social de la Salud Pública en América Latina" en *Manghuihnos* Vol III, Brasil, Mar-Jun.

CUETO, Marcos (1996) *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina*. IEP/OPS. Lima

CUETO, Marcos (1989) *La excelencia científica en la periferia. Actividades científicas e investigación biomédica en el Perú 1890-1950*. Perú ed. Asoc. Gráfica Educativa.

CUETO, Marcos (ed) (1997) *El Regreso de las Epidemias: Salud y Sociedad en el Perú del siglo XX*, IEP, Lima

DELAPORTE, Francois (1989) *Histoire de la Fiebre Jaune* Payot, París.

DELAPORTE, Francois (1989) *Historia de la Fiebre Amarilla* México, Universidad Nacional Autónoma de México.

DUBOS, René (1975) *El espejismo de la salud*, México, Fondo de Cultura Económica.

DUBOS, René (1950) *Louis Pasteur and invisible Giants* Little Brown & Co. Boston.

DUBOS, Rene y DUBOS J (1992) *The White plague tuberculosis, man and society*- Rutgers University Press N.Y

DULFIJ, John (1991) "The sanitarians: A History of American Public Health" en *Journal of Social History*. Vol 25

FEE, Elizabeth (1987) *Disease and Discovery : A History of Johns Hopkins Scholl of Higiene Public Health, 1916-1939* Batimore

FIGUEROA, Alberto José (1971). "Análisis económico de la salud. El caso Argentino". en *Revista de Economía y Social*. Vol. 11, Nº 41, Abril- Junio pag. 113-123.

FERNÁNDEZ, Roberto (1983) "Hospital Nacional de pediatría de Buenos Airesen " *SUMA*, Buenos Aires, nº 186

FUSTIONI, Osvaldo (1971) "El medio social finisecular y los escritores médicos argentinos" en *Boletín de la Academia Nacional de Medicina* Vol 49 semestre 1, Buenos Aires.

GAFFURI MARIO C. (1939) "El mutualismo en la República Argentina" Tesis doctoral Facultad de Ciencias económicas, Universidad Nacional de Buenos Aires,

GARCIA, Juan César. (1981) "La medicina estatal en América Latina (1880 - 1930). En *Revista Latinoamericana de Salud*, Julio.

- GONZALEZ, Ricardo. (1984) "Caridad y Filantropía en la ciudad de Buenos Aires durante la segunda mitad del siglo XIX". En BARRÁN y NAHUN *Sectores Populares*. Op.cit.
- GONZALEZ, Ricardo (1997) "Académicos, doctores y aspirantes. La profesión médica y la reforma universitaria. Buenos Aires 1871- 1876". En *Entrepasados* Revista de Historia, Año VI, N°12, Buenos Aires.
- GONZALEZ LEANDRI, Ricardo (1999) *Curar, persuadir, gobernar . La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires 1852-1886*__ Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid
- GREGO, Rubén. "Hacia una definición de la Seguridad Social" en *Derecho del Trabajo*. Bs. As. Año. XLVI, N° 11, NOV. 1595-1601.
- HALPERIN DONGHI, Tulio (1954) "Positivismo Historiográfico de José María Ramos Mejía" en *Imago Mundi*_Revista de Historia de la Cultura , Año 1 n° 5, Buenos Aires.
- HARDING, Rain (1977) *Joseph Lister and antisepsis*_ Priory Press LTD London
- ISUANI, Ernesto.(1985) *Orígenes conflictivos de la Seguridad social en la Argentina*. Buenos Aires. Centro Editor de América Latina. 1985.
- ISUANI y MERCER.(1986) "La fragmentación institucional del Sector Salud en la Argentina". En *Techint* N° 244.
- ISUANI, Ernesto y MERCER, Hugo (1988) *La fragmentación institucional del sector salud: ¿ Pluralismo o irracionalidad?* Buenos Aires CEAL.
- KATZ, Jorge y MUÑOZ, Alberto (1988) *La fragmentación institucional del sector salud: Pujas distributiva y equidad*. CEAL/CEPAL, Buenos Aires
- KOHN LONCARICA, Alfredo y AGÜERO, Abel (1985) "El contexto médico" en BIAGINI,Héctor (comp.) *El Movimiento positivista argentino* op.cit.
- LAFUENTE, Elena y ORTEGA, (editores) (1993) *La mundialización de la Ciencia y Cultura Nacional*. Madrid ed. Doce Calles.
- LATOUR, B (1988) *The Pasteurización of France*. Cambridge
- LAÍN ENTRALGO (1974) (ed) *Historia Universal de la Medicina*, Barcelona.

- LAÍN ENTRALGO, Pedro (1978) *Historia de la Medicina*. Barcelona, Salvat.
- LOBATO, Mirta (1996) *Política, Médicos y Enfermedades*. Lecturas de Historia de la Salud en la Argentina. Buenos Aires ed Biblos, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- LOUDET, Osvaldo (1964) “José María Ramos Mejía 1842 – 1914. Un médico Sociólogo” en el *Boletín de la Academia Nacional de Medicina* vol 42, semestre 1, Buenos Aires
- MASTRANGELO, Clotilde. (1984 - 85) "La Mutualidad en la Argentina" En: *Boletines Informativos del Instituto Nacional de Acción Mutual*. N° 30 a 36.
- MACHI, M (1981) *Creación de la Municipalidad de Buenos Aires en 1852*. Concepción del Uruguay
- MCKEOWN, Thomas (1990) *Los orígenes de las enfermedades humanas* Barcelona, Crítica.
- MIGOT, A (1970) *Pasteur En el siglo XIX . Las revoluciones nacionales*. Buenos Aires, CEAL.
- MORENO, José Luis (2000) (comp.) *La política social antes de la política social*. Caridad, beneficencia y política social en Buenos Aires Siglos XVII a XX. Buenos Aires. Prometeo.
- NARY, Marcela (1996) “La práctica anticonceptiva, la disminución de la natalidad y el debate médico 1890-1940 en LOBATO, Mirta *Políticas, médicos y enfermedades...* op. cit
- OBREGÓN, Diana (1998) “Lepra , exageración y autoridad médica” en *Asclepio Revista de la Medicina y de la Ciencia* Volumen L, fascículo 2
- PAILLAT. (1981) "Estudios de la Seguridad Social" en *Techint*. N° 36, N° 26.
- PERSELLÓ, Virginia y CARMINIO, María Isabel (1988) “ La reformulación del Mercado de atención médica. Buenos Aires 1920-1940” En *Anuario de Rosario Segunda Época*, N° 13 Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Humanidades y Artes.

- PRIETO, Agustina (1996) “Rosario: epidemias, higiene e higienistas en la segunda mitad del siglo XIX” en LOBATO, Mirta (ed) *Políticas, médicos y enfermedades...*____ op.cit
- PRINCE, Williams; *Cultura, salud y enfermedad*. Buenos Aires CEAL..
- RATIER, Hugo (1972) *La Medicina Popular en la Historia Popular*. Buenos Aires CEAL.
- RECALDE, Hector;(1989) *Higiene Pública y Secularización*. Buenos Aires CEAL N° 30.
- RECALDE, Héctor (1981) *La Higiene y el trabajo*. (1870-1930). Buenos Aires CEAL, N 216 (T.1)
- RECALDE, Héctor (1988) *La Higiene y el Trabajo*_(1870-1930). Buenos Aires CEAL (T.2)
- RECALDE, Héctor (1988) *Mujer, condiciones de vida, de trabajo y de salud*. Buenos Aires CEAL, 2 volúmenes.
- RECALDE, Héctor (1991) *Beneficiencia asistencialismo estatal y previsión social*_ Buenos Aires, CEAL
- RECALDE, Héctor (1994) *Vida Popular y Salud en Buenos Aires* (1900- 1930). Buenos Aires CEAL, T 1.
- RECALDE, Héctor (1992) “Transformaciones del discurso higienista” en SALVATORE, Ricardo (comp.) *Reformadores sociales en la Argentina 1900- 1940*. Op.Cit.
- ROSE, George (1985) *De la policía médica a la policía social*_ Ensayo sobre la historia de la atención de la salud. México
- ROSEMBERG, Charles (1992) *Explaining Epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge, University Press.
- SALVATORE, Ricardo (comp) (1992) *Reformadores sociales en la Argentina_1900-1940*. Discurso Ciencia y control Social. Int Torcuato Di Tella, Buenos Aires.
- SALESSI, Jorge (1995) *Médicos, Maleantes y Maricas*. Higiene, Criminología y homosexualidad en la Construcción de la Nación Argentina (Buenos Aires 1871-1914) Rosario,ed. Beatriz Viterbo.

- STEPAN, Nancy Leys (1991) *The Hours of Eugenics, Latin America and Movement for racial improvement 1918 – 1940* Cornell University Press
- SONIS, Abraham (1964) *Salud, Medicina y Desarrollo económico*. Buenos Aires. Eudeba.
- TABOADA, Asunción (1983) *Vida y Obra de Cecilia Grierson . La primera médica argentina* Buenos Aires Ed Triada
- TERAN, Oscar (1987) *Positivismo y Nación en la Argentina*. Buenos Aires, Ed. Puntosur,
- TEMKIN, Owsei (1993) “An historical analysis of the concept of infection” *Studies in Intellectual History*, Baltimore.
- TRACKRAY, Arnold (1974) Natural Knowledge in Cultural Context : The Manchester Model “ en *American Historical Review* n° 79. (pg 679-709).
- TRONCOSO Maria del Carmen (1985) "Evolución histórica de la Seguridad Médica en Argentina y su relación con el sistema de Salud y la práctica médica" en *Cuaderno Médico Sociales*, N° 32.
- VEZZETTI, Hugo (1985) *La locura en la Historia* Buenos Aires Ed. Paidós,
- VEZZETTI, Hugo (1985) “El discurso psiquiátrico “ en BIAGGINI, Héctor (comp.) *El Movimiento Positivista Argentino*. op.cit.
- VEZZETTI, Hugo (1992) “Institución Psiquiátrica y discurso psicoanalítico: algunos problemas y perspectivas” en SALVATORE, Ricardo *Reformadores sociales en la Argentina ...* op.cit
- VERONELLI, Juan y RODRIGUEZ Campoamor (1971). "La Política Sanitaria Nacional". En *Cuadernos de Salud Pública*. N° 6 y 7 ,Buenos Aires.
- VUEGEN, Silvia (1987). "Hospital y espacio de atención. El caso del Hospital Rivadavia. Trabajo mimeografiado.
- VVAA (1990) *Estado, Sociedad y salud: Neuquen (1914-1972)* Ed. Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Neuquen y Departamento de Historia de la Universidad Nacional del Comahue, Neuquen.
- YOUNG, Robert (1985) *Darwin's Metaphor: Nature Place in Victorian Culture*. Cambridge University Press.

ZIMMERMAN, Eduardo (1992) “Los intelectuales, las ciencias sociales y el reformismo liberal” Argentina 1890- 1916”. En *Desarrollo Económico*, nº 124, Buenos Aires.

ZIMMERMANN, Eduardo (1992) “ Racial Ideas and Social Reform: Argentina 1890-1916” en LAFUENTE, Elena y ORTEGA,M (editores) *Mundialización de la Ciencia y Cultura Nacional*, Madrid, Doce Calles.

ZIMMERMANN, Eduardo (1992) “Algunas reflexiones sobre la Reforma Social, control social y lenguajes políticos comienzos de siglo “en SALVATORE, Ricardo (comp.) *Reformadores Sociales en la Argentina 1900-1940*., Buenos Aires, Inst. DiTella.

BIBLIOGRAFIA TEORICO/METODOLOGICA.

AAVV (1988) *Análisis cultural*_ Buenos Aires Paidós.

BLAN, Peter y SCOTT, Richard (1968) *Formal Organizations*, Winston.

DELAPORTE, Francois (1989) *Historie de la Fiebre Jaune* Payot, Paris.

DOUGLAS, Mary (1996) *Cómo piensan las instituciones* Madrid ed. Alianza,.

DOUGLAS, Mary (1992) *Purity and Danger, an análisis os concepts os polluttion an taboo*. Routledge,Londres

DUVERGER, Maucire (1965) *Métodos de las Ciencias Sociales* Barcelona Ed. Ariel 2da Edición.

FOUCAULT, Michel (1990) *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires Ed. FCE.

FOUCAULT, Michel (1978) *Vigilar y Castigar*. México Siglo XXI.

GIDDENS, Antony (1995) *Constitución de la Sociedad*. Bases para la teoría de la estructuración. México Amorrortu editores.

GRAMSCI, Antonio (1993) *Política y Estado Moderno*. México Ed. Planeta,

- HALL, Richard (1981) *Organizaciones, estructuras y procesos*. Londres, Ed. Prentice.
- LESKY, Erna (1984) (ed) *Medicina social, estudios y testimonios históricos*. Madrid
- OZLAK, Oscar (1978) “La Formación histórica del Estado en América Latina: elementos teóricos metodológicos para su estudio”. Buenos Aires Estudios *CEDES*, Vol 1 N° 3 .
- OZLAK, Oscar (1979) “Notas Críticas para una teoría de la burocracia estatal” en *Desarrollo Económico*, n° 74 Vol 19 Julio- Setiembre.
- OZLAK, Oscar (1997) *La Formación del Estado Argentino*. Orden Progreso y Organización Nacional. Buenos Aires Ed Planeta.
- PHILIPPE ARIE (1996) *Ensayos de la Memoria 1943 – 1983*. Buenos Aires Ed. Norma.
- RANGER, TERENCE Y SLACK (1992) *Epidemics and Ideas, Essays on the history of pestilence*. Cambridge University Press.
- ROSE, George (1985) *De la policía médica a la medicina social*. Buenos Aires ,FCE.
- ROSANVALLON, Pierre (1995) *La Nueva Cuestión Social*. Repensar el Estado de Providencia. Buenos Aires, Ed Manantial.
- SCOTT, Richard (1964) Theory of organizations En FARIS, R (comp) *Handbook of Modern Sociology*. Chicago.
- TEMKIN, Owsei (1953) “ Ann Historical Analisis of the coecepts of infection”. *Studies in intellectual History*. Baltimore.
- WEBER, Max (1985) *Estructuras de Poder*. Buenos Aires Ed.Leviatán.
- WEBER, Max *Economía y Sociedad*. Teoría de la Organización social. México F.C.E..

BIBLIOGRAFIA SOBRE EL PERIODO

- ARMUS, Diego y HARDOY, Jorge (1986) “Vivienda popular y crecimiento urbano en el Rosario del novecientos” en *Estudios Urbanos Regionales*. Santiago de Chile
- ARMUS, Diego (comp) (1991) *Mundo Urbano y cultura popular* ed. Sudamericana, Buenos Aires.

- ARMUS, Diego (1995) “Un balance tentativo y dos interrogantes sobre la vivienda popular en Buenos Aires entre finales del siglo XIX y comienzos del XX” en *Primeras jornadas de historia de la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Instituto Histórico de la ciudad de Buenos Aires.
- ARDAO, Arturo (1978) *Estudios Latinoamericano de historia de las ideas* Caracas, Monte Avila.
- BARRAN y NAHUM (1984) *Sectores populares y vida urbana*. Buenos Aires, CLACSO.
- BIAGINI, Hugo (1981) “ Bibliografía sobre el positivismo latinoamericano” en *Revista Todo es Historia* Buenos Aires n° 73. Oct.
- BIAGINI, Hugo (1980) *Como fue la Generación del 80* Buenos Aires, ed Plus Ultra.
- BIAGINI, Hugo (comp.) (1985) *El movimiento positivista argentino*, Buenos Aires, ed Belgrano.
- BOTANA, Natalio.(1984) *La Tradición Republicana*. Buenos Aires, ed.Sudamericana.
- BOTANA, Natalio (1986) *El Orden Conservador* Buenos Aires, ed. Hyspamérica.
- BOTANA, Natalio y GALLO, Ezequiel (1997) *De la República posible a la República verdadera (1880-1910)*, Buenos Aires, ed Ariel.
- CORNBLIT,Oscar, GALLO, Ezequiel y O’CONNELL,Alfredo (1962) “ La generación del 80 y su proyecto : Antecedentes y consecuencias” en *Desarrollo Económico* Enero Marzo Vol 1 n° 4, Buenos Aires.
- CORTES CONDE, Roberto (1984). *El Progreso Argentino 1880-1914*. Buenos Aires, ed. Sudamericana.
- DEMIS, José (1985) *El movimiento positivista argentino*, Buenos Aires.
- ECHEPAREBORDA, R (1978) “Cómo fue la estructura político argentina y la Generación del 80” en *Latin American Reserch Rev* 13.
- FERELSTEIN, J (1952) *Positivismo y antipositivismo en la Argentina* Buenos Aires, Procyon.
- GALLO, Ezequiel (1992) “Política y sociedad en la Argentina, 1870-1916” en BETHELL, Leslie (ed) *Historia de América Latina* vol 10, Barcelona, Ed. Crítica Cambridge University Press.

GERMANI, Gino (1971) *Política y sociedad en una época de transición. De la sociedad tradicional a la sociedad de masas*. Buenos Aires, Paidós.

GUTIERREZ, Leandro (1981) *Vida y Experiencia de los sectores populares* Buenos Aires PEHESA/CISEA.

GUTIERREZ, Leandro y GONZALEZ LEANDRI, Ricardo (1984) "Pobreza Marginal en Buenos Aires 1880-1910 " en BARRAN, NAHIM y otros *Sectores populares y vida urbana* Buenos Aires, CLACSO.

GUTIERREZ, Leandro y SURIANO, Juan (1985) "Vivienda, política y condiciones de vida de los sectores populares, Buenos Aires 1880-1930" en *Primeras Jornadas de Historia de la ciudad de Buenos Aires* op. cit

GUTIERREZ Leandro (1982) "Las condiciones de vida material de los sectores populares en Buenos Aires, 1880-1914" en *De Historia e Historiadores. Homenaje a José Luis Romero*. Buenos Aires, ed. Siglo XXI

GUTIERREZ Leandro y GONZALEZ LEANDRI, Ricardo (1988) " Las condiciones de vida material de los sectores populares en Buenos Aires 1880-1914 " en *II Jornadas de Historia de la ciudad de Buenos Aires* Buenos Aires, Instituto Histórico de la Ciudad de Buenos Aires.

GUTIERREZ, Leandro y ROMERO, Luis (1995) *Los sectores populares cultura y política. Buenos Aires de entreguerra*. Buenos Aires, ed Sudamericana.

GUTIERREZ, A y RUILOVA, V (1990) *El proceso educativo 1880-1916* Buenos Aires, HEAL

GUY BURDÉ (1977) *Buenos Aires: Urbanización e inmigración* Buenos Aires, ed Huemul.

HALE, Charles (1986) “ Las ideas políticas y sociales en América Latina 1870-1930” en BETHELL, Leslie (ed) *Historia de América Latina*, Cambridge. Tomo 5.

HALPERIN DONGHI, Tulio (1987) " ¿Para qué la inmigración ..? En: *El Espejo de la Historia*. Buenos Aires, Sudamericana.

HALPERIN DONGHI, Tulio (1962) *La Historia de la Universidad de Buenos Aires*. Buenos Aires ed.Eudeba.

HALPERIN DONGHI, Tulio (1989) “1880 un nuevo clima de ideas” en *El Espejo de la Historia. Problemas argentino y perspectivas latinoamericanas*. Ed. Buenos Aires, Sudamericana.

HARDOY, Jorge (1984) “La vivienda popular en el Municipio de Rosario a fines del siglo XIX. El censo de conventillos de 1895 en *Sectores populares y vida urbana*, Buenos Aires ,CLACSO.

HERZ, E.G (1979) *La Historia del agua en Buenos Aires*. Buenos Aires, MCBA

IGLESIAS, Rafael (1985) “ El progresismo como enemigo de la historia propia: el caso de la generación del 80” en *SUMA* n° 215/216, Buenos Aires.

IGLESIAS, Rafael (1995) “La vivienda opulenta en Buenos Aires 1880-1900. Hechos y testimonios. *Primeras Jornadas de la ciudad de Buenos Aires* op.cit.

JITRIK, Noé (1982) *El Mundo del Ochenta* Buenos Aires, ed CEAL

KORN, Alejandro (1940) *Las influencias filosóficas en la evolución nacional*. La Plata

KORN, Alejandro (1963) *Estudios de Filosofía Contemporánea*. Buenos Aires ed. Claridad.

KORN, Francis y DE LA TORRE, Lidia (1985) “ La vivienda en Buenos Aires 1887-1914) en *Desarrollo Económico*, vol. 25, n° 98, Buenos Aires.

LATTES, Alfredo y Zulema (1969) *Migraciones en la Argentina estudios basados en datos censales* (1869- 1960), Buenos Aires.

LATTES, Alfredo y RECHINI de LATTES, Zulema (1975) *La Población Argentina* INDEC Buenos Aires.

LATTES, Alfredo (1973) “ Las Migraciones en la Argentina entre mediados del siglo XIX y 1960” *Desarrollo Económico* Vol 12, Nº 48, Enero Marzo.

LIERNUR, Francisco (2000) “La construcción del país urbano” en LOBATO Mirta (ed) *El progreso, la modernización y sus límites 1880-1916*. Buenos Aires, ed. Sudamericana

LIERNUR, Francisco (2000) “Buenos Aires la estrategia de la casa autoconstruida” en BARRAN Y NAHUN *Sectores populares y vida urbana*. Buenos Aires, CLACSO.

LYNCH, John (1991) “La iglesia católica en América Latina, 1830-1930” en BETHELL, Leslie *Historia de América Latina*_Vol. 8 Barcelona, Ed.Crítica

MAZZEO, Victoria (1993) *Mortalidad Infantil en la Ciudad de Buenos Aires (1856-1996)* Buenos Aires, CEAL.

MÁXIMO,Victoria (1915) “El positivismo en la educación argentina” en *Revista de filosofía* (BA) –1 (4) Buenos Aires.

MAYO, Carlos y GARCIA MOLINA, *El positivismo en la política argentina* Buenos Aires, CEAL.

MONTSERRAT, Marcelo (1980)” La mentalidad evolucionista : una ideología del progreso “ en FERRARI, Gustavo y GALLO, Ezequiel *La Argentina del 80 al centenario*_ Buenos Aires ,Sudamericana.

OSZLAK, Oscar (1982) *La formación del Estado Argentino*. Buenos Aires, ed. Belgrano

PUIGROS, Adriana (1990) *Sujetos, disciplina y currículo vitae en los orígenes del sistema educativo* Buenos Aires, Ed. Galarna.

ROVETTA, Carlos (1943) *Obras completas de Angel Jiménez* Buenos Aires, Sociedad Luz.

- ROIG, Arturo (1962) “ Ensayos Bibliográficos sobre un positivista argentino” en *Revista Latinoamericana de Historia de las ideas_* Monte Ávila, Caracas
- ROMERO, José Luis (1959). *Las Ideas Políticas en la Argentina*. Buenos Aires, FCE.
- ROMERO, José Luis (1965) *El desarrollo de las ideas en la sociedad argentina del siglo XX* México, FCE.
- RUIBAL, BEATRIZ (1993) *Ideología del control social. Buenos Aires 1880-1920* Buenos Aires, CEAL.
- SALVATORE, Ricardo (comp) (1992) *Reformadores Sociales en Argentina 1900-1940*. Discurso, Ciencia y control social. Buenos Aires, Ed Di Tella.
- SCOBIE, James (1977) *Buenos Aires del centro a los barrios 1870-1910_* Buenos Aires, ed. Solar Hachette.
- SOLER, Ricaute (1968) *El positivismo argentino*. Pensamiento filosófico y sociológico. Buenos Aires, Paidós,
- SANTOMAURO, Héctor (1981) “Los positivistas argentinos” en *Todo es Historia* N° 173, Oct. Buenos Aires
- SURIANO, Juan (1989) “ El Estado Argentino frente a los trabajadores urbanos: política social y represión” en *Anuario de Rosario Segunda Época*, n° 14 Rosario
- SURIANO, Juan (1991) “Niños trabajadores. Una aproximación al trabajo infantil a comienzos de siglo “ en ARMUS, Diego (comp.) *Mundo Urbano y Cultura Popular* op.cit.
- SURIANO, Juan (1984) “La Huelga de Inquilinos de 1907 en Buenos Aires, 1880-1910” en BARRAN y NAHUN *Sectores Populares y Vida Urbana*. op.cit.
- TEDESCO, Juan Carlos (1994) *Educación y sociedad en la Argentina (1880-1900)* Buenos Aires, CEAL.
- TERÁN, Oscar (1983) *América Latina, positivismo y nación*. México, Ed Catón
- WEINBERG, Gregorio (1981) *Modelos educativos en el desarrollo histórico de América Latina* Buenos Aires, ONU
- YUJNOVSKY, Oscar (1974) “Políticas de viviendas en la ciudad de Buenos Aires” en *Desarrollo Económico* vol 4, n° 54, Buenos Aires.

ZEA, Leopoldo (1980) (comp.) *El pensamiento positivista latinoamericano* vol 1
Biblioteca de Ayacucho.

ZIMMERMANN, Eduardo (1995) *Los Reformistas Liberales. La cuestión social en
la Argentina 1890-1916*. Buenos Aires ed. Sudamericana.

